

Crises sanitaires : *prévenir, anticiper, coordonner*

RAPPORTEURS
Gilles Bonnefond et Christelle Caillet

2025-016
NOR : CESL1100016X
Mardi 14 avril 2026

JOURNAL OFFICIEL
DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mandature 2021-2026
Séance du 14 avril 2026

Crises sanitaires :
prévenir, anticiper,
coordonner

Avis du Conseil économique, social
et environnemental sur proposition
de la commission des affaires sociales
et de la santé

Rapporteurs :
Gilles Bonnefond
Christelle Caillet

Question dont le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a été saisi par décision de son bureau en date du 16 septembre 2025 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au CESE. Le bureau a confié à la commission des affaires sociales et de la santé la préparation d'un avis *Crises sanitaires : prévenir, anticiper, coordonner*. La commission des affaires sociales et de la santé, présidée par Mme Danièle Jourdain-Ménninger, a désigné M. Gilles Bonnefond et Mme Christelle Caillet, comme rapporteurs.

sommaire

AVIS

Synthèse	4
Introduction	14
PARTIE 1 - DES PRIORITÉS STRUCTURANTES POUR UNE SOCIÉTÉ MIEUX PRÉPARÉE	19
A. Concrétiser enfin l'approche <i>One Health</i> / Une seule santé dans les politiques publiques	19
❶ Mettre en œuvre les principes <i>One Health</i> / Une seule santé et organiser leur suivi	20
❷ Poursuivre les efforts en faveur de la surveillance épidémiologique et des croisements des données	25
B. Inégalités sociales : prévenir les effets amplificateurs des crises	31
C. Développer la recherche et l'autonomie stratégique	39
❶ Soutenir la recherche	39
❷ Garantir la sécurité d'approvisionnement	45
D. Le soin et l'accompagnement : se donner les moyens de faire face aux besoins sans attendre une nouvelle crise	52
E. Agir pour la diffusion et l'appropriation d'une culture de la prévention	63
F. Rétablir les conditions de la confiance	66

PARTIE 2 - S'ACCORDER SANS ATTENDRE SUR LES PRINCIPES DE LA GOUVERNANCE DE CRISE	71
Principe 1 : Le respect des libertés et des droits fondamentaux doit être la règle et les restrictions l'exception	81
Principe 2 : Consolider et coordonner les expertises sanitaires en clarifiant les rôles	85
Principe 3 : Accorder une place plus importante aux sciences sociales et aux questions éthiques	92
Principe 4 : Garantir la continuité de la démocratie en santé	95
Principe 5 : Adapter les réponses aux réalités des territoires et assurer leur appropriation par les acteurs locaux	99
Principe 6 : Garantir une information fiable, transparente et accessible	109
Principe 7 : Systématiser les retours d'expérience et assurer la transmission des savoirs	114
Déclarations des groupes	118
Scrutin	132
Annexes	134

synthèse

La France sera inévitablement confrontée à de nouvelles situations sanitaires exceptionnelles. Fragilisation des écosystèmes - très exposés au réchauffement climatique et à la perte de biodiversité - mondialisation des échanges, arboviroses, zoonoses, antibiorésistance... : tous les facteurs sont réunis et concourent à l'aggravation des risques pour la santé humaine. Il faut renforcer la recherche scientifique pour mieux comprendre et appréhender ces nouveaux risques. Ils s'ajoutent aux risques naturels, économiques, technologiques et géopolitiques et laissent présager des crises au caractère de plus en plus hybride. Cette dimension systémique rend la coordination des différents acteurs impliqués dans la prévention encore plus impérative. Et, quand la crise est là, elle rend la décision plus difficile, possiblement brutale, si nous ne sommes pas préparés : les arbitrages permettront de maîtriser certains impacts de la crise, mais ils pourront, dans le même temps, en aggraver d'autres. Le fonctionnement de la démocratie est lui aussi mis à l'épreuve. Le CESE a la double conviction qu'il ne faut pas attendre la prochaine crise pour agir et que les différentes composantes de la société civile organisée ont un rôle à jouer. Ses préconisations s'organisent autour de deux axes :

- il faut consacrer la prévention en santé comme priorité transversale des politiques publiques mais aussi se donner les moyens de mieux faire face aux crises qui ne vont pas manquer de survenir : le CESE juge impératif de progresser prioritairement dans 6 directions ;

→ il faut, en termes de gestion de crise, tirer les enseignements de toutes les crises précédentes : l'avis identifie

7 grands principes de gouvernance des situations sanitaires d'urgence.

PARTIE I : DES PRIORITES STRUCTURANTES POUR UNE SOCIETE MIEUX PREPAREE

A - Concrétiser enfin l'approche One Health/Une seule santé dans les politiques publiques

Les atteintes aux écosystèmes et les risques pour la santé sont intrinsèquement liés. Autrement dit, prévenir les risques qui pèsent sur la santé, c'est nécessairement préserver les écosystèmes et leur fonctionnement. La pertinence de l'approche *One Health/Une seule santé*, qui s'inscrit dans cette vision globale et promeut une intégration plus forte des objectifs de santé dans la définition des politiques publiques, se trouve ainsi confortée : il reste à la mettre concrètement en œuvre.

PRÉCONISATION #1

Adopter une stratégie interministérielle et pluriannuelle de santé-environnement, dotée d'objectifs chiffrés et d'indicateurs de suivi, actée dans une loi d'orientation.

PRÉCONISATION #2

Accélérer l'approche *One Health/Une seule santé* en assurant l'interopérabilité des réseaux de données environnementales et de santé, de manière éthique, confidentielle et sécurisée, en application du règlement général sur la protection des données (RGPD).

B - Inégalités sociales : prévenir les effets amplificateurs des crises

Les travaux centrés sur les conditions de vie et sur les parcours confirment que la crise a renforcé les « croisements d'inégalités » et créé des ruptures, dont les effets seront durables. Face à l'épidémie, les mesures temporaires étaient nécessaires, mais elles montrent leurs limites. Cinq ans après, il faut déplorer une absence de réponse structurelle à des difficultés devenues pérennes. Anticiper les prochaines crises, c'est donc nécessairement améliorer l'efficacité des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités, en tenant davantage compte de leurs dimensions multifactorielles.

PRÉCONISATION #3

Associer, sans attendre la prochaine crise, les personnes concernées à la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités et évaluer les effets de l'ensemble des politiques publiques sur les inégalités de genre et sur les 10 % des personnes les plus pauvres.

C. Développer la recherche et l'autonomie stratégique

Il faut s'alarmer d'un niveau de financement de la recherche encore deçà des engagements. Les enjeux sont multiples : il faut anticiper, préparer et comprendre les risques, mais aussi améliorer les connaissances sur les pathologies et leur prévention dans une approche multidisciplinaire (et pas seulement sanitaire). La recherche doit pouvoir être mobilisée rapidement quand la crise survient, avec des financements suffisants et mieux coordonnés. Un partage plus rapide des données de santé est aussi nécessaire, de façon encadrée et dans le respect des droits fondamentaux. La crise sanitaire a mis en évidence de manière plus large des problèmes d'approvisionnement, confirmant une vulnérabilité nationale et européenne très préoccupante. Depuis, dans un environnement géopolitique toujours plus instable, l'UE a mis en œuvre plusieurs actions pour aller vers une plus grande autonomie stratégique. Le CESE considère que ces avancées vont dans le bon sens mais estime qu'il est possible et nécessaire d'aller plus vite et plus loin.

PRÉCONISATION #4

Soutenir la recherche pour que son financement atteigne au moins 3 % du produit intérieur brut (PIB) et coordonner les niveaux national et européen autour de trois priorités :

- être en mesure, en situation d'urgence, de réunir rapidement des financements à un niveau suffisant ;

- renforcer les programmes multidisciplinaires, dans une approche One Health/Une seule santé ;
- évaluer les mécanismes et les niveaux des aides publiques de soutien à la recherche.

PRÉCONISATION #5

Créer, avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), un régime juridique spécifique activable dans des situations sanitaires graves permettant l'accès accéléré aux données de santé collectées à des fins de recherche et de pilotage public, dans un cadre strictement limité dans le temps et respectant les libertés et droits fondamentaux.

PRÉCONISATION #6

Faire de l'autonomie sanitaire et de la sécurité d'approvisionnement un critère prioritaire des politiques industrielles du médicament et des dispositifs médicaux. Intégrer l'autonomie sanitaire et la sécurité d'approvisionnement dans les critères de réponse aux marchés publics.

D. Le soin et l'accompagnement : se donner les moyens de faire face aux besoins sans attendre une nouvelle crise

La crise sanitaire a mis à l'épreuve un système de santé déjà confronté à de graves difficultés structurelles : moyens humains insuffisants ; conditions de travail très difficiles ; métiers peu valorisés ; investissements insuffisants ; modèle économique inadapté à des logiques de prévention et aux exigences des parcours de soin. Dans plusieurs avis, le CESE s'est inquiété d'une

situation dangereuse pour les usagères et les usagers du système de santé. Il réitère ses préconisations concernant les recrutements et l'attractivité des métiers. Tirant les enseignements de la Covid, il souligne l'importance de la continuité du dialogue social et de l'association des professionnels à la gestion de la crise.

Les dépenses de santé doivent répondre aux évolutions des besoins des populations dans les territoires et non pas s'inscrire dans une logique uniquement budgétaire.

PRÉCONISATION #7

Organiser d'ici un an une évaluation nationale, indépendante, du Ségur de la santé, portant sur l'attractivité des métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social, les effectifs et la qualité des prises en charge, et en tirer un plan correctif.

PRÉCONISATION #8

Garantir la contribution à la gestion de crise des professionnelles et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, en :

- rendant obligatoire l'élaboration, par anticipation, d'un plan de continuité du dialogue social ;
- assurant la participation de leurs représentantes et représentants à la définition des plans d'urgence ;
- les formant à la gestion de crise ;
- les accompagnant pendant la crise ;
- assurant leur participation aux exercices d'entraînement.

PRÉCONISATION #9

Pour le CESE, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit devenir un outil de pilotage des besoins de santé, inscrit dans une programmation pluriannuelle et reposant sur des enveloppes découplées garantissant la continuité des parcours de soins.

E. Agir pour la diffusion et l'appropriation d'une culture de la prévention

Construit autour d'une approche curative, notre système de soin montre ses limites. Le principe est partagé : il faut mettre la prévention et la promotion de la santé au centre des enjeux. Mais l'adoption de stratégies d'action et l'identification des priorités manquent ou font encore débat. La crise est intervenue dans ce contexte : elle a montré l'importance, mais aussi les difficultés, d'une appropriation par tous et toutes de la prévention. La vaccination est un outil majeur de la prévention. Les professionnelles et professionnels de la santé et des secteurs social et médico-social doivent être mieux formés aux enjeux de la prévention : ce sont des ambassadeurs incontournables par leur proximité et les liens de confiance qu'ils établissent tous les jours avec la population.

PRÉCONISATION #10

Renforcer la culture de la prévention en :

- développant des campagnes de communication adaptées aux réalités des territoires, déployant des actions sur le principe de l'« aller vers » et diversifiant les canaux de communication pour mieux cibler les différentes populations ;
- renforçant, dès l'école, l'éducation à la prévention selon les principes de *One Health/Une seule santé* et aux gestes de protection individuelle ;
- reconnaissant la prévention comme un investissement et la dotant d'un

réel budget et d'un programme pluriannuel opérationnel.

PRÉCONISATION #11

Consolider la place de la prévention dans la formation initiale et continue des professionnels de santé et de l'accompagnement social et médico - social.

F. Rétablir les conditions de la confiance

La confiance dans l'expertise, les scientifiques et les processus démocratiques est essentielle à la résilience des sociétés. Une

plus grande connaissance de la démarche scientifique contribuera à l'appropriation d'une culture de la prévention mais aussi à la compréhension des mécanismes des crises sanitaires et des moyens d'y faire face.

PRÉCONISATION #12

Renforcer l'enseignement de la démarche scientifique et de l'esprit critique dans les programmes scolaires et mettre en place, pour les responsables publics et les élus, des formations sur ces notions.

PARTIE II : S'ACCORDER SANS ATTENDRE SUR LES PRINCIPES DE LA GOUVERNANCE DE CRISE

Il existe un décalage entre le cadre préétabli de la gestion de crise et les choix de gouvernance effectivement réalisés quand la crise est là. La gestion de la pandémie de Covid-19 l'a confirmé. Tout, dans un contexte de crise, ne peut pas être prévu : il faut intégrer cette réalité, changer la temporalité de la décision, préserver la possibilité de la modifier en fonction des circonstances et de l'évolution des connaissances. En d'autres termes, il ne s'agit plus (ou pas seulement) de prendre une décision mais plutôt d'organiser la progression ou la chronologie des décisions.

Par ailleurs, l'organisation mise en place face à la Covid-19 a été critiquée pour son caractère vertical et descendant. Pour le CESE, il faut accorder davantage de place aux citoyennes et citoyens et aux acteurs des territoires, en faisant confiance en leur capacité à raisonner, à prendre part aux processus de décision et à s'organiser en fonction de leur

situation. Le CESE ne propose pas un nouveau plan de gestion de crises, mais présente ses préconisations autour de plusieurs grands principes. L'objectif est bien de permettre l'adaptation, sur la base de principes fondamentaux convenus par anticipation.

PRINCIPE 1 : LE RESPECT DES LIBERTES ET DES DROITS FONDAMENTAUX DOIT ETRE LA REGLE ET LES RESTRICTIONS L'EXCEPTION.

Un régime dérogatoire doit rester temporaire, être strictement encadré et respecter les principes de l'État de droit : légalité, nécessité et proportionnalité. On peut s'interroger sur le risque d'une « pérennisation » des états exceptionnels. Face à la multiplication des risques et des probabilités de crises, se placer sous un régime d'exception revient en effet à reconnaître une incapacité à anticiper ces situations et à y répondre avec les moyens

normaux. Pour le CESE, il est impossible de se contenter d'une telle approche, seulement réactive : il faut au contraire développer une véritable culture de l'anticipation et de la prévention des risques.

PRÉCONISATION #13

Développer une culture de l'anticipation et de la gestion de l'incertitude, afin de ne recourir à l'état d'urgence qu'en situation de crise de haute intensité.

PRINCIPE 2 : CONSOLIDER ET COORDONNER LES EXPERTISES SANITAIRES EN CLARIFIANT LES ROLES

Alors que plusieurs agences du champ de la santé sont fragilisées et que leurs missions sont susceptibles d'être modifiées, il faut le souligner : l'expertise joue un rôle majeur dans la prévention des crises sanitaires et dans la réponse aux situations d'urgence. Son indépendance est indispensable à la confiance. La Charte sur l'expertise sanitaire, de valeur légale, pose des principes et, pour le CESE, aucune urgence ne justifie d'y déroger. Face à la pandémie de Covid-19, l'expertise n'a pas fait défaut et les agences ont rempli leur mission, mais leur coordination doit être améliorée.

PRÉCONISATION #14

Doter les organismes d'expertise d'un plan d'anticipation des crises qui devra :

- définir les conditions de la continuité de leur fonctionnement ;
- garantir, en toutes circonstances, le respect de la Charte de l'expertise sanitaire. Les avis d'expertise, leurs méthodes d'élaboration ainsi que les déclarations d'intérêts des experts doivent être rendus publics afin de garantir la transparence scientifique et la confiance des citoyens ;

- déterminer des règles communes sur la coordination des expertises.

PRINCIPE 3 : ACCORDER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AUX SCIENCES SOCIALES ET AUX QUESTIONS ETHIQUES

Il a manqué à l'expertise mobilisée durant la crise certaines dimensions que le CESE juge essentielles. L'origine infectieuse de l'épidémie et les priorités qui se sont imposées expliquent que les décisions se sont appuyées sur une expertise essentiellement biomédicale. L'apport des sciences sociales n'a pas été assez considéré. Les « savoirs d'usage », les expertises d'engagement permettent de mieux comprendre les réalités vécues et de co-construire des réponses mieux adaptées. Les enjeux éthiques, autour de la question de ce que nous sommes prêts à accepter pour contrôler l'épidémie et protéger la population, n'ont pas été suffisamment pris en compte.

PRÉCONISATION #15

Pour mieux éclairer la décision :

- assurer une expertise plus diversifiée en considérant, à égalité, l'expertise sanitaire, les sciences sociales, les savoirs expérientiels et en intégrant les questions de genre, l'éthique, les spécificités de l'Outre-mer ;
- garantir en toutes circonstances le respect des principes déontologiques de l'expertise tels qu'ils sont définis, pour le secteur de la santé, dans la Charte de l'expertise sanitaire.

PRINCIPE 4 : GARANTIR LA CONTINUITE DE LA DEMOCRATIE EN SANTE

Dans la gestion de la crise sanitaire, les pouvoirs publics n'ont pas appréhendé à son juste niveau l'apport de la démocratie en santé : elle n'est pas un frein mais un outil d'efficacité, de légitimité et de confiance. Le CESE insiste la contribution de la démocratie en santé au respect des droits fondamentaux mais aussi à une gestion plus efficace de la crise. L'avis ne propose pas la création d'instances nouvelles : ses préconisations visent à assurer une contribution active des instances de la démocratie en santé existantes. Il faut les solliciter en organisant, préalablement, des processus d'urgence et leurs avis doivent être pris en compte.

PRÉCONISATION #16

Organiser la continuité de la démocratie en santé et de la participation des personnes concernées en établissant avec les instances concernées (notamment les commissions des usagers des établissements, les conseils territoriaux de santé, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) des protocoles qui définiront les conditions de leur mobilisation rapide et les questions dont elles devront être prioritairement saisies en période de crise. Former les membres de ces instances à la gestion de crise et assurer leur participation aux exercices d'entraînement.

PRINCIPE 5 : ADAPTER LES REPONSES AUX REALITES DES TERRITOIRES ET ASSURER LEUR APPROPRIATION PAR LES ACTEURS LOCAUX

La crise a mis en exergue les limites d'une gestion centrée sur l'État et l'hôpital. Elle a également montré les capacités d'initiative et d'organisation des collectivités territoriales et des acteurs locaux du soin et de l'accompagnement social. Il faut améliorer la connaissance, par ces acteurs locaux, de l'état de santé des populations et, en période de crise, leur adresser des recommandations claires, accessibles et opérationnelles. Il ne faut pas imposer des décisions uniformes, alors que les réalités sont différentes selon les territoires. Plusieurs leviers peuvent être activés pour contribuer à un pilotage local global et cohérent de la réponse à la crise.

PRÉCONISATION #17

Définir, en amont et en concertation, les méthodes de communication vers les professionnelles et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social en période de crise sanitaire avec pour objectif d'assurer une information synthétique, claire et lisible. S'assurer de la mise à jour régulière du fichier des professionnelles et professionnels de santé - quel que soit le mode d'exercice - et l'étendre au secteur médico-social quand il est concerné.

PRÉCONISATION #18

Organiser par anticipation dans les territoires une réponse médicale et sociale globale et cohérente aux situations de crise. Pour cela, ajouter systématiquement un chapitre « crises sanitaires » dans les plans et schémas régionaux de santé, les schémas départementaux de santé ainsi que dans les contrats locaux de santé avec deux objectifs :

- assurer leur articulation avec les dispositifs d'urgence (ORSAN, plans blancs, plans bleus),
- organiser la continuité et la coordination des prises en charge médicale, sociale et médicosociale.

PRÉCONISATION #19

Conditionner le conventionnement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les agences régionales de santé, ainsi que l'obtention du label « Réseau France santé », à l'existence d'un plan formalisé de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

PRÉCONISATION #20

Réaliser des exercices de crise en commun (*crash tests*) et des formations continues interdisciplinaires associant les professionnelles et les professionnels des secteurs médical, social, et médico-social, les associations, les élu·es et les élu·es.

PRINCIPE 6 : GARANTIR UNE INFORMATION FIABLE, TRANSPARENTE ET ACCESSIBLE

La communication fait partie intégrante de la gestion d'une crise. Durant la pandémie de Covid-19, elle s'est heurtée à de multiples difficultés, qui ont nui à la lisibilité et à la cohérence des messages. Elle a en outre été concurrencée par celle des médias et des réseaux sociaux : il faut tirer les leçons de cette expérience et se préparer, par anticipation, à mieux informer dans un contexte d'incertitude.

PRÉCONISATION #21

Elaborer une véritable stratégie de communication de crise pour garantir une information fiable, accessible et transparente, explicitant ce qui est établi scientifiquement et ce qui reste incertain, mise en œuvre avec des porte-paroles clairement identifiés dans leur rôle et leur légitimité.

PRÉCONISATION #22

S'appuyer sur des relais structurés dans les territoires (professionnelles et professionnels de santé, associations, acteurs locaux) pour aller vers les populations concernées et assurer une information adaptée aux spécificités de leur situation.

PRINCIPE 7 : SYSTEMATISER LES RETOURS D'EXPERIENCE ET ASSURER LA TRANSMISSION DES SAVOIRS

Il faut lutter contre le phénomène de « désapprentissage » des organisations et se donner pour objectif de progresser dans la gestion de crise. Le CESE déplore la tendance à évoquer la singularité de chaque crise pour justifier l'absence ou l'insuffisance des retours d'expérience (RETEX). Ces derniers, quand ils existent, sont souvent euphémisés, centrés sur la seule justification des décisions ou la protection des institutions et laissent de côté ce qui été improvisé, par crainte de l'anecdotique ou du jugement. C'est pourtant de ces réponses pragmatiques, souvent issues des initiatives lancées dans les territoires qu'il faut tirer des enseignements.

PRÉCONISATION #23

Systématiser les RETEX et y associer après chaque crise l'ensemble des acteurs qui ont contribué à la gestion de la crise autour de trois objectifs :

- favoriser le partage des expériences et des points de vue ;
- identifier à l'échelle des territoires les actions qui ont bien ou mal fonctionné, celles qui ont été ou qui devraient être pérennisées ;
- organiser la transmission des savoirs en toute transparence.

introduction

Qu'est-ce qu'une crise sanitaire ? Le code de la santé publique vise les « *menaces et crises sanitaires graves appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie* » (article L.3131-1). Il indique également que l'état d'urgence sanitaire peut être décidé en cas de « *catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population* » (article L.3131-12). Ainsi, on entend par « crise sanitaire » une situation de santé publique exceptionnelle qui, du fait de sa nature et de sa gravité, met en péril la santé de la population (catastrophe sanitaire) ou constitue une menace sanitaire grave nécessitant des mesures d'urgence et une réponse coordonnée des autorités.

La notion de « crises sanitaires » est en réalité plurielle. La science épidémiologique, en analysant la fréquence, la prévalence, la transmission, les facteurs de risques, les facteurs protecteurs, distingue les épidémies, localisées et circonscrites dans le temps, des pandémies, qui s'étendent à tous les pays, voire à tous les continents. La notion de syndémie, pour sa part, met en lumière l'interaction entre les maladies et les déterminants sociaux (pauvreté, inégalités, conditions de vie) qui aggravent leurs effets. Elle montre qu'il faut aussi agir sur les inégalités et les conditions de vie qui rendent certaines populations plus vulnérables. Le taux d'attaque, de reproduction, de morbidité sont autant d'indicateurs pour surveiller la situation sanitaire, anticiper – autant que possible – son évolution et adapter les mesures de santé publique. Ils sont essentiels et donnent des informations différentes : il est

important de les distinguer. Ces notions et ces indicateurs sont définis en annexe de cet avis.

Le code de la santé publique ne répond pas à une question essentielle : quand commence une crise sanitaire ? A l'échelle internationale, il revient à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de déclarer une « Urgence de santé publique internationale ». Cette décision est en réalité prise sur la base des informations que lui transmettent les États. En France, le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUS) de la Direction générale de la santé (DGS), analyse 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les signaux préoccupants. Cette fonction est aussi cruciale que difficile. Elle se fait en relation constante avec les différentes agences nationales de santé et avec les agences régionales de santé dans les territoires : leur expertise, leur veille sanitaire experte est indispensable pour analyser la nature, la gravité et l'évolution des événements sanitaires.

S'agissant du coronavirus, la possibilité qu'un virus circule dans le monde avait été envisagée. La France, l'OMS s'y étaient préparées, notamment en mettant en œuvre les obligations du Règlement sanitaire international (RSI). En revanche, les spécificités du virus - sa transmission interhumaine sous forme d'aérosols, sa contagiosité y compris par des personnes asymptomatiques -, leur simultanéité... n'avaient pas été complètement envisagées. De la même façon le niveau insuffisant des partages d'informations avec la Chine ou, plus tard, l'indisponibilité de la matière première nécessaire à la fabrication des masques - concentrée dans les usines de Wuhan qui a été la première ville de Chine à être confinée - n'avaient pas été anticipés. Si la conjonction d'éléments difficilement prévisibles a contribué à l'ampleur de la crise, elle a aussi mis en lumière des

lacunes structurelles de la prévention en santé en France. La préparation à la crise, si elle est nécessaire, ne permettra jamais de tout prévoir : les modalités de gestion doivent permettre adaptation, souplesse et gestion de l'incertitude.

Une autre réalité se dessine : les risques sanitaires, naturels, économiques, technologiques, géopolitiques se croisent et se renforcent. Les crises auxquelles nous serons confrontées seront donc toujours plus « hybrides » voire systémiques. L'événement déclencheur porte sur un domaine particulier mais la crise qu'il va générer sera d'une toute autre ampleur. Quand le risque est sanitaire, le pilotage de la réponse relève des missions du Centre de crise sanitaire (CCS), dont l'organisation et les moyens ont été renforcés après la crise de la Covid-19. C'est à lui qu'il revient d'organiser la gestion de la crise et sa montée en puissance jusqu'à, si cela est nécessaire, activer une gestion interministérielle sous l'égide du Premier ministre. La coordination entre les nombreux acteurs impliqués est alors au centre des défis.

Cette dimension de plus en plus systémique des crises a une autre conséquence : elle impose aux pouvoirs publics de faire des choix. Les arbitrages et les priorisations permettront de maîtriser certaines conséquences de la crise. Mais ils pourront aussi en aggraver d'autres. La crise de la Covid-19 a d'abord été sanitaire : son coût humain est immense, avec une surmortalité touchant particulièrement les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques (obésité, diabète, pathologies cardiovasculaires et respiratoires). Elle a été à l'origine de centaines de milliers d'hospitalisations entraînant un décalage des soins et des diagnostics pour les autres patientes et patients et laissant de nombreuses séquelles physiques et psychologiques. Elle a accentué les

inégalités sociales et territoriales de santé. La crise a rapidement pris une dimension économique et sociale justifiant des mesures et des choix sans précédent (prêts garantis par l'État, chômage partiel renforcé, télétravail, indemnités pour perte d'activité, report des cotisations sociales, plan de relance, plan *NextGeneration* de l'Union européenne, soutiens ciblés). La crise a accentué les fragilités et les difficultés dans le domaine du travail. Des tensions sociales, liées à l'insuffisance des concertations et négociations, sont apparues concernant notamment les changements souvent imposés dans les pratiques professionnelles. La crise a révélé le manque de reconnaissance de métiers pourtant essentiels. Elle a aussi bouleversé le fonctionnement de l'école, entraînant la fermeture des lieux d'enseignement et une continuité pédagogique très inégale, notamment en raison des fractures socio-économiques, culturelles, numériques. Elle a créé des ruptures d'apprentissage, de liens sociaux, qui auront des conséquences durables pour de trop nombreux enfants. Ses multiples répercussions sur la santé mentale des plus jeunes sont fortes et parfois durables. Ils ont été particulièrement affectés par l'augmentation des incertitudes liées aux bouleversements sociétaux et environnementaux, rendant leur avenir plus anxiogène et incertain. Cette période a aussi conduit, notamment les jeunes, à rechercher davantage de sens à leur vie (au travail, dans leurs rythmes de vie, dans la société...). La crise a aussi confirmé la défiance envers les institutions et, par certains de ses aspects, elle a illustré les

limites de notre fonctionnement démocratique, confirmant l'impératif de nouveaux dispositifs d'inclusion et de consultation.

Le CESE a la conviction que toutes les composantes de la société civile organisée ont un rôle à jouer pour prévenir les crises, mais aussi pour mieux faire face à celles qui vont de nouveau survenir. Au plus fort de la pandémie, il a alerté les pouvoirs publics sur certaines des conséquences directes de la crise. Il s'est aussi inquiété des effets des mesures prises pour endiguer l'épidémie. Il a joué le rôle que lui donne la loi depuis 2021 en matière de participation citoyenne en réunissant un comité de citoyens pour formuler des recommandations sur la stratégie vaccinale. Il a fait des propositions pour décloisonner notre système de santé, faire face aux défis environnementaux, rééquilibrer notre modèle économique et social, pour lutter contre les inégalités, les vulnérabilités et la pauvreté mais aussi pour renforcer l'effort de solidarité nationale en faveur des Outre-mer et consolider l'Europe de la santé. Ses avis ont par ailleurs montré combien les mutations en cours imposaient de repenser durablement les politiques de l'éducation, de la formation, de l'emploi, de la prévention en santé au travail.

Avec cet avis, le CESE appelle bien sûr à tirer les enseignements de la crise sanitaire de la Covid-19 et des précédentes crises. Mais ses objectifs sont tournés vers l'avenir, pour rétablir la confiance dans une société mieux préparée à la culture du risque et à la prévention.

Il faut se donner les moyens de prévenir les prochaines crises et de limiter leurs effets. Le CESE identifie six grandes priorités structurantes (partie I).

L'approche *One Health*/Une seule santé a désormais sa place dans les discours et les ambitions affichées, mais il faut encore se donner les moyens d'en faire une priorité transversale, effectivement mise en œuvre. L'appropriation d'une culture globale de la prévention, tout en rendant accessible les progrès de la science à tous, est un travail permanent. Il faut agir avec plus de volonté politique contre la pauvreté et les inégalités, sans attendre qu'une autre crise en multiplie durablement les effets. La recherche transdisciplinaire doit être soutenue. Il est nécessaire de progresser dans le croisement des données de santé et environnementales, mais aussi vers l'autonomie stratégique concernant les médicaments, le matériel médical et les équipements de protection individuelle. Par ailleurs, on le sait, la crise est intervenue alors que notre système de soins était déjà à bout de souffle : rien ne changera tant que ses moyens humains et financiers ne seront pas renforcés tout en fluidifiant les organisations. Il faut

rétablir les conditions de la confiance en la science : elle ne se « décrète » pas, elle implique de favoriser, dès le plus jeune âge, l'appropriation de la démarche scientifique et le développement de l'esprit critique.

L'avis préconise de repenser les processus de coordination et de décision sans attendre la prochaine situation d'urgence (partie II).

Un premier principe doit être celui du respect des libertés et des droits fondamentaux. Il est justifié de s'interroger sur le recours à des états d'exception alors que les risques sont permanents. D'autres principes de gouvernance pourraient être posés par anticipation : ils portent sur l'éthique, sur l'expertise - sa consolidation, sa place, sa diversité, son indépendance -, sur la démocratie en santé, sur les voies et moyens d'une meilleure adaptation de la réponse aux réalités de chaque territoire en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs. Il faut également s'accorder sur les moyens d'offrir une information fiable, de qualité et transparente : il y a là un enjeu essentiel en période de crise.

Pour préparer cet avis, la commission des Affaires sociales et de la santé a procédé à de nombreuses auditions et à des entretiens. Elle a ainsi entendu les acteurs et actrices qui sont - ou ont été - au cœur des responsabilités, des chercheurs et chercheuses, des spécialistes de santé publique. Elle a jugé tout aussi important de se tourner vers les professionnelles et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ainsi que vers les usagères et les usagers.

Plus de 80 agents et agentes des secteurs sanitaire, social et médico-social, plusieurs organisations de professions libérales, des associations et fédérations d'associations d'usagers de la santé et des personnes en situation de handicap ont apporté des éléments concrets et utiles à la préparation de cet avis. La méthode utilisée ne prétend ni à l'exhaustivité ni à la représentativité et a consisté à leur adresser un questionnaire par l'intermédiaire des organisations représentées au CESE.

Des citations extraites des réponses obtenues aux questions du CESE sont mises en exergue au fil du texte. En réalité, les éléments reçus par le CESE ont contribué à la structuration même de l'avis et aux choix de ses priorités. Ont en effet été plus spécialement pointées les nécessités, pour une société mieux préparée, de renforcer les systèmes de santé et d'accompagnement, de donner toute sa place à la démocratie en santé, d'adapter la gestion de la crise aux réalités des territoires et de mieux structurer les informations transmises aux professionnels, qui sont eux-mêmes des vecteurs incontournables d'une relation de confiance avec la population.

PARTIE 1

Des priorités structurantes pour une société mieux préparée

La précédente stratégie nationale de santé, lancée début 2018 pour une durée de cinq ans, a été marquée par la pandémie de Covid-19. Le projet suivant (2023-2033) a donné lieu à une consultation publique, entre septembre et octobre 2023. Tirant les enseignements de la crise sanitaire, ce projet fait de la prévention et de la réponse aux besoins de santé de la population les principales

finalités de la stratégie et organise son action autour de l'approche *One Health/Une seule santé*, de la démocratie en santé et de la co-construction des politiques de santé. Le CESE regrette que la stratégie nationale de santé, dont les objectifs et les principes s'inscrivent dans l'esprit de ses préconisations, ne soit toujours pas publiée.

A. Concrétiser enfin l'approche *One Health/Une seule santé* dans les politiques publiques

La crise de la Covid-19 a confirmé une réalité : les atteintes aux écosystèmes et les risques pour la santé sont intrinsèquement liés. Autrement dit, prévenir les risques qui pèsent sur la santé, c'est nécessairement préserver les écosystèmes et leur fonctionnement. La pertinence de l'approche *One Health/une seule santé*¹, se trouve ainsi renforcée. Elle est définie comme « *une approche intégrée et unificatrice qui vise à équilibrer et optimiser durablement*

la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement au sens large (y compris les écosystèmes) sont étroitement liées et interdépendantes »². Elle promeut une intégration plus forte des objectifs de santé dans la définition des politiques publiques : il faut se donner les moyens de la mettre concrètement en œuvre.

¹ Cf déclaration du bureau du CESE, *One Health/une seule santé en action : les propositions de CESE pour le Sommet de Lyon*, 3 mars 2026.

² L'approche *One Health* est portée par un partenariat quadripartite qui réunit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation Mondiale de la Santé animale (OMSA), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) : cette définition est celle qu'il a adoptée fin 2021.

1. Mettre en œuvre les principes One Health/Une seule santé et organiser leur suivi

Tous les éléments sont réunis pour créer un contexte favorable à l'émergence de situations sanitaires exceptionnelles : facteurs environnementaux liés à la pollution et à l'activité humaine qui contribuent au changement climatique et à une perte de biodiversité ; migrations humaines et augmentation des transports internationaux ; élevages intensifs ; marchés et commerce d'animaux sauvages ; mondialisation des échanges... Les Françaises et les Français ont conscience des enjeux : 45 % d'entre elles et eux classent « *l'impact de la mondialisation, des échanges et du changement climatique (maladies émergentes, pollutions, canicules, etc.)* » comme « *le plus prioritaire des nouveaux défis* » auxquels le ministère de la santé doit faire face³. Les maladies infectieuses en particulier représentent un risque majeur pour la santé publique. En 25 ans, trois beta-coronavirus ont émergé dans le monde (SRAS en 2003, MERS en 2012, Covid-19 en 2019) ainsi que la grippe A, ebola, zika et mpox

(monkeypox ou variole du singe). Le Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARS)⁴ a cartographié 35 risques infectieux en France susceptibles de survenir dans les 2 à 5 ans⁵. Deux types de maladies apparaissent plus particulièrement susceptibles d'entraîner des crises sanitaires : les infections respiratoires à potentiel pandémique, c'est-à-dire la grippe aviaire et les infections à coronavirus émergents pandémiques ; les virus transmis par les moustiques et responsables des arboviroses (dengue, chikungunya, zika)⁶. Ces virus sont de plus en plus présents dans des zones jusqu'alors épargnées. Avec environ 60 % des maladies infectieuses émergentes provenant d'animaux et plus de trente nouveaux agents pathogènes humains détectés au cours des trente dernières années, dont 75 % d'origine animale, notre santé, celle des animaux et le respect de la nature doivent être appréhendés de façon globale⁷. Le sol, les plantes, les animaux et les êtres humains partagent une grande diversité de micro-organismes qui forment des communautés spécifiques appelées microbiotes dont les interactions ont un rôle essentiel dans la santé de

- 3 Sondage ViaVOICE pour *Les contrepoints de la santé* du mardi 10 février 2026, réalisé entre octobre 2024 et décembre 2025, auprès d'un échantillon de 1000 personnes âgées de 18 ans et plus. Sondage de VIAVOICE pour les Contrepoints de la Santé.
- 4 Audition de la professeure Brigitte Autran, présidente du COVARS, devant la commission affaires sociales et de la santé le 8 octobre 2025. Mis en place en 2022, à la fin de l'état d'urgence sanitaire et des missions du Conseil scientifique, pour continuer d'éclairer les décisions du gouvernement en matière d'épidémies et de risques sanitaire., le COVARS est composé de membres bénévoles et indépendants : 16 issus de la communauté scientifique et 2 à 3 membres représentant la société civile et les patients. Ses avis sont consultatifs et s'inscrivent dans l'approche *One Health/Une seule santé*.
- 5 COVARS, *Evaluation des Risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030*, 3 avril 2024.
- 6 Audition de la professeure Brigitte Autran, présidente du COVARS, devant la commission affaires sociales et de la santé le 8 octobre 2025.
- 7 *La lettre de l'infectiologie*, n°6, décembre 2025.

l'homme, du sol, des animaux, du végétal et des écosystèmes.

L'approche One Health est importante pour prendre en compte les situations des Outremer. Leurs écosystèmes sont fragiles, très exposés aux conséquences du changement climatique et aux risques de maladies émergentes, zoonoses⁸ et maladies vectorielles⁹. A cela s'ajoutent des enjeux spécifiques à certains territoires : le CESE les a relevés dans son avis *La santé dans les Outre-mer*¹⁰. Il a notamment préconisé de faire de la santé-environnement une priorité des projets régionaux de santé (PRS) et de mettre à jour, en cohérence, les projets régionaux de santé environnement (PRSE) dans chacun des départements et régions d'Outre-mer.

L'antibiorésistance, autre risque majeur, constitue une véritable « pandémie silencieuse » pour l'OMS. Elle menace l'efficacité des traitements en rendant les bactéries résistantes aux antibiotiques en particulier en milieu hospitalier. Elle est la conséquence d'un usage excessif et inadapté d'antibiotiques, chez l'homme et chez l'animal, ainsi que de la contamination de l'environnement par des résidus médicamenteux. L'Union européenne soutient la recherche et le développement de nouveaux antibiotiques

pour lutter contre l'antibiorésistance au titre du programme *l'UE pour la santé (EU4Health)*¹¹. Elle en fait par ailleurs un objectif de la réforme de la réglementation pharmaceutique. La France est un mauvais élève en matière d'utilisation des antibiotiques : 40 % des patientes et patients malades de la grippe reçoivent une prescription antibiotique, alors que, dans un tel contexte - hormis dans les cas de surinfection bactérienne et/ou de personnes particulièrement fragiles - cela ne sert strictement à rien si ce n'est à développer une résistance par altération du microbiote intestinal¹². La prévention de la résistance aux antibiotiques fédère, depuis 2021, des professionnels des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale au sein du méta-réseau *Promise*¹³ : l'enjeu est de lever les barrières techniques au partage de bases de données pour travailler ensemble.

En dépit de certaines avancées, la France demeure encore loin d'une politique globale et cohérente en faveur de la santé-environnement. Le CESE y a consacré un avis en 2022¹⁴ et les changements intervenus depuis sont insuffisants. Il faut progresser dans deux directions :

→ **il manque encore une gouvernance nationale ambitieuse et solide pour**

8 L'OMS définit une zoonose comme une infection directement transmissible des animaux à l'homme par contact direct ou par les aliments, l'eau ou l'environnement. Elle se transmet par divers agents biologiques (bactéries, champignons, parasites, virus, prions...).

9 Selon l'OMS, une maladie vectorielle est une maladie infectieuse transmise par un vecteur vivant, (moustique, tique, puce, acarien). Le vecteur ne provoque pas lui-même la maladie, mais il transporte et transmet un agent pathogène - virus, bactérie ou parasite - d'un hôte à un autre.

10 CESE, avis *La santé dans les Outre-mer* (Eric Leung et Elisabeth Tomé-Gertheinrichs), janvier 2026.

11 *EU for Health (EU4Health)* est le programme européen de santé lancé après le COVID19 pour renforcer la préparation sanitaire, doté d'environ 4,4 milliards d'euros pour 2021-2027.

12 Audition du professeur Bruno Lina, président du *biocluster* pour l'innovation et les maladies infectieuses (*Infectious Diseases Cluster -IDCluster-*), devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 8 octobre 2025.

13 *Promise* : Professional community network on antimicrobial resistance, méta-réseau *One Health* de lutte contre l'antibiorésistance en France de 120 membres-partenaires plus deux universités, quatre écoles vétérinaires, l'Institut Pasteur et l'INRIA.

14 CESE, avis *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Isabelle Doresse et Agnès Popelin-Desplanches), mai 2022.

prioriser l'approche *One Health/Une seule santé* dans toutes les politiques publiques.

Il existe des plans sectoriels, mais ils ont leur propre temporalité et les financements sont éparpillés. Le Plan national de santé environnement (PNSE) doit donner le cadre stratégique de structuration de l'action publique pour la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. Le quatrième Plan national santé-environnement PNSE 4 (2021-2025) avait instauré un groupe de suivi « Une seule santé » pour suivre la mise en œuvre des différentes actions du plan et s'assurer de la prise en compte globale et cohérente de l'approche *One Health/Une seule santé*. La mise en place, intervenue en juillet 2022, du Secrétariat général à la planification écologique (SGPE) pour coordonner l'élaboration des stratégies nationales a pu sembler comme une réponse à l'impératif de transversalité. Mais l'absence de pôle dédié à la santé humaine en son sein n'annonce pas une appropriation par cette instance de la santé-environnement et de son approche, en partant du bon fonctionnement des écosystèmes, comme axe central des arbitrages interministériels. Le CESE demande que soit réalisé un bilan du PNSE 4. Il n'a aucune information quant à l'état de préparation du cinquième PNSE. Or, il faut le rappeler, l'élaboration, tous les cinq ans, d'un PNSE est

une obligation, inscrite dans le code de la santé publique¹⁵ :

- **il faut, en matière de santé-environnement, pleinement appliquer le principe de subsidiarité et « donner le pouvoir d'action aux collectivités territoriales ainsi qu'aux citoyennes et citoyens »¹⁶.**

L'objectif ne doit pas être celui d'une « déclinaison » de la politique nationale : il s'agit au contraire de considérer les collectivités territoriales comme le niveau le plus adéquat pour identifier les besoins et adapter les réponses. Il faut aussi faire en sorte que les connaissances et expériences liées à un territoire puissent « remonter » pour alerter et influencer les politiques nationales. Les plans régionaux de santé-environnement (PRSE), dont toutes les régions doivent se doter, sont des outils majeurs pour cela. Mais les autres collectivités territoriales sont elles aussi, à travers leurs compétences (liées à l'urbanisme, au développement économique, à l'aménagement du territoire, aux transports...), des actrices clés de la santé-environnement. Certaines sont très actives : il faut les soutenir, en leur donnant les moyens de renforcer leur connaissance des risques et des impacts de leurs politiques sur la santé (à travers les Observatoires régionaux de santé par exemple). Le CESE a proposé de consacrer dans la loi la contribution des collectivités territoriales à la

¹⁵ Articles L.1311-6 et L.1311-7.

¹⁶ Axe 3 de l'avis *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Isabelle Dorese et Agnès Popelin-Desplanches), mai 2022.

santé-environnement. Dans le même objectif, il s'est prononcé pour la transformation des contrats locaux de santé en contrats locaux de santé-environnement¹⁷.

La prévention en santé est une responsabilité collective. Elle doit être un objectif transversal des politiques publiques. Les risques se cumulent et la prévention en santé doit considérer les parcours de vie, des circonstances de l'enfance jusqu'aux âges plus avancés, en passant par le genre, les habitudes alimentaires, les conditions de vie et de travail, l'activité physique, la lutte contre les addictions. Comme le relève la Cour des comptes, la refondation de la politique de prévention « *est nécessaire pour réaliser un véritable changement d'échelle* »¹⁸. La prévention ne pourra être efficace qu'en agissant de manière globale et cohérente sur une pluralité de déterminants. Elle doit s'accompagner d'une démarche d'éducation.

Les progrès sont notamment nécessaires dans le champ du travail. La prévention est l'axe prioritaire de l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 et s'appuie sur le dialogue social. La sinistralité professionnelle reste néanmoins élevée et la crise sanitaire a contribué à la dégradation de la santé physique et mentale des travailleurs. Le CESE a récemment pointé plusieurs angles morts, comme l'exposition accrue des femmes à certains risques et la vulnérabilité des travailleurs indépendants. Il faut

renforcer la culture de prévention primaire, notamment via la formation, l'accompagnement des employeurs, mais aussi l'intégration des enjeux environnementaux et de genre dans l'évaluation des risques¹⁹.

C'est aussi par le renforcement et la protection du droit d'alerte que se diffusera la culture de prévention. La loi Wasserman du 21 mars 2022²⁰ a renforcé le statut général et la protection des lanceurs d'alerte créé par la loi Sapin 2²¹. Elle offre désormais le choix au lanceur d'alerte d'effectuer le signalement auprès d'une autorité externe - plutôt qu'au sein de son entreprise (signalement interne) -, auprès du Défenseur des droits, de la justice ou d'organes de l'Union européenne. Plusieurs autorités ont été désignées par décret pour enregistrer leurs alertes, en fonction de leurs domaines de compétences respectifs (Agence nationale de sécurité sanitaire, Haute autorité de santé, Direction générale du travail...). La loi protège également les facilitateurs (personnes physiques et morales) qui ont aidé le lanceur d'alerte. Comme le souligne le Défenseur des droits dans un rapport sur la protection des lanceurs d'alerte, une campagne d'information gouvernementale sur le droit d'alerte, les dispositifs de signalement et la protection des lanceurs d'alerte permettrait « *de placer les bénéficiaires éventuels d'une protection en situation de la mobiliser* » car la qualité de lanceur

17 CESE, avis *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Isabelle Doresse et Agnès Popelin-Desplanches), mai 2022.

18 Cour des comptes, *La politique de prévention en santé, décembre 2021*.

19 CESE, étude *Prévention en santé au travail. Défis et perspectives*, (Cécile Gondard-Lalanne, Jean-Christophe Repon), avril 2025.

20 Loi n° 2022-401 du 21 mars 2022 visant à améliorer la protection des lanceurs d'alerte.

21 Loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

d'alerte est « *subordonnée au respect de conditions de fond et de procédure* »²².

La façon de décider, et plus généralement l'action publique, doivent évoluer. Il faut renforcer la place de l'expertise et la collégialité pour mieux intégrer le risque et l'incertitude, qui fait partie intégrante de la décision publique en temps de crise, pour consolider la confiance. L'idée de développer la « culture du risque » dans l'action publique est présente dans la réflexion depuis plusieurs années, mais sa concrétisation reste difficile. Le risque est pourtant au cœur des missions des acteurs publics. Il justifie une grande partie de leurs interventions : leur mission de protection contre les risques extérieurs (ou exogènes) implique de les anticiper, les évaluer, de les « gérer ». Mais le risque est également « endogène » : l'administration peut elle-même, par ses choix, par ses interventions - ou son inaction - créer ou renforcer des risques. « *La prise en compte du risque par les décideurs publics, est devenue à la fois plus difficile et plus nécessaire* », soulignait le Conseil d'État dans une étude de 2018²³. Pour le Conseil d'État, il faut « *transformer la gouvernance* »,

améliorer les « capacités de choix » du Parlement (par exemple en mettant à sa disposition, en plus des études d'impact des évaluations et des études préalables²⁴ plus complètes), privilégier les normes fondées sur les objectifs plutôt que sur des moyens à mettre en œuvre, renforcer le caractère collégial de la prise de décision, réaliser davantage d'évaluations ex-post des décisions.

La prévention impose une profonde réorganisation des relations entre les connaissances scientifiques et la décision publique. L'application du principe de précaution est au centre des enjeux. Consacré par la Charte de l'environnement à valeur constitutionnelle, il impose aux autorités publiques, « *lorsque la réalisation d'un dommage, bien qu'incertaine en l'état des connaissances scientifiques, pourrait affecter de manière grave et irréversible l'environnement* », de « *veiller à la mise en œuvre de procédures d'évaluation des risques et à l'adoption de mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage* »²⁵. En d'autres termes, il « *renvoie à l'idée qu'il ne faut pas attendre d'obtenir les preuves définitives d'un danger*

22 Défenseur des droits, *La protection des lanceurs d'alerte en France*, Rapport bisannuel 2022- 2023.

23 Conseil d'État, *La prise en compte du risque dans la décision publique : pour une action publique plus audacieuse*, 26 avril 2018. Cette étude est antérieure à la crise sanitaire et son objectif était de formuler des préconisations pour aller vers une « action publique plus audacieuse ». Mais les évolutions qu'elle propose souligne la nécessité de préserver l'équilibre entre cet objectif (ne pas brider les activités et encourager l'innovation) et les impératifs de protection des populations.

24 Ces évaluations peuvent être produites ou centralisés par exemple par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. Dans son étude, le Conseil d'État fait aussi référence au rôle que pourrait jouer le CESE pour ces études, évaluations et consultations.

25 Article 5 de la loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement.

pour commencer à agir car, quand les preuves seront établies, il sera trop tard pour que l'action soit efficace »²⁶. Dans ses travaux, le CESE a plusieurs fois plaidé pour une profonde réorganisation des relations entre les connaissances scientifiques et la décision publique. Une « nouvelle approche doit s'imposer »²⁷ et l'articulation entre l'expertise scientifique et la décision doit être revisitée avec un objectif : faire de la science un fondement de la légitimité de la décision. L'obligation, depuis 2008, d'accompagner les projets de lois d'une étude d'impact a constitué un progrès. Mais elle a ses limites, notamment parce que les propositions de loi y échappent et ne font pas l'objet d'une véritable évaluation préalable²⁸.

Face aux caractères sériel et systémique des crises, le CESE met l'accent sur la nécessité d'une vision globale et donc d'une incarnation politique, et pas seulement administrative, de l'acculturation, de la prévention et de la gestion du risque. Dans un avis d'avril 2022 consacré aux conséquences pour la soutenabilité du système assurantiel français des risques systémiques (climat, cyber, pandémie)²⁹, il a proposé la mise en place d'une autorité politique de plein exercice chargée de la prévention et de la gestion des risques

majeurs. L'avis préconisait également un effort significatif de sensibilisation, de formation initiale et continue, pour renforcer la connaissance des risques et la culture de la prévention des risques.

PRÉCONISATION #1

Adopter une stratégie interministérielle et pluriannuelle de santé - environnement, dotée d'objectifs chiffrés et d'indicateurs de suivi, actée dans une loi d'orientation.

2. Poursuivre les efforts en faveur de la surveillance épidémiologique et des croisements des données

La France dispose de systèmes de surveillance performants, de bases de données en santé structurées et alimentées de longue date : le SNDS, système national des données de santé ; la plateforme des données de santé (PDS)³⁰ et la plateforme de données environnementales au service de la santé (GD4H, *Green data for health*)³¹. Il

26 William Dab, *La gestion du risque sanitaire en France : le défi de l'incertitude*, Annales des Mines – responsabilité et environnement, 2021, n° 104.

27 Axe 1 des préconisations de l'avis du CESE précité sur la santé-environnement. L'avis indique en particulier qu'il « ne doit plus s'agir, pour le législateur, d'intervenir substance par substance, de façon parcellaire, mais bien de déterminer les grands risques à éviter en considérant leurs effets possibles sur la santé humaine et sur les écosystèmes » (préconisation 3).

28 Des propositions ont pu être faites (cf. Agnès Buzyn, Mélanie Heard, *Mieux garantir la place de la science dans l'écriture de la loi*, Haut-Commissariat à la stratégie et au plan, La collection du Plan, n°9, octobre 2025) : soumettre les propositions de lois à l'obligation d'étude d'impact ; donner la possibilité au parlement de commander des études auprès des organismes publics de recherche ; renforcer le rôle de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques.

29 CESE, avis *Climat, cyber, pandémie : le modèle assurantiel français mis au défi des risques systémiques* (Fanny Arav et François-Xavier Brunet), avril 2022.

30 Anciennement appelée *Health Data Hub*, créée en 2019, pour faciliter le partage des données de santé, issues de sources très variées afin de favoriser la recherche.

31 Créé en 2020 dans le cadre du PNSE 4 pour mieux comprendre l'impact des facteurs environnementaux sur la santé, en facilitant le croisement des données environnementales avec celles de la santé.

existe en outre plusieurs dispositifs de veille et d'alerte sanitaires, comme *Sentinelles*³², *Renal*³³ ou le *CépiDc*³⁴. Ces dispositifs ont été complétés ou consolidés après la canicule de 2003 : l'Institut national de veille sanitaire (InVs)³⁵ a développé en 2004 le système *SurSaUD*[®] (Surveillance sanitaire des Urgences et des Décès), système de surveillance dit syndromique pour surveiller et évaluer rapidement l'impact sanitaire d'événements sur la population³⁶. Le Système d'information pour le suivi des victimes *Si-Vic* a été créé en 2016 après les attentats de Paris de novembre 2015. Il permet de suivre les victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) dans le système hospitalier.

Les crises sanitaires ont montré l'importance de disposer de données de différentes natures, croisant la surveillance sanitaire de la population, des animaux, des végétaux et des milieux, la statistique publique, le soin, la vaccination, la recherche.

Elles ont été indispensables pour comprendre le virus du Covid et ses mutations, analyser l'évolution de la crise, définir et adapter les mesures pour limiter sa propagation, gérer les capacités du système de soins, développer les outils de dépistage, préparer et gérer la campagne de vaccination. Les données ont été largement utilisées pour suivre l'évolution de la pandémie. Le pilotage de la gestion de la crise sanitaire a pu s'appuyer sur un réseau

- 32 Sentinelle est un réseau de recherche et de veille en soins de premier recours par une équipe de recherche INSERM-Sorbonne Université créée en 1984. Sa mission est triple : constituer de grandes bases de données en médecine générale et en pédiatrie par une surveillance continue d'indicateurs de santé ; développer des outils de détection et de prévision épidémique ; réaliser des études cliniques et épidémiologiques.
- 33 Rénal est un réseau national des laboratoires des centres hospitaliers pour la surveillance à l'hôpital, créé dans les années 90. Il regroupe des laboratoires de métropole et d'Outre-mer. Il fournit au Centre national de référence des virus des infections respiratoires de l'Institut Pasteur, à Santé publique France et à l'ECDC, toutes les semaines et toute l'année, des données virologiques et sérologiques pour les infections respiratoires vues à l'hôpital.
- 34 Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès créé en 1968, est une unité de l'Inserm en charge de produire la statistique nationale des causes médicales de décès.
- 35 Agence sanitaire, en fonction de 1998 à 2016 regroupée, avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) et le groupement d'intérêt public Adalis (addiction, drogue, alcool info service), dans Santé publique France, agence sanitaire créée en 2016.
- 36 *SurSaUD*[®] est basé sur la collecte de données non spécifiques à partir de plusieurs réseaux de professionnels et quatre sources d'information : les données du réseau *OSCOUR*[®] (Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences). Le réseau compte au moins un service d'urgence pour l'ensemble des départements français y compris en Outre-mer, à l'exception de la Martinique. Les services des urgences ont obligation de transmettre les informations anonymisées relatives à leur Résumé de passage aux urgences (RPU) à *SurSaUD*[®] selon les zones géographiques, les classes d'âge et les syndromes pour produire quotidiennement des données épidémiologiques pour détecter et alerter en cas d'épidémie. En complément de cette veille, un bulletin d'informations épidémiologiques à destination de tous est publié chaque semaine sur le site de SpF : les données des associations SOS Médecins membres de la Fédération SOS Médecins France ; les données de mortalité des services d'état-civil des communes transmises de façon dématérialisée à l'Insee ; les données de certification par voie électronique des décès, y compris la mortalité par cause transmise par l'Inserm (réseau CépiDc).

d'acteurs nationaux (Caisse nationale d'assurance maladie, Santé publique France, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, direction générale de l'offre de soins), régionaux et locaux (agences régionales de santé, cellules régionales de Santé publique France, établissements de santé) ; d'épidémiologistes spécialistes de la modélisation (Institut Pasteur) ; mais aussi sur le développement de la politique publique de l'*Open data*³⁷.

Les progrès vers la mise en œuvre d'une approche One Health de la prévention impliquent de croiser les informations sur la santé, l'environnement, les conditions de vie et de travail, l'alimentation. L'objectif est d'être en mesure d'agir le plus efficacement possible sur les déterminants de la santé. C'est ce qu'avait souligné le CESE dans son avis sur le numérique en santé, en préconisant « *une accentuation et une optimisation du partage, du croisement et de la compatibilité, à l'échelle des territoires, des données relatives à la santé, à l'environnement mais aussi aux conditions de vie et de travail, pour accélérer le passage de notre système de santé d'une approche curative à une approche préventive, conforme au concept One Health/Une seule santé* »³⁸. L'ANSES (agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) est désormais chargée de coordonner la plateforme de données environnementales au service de la santé (GD4H, *Green data for health*)

alimentée par des acteurs clés de la santé environnement³⁹, pour rendre les données environnementales et de santé plus accessibles et mieux exploitables pour la recherche : il y a un progrès. Il faut maintenant, et conformément à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, s'appuyer sur des indicateurs et des objectifs précis afin d'être en mesure de suivre la santé de la population tant sur le plan physique que mental, d'évaluer l'impact des risques environnementaux ou du changement climatique.

D'autres innovations, décidées dans le cadre ou après la crise Covid-19, ont permis d'enrichir la cartographie des réseaux de surveillance sanitaire et d'alerte. Le Système d'Information de Dépistage Populationnel *SI-DEP* a été créé en 2020 par l'AP-PH pour collecter à l'échelle nationale tous les résultats de tests de dépistage de la Covid-19 effectués par les laboratoires de biologie médicale publics et privés ainsi que tous les dépistages réalisés par les professionnels de santé en ville et de les restituer aux acteurs de santé impliqués dans la lutte contre la pandémie (Santé publique France, l'Assurance Maladie, etc.)⁴⁰. Cet outil a été extrêmement performant et utile pendant toute la crise sanitaire en collectant les données en temps réel des tests antigéniques réalisés par les professionnels de santé de ville et les tests PCR venant des laboratoires publics et privés. Il a permis de développer la politique de contact tracing organisée avec les agents de l'assurance

37 Depuis 2013, la politique publique de l'*Open data* vise à accroître la disponibilité et la réutilisation des données publiques via le portail national data.gouv.fr.

38 CESE, avis *Pour un numérique en santé souverain, de confiance et inclusif*, préconisation 8 (Majid El Jarroudi et Gérard Raymond), mars 2025.

39 CGDD, DGPR, DGS, DREES, DGRI, Inserm, ANSES, Ineris, OFB, Santé publique France, Cerema, Ademe, EHESP et la Plateforme des données de santé.

40 Aujourd'hui le *SI-DEP* est devenu *LABOé-SI*, un système d'information piloté par Santé publique France pour pérenniser le recueil des résultats de biologie des laboratoires.

maladie. Le réseau de laboratoires de ville Relab a été créé en 2020. De même, le centre national de référence des virus des infections respiratoires de l'Institut Pasteur collabore avec les laboratoires de biologie médicale privés dont le maillage territorial de données de santé est très fin. Le réseau de SURveillance Microbiologique des EAUX usées Sum'eau, créé en 2021 et coordonné par Santé publique France et l'ANSES, permet de suivre la circulation du virus au sein de la population et d'anticiper les pics de contamination en France.

Les bases de données sont nombreuses mais restent peu appariées entre elles⁴¹ : l'interopérabilité des systèmes d'information a été un enjeu

pendant la crise. Selon la Haute Autorité de santé (HAS), « *la France ne disposait pas de systèmes d'informations (SI) réactifs adaptés au suivi en temps réel d'une épidémie d'envergure nationale* »⁴². De fait, de nombreux systèmes d'information ont été mobilisés, adaptés ou construits dans l'urgence pendant la crise pour remonter les données utiles à son pilotage. A cela se sont ajoutées des enquêtes ponctuelles non automatisées conduites par les cellules de crise des ARS et par la statistique

annuelle des établissements de santé (SAE)⁴³ pour collecter les données manquantes sur le terrain. Construits dans l'urgence pour répondre à des besoins non couverts, les outils ont pu se révéler complexes dans leur utilisation. C'est le cas de *Voozoo*, outil créé par SpF à partir d'une structure informatique existante, pour suivre les cas et les décès liés à la Covid dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le manque de coordination avec les établissements, en particulier pour le remplissage manuel des données, a conduit à des erreurs de collecte et à des incohérences dans les saisies⁴⁴. Les bases de données sont hétérogènes car conçues et construites de façon différente. Ces difficultés ont alourdi la charge de travail des agents et agents des hôpitaux et des laboratoires, contraints de saisir et ressaisir des informations en l'absence d'interopérabilité des systèmes, ce qui a un coût très important⁴⁵ : toute nouvelle obligation de collecte ou de remontée de données devra donc être précédée d'une évaluation de son impact sur la charge de travail des professionnelles et professionnels et accompagnée de moyens humains dédiés. Le

41 CESE, avis *Pour un numérique en santé souverain, de confiance et inclusif* (Majid El Jarroudi et Gérard Raymond), mars 2025.

42 HAS, *L'expertise publique en santé en situation de crise*, rapport d'analyse prospective 2022, février 2023.

43 La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé. Les données sont collectées par la DREES.

44 DREES, *Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022*, - Annexe 7 *Etude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire Covid-19*, juin 2022.

45 Une enquête réalisée par France Biotech auprès d'établissements de santé, d'éditeurs et de professionnels de santé estime que l'absence d'interopérabilité coûte au moins 354 millions d'€ par an aux hôpitaux français publics et privés [TICsanté - Articles](#).

COVARS a alerté sur la persistance de ces difficultés au sujet de l'épidémie de *monkeypox* (les agentes et agents des ARS, chargées de la surveillance de l'épidémie au niveau territorial, doivent renseigner plusieurs fois les mêmes informations dans des bases différentes)⁴⁶.

Au niveau européen, l'absence d'interopérabilité dans la transmission des informations et les difficultés de partage des données ont compliqué le suivi et la surveillance de la pandémie⁴⁷.

Des changements significatifs sont intervenus depuis : en particulier le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), créé en 2004 en réponse au SRAS et qui avait beaucoup contribué à la réaction de l'UE face à la Covid-19, a été renforcé⁴⁸. Déjà chargé de fournir une assistance et des conseils aux États membres, ses missions portent désormais aussi sur la surveillance épidémiologique en temps réel autour de standards harmonisés, la coordination d'un réseau de laboratoires de références, la possibilité de mobiliser et déployer des équipes en cas d'urgence. De même, le règlement relatif à l'espace européen des données de santé (EHDS – *European Health Data Space*) prévoit notamment, avec une mise en œuvre échelonnée sur 10 ans, l'accès des personnes physiques à leurs données de santé électroniques à caractère personnel et la maîtrise de ces données, tout en permettant la réutilisation de certaines données à des fins d'intérêt général, de soutien aux politiques et de recherche scientifique⁴⁹.

Le croisement de données personnelles provenant de différents systèmes d'information soulève la question de leur protection.

Pendant la crise, le cadre juridique de l'utilisation des données de santé s'est révélé bloquant pour la communication et le partage des informations en temps réel. Le règlement général sur la protection des données (RGPD) organise cette protection et fixe un cadre qui s'impose à la collecte des données. Dans son avis sur la santé-environnement, le CESE a identifié des points de vigilance sur le croisement des données : « *les évolutions juridiques nécessaires à l'interopérabilité des données devront respecter les droits et libertés individuelles et empêcher tout accès à ces données à des fins malveillantes ou commerciales. A ce titre, les données collectées doivent garantir l'anonymat des populations, notamment lorsqu'il s'agit de leur santé. La sécurité de ces informations nécessite par ailleurs qu'elles puissent être hébergées en France, sur des serveurs sécurisés* ». Le croisement des données environnementales et des données de santé, de la santé scolaire et de la santé au travail est complexe. Alors qu'une géolocalisation des données est nécessaire pour comprendre et analyser les exposomes, se pose notamment la question de l'échelle utilisée pour recueillir les données : plus elle est fine et plus le risque d'identification des personnes est grand.

46 CESE, avis *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoît Miribel et Catherine Pajarès y Sanchez), avril 2022.

47 CESE, avis *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoît Miribel et Catherine Pajarès y Sanchez), avril 2022.

48 Règlement du 23 novembre 2022 modifiant le règlement CE 853/2004 instituant un centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

49 Règlement relatif à l'espace européen des données de santé - *Public Health*.

Les questions, éthiques et juridiques, posées par les systèmes de surveillance, leur croisement et leur interopérabilité, doivent être anticipées.

La concertation et la coordination entre institutions (Santé publique France, les ARS, les équipes de recherche - épidémiologistes, statisticiens) sont indispensables pour recenser les besoins, les prioriser et construire des systèmes d'information interopérables.

Le chaînage des systèmes d'information en particulier doit être pris en compte dès leur conception. Il faut s'inspirer des dispositifs de surveillance sanitaire étrangers qui se sont révélés très efficaces et utiles durant la crise (le système de surveillance des données de laboratoires danois par exemple)⁵⁰. La Stratégie du numérique en santé portée par la délégation du numérique en santé (DNS), annonce une évolution vers des systèmes d'information plus performants. De fait, la décision récente de migration de la Plateforme des données de santé (PDS) vers une solution d'hébergement en nuage sécurisé, résiliente et non soumise aux législations extra-communautaires est positive : pour le CESE, une solution d'hébergement souveraine, gage de confiance tant pour les

usagers et les usagers que pour les chercheurs et chercheuses, est un préalable à l'accélération de l'usage des données de santé en France⁵¹. De la même façon, s'inscrivant dans une approche *One Health/Une seule santé*, le projet de stratégie nationale de santé 2023-2033 met l'accent sur les enjeux du « *partage d'informations et de pratiques des professionnels de santé humaine et animale, ainsi que des acteurs de la surveillance de l'environnement, par exemple, concernant l'impact de la qualité de l'air sur la santé respiratoire des populations* »⁵².

PRÉCONISATION #2

Accélérer l'approche *One Health/Une seule santé* en assurant l'interopérabilité des réseaux de données environnementales et de santé, de manière éthique, confidentielle et sécurisée, en application du règlement général sur la protection des données (RGPD).

50 Créée en 2010, le *MIBA* contient tous les résultats des tests des hôpitaux publics et privés ainsi que les données cliniques des patients. Les données sont extraites automatiquement des laboratoires et le système est mis à jour toutes les 15 minutes. Les résultats des analyses médicales sont envoyés dans *MIBA*, adressés au médecin prescripteur et intégrés dans le dossier médical numérique du patient. Le transfert des données vers d'autres bases de données cliniques est automatique. Dès le début de la crise, le Danemark disposait ainsi d'un système de surveillance de la pandémie très performant. (COVARS, avis sur *Le développement, la gouvernance et l'accès aux bases de données de santé humaine en anticipation des crises sanitaires*, 26 juin 2024).

51 CESE, avis *Pour un numérique en santé souverain, de confiance et inclusif* (Majid El Jarroudi et Gérard Raymond), mars 2025.

52 Projet de la Stratégie nationale de santé 2023-2033.

B. Inégalités sociales : prévenir les effets amplificateurs des crises

La pandémie de Covid-19 a frappé durement ceux qui connaissaient déjà la pauvreté et l'exclusion, tout en faisant basculer dans la pauvreté des populations qui y échappaient jusqu'alors. Ces effets « démultiplicateurs » ont été mis en exergue par le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)⁵³. Ils ne concernent pas seulement la pauvreté : les travaux centrés sur les conditions de vie et sur les parcours montrent que, pour de très nombreuses personnes, la crise a renforcé les « croisements d'inégalités » et créé des ruptures, dont les effets seront durables.

En somme, l'épidémie de Covid, comme d'autres crises auparavant, a révélé des difficultés préexistantes : elle « oblige à regarder en face les fractures sociales qui se creusent et s'étendent »⁵⁴. Pour se préparer efficacement, il faut donc viser le long terme, sans attendre la prochaine crise, initier des changements pérennes dans les politiques publiques.

Après l'apparition de la Covid-19, pour les populations fragilisées, les vulnérabilités déjà existantes, qu'elles soient sociales, économiques ou sanitaires se sont renforcées et cumulées. Le rapport de l'Insee sur le premier confinement⁵⁵ fait

ressortir quatre facteurs favorisant une augmentation du taux de mortalité : la densité de la commune, la surpopulation d'un logement, la présence d'une pathologie associée à un risque élevé de formes graves de Covid-19 et enfin, le fait d'être contraint de travailler à l'extérieur de chez soi. Cette situation, où plusieurs épidémies ou maladies interagissent entre elles et avec des facteurs sociaux, de manière à aggraver les effets de chacun, a conduit certains auteurs à qualifier la pandémie de Covid 19 de « syndémie »⁵⁶.

La crise a été marquée par de nombreuses inégalités. Les travailleurs « essentiels » ont été les plus exposés au risque infectieux. Les mesures prises pour réduire la circulation du virus ont eu des effets très socialement différenciés, en lien avec les conditions de vie, avec par exemple, un télétravail massif (souvent source de dégradation des conditions de travail) pour certaines catégories et impossible pour d'autres, un isolement social, des difficultés psychologiques, des tensions familiales... Elle a en particulier illustré le poids du logement dans les inégalités sociales : la promiscuité, les logements surpeuplés ont non seulement été propices à la contamination par le virus du Covid-19⁵⁷, mais ils ont aussi empêché ou particulièrement dégradé la pratique du télétravail.

53 CNLE, rapport au Premier ministre, *La pauvreté démultipliée : dimensions, processus et réponses*, mai 2021.

54 Fiona Lazaar, alors présidente du CNLE, dans sa préface du rapport précité du CNLE.

55 INSEE France, Portrait social, *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement*, édition 2020

56 Richard Horton Covid 19 is not a pandemic The Lancet, vol. 396, septembre 2020 et Maxime Piccolo, "Pandémie" ou "Syndémie" ? Comment la crise du Covid-19 a-t-elle accentué des vulnérabilités déjà existantes ? Sociétés- Revue des sciences sociales et humaines, 2023, n° 158.

57 Enquête EpiCov *Epidémiologie et Conditions de vie liées au Covid-19*. Enquête réalisée par l'INSERM et la DREES sur les comportements et les représentations auprès d'un échantillon de 350 000 personnes suivies du début de la crise jusqu'en janvier 2022.

Par ailleurs, au début de la crise sanitaire du printemps 2020, les personnes sans domicile ont été particulièrement exposées et souvent oubliées par les premières mesures gouvernementales. Lors de l'annonce du premier confinement, aucune mesure spécifique de mise à l'abri ou d'accompagnement social ne les visait spécifiquement, alors même qu'ils ne pouvaient ni « rester chez eux », ni appliquer les gestes barrières de base. Les cellules de crise réunissant la DGCS (direction générale de la cohésion sociale) et la DIHAL (délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement) ont ensuite permis de mettre en place des mesures spécifiques avec les acteurs de la solidarité (*cf. infra*). Enfin, la fermeture des restaurants et cafés, des parcs, des jardins a privé les personnes sans domicile d'espaces où elles peuvent en temps normal accéder à des points d'eau, à des toilettes ou encore à la possibilité de recharger un téléphone.

La crise a mis à jour les difficultés d'une part grandissante de la population à se nourrir. Dans les premiers temps du confinement, et faute de bénévoles, l'aide alimentaire s'est soudainement arrêtée, laissant des personnes dans l'impossibilité de s'alimenter. Rapidement, l'État, les collectivités, des associations humanitaires ont pris des mesures pour maintenir, adapter et renforcer les dispositifs d'aide alimentaire, pour répondre à l'augmentation de la demande. L'enquête réalisée par l'Observatoire du Samu social

de Paris a montré un niveau de précarité alimentaire préoccupant chez les étudiantes et les étudiants d'Ile-de-France, qui interagissent souvent avec d'autres difficultés (étudiants étrangers, en situation de précarité, sans soutien relationnel, en difficulté psychique). La fermeture des écoles a privé de nombreux élèves des repas scolaires : les enfants issus de familles défavorisées ont été particulièrement touchés, car la cantine est, pour eux, le principal repas ou le seul repas équilibré de la journée.

La dégradation de l'accès aux soins de premier recours a pesé davantage sur les personnes disposant de faibles ressources

- qui renoncent déjà plus souvent aux soins en temps normal - et dont les dispositifs d'accompagnement ou les relais associatifs ont parfois été interrompus ou réduits. Cette dégradation a accentué les inégalités sociales de santé, déjà marquées avant la crise, mais significativement renforcées par elle. Ces inégalités ont été fortes tant en ce qui concerne l'exposition au risque sanitaire que pour ce qui est de l'accès à la prévention et aux soins.

La crise a été révélatrice des inégalités de genre. Dès le début de la crise, il a été observé que le risque de contracter la Covid-19 était plus élevé pour les femmes. Mais, comme le souligne Santé publique France « *cet écart ne résidait pas tant dans les différences biologiques de sexe que dans certains facteurs socio-économiques* »⁵⁸. Les hommes et les femmes n'occupent pas les

58 Camille Joannes, Lola Neufcourt, *Une pandémie révélatrice d'inégalités de genre face à la maladie*, dans Santé Publique France, *Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid*, la santé en action, n°468, janvier 2025.

mêmes rôles, dans la vie professionnelle et dans la vie familiale, et cela a eu une influence sur le niveau d'exposition au risque. Les effets des inégalités, bien présents avant la crise, se sont accentués : les femmes sont plus souvent en situation de précarité économique que les hommes, elles ont davantage renoncé aux soins, elles ont payé un prix plus élevé de certaines des mesures prises pour endiguer la pandémie (par exemple, elles ont plus souvent eu la charge des enfants pendant la fermeture des écoles, tout en ayant moins accès à des espaces appropriés pour le télétravail...). Cela montre, comme le CESE l'avait souligné dans son avis *Crise sanitaire et inégalités de genre de 2021*, l'intérêt d'une perspective intersectionnelle⁵⁹, pour mieux appréhender l'articulation de facteurs socio-économiques avec les facteurs de genre, mais aussi de classe sociale et d'origine. La prévention de tels effets implique une action de fond, pour mieux évaluer les impacts des décisions sur les femmes et adopter une approche intégrée de la dimension de genre dans les politiques publiques.

La crise, et en particulier les confinements, ont été synonymes d'une augmentation des signalements des violences conjugales et intra-familiales⁶⁰ et contre les jeunes personnes LGBTQ+⁶¹, même si la hausse des signalements peut être due à une plus

large prise de conscience d'une situation de violence par la victime ou les voisins. La prise en charge des victimes a été complexifiée dans un premier temps car les structures ont été mises à mal par les impératifs sanitaires. Face à ces enjeux, et même si cela reste insuffisant pour contrer un phénomène de fond, des mesures ont été prises comme la multiplication des dispositifs de signalement de violences (en pharmacie, dans les centres commerciaux, sur internet, via sms ou via l'extension de la disponibilité du 3919...)⁶², la mise à disposition de chambres d'hôtels par le secteur privé pour mettre en sécurité des centaines de femmes victimes de violences conjugales.

Les enfants n'ont pas été suffisamment protégés. Pendant le premier confinement, les violences psychologiques ou physiques sur les enfants ont augmenté. Les situations urgentes signalées aux cellules de recueil d'informations préoccupantes pour une intervention rapide ont augmenté de 30 %⁶³. Par ailleurs, des enfants ont été confrontés à des situations très difficiles - décès des parents par exemple - que la protection de l'enfance a dû prendre en charge. L'impact de la crise sur l'accompagnement des enfants confiés à la protection de l'enfance a été documenté dès novembre 2020 par le Conseil national de la protection de

59 L'approche intersectionnelle, qui « consiste à aborder les questions de santé en tenant compte à la fois du sexe biologique, du niveau socio-économique et l'appartenance ethnique des patientes et des patients » (CESE, avis *Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité*, Marie-Josée Balducci et Anouk Ullern, septembre 2025).

60 Lazimi, Gilles., et al. *COVID-19, confinement, violences faites aux femmes et aux enfants*, Médecine, 2020/10 Vol. 16, 2020. p.457-459. CAIRN.INFO, stm.cairn.info/revue-medecine-2020-10-page-457?lang=fr.

61 Lazimi, Gilles., et al. *COVID-19, confinement, violences faites aux femmes et aux enfants*, Médecine, 2020/10 Vol. 16, 2020. p.457-459. CAIRN.INFO, stm.cairn.info/revue-medecine-2020-10-page-457?lang=fr.

62 CESE, avis *Crise sanitaire et inégalités de genre* (Dominique Joseph et Olga Trotiansky), mars 2021.

63 Durant le premier confinement, la plateforme téléphonique 119 a reçu 56 % d'appels supplémentaires comparé à la même période en 2019 (13 au 19 avril, + 89 %) - Giped 119. Les violences relatives étaient psychologiques (32 %) et physiques (19 %).

l'enfance (CNPE)⁶⁴ : difficulté des professionnels à assurer le suivi à domicile, suspension des décisions des juges ou des réévaluations des enfants placés pendant plusieurs mois. Pour bon nombre d'enfants placés, les droits de visite des parents ont été suspendus, ou moins fréquents. La crise a certes montré l'engagement continu des professionnels de la protection de l'enfance et la réactivité des opérateurs associatifs⁶⁵ et publics qui ont proposé des modes de prise en charge alternatifs dans des temps très brefs⁶⁶. La situation de la protection de l'enfance est toutefois encore aujourd'hui alarmante et pâtit de l'absence d'une politique gouvernementale interministérielle, abordant l'ensemble des enjeux d'une manière transversale⁶⁷.

La crise a également constitué « la plus grande perturbation qu'ont connue les systèmes d'éducation », avec un basculement massif vers l'enseignement à distance⁶⁸. Même si, dans un contexte très difficile, la préservation d'un lien d'apprentissage avec les élèves a été une priorité pour le personnel de l'éducation nationale, les conditions dans lesquelles les

élèves ont dû travailler ont agi comme un révélateur des inégalités et les ont rendues encore plus criantes : possibilité, ou non, pour les familles, d'accompagner et de soutenir les apprentissages, fractures numériques (couverture géographique, absence de matériel, maîtrise à la fois technique et d'usage), territoriales, sociales (logement, alimentation avec la perte de services comme la cantine scolaire notamment), inégalités dans l'accès aux ressources culturelles, décrochages scolaires, etc...⁶⁹. Les conditions de travail des personnels éducatifs très dégradées pendant la pandémie de Covid ont impacté leur santé physique et mentale et l'accompagnement mis en place par l'Education nationale a été insuffisant. L'analyse des conséquences à long terme - de l'école primaire jusqu'à l'entrée sur le marché du travail - des décisions de fermeture des établissements scolaires sur les apprentissages, les trajectoires scolaires et professionnelles, la capacité à développer des liens sociaux de qualité reste, aujourd'hui encore, à réaliser⁷⁰.

64 CNPE *Rapport sur l'impact du Covid sur l'accompagnement des enfants et des familles en prévention et protection de l'enfance – Quelles leçons pour l'avenir ?* novembre 2020.

65 Avec, par exemple, la mise en place de contacts téléphoniques ou d'échanges réguliers en visio qui ont permis de proposer aux parents, à distance, des activités à faire avec leurs enfants, mais aussi des conseils, dans des séances d'écoutes et de dialogues plus apaisés.

66 Cour des comptes *La protection de l'enfance, une politique inadaptée au temps de l'enfant*, rapport public thématique novembre 2020.

67 CESE, avis *La protection de l'enfance est en danger : les préconisations du CESE* (Josiane Bigot et Elisabeth Tomé-Gertheinrichs), octobre 2024.

68 Selon Léonard Moulin, chargé de recherche à l'INED, dans le cadre de l'étude de l'INED consacrée aux impacts de la crise sanitaire sur l'éducation, janvier 2026.

69 Contribution de la Section de l'éducation, de la culture et de la communication pour la résolution du bureau « Construire demain » juin 2020.

70 DEEP, bilan éducation nationale : analyse qui date de novembre 2022, sur une seule année scolaire.

La crise a eu des impacts sur les personnes en situation de handicap.

Pour elles aussi, la crise a eu pour effet de mettre encore plus en évidence les problèmes préexistants (comme l'indique le Collectif Handicaps, « *les temps de crise sont révélateurs des difficultés et des pénuries en temps ordinaire* ») mais aussi de les amplifier (le Collectif Handicaps parle d'un cercle vicieux, avec, par exemple, « *un état de santé qui se dégrade, provoquant plus d'angoisse et de peur, qui rendent encore plus vulnérables physiquement* »)⁷¹. Les différentes mesures d'endiguement de l'épidémie ont limité fortement les déplacements, entraînant des conséquences importantes sur le quotidien des personnes en situation de handicap : restrictions d'accès aux soins, arrêt ou réduction de l'accompagnement à domicile et de la présence humaine. La mise en œuvre immédiate sans préavis de ces mesures (les confinements en particulier) n'a pas permis aux personnes concernées et à leurs proches de prévoir des alternatives. Des situations d'isolement en ont résulté : ce qui constituait le support de liens sociaux a disparu (arrêt des visites, fermeture des établissements qui pour certaines et certains sont les seuls lieux de sociabilité, incapacité à aller faire ses courses...)⁷² ainsi qu'une perte de repères pour certaines et certains (manque d'activités structurées, disparition du cadre institutionnel et des prises en charge quotidiennes). La scolarité des apprenantes et apprenants ayant des

besoins spéciaux se trouve encore plus perturbée que celle des autres élèves. L'accompagnement des enfants par les instituts médico-éducatifs (IME) a été très fortement réduit voire interrompu pendant le confinement, entraînant des ruptures de parcours scolaires.

La pandémie et les mesures prises pour limiter ses effets ont eu des conséquences sur les majeurs protégés qui n'ont pas été suffisamment évaluées.

Au moment de l'annonce de la fermeture des juridictions, la protection des majeurs ne comptait pas parmi les « contentieux essentiels » dont l'activité était maintenue. Plusieurs ordonnances, couvrant les matières pénale et civile, adoptées le 25 mars 2020, ont prorogé les mesures de protection juridique des majeurs sans autre précision sur les modalités de gestion de ces mesures⁷³. Des services de mandataires ont mis en place des cellules pour garder le lien par téléphone et prendre des nouvelles dans une démarche d'« aller vers » sans attendre une sollicitation des personnes protégées. Mais pour beaucoup de personnes protégées, l'isolement et la solitude auront été plus intenses. La fermeture en tout ou partie des structures a rendu plus difficile le quotidien des majeurs protégés. De façon générale, les conditions de vie des majeurs protégés pendant la crise sanitaire n'ont pas été suffisamment analysées. Cela mériterait de l'être, par anticipation et sans attendre une nouvelle crise, pour une meilleure prise en compte des réalités de vie de ces personnes.

⁷¹ Collectif Handicaps, *Tirer les enseignements des crises sanitaires dans le champ des politiques sociales et de santé*, juin 2022.

⁷² Contribution du Collectif Handicaps aux travaux du CESE sur les enseignements à tirer des crises sanitaires dans le champ des politiques sociales et de santé.

⁷³ Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés mentales ou physiques de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique (article 425 du Code civil). On évalue entre 800 000 et 1 million le nombre de personnes faisant l'objet d'une mesure de protection décidée par le juge.

La crise a mis à mal la santé mentale de nombreuses personnes, avec, là encore, de fortes inégalités socio-économiques, mais aussi des inégalités liées au genre et à l'âge. L'étude CoviPrev menée par Santé publique France⁷⁴ pendant toute la pandémie a ainsi montré que, dès le premier confinement, environ 20 % des Français déclaraient des symptômes d'anxiété (soit deux fois plus qu'avant 2020), avec des hausses plus marquées pour les femmes, les jeunes adultes, les personnes socialement défavorisées ou avec antécédents psychologiques.

Les 18-24 ans constituent la tranche d'âge qui a cumulé le plus de vulnérabilités, à la fois résidentielles, matérielles et relationnelles. Ces vulnérabilités n'étaient pas « nouvelles » : elles ont été renforcées par la crise⁷⁵, avec des ruptures dans les revenus (situation des jeunes en insertion et de ceux qui avaient besoin de travailler pour financer leurs études). Les solidarités, notamment familiales, ont inégalement joué : pour beaucoup, la fragilité des liens sociaux est venue s'ajouter aux inégalités économiques et de logement, contribuant à une très forte augmentation de l'isolement. La dégradation de la santé mentale

des jeunes, amorcée avant la pandémie, s'est accentuée pendant la crise et se poursuit depuis⁷⁶.

La crise a aussi mis à mal l'accompagnement des usagers et usagers de drogue, ou de personnes dépendantes de substances psychoactives, et aggravé les effets du cumul précarité et addictions⁷⁷. Les sevrages brutaux sont dangereux pour les personnes engagées dans une démarche de réduction des risques. Des dérogations ont été autorisées dans le cadre de la loi sur l'état d'urgence, pour, par exemple, autoriser les pharmacies à délivrer des traitements (par des produits de substitution aux opiacés) ou certains dispositifs médicaux avec des ordonnances qui n'avaient pas pu être renouvelées, afin d'éviter des ruptures de traitements préjudiciables. Les usagers et usagers de drogues confinés dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) se sont retrouvés dans des situations très difficiles, avec un moindre accès au suivi et à l'accompagnement. Un travail commun, avec la mise en place de protocoles, entre les CHRS et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de

74 Santé publique France (2022), *CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19*. Santé publique France.

75 Santé publique France, *Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid*, la santé en action, n°468, janvier 2025.

76 CESE, *Santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes : un enjeu de société* (Helno Eyriey), octobre 2025.

77 Entretien des rapporteurs le 15 décembre 2025 avec Mme Marie-José Augé-Caumont présidente du CAARUD « réduire les risques » de Montpellier, conseillère au CESER Occitanie.

drogues (CAARUD) ⁷⁸ a permis une certaine continuité.

La crise sanitaire a mis en lumière et accru les difficultés économiques de certaines catégories d'actifs et de nombreux jeunes. Elle a plus fortement touché les travailleurs et travailleuses modestes et/ou précaires : de l'économie informelle, intérimaires, mais aussi salariés en CDD, travailleurs indépendants et certaines professions (les artisans et commerçants, les ouvriers, qui ont été plus nombreux à arrêter leur activité professionnelle que les cadres et professions intermédiaires). De plus, les nouveaux travailleurs indépendants (micro-entrepreneurs, notamment ceux liés aux plateformes) sont en moyenne économiquement plus fragiles et moins protégés contre les risques sociaux⁷⁹. Au cours de la dernière décennie, la précarité professionnelle a augmenté malgré la baisse du chômage⁸⁰. De même, la situation des moins de 25 ans reste un « angle mort des politiques publiques »⁸¹. La précarité étudiante n'est plus un état transitoire lié à des crises ponctuelles, mais une réalité durable qui s'installe dans le quotidien d'une majorité de jeunes.

Certaines mesures ont néanmoins permis de limiter l'impact de la pandémie : prolongation de la trêve hivernale, ouverture de places d'hébergement supplémentaires, intervention d'équipes médicales mobiles, soutiens financiers aux plus précaires, distribution de chèques services, généralisation du repas à 1 euro à tous les étudiants, assouplissement des démarches pour réaliser une IVG ... Surtout, des solutions ont été trouvées dans l'urgence grâce aux acteurs de la solidarité⁸², une véritable « énergie associative » s'est mise en place, qui a souvent permis d'apporter des réponses à des situations inédites. Les structures du champ social et médico-social, après une phase sans activité (fermeture des accueils de jour, des distributions alimentaires...) se sont organisées à l'échelle locale : la coordination des acteurs locaux du soin et de l'accompagnement doit, pour le CESE, constituer un principe de la gouvernance de crise et cet avis y revient dans sa partie II (principe 5).

78 Un centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, infections, notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Les CAARUD sont financés par l'Assurance maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé, pouvant par ailleurs gérer des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

79 Le CESE a, en 2017, formulé des préconisations pour sécuriser leurs droits : cf. CESE, avis, *Les nouvelles formes du travail indépendant* (Sophie Thiéry), novembre 2017.

80 CESE, *Lutter contre la précarité professionnelle par une économie plus inclusive* (Jean-Marc Boivin et Saïd Hammouche), février 2026.

81 Entretien des rapporteurs avec M. Benjamin Flohic, directeur général de l'association Cop1, le 9 janvier 2026.

82 Par exemple, la Réserve civique-Covid 19 *jeveuxaider. gov.fr* a mis en lien les citoyens et les associations afin de continuer à aider les plus démunis et les plus vulnérables.

Cinq ans après la crise, il faut déplorer une absence de réponse structurelle à des difficultés devenues pérennes.

Les difficultés à se nourrir perdurent pour une part importante de la population : le recours à l'aide alimentaire augmente. L'accès aux soins reste difficile dans de trop nombreuses situations, qu'elles soient liées aux insuffisances de l'offre de soin ou au coût des soins. Les difficultés de logement ne sont toujours pas résorbées. La précarité étudiante, qui existait avant la crise, s'est accentuée pendant la pandémie et ne s'est pas réduite ensuite⁸³ : il reste encore à construire des politiques publiques de jeunesse globales, structurelles et structurantes, adaptées à la diversité des jeunes et des parcours de vie⁸⁴. Les chiffres de la pauvreté sont en hausse : en 2021, après la phase aiguë de la Covid-19 et la fin des aides exceptionnelles, le taux de pauvreté⁸⁵ est monté à 14,5 %, soit +0,9 point par rapport à 2020 (9,1 millions de personnes). Il atteint aujourd'hui 15,4 %, soit 9,8 millions de personnes sous le seuil de pauvreté. En réalité, et le CESE l'a souvent souligné, ces chiffres ne

rendent pas compte de toutes les dimensions de la pauvreté, ce qui peut conduire à des choix politiques inadaptés⁸⁶. C'est pourquoi le CESE préconise⁸⁷ de procéder à une évaluation des effets de l'ensemble des politiques publiques sur la situation des 10 % des personnes les plus pauvres.

Les réponses temporaires étaient nécessaires, mais elles montrent leurs limites : anticiper les prochaines crises, c'est nécessairement améliorer l'efficacité des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités, en intégrant les enjeux multifactoriels. En parallèle, il s'agit de renforcer résolument nos politiques de redistribution et notre protection sociale pour en combler les limites. Ces changements doivent se construire avec la participation des personnes concernées : il faut « faire pour elles » mais surtout « faire avec elles » pour que les mesures répondent au mieux aux besoins et aspirations et pour ne pas passer à côté de ce qui, souvent pour des raisons très concrètes mais peut-être « invisibles » pour les concepteurs des politiques publiques, pourrait priver les

83 Entretien des rapporteurs avec Benjamin Flohic, directeur général de l'association Cop1, le 9 janvier 2026. L'édition 2025 du baromètre sur la précarité étudiante confirme l'ancrage durable de la précarité alimentaire chez les étudiants : « *il existe désormais une véritable « condition étudiante sous arbitrages permanents* ». *Se nourrir, se loger, maintenir une vie sociale : autant de domaines où les étudiant-es doivent composer en permanence entre besoins fondamentaux et contraintes financières.* »

84 CESE, résolution, *Pour des politiques de jeunesse structurantes et adaptées aux enjeux du XXI^e siècle*, décembre 2023.

85 Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.

86 En se limitant à ce qui est quantifiables, les indicateurs de la pauvreté (taux de pauvreté monétaire et pauvreté en conditions de vie) ne permettent pas de saisir toutes les dimensions de la pauvreté. Voir notamment l'avis *Droits sociaux : accès et effectivité*, novembre 2024.

87 Voir notamment CESE avis *Droits sociaux : accès et effectivité* (Isabelle Doresee et Catherine Pajares Y Sanchez) novembre 2024, préconisation n°2.

mesures de leur efficacité. Dans le même objectif, les professionnelles et professionnels doivent être consultés, par

l'intermédiaire de leurs représentants, sur la définition des politiques publiques qu'ils seront appelés à mettre en œuvre.

PRÉCONISATION #3

Associer, sans attendre la prochaine crise, les personnes concernées à la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques de lutte contre la pauvreté et les inégalités et évaluer les effets de l'ensemble des politiques publiques sur les inégalités de genre et sur les 10 % des personnes les plus pauvres.

C. Développer la recherche et l'autonomie stratégique

En matière de recherche, de produits de santé, les capacités mobilisables pendant la crise sont celles qui existent avant, d'où la nécessité d'anticiper. Une meilleure préparation aux crises suppose de développer une autonomie stratégique qui englobe à la fois la recherche et l'industrie de la santé.

1. Soutenir la recherche

La recherche est essentielle pour garantir l'autonomie technologique de la France et de l'UE et faire face aux prochaines crises. Elle est un pilier essentiel dans la réponse aux épidémies avec un double enjeu ⁸⁸ :

- elle permet d'anticiper, de préparer et de comprendre les émergences futures, d'améliorer les connaissances sur les pathologies, leur prévention ;
- au moment où la crise survient, elle doit être mobilisée rapidement et avec un niveau de coordination et de

financements suffisants sur la mise en œuvre des « contre-mesures », c'est-à-dire l'ensemble des mesures pouvant servir à diagnostiquer, protéger ou traiter les personnes humaines en temps de crise sanitaire et assurer leur bonne préparation et gestion (diagnostics, vaccins, traitements, équipements de protection individuelle...).

La pandémie de Covid-19 a montré l'engagement majeur et rapide des acteurs et actrices de la recherche en France comme au niveau international.

Tous les segments de la recherche ont été mobilisés : recherche fondamentale, translationnelle⁸⁹ ou clinique, au niveau des organismes de recherche, des laboratoires et des chercheuses et chercheurs. Des financements spécifiques contre la Covid-19, par appels à projets et par d'autres canaux, ont été mis en place dès les premières semaines

⁸⁸ Jean-François Delfraissy *La recherche française face aux maladies infectieuses émergentes : de REACTing à l'ANRS- maladies infectieuses émergentes* Bulletin Académie Nationale de médecine 2023.

⁸⁹ La recherche translationnelle (ou recherche de transfert) se situe à l'interface entre la recherche fondamentale en laboratoire qui sert à comprendre les mécanismes biologiques fondamentaux, et la recherche clinique qui est réalisée directement auprès des patients. Les domaines de cette recherche mise au service du patient sont le développement de thérapies et de diagnostics innovants.

de l'émergence et près de la moitié des chercheurs en infectiologie ont réorienté leurs travaux sur le nouveau virus.

La crise a toutefois également mis en lumière un certain nombre de freins : des mesures ont été prises pour tirer des enseignements de la crise de Covid 19.

→ **La crise pandémique de Covid 19 a en effet mis en lumière le manque de priorité accordée par la France à la lutte contre les maladies infectieuses émergentes.** Au cours des vingt dernières années, plusieurs épisodes épidémiques avaient constitué pourtant des signaux d'alerte précoces (Zika, Ebola, H1N1, SARSCoV-1, etc.). Mieux prévenir implique une stratégie de recherche renforcée sur les maladies émergentes. Une nouvelle agence autonome de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), l'ANRS - Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE)⁹⁰ a été créée en 2021 pour impulser une recherche mieux structurée et coordonnée sur le champ des maladies émergentes et ré-émergentes. Le lancement, en septembre 2024 à Lyon, d'un nouveau *biocluster*, financé

à hauteur égale par des fonds publics et des fonds privés, spécialisé dans la lutte contre les maladies infectieuses et l'antibiorésistance, illustre cette volonté de garantir une meilleure réponse en cas de crise⁹¹. Présidé par le professeur Bruno Lina⁹², il met en relation des laboratoires de recherche et des industries de santé pour accélérer l'arrivée de nouveaux projets.

→ **Les actions de recherche sur les maladies émergentes doivent être mieux coordonnées au niveau européen.** En 2021, la commission européenne a créé l'Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA) pour, notamment en temps de crise, renforcer le développement, la fabrication, l'acquisition, de contre-mesures médicales, soutenir la recherche destinée à mettre à disposition des vaccins ainsi que des traitements innovants et autres. Une coopération renforcée en matière de recherche au niveau européen et la coordination des actions de l'ANRS - MIE avec cette Autorité sont essentielles. En janvier 2026, a été lancé un partenariat européen pour la préparation aux pandémies (BE

90 Créée par la fusion de l'ANRS et du consortium REACTing, l'agence est devenue l'opérateur scientifique clé du PEPR Maladies Infectieuses Émergentes du plan France 2030.

91 Ce *biocluster* est porté par Lyon biopôle Auvergne-Rhône-Alpes en association avec BioMérieux, Sanofi, Boehringer-Ingelheim, l'UCBL, les HCL, l'Institut Pasteur, l'Inserm-ANRS-MIE, l'APHP et l'Université de Paris Cité, avec le soutien de la Région Auvergne-Rhône-Alpes et des métropoles de Lyon et de Grenoble.

92 Audition du Professeur Bruno Lina devant la commission des affaires sociales et de la santé le 8 octobre 2025.

READY⁹³), coordonné par l'ANRS - MIE, d'une durée de 10 ans. Il rassemblera les réseaux de préparation aux pandémies existants en s'appuyant sur l'expertise de 81 organisations de santé publique, de ministères (de la science, de l'éducation, de la santé, de l'innovation ou de l'environnement) et d'organismes chargés de la recherche issus de 27 pays, pour assurer une approche transversale et interdisciplinaire selon l'approche *One Health* et « Santé mondiale » (*Global Health*). Il travaillera en synergie avec la Commission européenne, notamment l'HERA, et en collaboration avec d'autres acteurs internationaux et européens.

Plus largement, la crise a montré qu'il est essentiel d'avoir une approche holistique et multidisciplinaire et non pas seulement sanitaire. Anticiper les crises passe aussi par le développement de recherches portant sur l'exposome⁹⁴, dont les facteurs sociaux, les systèmes de financement, les structures et les processus organisationnels, les technologies de la santé et les comportements personnels, pour apporter des réponses plus justes et mieux adaptées. La pandémie a en effet mis en évidence que la recherche « fait système » et que toutes les disciplines doivent être soutenues, avec une

approche décloisonnée : la recherche médicale fondamentale et appliquée, mais aussi les sciences humaines et sociales, qui permettent notamment de mesurer l'impact social d'une crise, les sciences économiques pour aider à la sortie de crise, réfléchir à un nouveau modèle de développement, etc.⁹⁵. Cet avis (point B) met l'accent sur les effets démultiplicateurs de la crise, sur les inégalités et sur les fractures existantes : il faut encourager la recherche sur ces phénomènes, dans toutes ses dimensions et dans une approche intersectionnelle, pour mieux les comprendre et s'en prémunir. La variable du sexe et du genre est encore trop peu prise en compte dans la recherche médicale qui reste « encore trop souvent andro-centrée avec à la fois une sous-représentation des femmes en tant que sujets cliniques (inclus ou explicitement reconnus) et en tant que chercheuses en position d'encadrement »⁹⁶.

Le CESE réitère ses alertes concernant l'insuffisance globale de l'effort de recherche en France et la nécessité d'atteindre 3 % du PIB qui devrait être consacré aux dépenses de recherche et développement⁹⁷. La France n'a pas investi à la hauteur de ses engagements européens. La trajectoire financière de la loi de programmation de la recherche

93 BE READY = Building a European Strategic Research and innovation Area in Direct Synergy with other EU and International Initiatives for Pandemic Preparedness [SOYEZ PRÊT PLUS - SOYEZ PRÊT PLUS](#)

94 Intégré dans le code de la santé publique (article L.1411-1) par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le concept d'exposome se définit comme l'intégration de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine tout au long de la vie, y compris intra-utérine. L'exposome « englobe les expositions à des facteurs de risques chimiques, biologiques, physiques ou sociaux qui peuvent influencer la santé humaine tout au long de la vie - y compris intra-utérine -, en tenant compte des effets à long terme et potentiellement multigénérationnels » (CESE, avis *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires*, Agnès Popelin-Desplanches et Isabelle Dorese, Mai 2022).

95 CESE, avis *Contribution du CESE au projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche* (Sylviane Lejeune) septembre 2020

96 Etude de la Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement Européen, *Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care*, novembre 2025.

97 CESE, avis *Face au choc, construire ensemble la France 2021 - Rapport annuel sur l'état de la France 2021* (Hélène Fauvel et Benoît Garcia) mars 2021.

de 2020, censée sanctuariser les moyens des laboratoires de recherche, n'est pas respectée pour la deuxième année consécutive : ce sont autant d'établissements de recherche qui n'auront pas les moyens de leurs programmes scientifiques, de projets de recherche qui ne seront pas financés, avec des conséquences sur les rémunérations et les conditions d'emploi des chercheurs. Le CESE rappelle l'importance d'un renforcement des financements attribués chaque année aux établissements de recherche dans le cadre de leur subvention pour charge de service public, leur permettant de développer une véritable politique scientifique tout en poursuivant les financements par appel à projet⁹⁸. Ce renforcement des moyens doit s'accompagner d'une amélioration durable des conditions d'emploi dans la recherche publique et d'une réduction de la précarité des personnels scientifiques et techniques.

La France et l'Union européenne (hors Allemagne) accusent un retard dû à un sous - investissement dans la recherche fondamentale, traditionnellement financée par des fonds publics, au vu des sommes importantes engagées et de l'incertitude des résultats. Les financements pour les recherches « à haut risque » n'apportent en

effet pas toujours des garanties en termes de retour sur investissement. Ce pan de la recherche est pourtant essentiel car il a un impact important sur le processus d'innovation : la création de l'HERA en 2022 devrait contribuer à répondre à ces difficultés au niveau européen⁹⁹. Pour le Professeur Lina, « nous devons accepter la prise de risques, en sachant que tout ne marchera pas et qu'il y aura des échecs ». Par ailleurs, la France pourrait davantage mobiliser les fonds européens consacrés à la recherche, au-delà du seul domaine de la santé. Comme le CESE l'a relevé¹⁰⁰, la France se place au 7ème rang pour le niveau de financement européen par chercheur sur le programme-cadre pluriannuel de l'Union européenne pour la recherche, le développement et l'innovation, Horizon Europe.

Il faut, enfin, regretter une trop grande dispersion des financements de la recherche et des essais cliniques. La Cour des comptes en a fait le constat dans son audit flash de juillet 2021 sur le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie¹⁰¹, en regrettant l'insuffisance du pilotage stratégique. Un tel pilotage de la recherche est pourtant impératif, lors d'une urgence sanitaire, pour coordonner les acteurs, cibler et consolider

98 CESE Avis du CESE sur la programmation budgétaire du projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche, (Sylviane Lejeune) juin 2020 : préconisation n°2 page 15.

99 Assemblée nationale, Rapport relatif à la coordination par l'Union européenne des mesures nationales de gestion de la crise sanitaire, 2021

100 CESE avis Complexité des aides de l'Union européenne et visibilité de son action (Catherine Lion et Catherine Pajares Y Sanchez) octobre 2025 : voir notamment page 24 et suivantes : « Le taux de retour – l'organisation française est-elle efficiente ? ».

101 Cour des comptes, Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid 19, juillet 2021.

les financements pour de nouveaux traitements, médicaments, vaccins. Le CESE déplore également que l'impact des

aides publiques de soutien à la recherche ne soit pas toujours mesuré.

Les difficultés structurelles françaises illustrées, aux yeux de l'opinion publique, par l'absence de conception d'un vaccin.

Bien que présente initialement dans la « course aux vaccins » (parmi les 108 vaccins en phase clinique, soit les plus avancés, cinq étaient français), la France a souffert ensuite d'un retard par rapport à d'autres pays.

En dépit des efforts de tous les acteurs du système de recherche français, et malgré les qualités internationalement reconnues des chercheurs, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. Une des raisons est le manque de coordination et l'insuffisance des investissements des pouvoirs publics pour accélérer le développement d'une solution vaccinale française. En l'absence d'une stratégie initiale pour arriver à développer rapidement un vaccin, les acteurs ont agi en ordre dispersé et les financements débloqués se sont révélés peu ambitieux. Les choix stratégiques, notamment en matière d'investissement dans la recherche, de géants pharmaceutiques qui ont bénéficié des aides de l'État, doivent aussi être questionnés. Contrairement à d'autres pays, il a d'abord manqué une structure unique en mesure de réunir, dès les premiers jours de la crise, des universitaires, des biotechs et des grands groupes industriels et d'allouer rapidement à plusieurs projets des enveloppes de financement ambitieuses couvrant à la fois les aspects de recherche fondamentale, clinique et industrielle. L'éparpillement des initiatives et des financements, la difficile mise au point de priorités, l'impréparation à la prise de risque et les lourdeurs administratives ont contrarié la création d'un système de réponse cohérent et efficace¹⁰².

Cette situation reflète plus largement le sous-investissement chronique de la France dans la recherche en biologie-santé, en particulier au cours des années précédant la crise sanitaire. « *Sans des moyens à la hauteur des enjeux, le risque de se priver des innovations de demain demeure bien réel* »¹⁰³. Malgré la stratégie européenne fixant un objectif d'atteinte d'un effort de recherche de 3 % du PIB, la France présentait en 2023 une dépense intérieure de recherche et de développement (DIRD) de 2,18 % du PIB¹⁰⁴.

¹⁰² Cour des comptes, Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid 19, juillet 2021.

¹⁰³ Institut Pasteur, *Anatomie d'une pandémie* 11 mars 2025.

¹⁰⁴ Ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *La dépense de recherche et développement expérimental en 2023*, Note flash du SiES, n°20, juillet 2025.

PRÉCONISATION #4

Soutenir la recherche pour que son financement atteigne au moins 3 % du produit intérieur brut (PIB) et coordonner les niveaux national et européen autour de trois priorités :

- être en mesure, en situation d'urgence, de réunir rapidement des financements à un niveau suffisant ;
- renforcer les programmes multidisciplinaires, dans une approche *One Health/Une seule santé* ;
- évaluer les mécanismes et les niveaux des aides publiques de soutien à la recherche.

Lorsque survient une crise sanitaire, les activités de recherche doivent pouvoir être mobilisées rapidement et l'organisation du partage des données en santé, à l'usage des communautés scientifiques, est essentielle. L'encadrement juridique de l'utilisation des données est protecteur et il doit le rester dans toutes les circonstances : c'est une position forte que le CESE a

exprimée au sujet du numérique en santé. Il faut être en mesure d'assurer que tout projet répond à un objectif scientifique précis et à des finalités transparentes, tout en assurant un haut niveau de protection des données à travers le règlement général sur la protection des données (RGPD). Ces garanties sont, elles aussi, des conditions de la confiance des usagères et usagers du système de santé¹⁰⁵. En parallèle, Il faut pouvoir dans des situations d'urgence, organiser le chaînage d'un certain nombre de données sensibles pour obtenir rapidement des bases de données de diagnostics, de dépistage, d'hospitalisations et de vaccination, liées entre elles¹⁰⁶. Or les procédures d'autorisation préalable délivrées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) peuvent être longues. La mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques¹⁰⁷ propose de « développer avec la CNIL des procédures et outils permettant d'accélérer l'instruction des demandes d'autorisation de traitement de données de santé en période d'urgence sanitaire, à des fins tant opérationnelles que de recherche ».

105 CESE, avis *Pour un numérique en santé souverain, de confiance et inclusif* (Majid El Jarroudi et Gérard Raymond), mars 2025.

106 Audition du Professeur Fontanet devant la commission affaires sociales et santé, le 29 octobre 2025.

107 Rapport de la *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques* (Président de la mission : Professeur Didier Pittet), mars 2021.

Une réflexion pourrait être engagée, en lien avec la CNIL, pour que, dans un contexte d'urgence sanitaire précisément défini et strictement encadré, les procédures habituelles de traitement des données de santé soient adaptées pour accélérer cet accès aux données de santé et notamment à des bases de surveillance en temps réel des diagnostics, des hospitalisations, de l'évolution de l'immunité, qui sont essentielles pour avoir des informations sur le déroulement de l'épidémie en temps réel. Ce fonctionnement impliquerait bien sûr de définir un moment de début et de fin pour cette situation d'exception.

PRÉCONISATION #5

Créer, avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), un régime juridique spécifique activable dans des situations sanitaires graves permettant l'accès accéléré aux données de santé collectées à des fins de recherche et de pilotage public, dans un cadre strictement limité dans le temps et respectant les libertés et droits fondamentaux.

2. Garantir la sécurité d'approvisionnement

Au préalable, l'accès à l'eau potable et au réseau d'assainissement est primordial dans un contexte épidémique, notamment pour l'application des règles d'hygiène : il doit être garanti pour l'ensemble de la population.

Préparer les prochaines crises sanitaires implique d'avoir la possibilité de produire ou de mettre à disposition en temps utile les produits de santé (ce qui inclut les médicaments, les équipements de protection individuelle et les dispositifs médicaux)¹⁰⁸ : cette sécurité d'approvisionnement doit être anticipée et ne peut s'improviser quand la crise survient.

La pénurie de médicaments et de principes actifs pharmaceutiques en Europe est « un problème chronique, rendu encore plus aigu par la crise du Covid-19 »¹⁰⁹. Au niveau de l'Union européenne, notamment aux débuts de la pandémie, la crise sanitaire a mis en évidence de manière plus large des problèmes d'approvisionnement en contre-mesures. Les difficultés à se procurer des équipements de protection individuelle et des médicaments ont illustré un certain niveau d'impréparation mais aussi un manque de coopération entre États membres dans la répartition des stocks disponibles. Surtout, la dépendance européenne vis-à-vis de pays tiers pour la fourniture de tels produits de santé a été fortement mise

¹⁰⁸ Les produits de santé sont l'ensemble des produits destinés à préserver, restaurer ou améliorer la santé humaine. Ils comprennent notamment les médicaments, les dispositifs médicaux (tout instrument, appareil, équipement, matière, produit destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales) ainsi que d'autres catégories comme certains produits biologiques, substances actives, ou encore des produits ayant une finalité sanitaire reconnue par la loi. Sur le plan juridique, en France, ils regroupent les produits encadrés par le code de la santé publique.

¹⁰⁹ Assemblée nationale *Résolution relative à la relocalisation de la fabrication des médicaments et des principes actifs pharmaceutiques en Europe*, août 2020, T.A. n° 475.

en lumière¹¹⁰. C'est notamment le cas en matière de médicaments : la délocalisation progressive hors UE de la production de principes actifs se traduit par une dépendance excessive à l'égard d'un petit nombre de fournisseurs externes (voire d'un fournisseur unique), situés principalement en Chine et en Inde. En 2020, 80 % des principes actifs pharmaceutiques utilisés en Europe provenaient d'Inde et de Chine, entraînant des pénuries critiques sur des molécules essentielles comme les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les corticoïdes, le paracétamol. Le secteur des médicaments innovants ou des biomédicaments¹¹¹, dans lequel la France occupe une place centrale, est également menacé par une concurrence accrue de l'Asie et des États Unis. Cette dépendance crée une vulnérabilité face aux perturbations des chaînes d'approvisionnement mondiales, avec des risques de ruptures de fournitures de produits pour les soins de santé courants mais aussi en cas de crises sanitaires.

Plusieurs actions ont été menées par l'UE depuis la crise Covid-19 pour aller vers une plus grande autonomie stratégique, dans un environnement géopolitique toujours plus instable :

- **cet objectif est inscrit dans les missions de l'Agence européenne des médicaments – EMA** mais aussi des agences spécialisées créées ou renforcées dans le contexte de la crise ou dans la période qui a suivi (Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire – HERA ; centre européen de contrôle et de prévention des maladies ECDC) ;
- **en 2023, la Commission a proposé une révision ambitieuse de la législation pharmaceutique** de l'UE, afin d'améliorer l'accès et de renforcer les chaînes d'approvisionnement en médicaments. Un accord provisoire sur un « paquet pharmaceutique » qui comprend un nouveau règlement ainsi qu'une nouvelle directive est intervenu en décembre 2025¹¹². Il renforce notamment la sécurité de l'approvisionnement afin de prévenir et de gérer les pénuries.

¹¹⁰ CESE, avis *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoit Miribel et Catherine Pajarès y Sanchez), avril 2022.

¹¹¹ Les biomédicaments, aussi appelés biothérapies, sont des produits du vivant ou issus du vivant, à la différence des médicaments qui sont issus d'une synthèse chimique. Ainsi, ils recouvrent les médicaments dont les substances actives sont issues d'une source biologique ou produits grâce aux outils de bioproduction et bio-ingénierie 5b39672e17f1df44d7766055d9b89e2d76a633cd.pdf

¹¹² Conseil de l'Union européenne *Paquet pharmaceutique* communiqué de presse 11 décembre 2025, disponible sur [«Paquet pharmaceutique»: le Conseil et le Parlement parviennent à un accord sur de nouvelles règles pour un secteur pharmaceutique de l'UE plus juste et plus compétitif - Consilium](#) ; François Pochart et Geoffrey Grandjean *Paquet pharmaceutique* Accord au niveau de l'UE sur une réforme majeure du secteur pharmaceutique décembre 2025 disponible sur [Pharma Package : les implications de la grande réforme pharmaceutique européenne](#).

Les entreprises titulaires d'autorisations de mise sur le marché de ces médicaments seront tenues de mettre à jour des plans de prévention des pénuries et ces plans feront l'objet d'un suivi tant au niveau national qu'à celui de l'UE ;

→ **parmi les autres initiatives figurent la publication par l'Agence européenne du médicament (EMA) d'une liste des médicaments critiques¹¹³**, dont l'indisponibilité peut gravement porter préjudice aux patients et dont la sécurité d'approvisionnement devrait donc être assurée. Une « Alliance pour les médicaments critiques » a été créée en 2024 pour favoriser la collaboration entre décideurs politiques et représentants de l'industrie, de la santé et de la société civile et pour développer un système pour l'approvisionnement en médicaments critiques dans l'Union européenne¹¹⁴. Ces mesures ont été complétées en mars 2025 par une proposition de règlement de la Commission¹¹⁵ visant à améliorer la disponibilité des médicaments critiques dans l'UE. Cette proposition a pour objectif d'encourager la diversification des chaînes d'approvisionnement et de stimuler la fabrication pharmaceutique dans l'UE. Enfin, en octobre 2025, le Conseil de l'Union européenne a validé un règlement permettant de

délivrer des licences obligatoires sur les médicaments et dispositifs de santé jugés essentiels, en dernier recours sans l'accord de leurs détenteurs : il s'agit de garantir l'accès rapide aux médicaments, vaccins et autres produits de santé essentiels en situation de crise. L'objectif est aussi d'encourager la recherche de nouveaux antibiotiques à travers plusieurs leviers : une exclusivité prolongée pour les antibiotiques répondant à des besoins non satisfaits, mais aussi des avertissements renforcés sur les emballages.

Le CESE considère que ces avancées vont dans le bon sens mais estime qu'il est indispensable d'aller plus loin pour sécuriser les approvisionnements en produits de santé et garantir notre autonomie stratégique.

Les préconisations présentées par le CESE dans son avis de 2022 sur l'Europe de la santé¹¹⁶, pour renforcer le tissu industriel européen et les chaînes d'approvisionnement en biens de santé, restent d'actualité : il importe de renforcer le poids de l'UE dans ce secteur pour favoriser une relocalisation partielle de la production de certains produits de santé sur le sol européen, y compris de TPE-PME. En s'appuyant notamment sur les projets importants d'intérêt européen commun (PIIEC), la relocalisation sur le sol européen

113 Un médicament est considéré comme « critique » lorsqu'il est essentiel pour garantir la fourniture et la continuité des besoins de qualité et un niveau élevé de protection de la santé publique. La publication de cette liste fait suite à un engagement pris par la Commission dans sa communication sur les pénuries de médicaments dans l'UE du 24 octobre 2023.

114 Cette plateforme collaborative a publié en février 2025 un premier rapport qui identifie trois grandes priorités : renforcer la capacité de production dans l'UE en investissant dans des projets stratégiques ; soutenir et encourager la diversification de la fabrication de substances actives ; promouvoir une production locale, durable et résiliente tout au long de la chaîne de valeurs (matières premières critiques, API, médicaments).

115 Commission européenne *La Commission propose un acte législatif sur les médicaments critiques afin de renforcer l'approvisionnement en médicaments critiques dans l'UE* communiqué de presse mars 2025.

116 CESE, avis *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoît Miribel et Catherine Pajarès y Sanchez), avril 2022.

de la production d'équipements de protection sanitaire et de certains médicaments d'intérêt thérapeutique majeur pourrait être soutenue par des aides. Ces actions doivent permettre la maîtrise de la chaîne des valeurs, c'est-à-dire la maîtrise des différentes étapes de la production d'un bien ou d'un service, qui peuvent être « internes » ou bien « externes », dès lors que l'on garantit la sécurité de l'approvisionnement par les fournisseurs et sous-traitants nationaux ou étrangers.

De nombreux objectifs annoncés dans les stratégies de l'UE pour restaurer l'autonomie stratégique européenne doivent encore être concrétisés. Les financements en faveur du développement de nouvelles capacités de fabrication de médicaments critiques en Europe doivent être pérennisés et surtout augmentés¹¹⁷ pour encourager la relocalisation de la chaîne de production. En contrepartie de ces aides, l'entreprise qui bénéficie d'un soutien financier de l'Union doit accorder la priorité à l'approvisionnement du marché de l'Union et tout mettre en œuvre pour garantir que le médicament critique

reste disponible dans les États membres où il est commercialisé. Une réflexion doit être menée sur l'opportunité de faire de la sécurité de l'approvisionnement un critère aussi prioritaire que le prix dans les appels d'offres¹¹⁸.

En France, les enjeux, pour ce qui est des médicaments et dispositifs médicaux, sont identifiés. Le gouvernement insiste sur le fait que le Comité économique des produits de santé (CEPS)¹¹⁹ qui fixe les prix des médicaments doit prendre en compte dans ses négociations et décisions économiques concernant les produits innovants et/ou essentiels la nécessité de soutenir et de développer une industrie pharmaceutique et de dispositifs médicaux forte et souveraine¹²⁰. L'approvisionnement est devenu un critère tarifaire en 2025 : le CEPS doit valoriser les industriels qui garantissent une production pérenne, notamment pour les médicaments essentiels. Il apparaît que la fixation des prix intègre désormais une dimension industrielle, en lien direct avec la souveraineté sanitaire. Le CESE rappelle toutefois, dans ce contexte, l'importance de la transparence

¹¹⁷ Sénat *Lutter contre les pénuries de médicaments*, dans le cadre de la *Résolution visant à renforcer, tout en préservant les compétences des États membres, la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant un cadre visant à renforcer la disponibilité et la sécurité de l'approvisionnement en médicaments critiques ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des médicaments d'intérêt commun et modifiant le règlement (UE) 2024/795-COM (2025) 102 final* décembre 2025. La Commission européenne prévoit, dans un premier temps, d'investir 80 millions d'euros pour développer de nouvelles capacités de fabrication de médicaments critiques en Europe au titre des années 2026 et 2027.

¹¹⁸ Sénat *ibid.*

¹¹⁹ Le CEPS est chargé de fixer les prix des médicaments et les tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, de préférence par la voie de conventions conclues avec les entreprises commercialisant les produits ou, pour certains dispositifs médicaux, avec les organisations professionnelles représentatives de ces entreprises.

¹²⁰ Orientations adressées en mai 2025 par le gouvernement au Comité économique des produits de santé : [courrier_des_ministres_a_l_attention_de_la_pdtte_du_ceps_virginie_beaumenier.pdf](#).

dans la fixation des prix des produits de santé. Dans un avis de 2017, consacré aux prix et accès aux traitements médicamenteux innovants¹²¹, il avait alerté sur le niveau très élevé des prix demandés par les industriels sur certains produits innovants et fait un certain nombre de recommandations pour améliorer l'arbitrage financier avec un objectif : le prix des médicaments ne doit pas conduire à écarter des malades du bénéfice de ces traitements.

Un « plan de relocalisation des médicaments essentiels volontariste afin de reconquérir l'autonomie sanitaire de la France » est mis en œuvre dans le cadre de France relance et de France 2030. Le soutien accordé à plusieurs projets au cours de ces dernières années permet de renforcer la production de médicaments essentiels sur le territoire national pour 42 médicaments essentiels, dont l'approvisionnement du marché français est vulnérable aux importations extra-européennes¹²². A titre d'exemple, le financement d'une usine de production va permettre le développement en France d'un procédé de synthèse du paracétamol, principe actif jusqu'alors entièrement fabriqué en dehors de l'Europe, et contribuer ainsi à la réintégration en France et dans l'UE d'une filière complète de ce médicament. Dans ce contexte, une attention particulière doit être portée au respect de ces accords dans la durée par les entreprises qui s'engagent dans cette démarche et bénéficient de ces soutiens et à l'effectivité de ces accords, en termes de relocalisation et de renforcement de la capacité industrielle nationale.

En ce qui concerne les équipements de protection individuelle, les entreprises françaises de production de masques sanitaires font face à une diminution importante de leur activité, depuis le deuxième semestre 2022. Dans ce champ, tout aussi important pour la réactivité du système de santé en temps de crise, un processus d'approvisionnement souverain doit être sécurisé. Dans une instruction adressée aux agences régionales de santé (ARS) et destinée aux acheteurs établissements publics de santé, l'État préconise, notamment pour l'achat de gants nitriles, de masques sanitaires chirurgicaux et FFP2 de valoriser, dans le respect du droit de la commande publique « *les éléments différenciant positivement les industriels français et européens* » et de cadrer les critères de choix sans les pénaliser sur le plan des prix¹²³. Cette instruction doit être également appliquée pour la constitution de stocks stratégiques et stocks État.

Pour le CESE préparer les prochaines crises sanitaires, dans le contexte géopolitique de tensions actuelles, implique de renforcer cette dynamique de relocalisation et de soutien aux entreprises françaises et européennes et de faire de l'accès pour tous aux médicaments et dispositifs médicaux une priorité.

121 CESE, avis *Prix et accès aux traitement médicamenteux innovants* (Catherine Pajares Y Sanchez et Christian Saout), février 2017.

122 Dossier de presse de France 2030 *Relocalisation des médicaments essentiels janvier 2025* [f7e07537816cd55c793486559836e14eac642008.pdf](https://www.france2030.fr/fr/7e07537816cd55c793486559836e14eac642008.pdf).

123 Instruction N° DGOS/PHARE/2023/40 du 24 mars 2023.

PRÉCONISATION #6

Faire de l'autonomie sanitaire et de la sécurité d'approvisionnement un critère prioritaire des politiques industrielles du médicament et des dispositifs médicaux. Intégrer l'autonomie sanitaire et la sécurité d'approvisionnement dans les critères de réponse aux marchés publics.

LES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

Dès le début de la crise, la France a connu une pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI) et de masques en particulier indispensables pour mettre en œuvre les mesures de prévention et de protection des soignantes et des soignants. La gestion des stocks stratégiques des masques nécessaires en cas de crise a été confiée à Santé publique France : c'est l'agence qui gère l'acquisition, l'achat, le stockage, le transport et la distribution via ses deux établissements pharmaceutiques qui agissent sur instruction de la direction générale de la santé (DGS). La nécessité de la constitution de stocks stratégiques d'EPI est apparue dans les années 2000 avec les épidémies H5N1 puis H1N1. La doctrine de constitution de stocks stratégiques a par la suite évolué à partir de 2011 et, depuis, trois niveaux de stocks sont préconisés¹²⁴ :

- un stock national stratégique minimal de masques chirurgicaux destinés aux personnes symptomatiques et à leurs proches : la cible est de 100 millions de masques et ce stock est tournant. Selon les chiffres transmis par SpF, le stock de masques chirurgicaux à la fin de l'année 2019 atteignait 534,5 millions d'unités. Dans ce chiffre, étaient inclus 360 millions de masques déclarés non conformes en octobre 2018, qui avaient donc vocation à être détruits, ainsi que 72 millions de masques arrivant à péremption fin 2019. Le nombre de masques utilisables au début de l'année 2020, en incluant les masques dont la date de péremption venait juste d'être franchie, s'élevait donc à 174,5 millions, et à 102,5 millions sans les inclure. En outre, 100 millions de masques commandés en 2019 étaient en instance de livraison au début de l'année 2020¹²⁵.

¹²⁴ Conseil d'Etat décision n°489593 du 16 octobre 2025 sur la responsabilité de l'Etat pendant la crise sanitaire.pdf

¹²⁵ Rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques (Président de la mission : Professeur Didier Pittet), mars 2021.

- des stocks tactiques zonaux de masques chirurgicaux et FFP2, dans des établissements de santé, pour des patients et des professionnels de santé.
- les stocks de masques FFP2 nécessaires aux professionnelles et professionnels relèvent de la responsabilité des employeurs et employeuses et donc des établissements de santé et médico-sociaux, en fonction de l'évaluation du risque pour leur personnel. En effet, la « doctrine pour protéger les travailleurs contre les maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire »¹²⁶ comprend des mesures d'hygiène globale notamment le lavage régulier des mains et la distanciation ainsi que des mesures spécifiques par la mise en place d'écrans et la mise à disposition de masques antiprojection. Son application relève de la responsabilité des employeurs mais aucune donnée n'était disponible au début de l'année 2020 sur l'état des stocks que les établissements et les professionnels de santé étaient censés détenir en application de cette doctrine qui semble en outre ne pas avoir donné lieu à une instruction spécifique par le ministère chargé de la Santé¹²⁷.

C'est cette situation qui prévalait au moment de la survenue de la crise sanitaire. Or les stocks se sont avérés insuffisants, tant pour les professionnelles et professionnels que pour la population générale. La forte augmentation des besoins en masques pour les personnels soignants, dans un contexte de tensions sur les marchés internationaux d'approvisionnement, a amené les pouvoirs publics à utiliser les stocks stratégiques au profit des établissements et des professionnelles et professionnels de santé, jugés légitimement prioritaires. Le niveau initial des stocks, les difficultés rencontrées dans les circuits logistiques et les délais d'importation de masques en quantité massive ont conduit à ce que les besoins des professionnelles et professionnels de santé, en particulier dans les Ehpad, ne soient couverts de façon satisfaisante qu'à partir du milieu du mois d'avril 2020.

¹²⁶ Conseil d'État, décision n°489596 du 16 octobre 2025.

¹²⁷ Rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques (Président de la mission : Professeur Didier Pittet), mars 2021.

Cinq ans après la crise, la Cour des Comptes relevait que le stock stratégique de masques, géré par SpF, était « hétéroclite et vieillissant »¹²⁸. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 (article 86) permet enfin une gestion dynamique des stocks en autorisant SpF à céder les « *produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » à des établissements de santé ou des établissements sociaux et médico-sociaux publics avant leur péremption. Mais les faiblesses des systèmes informatiques de SpF risquent de rendre cette gestion difficile¹²⁹.

Le gouvernement a annoncé son intention de placer la gestion des stocks stratégiques et de la réserve sanitaire (cf *infra*) sous l'autorité directe du ministre chargé de la santé. Il s'agirait de créer un service à compétence nationale, rattaché à la DGS. L'objectif affiché d'une telle réforme, qui devrait être effective au plus tard 1^{er} janvier 2028, est d'améliorer la réactivité en raccourcissant la chaîne de commandement.

D. Le soin et l'accompagnement : se donner les moyens de faire face aux besoins sans attendre une nouvelle crise

La crise sanitaire a frappé un système de santé déjà confronté à de graves difficultés structurelles : moyens humains insuffisants ; conditions de travail difficiles ; métiers peu valorisés ; investissements insuffisants ; modèle économique inadapté à des logiques de prévention et exigences des parcours de soin. Dans plusieurs avis, le CESE s'est inquiété d'une situation dangereuse tant pour les patients que pour les usagers et les usagers du système de santé¹³⁰.

La crise sanitaire a fortement impacté les conditions de travail à l'hôpital, qui étaient déjà difficiles avant la crise. Dans les établissements de santé, une personne sur deux a travaillé dans des services principalement dédiés à la prise en charge de la Covid-19 entre mars 2020 et l'été 2021, que ce soit de façon continue ou durant certaines périodes. Parmi elles, deux sur trois ont connu des périodes inhabituelles de surcharge de travail

¹²⁸ Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2025.

¹²⁹ Audition d'Alima Marie-Malikit, directrice de cabinet de la directrice générale de SpF, et de Loïc Grosse, directeur Alertes et crises, devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 14 janvier 2026.

¹³⁰ CESE, avis *Les métiers en tension* (Pierre-Olivier Ruchenstain), janvier 2022, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), octobre 2020, *Les maladies chroniques*, (Michel Chassang et Anne Gautier), juin 2019, *Les déserts médicaux* (Sylvie Castaigne et Yann Lasnier), décembre 2017 ; *Contribution du CESE aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation* (novembre 2022).

et, malgré les marges de manœuvre organisationnelles permises par les plans blancs, une sur quatre déclare avoir été incitée par son employeur à venir travailler bien qu'étant cas contact ou ayant des symptômes de la Covid¹³¹. Cette surcharge de travail a concerné toutes les professions, soignantes ou non. Ce surcroît de travail a perturbé l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Les restrictions de visite des patients ont aussi fortement mobilisé le personnel qui a dû se substituer aux proches pour accompagner et soutenir les patients et patientes. Ce sont les infirmiers et infirmières, les sage-femmes et maïeuticiens, les aides-soignantes et les aides-soignants qui ont été majoritairement exposés à la détresse des malades et, de fait, ont dû maîtriser leurs émotions en plus de la gestion de la surcharge de travail quotidienne¹³². Les conditions de travail particulièrement éprouvantes (manque d'équipements de protection, surcharge de travail, directives changeantes voire contradictoires...), l'absence d'accompagnement psychologique pendant et après la crise, ont laissé des séquelles durables chez les professionnelles et professionnels de santé qui, encore aujourd'hui, ont du mal à évoquer cette période. La protection de leur santé et de leur sécurité doit constituer une priorité dans la préparation et la gestion des crises sanitaires.

« La charge de travail était intense, stressante, la direction joue sur le fait que les soignants sont dévoués à leur travail mais derrière la vie personnelle en souffre, se dégrade, du fait de l'épuisement physique et psychologique. Il n'y a pas eu de soutien psychologique et les solutions reposaient sur le dévouement des soignants » (une aide-soignante en Ehpad).

L'absence de consignes claires, la surcharge de travail, l'isolement professionnel sont également des constats partagés :

« [les consignes n'étaient] pas forcément adapté[es] à tous les secteurs. Par exemple dans le médico-social où nous sommes des travailleurs isolés certaines pratiques n'étaient pas adaptées » (une aide à domicile).

Les professionnelles et professionnels ont fait preuve d'un engagement très fort pendant la crise. L'absence de reconnaissance de cet engagement aggrave encore aujourd'hui les risques psycho-sociaux, la souffrance au travail, le sentiment d'un travail déshumanisé. Auditionnées par la commission, les organisations représentatives du personnel ont regretté l'insuffisance du dialogue social : les représentants du personnel n'ont souvent été ni consultés ni associés aux dispositifs d'urgence. Plusieurs d'entre elles ont regretté les conséquences de la réforme qui a conduit à la suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)¹³³. Or, quand il a été maintenu, le dialogue social et sa qualité ont joué

131 Enquête EpiCov conduite par l'Inserm, la Drees, SpF et l'Insee pendant la pandémie pour suivre la dynamique des contaminations et analyser les répercussions de la crise sur la santé mentale et les conditions de vie et d'emploi de la population.

132 DREES, *Crise sanitaire : à l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles*, Etudes et résultats, n°1235, juillet 2022.

133 Audition des représentants des organisations syndicales des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CFDT, CFE-CGC, CFTC, CGT, CGT-FO, Sud Santé-sociaux, UNSA) devant la commission des affaires sociales et de la santé le 26 novembre 2025.

un rôle central et positif dans la mobilisation des équipes face à la surcharge de travail et dans leur capacité à répondre dans l'urgence.

Le sous-effectif est le nœud des difficultés. Dans l'ensemble du système de santé et dans les secteurs social et médico-social, le manque de personnel déstabilise les prises en charge, l'organisation du travail et la cohésion des équipes. L'absentéisme et le *turn-over* dans ces établissements sont élevés. La crise sanitaire, intervenant dans ce contexte, a aggravé ces fragilités¹³⁴. Dans son rapport *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?* l'IGAS fait état d'une « situation préoccupante [...] qu'il s'agisse des fermetures de lits dans les hôpitaux ou les Ehpad, des plans APA qui ne sont pas exécutés au niveau de leur évaluation, des établissements et services qui ne peuvent prendre en charge des personnes en situation de handicap »¹³⁵. La crise a accentué la pression que les professionnelles et professionnels subissent depuis des années. Le renforcement de la capacité de réponse du système de santé en période de crise suppose un investissement durable dans les effectifs des secteurs sanitaire, social et médico-social, ainsi qu'une amélioration des conditions de travail et de l'attractivité des métiers. Cela nécessite une politique ambitieuse de recrutement et de fidélisation

des personnels de ces secteurs et un renforcement des effectifs pour garantir la qualité des prises en charge et la capacité du système de santé à faire face aux crises.

« La charge est déjà dure en temps normal... Mais pendant le covid c'était terrible. Nombre de jours en hausse et stress terrible. Impact sur la vie perso car on craignait de ramener le virus à la maison » (un aide-soignant en maison d'accueil spécialisée)

« Nous recevions journalièrement à la Fédération des coups de fils d'infirmières et d'infirmiers au bord du craquage, en pleurs sur les réalités observées notamment dans les Ehpad dans lesquels nous prêtions main forte » (Fédération nationale des infirmiers).

Notre système de santé manque de professionnelles et professionnels formés. Entre 2012 et 2023, alors même que la population française augmentait de deux millions de personnes, le nombre d'infirmiers et infirmières diplômés reculait de 2000 personnes. L'IGAS l'a récemment souligné : il faut « une injection massive de professionnels sur le marché du travail ». Les obstacles sont de trois ordres : l'insuffisance de dispositif de formation initiale ; le manque de financement de la formation continue ; les départs massifs des professionnels et professionnelles du fait de conditions de travail dégradées¹³⁶. Dans le secteur

134 Audition des représentants des organisations syndicales des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (CFDT, CFE-OGC, CFTC, CGT, CGT-FO, Sud Santé-sociaux, UNSA) devant la commission des affaires sociales et de la santé le 26 novembre 2025.

135 IGAS, *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?*, 2024-069R, février 2025.

136 IGAS, *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?*, 2024-069R, février 2025.

de l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, les besoins en professionnels sont bien connus : il faudrait créer, à l'horizon 2050, entre 150 000 et 200 000 emplois nouveaux qui s'ajouteraient aux emplois actuels dont une partie n'est déjà pas pourvue, faute de candidats¹³⁷.

Les accords salariaux conclus dans le cadre du Ségur¹³⁸ ont constitué un progrès mais ils ne suffiront pas.

Certaines professions ont été oubliées. L'accord du 4 juin 2024, qui prévoit l'extension du Ségur aux salariés du médico-social privé non lucratif, n'est pas appliqué par tous les départements¹³⁹. Cette absence de revalorisation est d'autant moins justifiée que l'État a soutenu les départements à hauteur de 50 % en 2025¹⁴⁰. Aujourd'hui, l'IGAS dresse un constat négatif : « *les plans d'investissement du Ségur ont constitué une occasion manquée* » pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels¹⁴¹ et, aujourd'hui encore, « *la France ne dispose ni de prospective, ni de planification, ni de stratégie des ressources humaines du système de santé* »¹⁴².

Il faut, pour briser le cercle de dévalorisation et le sous-recrutement, franchir une nouvelle étape. Dans son avis sur l'hôpital, le CESE avait préconisé que soit fixé un ratio effectifs/patient pour garantir la sécurité et la qualité des soins et de meilleures conditions de travail¹⁴³. A compter du 1er janvier 2027, tous les établissements de santé, quel que soit leur statut, devront instituer des ratios dits « de qualité » : pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soin hospitalier et en tenant compte de la charge des soins associée, un ratio minimal de soignants par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires sera créé¹⁴⁴. Le CESE a également préconisé, dans les Ehpad, d'atteindre dans les meilleurs délais la norme d'un soignant pour un résident¹⁴⁵. L'enjeu est toujours, six ans après la crise, de redonner du sens et de la valeur aux métiers du soin et de l'accompagnement social. Et sans une attention particulière en direction de ces professionnels encore épuisés aujourd'hui par les conditions d'exercice difficiles, le système médical et médico-social ne saura pas faire face à une nouvelle crise. Dans son avis *Crise sanitaire et inégalités de genre* de 2021, le CESE avait montré que ce manque de reconnaissance est

137 DREES, *Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050*, Etudes et résultats, n°1365, février 2026.

138 Audition de Nicole Notat, ancienne animatrice du Ségur de la santé, devant la commission affaires sociales et santé, le 10 décembre 2025.

139 Le Quotidien du médecin, *Prime Ségur : 53 départements mauvais payeurs épinglés par les employeurs du privé non lucratif*, 28 janvier 2026.

140 « *Dès 2025, la CNSA apportera un soutien pérenne aux départements à hauteur de 85M€, ce qui correspond à la moitié du coût annuel estimé 170 M€ relevant de ces derniers pour la tarification des structures.* », Assemblée nationale, question écrite n°5357 Conditions d'application de l'accord du 4 juin 2024 (mesures « Ségur »).

141 IGAS, *Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels*, 2024-095R, juillet 2025.

142 IGAS, *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?*, 2024-069R, février 2025.

143 CESE, avis *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), octobre 2020.

144 Loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé.

145 CESE, avis *Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements* (Martine Vignau), 26 mars 2024.

en partie dû à la conception sociale associée à certaines fonctions. Les femmes sont majoritaires dans les métiers dits du « *care* », perçus comme relevant de compétences « naturellement » féminines et *de facto* sous-valorisées. Ainsi, au-delà des négociations salariales, c'est une déconstruction de la perception sociale dominante de ces métiers qu'il faut entreprendre afin de les reconnaître à leur juste valeur. Le CESE a formulé des propositions sur ces sujets dans plusieurs de ses avis¹⁴⁶.

Il faut souligner le rôle essentiel des métiers du lien, exercés très majoritairement par des femmes, au domicile des personnes vulnérables¹⁴⁷. Il est indispensable d'améliorer l'attractivité de ces professions en formant, qualifiant et certifiant leurs compétences, en revalorisant les salaires et les rémunérations, en améliorant leurs conditions de travail (temps de travail, taux d'encadrement, prévention des risques, articulations des différentes interventions). Enfin, les mesures restrictives imposées aux personnes accueillies ont eu un impact sur les aidantes et aidants qui ont été sur-sollicités pour palier la suspension des prises en charge

(séjours de répit supprimés, accueil de jour perturbés...) ¹⁴⁸.

La crise a également montré les limites d'un système de santé hospitalo-centré. Cette organisation a profondément influencé la gestion de l'épidémie. Dès le début de la crise, les pouvoirs publics ont incité la population à se tourner vers les urgences hospitalières, via le Samu-centre 15, au détriment de la prévention et de la médecine de premier recours (médecins généralistes). Les pouvoirs publics ont ainsi fait de l'hôpital le point central de la réponse à la crise alors que les contraintes budgétaires des dernières années asphyxiaient son fonctionnement. La médecine de ville a pourtant un rôle central pour filtrer les demandes de soin et orienter les patientes et les patients. L'organisation de la permanence des soins est un point majeur¹⁴⁹ : elle a été restructurée¹⁵⁰ pour impliquer davantage les professionnelles et professionnels de santé, quels que soient leurs modes d'exercice, mais cette nouvelle organisation n'est pas contraignante et l'hôpital porte encore l'essentiel de la charge¹⁵¹. Le défi est plus largement celui de l'organisation des interfaces, entre l'hôpital et les autres acteurs

146 CESE avis *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien* (Nathalie Canieux), décembre 2020 (voir notamment la partie « *Reconnaître les compétences sous-évaluées de métiers « féminins »* » page 47) ; CESE, avis *Les métiers en tension* (Pierre-Olivier Ruchenstain), janvier 2022 et CESE, avis *Les métiers de la cohésion sociale* (Evanne Jeanne-Rose), juillet 2022 (notamment sa préconisation 1 sur le réinvestissement et la revalorisation salariale).

147 Voir les avis du CESE sus mentionnés.

148 Institut pour la recherche en santé publique (IRESP), *Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les parcours de prise en charge sanitaire et médico-sociale de personnes en situation de handicap*, rapport scientifique final, décembre 2025.

149 CESE, avis *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), octobre 2020.

150 Loi Valletoux du 29 décembre 2023 et décret n°2025-101 du 3 février 2025 relatif à la permanence des soins en établissements de santé.

151 Enquête nationale sur la permanence des soins en établissements de santé 2024.

du soin et de l'accompagnement. Un récent sondage montre d'ailleurs que, pour les Françaises et les Français, l'amélioration de l'offre de soins passera par une meilleure coordination entre l'État, les agences régionales de santé (ARS), les régions, les départements et les communes¹⁵². Pour le CESE, cela confirme la nécessité d'engager tous les acteurs du territoire (hospitalier, ville, domicile, médico-social) autour du projet territorial de santé.

En Outre-mer, les difficultés structurelles du système de santé (recrutement et fidélisation des soignants et soignants ; équipements médicaux insuffisants ou inadaptés ; dépendance aux évacuations sanitaires pour les soins spécialisés) sont récurrentes. Dans son avis *La santé dans les Outre-mer*¹⁵³, le CESE préconise d'établir dans chaque territoire ultramarin, une convention formalisée entre l'État, les collectivités territoriales concernées (DROM et COM) et les établissements de santé publics et privés pour définir des objectifs territorialisés de santé publique fondés sur les besoins réels de la population et de préciser les engagements de chacune des parties en matière d'organisation des soins, de prévention, de continuité des parcours et de qualité des prises en charge¹⁵⁴.

Certaines organisations mises en place pendant la crise, de même que certaines décisions dérogatoires prises par les pouvoirs publics, ont été positives pour les parcours de soins. Elles ont été pour certaines annonciatrices de réformes. Par exemple, les pharmacies d'officine ont assuré le renouvellement des traitements chroniques pour les patientes et patients stabilisés même si l'ordonnance était périmée. Ce processus a permis d'assurer la continuité des soins et est maintenant entré dans le droit commun pour une durée maximum de trois mois. Les professionnelles et professionnels de santé de ville (pharmaciennes et pharmaciens, infirmières et infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femmes et maïeuticiens) ont été autorisés à vacciner et dépister pour venir en renfort des médecins. Ces dispositifs sont devenus pérennes et se sont même étendus à d'autres vaccinations et d'autres dépistages en plus du Covid.

La crise a montré que les professionnelles et professionnels ont su s'adapter et innover pour résister à la pression et répondre aux demandes d'accompagnement et de soins.

« La période de crise a été synonyme d'un foisonnement d'idées d'innovations, d'ingéniosité de la part des

152 Sondage Viavoice pour Les contrepoints de la santé, réalisé entre octobre 2024 et décembre 2025, auprès d'un échantillon de 1000 personnes âgées de 18 ans et plus. Dans sa synthèse, Viavoice indique « les Français ne demandent pas une énième réforme structurelle, ils demandent que le système travaille mieux ensemble. 37 % estime que l'amélioration passe avant tout par une meilleure coordination entre l'État, les ARS et les collectivités, juste derrière la responsabilité de l'État lui-même (48 %) ».

153 CESE, avis *La santé dans les Outre-mer*, (Eric Leung et Elisabeth Tomé-Gertheinrichs), janvier 2026.

154 Préconisation 14 : « Le CESE préconise d'établir, dans chaque territoire ultramarin, une convention formalisée entre l'État, les collectivités territoriales concernées (DROM et COM) et les établissements de santé publics et privés. Cette convention aura pour objet de définir des objectifs territorialisés de santé publique fondés sur les besoins réels de la population et de préciser les engagements de chacune des parties en matière d'organisation des soins, de prévention, de continuité des parcours et de qualité des prises en charge. Elle devra également fixer les moyens humains, techniques et financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs, dans une perspective pluriannuelle, afin d'assurer la stabilité des politiques engagées et d'adapter leur offre de soins. En outre, cette convention constituera un outil essentiel pour renforcer la coordination entre les acteurs et garantir une gouvernance sanitaire cohérente et partenariale. Elle prévoira les modalités d'évaluation et fera l'objet d'un suivi de mise en œuvre qui engagera les signataires ».

professionnels démontrant qu'avec un management non-coercitif le travail pouvait se découpler et prendre tout son sens. Après la crise malgré les demandes incessantes il n'y a pas eu de retour d'expérience réel, les schémas antérieurs ont retrouvé leur place ! » (un éducateur spécialisé)

« Période exaltante car sentiment de revenir à l'essentiel. Nécessité de réfléchir vite et efficacement pour adapter chaque jour notre dispositif d'accueil et de soin » (un psychologue).

Les établissements privés - mobilisés trop tardivement par les pouvoirs publics - sont intervenus en appui des hôpitaux pour ouvrir des lits de réanimation. L'hospitalisation à domicile (HAD) a également contribué à désaturer l'hôpital et à soutenir les Ehpad. Fortement mobilisée pour garantir la continuité des soins non-Covid, son activité a connu une hausse très importante¹⁵⁵. Elle remplit un rôle important dans la coordination hôpital/médecine de ville/établissements médico-sociaux : elle peut éviter l'entrée dans le soin par les urgences et améliorer les parcours de soins des malades chroniques. Face à l'urgence de la crise Covid, les

pouvoirs publics ont mis en place plusieurs mesures dérogatoires pour faciliter l'intervention de l'HAD¹⁵⁶. La réforme du droit des autorisations de l'HAD en 2022 pérennise certaines mesures : le médecin praticien d'HAD peut désormais être désigné médecin référent de la prise en charge en cas d'absence de médecin traitant ; l'HAD peut intervenir au sein d'un établissement médico-social sans convention (mais la signature d'une convention est obligatoire au-delà du troisième résident)¹⁵⁷.

Six ans après la crise, l'investissement dans notre système de santé n'est toujours pas à la hauteur. La crise est intervenue dans un contexte de sous-financement : entre 2010 et 2020, les investissements hospitaliers n'ont pas progressé en France tandis qu'ils ont augmenté de 40 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ce constat avait conduit, en 2019, à une reprise de la dette hospitalière de 10 Md€. Le déficit hospitalier public était de 800 M€ à cette date, avant d'atteindre 1,2 Md€ en 2022, 1,8 Md€ en 2023 et 2,8 Md€ en 2024¹⁵⁸. Le Ségur de la santé a permis de financer des projets d'investissement dans les secteurs

¹⁵⁵ Et ceci tant au niveau des séjours (+ 16 %), des patients accueillis (+ 20 %) que des journées (+ 11 %) par rapport à 2019 Entretien des rapporteurs avec Elisabeth Hubert, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) le 6 janvier 2026.

¹⁵⁶ Admission en HAD sans prescription médicale préalable en situation d'urgence ; suppression de l'accord obligatoire du médecin traitant en cas d'indisponibilité, avec désignation possible du médecin coordonnateur de l'HAD ; suppression temporaire de l'obligation de convention préalable entre l'HAD et les Ehpad ou les services de soins infirmiers à domicile ; suppression du délai de 7 jours de prise en charge préalable par le service de soins infirmiers à domicile.

¹⁵⁷ Instruction n° DGOS/R4/2022/219 du 10 octobre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme de l'autorisation d'activité des soins d'hospitalisation à domicile.

¹⁵⁸ Audition de Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP, devant la commission affaires sociales et santé le 15 octobre 2025.

hospitalier et médico-social. Mais à la revalorisation salariale – indispensable –, se sont ajoutés les chocs de l'inflation et de la guerre en Ukraine : les capacités de financement du système de soin ont été de nouveau fortement réduites. La mission IGAS-IGF alerte encore aujourd'hui sur la situation financière « d'une gravité inédite » des hôpitaux¹⁵⁹. Dans un rapport récent, l'IGAS confirme que les mesures salariales du Ségur ont été sous-compensées par l'État ce qui peut « expliquer une part importante de l'aggravation des déficits »¹⁶⁰.

La question du financement du système de santé et de son adaptation aux besoins de la santé n'est en réalité pas correctement posée. Dans sa structuration actuelle en « sous-enveloppes », l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) reproduit les « silos » qui caractérisent l'offre de soins et empêchent de progresser vers un parcours coordonné intégrant les différents acteurs du soin. Au-delà de la régulation des dépenses, le débat doit traduire budgétairement ce que devrait être une politique de santé accordant plus de place à la prévention,

à la qualité et la pertinence du soin, à la coordination et à la continuité des parcours. Ces priorités doivent se décliner à tous les niveaux et constituer les objectifs donnés au financement, à la gouvernance et à la place des différents acteurs dans le système de santé. Cela conduit le CESE à réitérer sa préconisation visant à restructurer l'ONDAM¹⁶¹ : il doit être recentré sur les priorités de santé publique - prévention, éducation à la santé, qualité des soins et coordination des parcours - et il faut rompre avec une logique uniquement budgétaire fondée sur les recettes et les dépenses. De plus, la crise sanitaire a mis en évidence l'absence d'un cadre structuré de dialogue entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Aussi, en situation de crises majeures, la définition de mécanismes de répartition des risques financiers, tels que la mise en place de fonds de solidarité et le cofinancement de dispositifs exceptionnels, pourrait garantir l'équité et la transparence dans l'utilisation des ressources et dans la répartition des charges financières et des responsabilités¹⁶².

PRÉCONISATION #7

Organiser d'ici un an une évaluation nationale, indépendante, du Ségur de la santé, portant sur l'attractivité des métiers des secteurs sanitaire, social et médico-social, les effectifs et la qualité des prises en charge, et en tirer un plan correctif.

¹⁵⁹ IGAS, IGF, *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, septembre 2025.

¹⁶⁰ IGAS, *La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024*, octobre 2025.

¹⁶¹ CESE, *L'hôpital au service du droit à la santé*, préconisation 7 (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), octobre 2020.

¹⁶² Entretien des rapporteurs avec Guénaëlle Haumesser, directrice de la direction Prévention et accompagnement mutualiste à la Mutualité Française, le 19 décembre 2025.

PRÉCONISATION #8

Garantir la contribution à la gestion de crise des professionnelles et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico - social, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, en :

- rendant obligatoire l'élaboration, par anticipation, d'un plan de continuité du dialogue social ;
- assurant la participation de leurs représentantes et représentants à la définition des plans d'urgence ;
- les formant à la gestion de crise ;
- les accompagnant pendant la crise ;
- assurant leur participation aux exercices d'entraînement.

PRÉCONISATION #9

Pour le CESE, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) doit devenir un outil de pilotage des besoins de santé, inscrit dans une programmation pluriannuelle et reposant sur des enveloppes décloisonnées garantissant la continuité des parcours de soins.

LA RÉSERVE SANITAIRE, UN OUTIL INITIALEMENT CONÇU POUR FAIRE FACE À DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES MAIS DONT LES FINALITÉS ÉVOLUENT

La réserve sanitaire regroupe un ensemble de professionnelles et professionnels du domaine de la santé volontaires, inscrits et mobilisables pour servir de renforts ponctuels en réaction ou face à un risque de situation sanitaire exceptionnelle. Elle a été créée par la loi du 5 mars 2007 *relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur*. La réserve sanitaire rassemble une diversité de professionnels exerçant dans le domaine de soins, médecins, infirmières et infirmiers, kinésithérapeutes par exemple, mais aussi les personnels administratifs, actifs, étudiantes et étudiants ou retraités et retraités, du secteur public ou privé. Le recours à la réserve sanitaire est décidé par la direction générale de la santé (DGS) ou par les directeurs des agences régionales de santé (ARS), avec l'accord de la DGS. Sa gestion est actuellement confiée à Santé publique France (direction « Alerte et Crise »).

En pratique, une fois que le ou la volontaire s'est inscrit ou inscrite, et qu'il ou elle a fourni l'ensemble des pièces justificatives, SpF procède à la vérification du profil. Les volontaires signent alors un contrat d'engagement de 3 ans pendant lequel ils et elles peuvent se porter volontaires à des missions et suivre des formations. Les formations sont proposées par SpF et visent à former les réservistes à être plus autonomes et flexibles.

SpF publie une alerte précisant la mission, son lieu et les compétences nécessaires, à laquelle les réservistes intéressés postulent. L'employeur ne peut s'opposer au départ d'un agent ou d'un salarié que s'il estime que l'organisation ne peut pas supporter son absence. SpF se charge ensuite des frais d'indemnisation et de transports. Etant donné que les missions reposent sur un système de volontariat, il n'y a pas d'obligations de résultats. Il arrive donc que des missions ne soient pas pourvues. Il existe un écart entre le nombre d'inscrits et le nombre de réservistes ayant complété leur dossier, donc mobilisables. En 2024, alors que 46 460 volontaires étaient inscrits, seuls 4937 étaient mobilisables¹⁶³

¹⁶³ Audition de Santé publique France devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 14 janvier 2026.

Depuis sa création, l'activité de la réserve s'intensifie. Elle est de plus en plus sollicitée et les missions ne sont pas toutes remplies. Initialement prévue pour répondre à des situations de crise, elle se dote depuis également de compétences en prévention. En outre, en raison des fortes tensions qui posent sur le système hospitalier, elle est également de plus en plus sollicitée pour venir en renforts dans des établissements en manque d'effectifs. Cela constitue un éloignement des compétences initiales et posent de nouveaux défis : la réserve n'est pas un outil conçu pour répondre à ce type et à cette quantité de missions et il faut garantir qu'il y ait assez de réservistes restants capables de se mobiliser pour les missions traditionnelles.



Source : Santé publique France

Ces évolutions interviennent depuis la crise Covid, moment durant lequel les sollicitations de la réserve tout comme les inscriptions ont connu un pic. Face au grand nombre de sollicitations, la réserve a connu des difficultés majeures et n'a pas su remplir la plupart des demandes. En fin de compte, des plateformes éphémères de « solidarité nationale » comme « Renforts Covid » ont été mises en place, par le ministère de la santé, dans l'urgence pour répondre à l'urgence en ressources humaines. Si des mesures ont été prises par SpF pour pallier les limites du système de réserve, elle reste par essence un outil conçu pour une réponse rapide et ponctuelle aux crises et n'est donc pas fait pour répondre à des crises qui s'installent dans la durée.

La réserve gagnerait donc à renforcer son attractivité auprès d'inactifs, plus aptes à pouvoir se mobiliser, et à faciliter les démarches de remplissage de dossiers sur la plateforme.

Le gouvernement a fait part de son intention de transférer, au plus tard le 1^{er} janvier 2028, la gestion de la réserve sanitaire de SpF à la direction générale de la santé (DGS).

E. E. Agir pour la diffusion et l'appropriation d'une culture de la prévention

Construit autour d'une approche curative, notre système de soin montre ses limites. Le principe est partagé : il faut mettre la prévention et la promotion de la santé au centre des enjeux. Mais l'adoption de stratégies d'action et l'identification des priorités manquent ou font encore débat¹⁶⁴.

La crise est intervenue dans ce contexte : elle a montré l'importance, mais aussi les difficultés, d'une appropriation, par tous, de la prévention.

Pour être efficaces, plus adaptés et mieux acceptés, les politiques et programmes de prévention doivent être définis et mis en œuvre avec les personnes concernées dans leur diversité. Cette co-construction ascendante de la prévention est indispensable pour identifier des besoins réels, lever des obstacles pratiques et culturels, tenir compte des savoirs d'expérience, construire des messages de prévention compréhensibles et crédibles pour les populations concernées. Ces éléments sont connus mais, dans l'urgence de la crise, ils n'ont pas été mis en œuvre. A cela se sont ajoutées les hésitations des pouvoirs publics, dans l'explication de l'utilité des masques et la pénurie de gel hydroalcoolique, par exemple, qui ont eu un effet direct et négatif sur l'adhésion de la population à l'ensemble des mesures de protection sanitaires¹⁶⁵.

La prévention en santé ne peut être pleinement efficace que lorsqu'elle est construite avec celles et ceux qu'elle concerne directement. Mobiliser le pouvoir d'agir de chacun implique d'agir simultanément sur plusieurs leviers :

- **donner davantage de place à la culture de prévention à l'école et dès le plus jeune âge¹⁶⁶** : expliquer et encourager les gestes de sécurité, d'hygiène ; faire des ateliers pratiques pour que les gestes de prévention deviennent un réflexe tout au long de la vie. Les professionnelles et professionnels de la santé à l'école ont un rôle majeur : il faut, de nouveau, déplorer les insuffisances des moyens et des effectifs de ces professions car cette situation fait obstacle à la réalisation de leurs missions de promotion et de prévention en santé¹⁶⁷ ;

→ **donner à la prévention une place plus importante dans la formation initiale mais aussi dans la formation continue des professionnelles et professionnels du soin et de l'accompagnement.** La volonté de développer la prévention dans toutes les politiques de santé doit se traduire par une formation adaptée sur la vaccination, les dépistages, le bon usage des antibiotiques, les gestes barrières, mais aussi sur la santé-environnement, les pollutions, les exposomes...

164 Événement organisé au CESE le 8 avril 2025 sur *La prévention en santé : passons aux actes !*

165 Algan Y., Cohen D., *Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire*, Les notes du Conseil d'analyse économique, n°66, octobre 2021.

166 L'événement organisé au CESE le 8 avril 2025 sur *La prévention en santé : passons aux actes !* a montré que les comportements individuels étaient influencés, notamment des stratégies commerciales des entreprises.

167 *Avis Santé mentale et bien être des enfants et des jeunes : un enjeu de société* (Helno Eyriey), octobre 2025.

→ **promouvoir les métiers de la prévention et de la promotion de la santé.** Ces métiers doivent être reconnus comme des métiers de la santé, comme le sont ceux du soin, dans une vision transversale de la gestion des risques¹⁶⁸ ;

→ **former les élus et les élus locaux à la prévention.** En effet, les collectivités territoriales sont des acteurs majeurs en matière de politiques sociales et médico-sociales. La loi « 3DS »¹⁶⁹ a intégré l'approche santé dans toutes les politiques au niveau local, en reconnaissant que les collectivités territoriales contribuent à la mise en œuvre du droit fondamental à la protection de la santé ;

→ **organiser, en anticipation, la communication et l'éducation sur la compréhension et l'acquisition des bons comportements et gestes barrières,** à travers des outils pédagogiques largement communiqués, dans l'objectif créer les bons réflexes et ne pas se contenter d'une diffusion des consignes dans l'urgence, face à la crise ;

→ **mettre en œuvre la prévention au plus près des populations en ciblant les publics prioritaires qui n'y ont pas accès.** C'est tout l'enjeu des politiques « d'aller vers », en direction des populations les plus éloignées des institutions. La prévention est bien plus efficace si elle est portée par le tissu associatif local qui connaît

très bien le territoire et peut véhiculer des messages de santé publique. Le rôle des associations est central dans la diffusion d'une culture de prévention. Pendant la crise sanitaire, l'association Banlieues Santé a formé des « ambassadeurs Covid », en lien avec l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), pour expliquer et populariser les messages de santé publique auprès des personnes éloignées des informations officielles. L'association a aussi mis en place des « tentes de santé » pour accueillir les personnes, combattre les préjugés sur la vaccination et promouvoir la prévention¹⁷⁰ ;

→ **adapter, par la co-construction avec les habitantes et les habitants, les messages aux réalités locales et au contexte de vie des personnes** (cf. dans la partie II, les développements sur la démocratie en santé). L'effet, sur les comportements individuels est plus fort si le programme de prévention tient compte des conditions de vie, des aspirations, des réticences, mais aussi des limites et des refus des personnes ;

→ **mobiliser des coalitions d'acteurs.** Mutuelles, employeurs, écoles, professionnelles et professionnels de santé et collectivités doivent unir leurs efforts pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies de

¹⁶⁸ Cour des comptes, *La politique de prévention en santé*, novembre 2021.

¹⁶⁹ Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.

¹⁷⁰ Entretien des rapporteurs avec Yacine Ennomany, directeur général de Banlieues santé, le lundi 15 décembre 2025.

prévention ciblées et coordonnées, adaptées aux besoins spécifiques des territoires et des populations à risque, afin de dépasser la fragmentation actuelle des actions de prévention. Leur expertise en matière de suivi des parcours de soins leur permet d'évaluer et d'ajuster, au plus près des besoins, les dispositifs de prévention¹⁷¹ ;

- **doter la prévention d'un budget conséquent** avec pour objectif de réduire le rapport curatif/préventif.

PRÉCONISATION #10

Renforcer la culture de la prévention en :

- développant des campagnes de communication adaptées aux réalités des territoires, déployant des actions sur le principe de l'« aller vers » et diversifiant les canaux de communication pour mieux cibler les différentes populations ;
- renforçant, dès l'école, l'éducation à la prévention selon les principes de *One Health*/Une seule santé et aux gestes de protection individuelle ;
- reconnaissant la prévention comme un investissement et la dotant d'un réel budget et d'un programme pluriannuel opérationnel.

La vaccination est un outil majeur de prévention : la crise a montré qu'elle était aussi au centre des difficultés.

Pourtant le caractère obligatoire de la vaccination est un débat ancien qui ressurgit à chaque épidémie saisonnière.

Au-delà des obligations vaccinales déjà existantes pour les professionnelles et professionnels de santé, la pertinence de l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnelles et professionnels exerçant en établissement de santé et en établissement social et médico-social, mais aussi des résidents des Ehpad, est actuellement soumise à l'avis de la Haute Autorité de santé¹⁷². Des messages adaptés pour l'ensemble de la population sur les vaccinations doivent être promus afin d'objectiver la notion de bénéfice risque en s'appuyant sur les données de la science. L'adhésion de la population à la vaccination est mesurée depuis 2010 par SpF. Le dernier baromètre montre que cette adhésion est marquée depuis plus de 20 ans par les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle reste élevée en France, même si elle diminue par rapport à 2021, chez les hommes comme chez les femmes. Surtout, elle s'effrite avec des disparités socio-économiques marquées : l'adhésion à la vaccination est plus importante parmi les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat (87,2 %) contre 73,8 % pour les personnes les moins diplômées et parmi les personnes les plus aisées (88,3 %) contre celles « les moins à l'aise financièrement » (70,1 %). Le baromètre étudie également les réticences à la vaccination et, là aussi, les différences socio-économiques sont marquées : 40,8 % des personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat

171 Entretien des rapporteurs avec Guénaëlle Haumesser, directrice de la direction Prévention et accompagnement mutualiste à la Mutualité Française, le 19 décembre 2025.

172 Saisie par le gouvernement en octobre 2025, la HAS devrait rendre son avis au deuxième trimestre 2026.

sont défavorables à certaines vaccinations contre 30,7 % pour les personnes déclarant un niveau supérieur au baccalauréat¹⁷³. Les freins à la vaccination sont multiples. La réticence à la vaccination contre la Covid-19 reste importante (loin devant la vaccination antigrippale). L'enquête CoviPrev de SpF montre que les freins à la vaccination contre la Covid-19 sont multifactoriels : perception d'un manque de recul sur le vaccin ; inquiétude sur les effets secondaires ; remise en question de son efficacité quand le virus circule toujours¹⁷⁴. Pour autant cette année la vaccination contre la grippe a progressé de 10 %. L'arrivée des vaccins à ARN messager permet d'envisager une mise à disposition de

vaccins dans un délai de 6 à 9 mois pour lutter contre de nouveaux virus et variants. Encore faut-il multiplier les sites de production pour un approvisionnement rapide des populations.

PRÉCONISATION #11

Consolider la place de la prévention dans la formation initiale et continue des professionnelles et professionnels de santé et de l'accompagnement social et médico - social.

F. Rétablir les conditions de la confiance

La confiance dans l'expertise, les scientifiques et les processus démocratiques est essentielle à la résilience des sociétés. Une plus grande connaissance de la démarche scientifique contribuera à l'appropriation d'une culture de la prévention mais aussi à la compréhension des mécanismes des crises sanitaires et des moyens d'y faire face.

Dans une étude de janvier 2020¹⁷⁵, le CESE relevait un paradoxe, toujours d'actualité, dans la perception de la science et de sa place dans le débat public.

D'une part, la science est de plus en plus souvent invoquée pour étayer des décisions, justifier des choix, évaluer leurs conséquences possibles. Diverses enquêtes d'opinion montrent à la fois l'intérêt des personnes interrogées pour les sciences, leur confiance dans la capacité des sciences à répondre aux besoins de la société et aux défis de l'avenir, et leur souhait de voir leurs résultats mieux pris en compte : une large majorité de Française et de Français (82 %) dit avoir confiance en la science¹⁷⁶ et une enquête montre que 69 % considèrent qu'elle constitue la

173 Baromètre de Santé publique France, *Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences*, Etudes et enquêtes, décembre 2025.

174 Ibid. et enquête CoviPrev septembre 2024.

175 CESE, avis *Sciences et société : les conditions du dialogue* (Gérard Aschieri), janvier 2020.

176 CEVIPOF (Centre de recherches politiques de Sciences Po), *Baromètre de la confiance politique* vague 17, février 2026, dont les résultats ont été présentés au CESE lors d'une séance plénière, en février 2026.

principale réponse aux grands enjeux contemporains¹⁷⁷. Pour autant, selon un autre sondage, 73 % des Françaises et de Français estiment que la science est instrumentalisée dans le débat public¹⁷⁸. Globalement, les Françaises et les Français émettent des doutes sur la confiance qu'ils accordent aux scientifiques pour être transparents sur les résultats de leurs recherches dans de nombreux domaines¹⁷⁹. Cette confiance est en baisse dans des domaines comme les vaccins (55 %, -8 points) ou les biotechnologies (43 %, -7 points).

Ce contexte a inévitablement des conséquences pendant une crise sanitaire. Pour le sénateur Bernard Jomier¹⁸⁰, l'altération du lien entre la science et le politique, la destruction du lien de confiance, nuisent à l'appropriation citoyenne des réponses nécessaires pour faire face à la crise sanitaire. Les pays dans lesquels la confiance dans les scientifiques a reculé ont connu une diminution du soutien et du respect des mesures de santé publique et sociale¹⁸¹ et ont, notamment, des attitudes moins favorables à la vaccination. En France, selon l'enquête via Voice précitée, 70 % des Français font confiance à la recherche médicale française mais 70 % se disent également mal informés sur les avancées médicales : « Cette dissociation crée un risque de décrochage, de défiance, voire de vulnérabilité face aux

discours simplificateurs. La crédibilité repose d'abord sur les professionnels de santé et les chercheurs, mais aussi sur leur capacité à expliquer, pédagogiser, incarner »¹⁸².

Pendant la crise sanitaire du Covid-19, la parole scientifique a été massivement brouillée. La création de comités d'experts en complément d'organismes d'expertises existants, la multiplication des avis scientifiques ont été sources de confusion pour le grand public. Les responsables politiques, pressés d'apporter des réponses immédiates et rassurantes pour faire face à une situation d'urgence ont parfois fait un mauvais usage de la science, en invoquant une expertise scientifique ponctuelle pour présenter une décision comme indiscutable. Les changements de recommandations ou les révisions de positions ont ainsi été vécus comme des contradictions, voire comme des manipulations, et non comme la manifestation normale de la démarche scientifique.

La multiplication des débats, avec des pseudo-experts dans les médias, les chaînes télé en continu et les réseaux sociaux a également accentué cette confusion¹⁸³. Certaines chaînes de télévision et de radio ont abordé la crise sanitaire non pas sous l'angle de l'explication, mais de la controverse. La volonté d'un certain nombre de médias de fournir les éléments d'un

177 IPSOS - Institut Sapiens *Baromètre sur la science et la société* Vague 3, octobre 2024.

178 IFOP sondage pour Polytechnique Insights *Le rapport des Français à la science et au progrès scientifique* septembre 2022.

179 IPSOS - Institut Sapiens *Baromètre sur la science et la société* Vague 3, octobre 2024.

180 Entretien des rapporteurs le 2 décembre 2025 avec le sénateur Bernard Jomier, co-rapporteur du rapport de la commission d'enquête précitée.

181 Il s'agit ici des mesures d'interventions non pharmaceutiques (INP), qui définissent les actions que les personnes et les collectivités peuvent prendre pour aider à ralentir la diffusion de maladies infectieuses transmissibles émergentes ou ré émergentes et n'incluent pas les produits pharmaceutiques tels que les vaccins et les médicaments.

182 Synthèse d'opinion de VIAVOICE pour les Contrepoints de la Santé du mardi 10 février 2026.

183 Audition du 1er octobre 2025 de Mme Agnès Buzyn devant la commission des affaires sociales et de la santé.

débat a pu conduire, sur un certain nombre de sujets, à mettre sur un pied d'égalité chercheurs et chercheuses reconnus par leurs pairs et polémistes développant des thèses sans fondement¹⁸⁴. La diffusion d'informations médicales non vérifiées ou volontairement fausses, sur des comptes anonymes voire des comptes se présentant comme des professionnels de santé ont contribué à brouiller les messages sanitaires officiels et influencer les comportements. Plus largement, les réseaux sociaux et les systèmes d'intelligence artificielle conduisent, à défaut de contraintes et d'une régulation suffisante, à la diffusion rapide et non-encadrée d'informations parfois fausses ou biaisées. La parole des scientifiques, qui ont un rôle central dans la circulation de l'information en santé, s'est trouvée régulièrement remise en cause. Certains ont choisi de quitter les réseaux sociaux et ont renoncé à s'exprimer, après avoir subi des attaques ciblées. Ce retrait a favorisé « la prolifération des discours approximatifs ou trompeurs, voire faux »¹⁸⁵.

Ce contexte a renforcé le doute sur l'objectivité des scientifiques et leur impartialité. L'indépendance de scientifiques travaillant étroitement avec les autorités publiques dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire a pu être remise en cause par une certaine partie de la population. Les conflits d'intérêt présentent un risque réel

de biais dans la production de résultats scientifiques et d'expertise. Pour éviter cette situation, il faut rendre transparents tous les liens ou conflits d'intérêts : c'est une condition essentielle de la confiance dans la validité de l'expertise. Cette question des liens et des conflits d'intérêts (par exemple avec des groupes pharmaceutiques) a parfois été instrumentalisée pour remettre en cause des analyses scientifiques ou pour décrédibiliser la parole scientifique.

Cette situation a contribué à un manque de confiance préoccupant dans les institutions de santé publique et dans la science et ses usages. Le Professeur Fontanet, auditionné par la commission, relève par exemple que 40 % des Françaises et des Français pensent que les effets secondaires des vaccins contre la Covid ont été importants et cachés au grand public¹⁸⁶, ce qui montre « qu'une grande défiance s'est installée ».

Anticiper les prochaines crises sanitaires implique alors de renforcer la confiance dans la science et la recherche scientifique. La confiance ne peut se décréter : les citoyennes et citoyens doivent disposer des outils pour comprendre les processus qui conduisent à une expertise scientifique. Ainsi la place de l'incertitude, dans les décisions des responsables politiques, sera mieux comprise.

184 Audition du 21 janvier 2026 du Professeur Mathieu Molimard devant la commission des affaires sociales et de la santé.

185 Mathieu Molimard, Dominique Costagliola, Hervé Maisonneuve, *L'information en santé. Bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé*, janvier 2026.

186 IPSOS - Institut Sapiens Baromètre sur la science et la société Vague 3, octobre 2024.

Les personnes auditionnées par la commission soulignent la nécessité de renforcer la connaissance de la démarche scientifique. La littératie scientifique en santé, c'est-à-dire les compétences pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer l'information aux autres et à soi-même, est trop faible et cela touche autant le grand public que les relais d'information. Il n'y a pas assez de scientifiques dans la sphère politique. La culture scientifique générale est « souvent limitée à la mémorisation de faits sans véritable compréhension des méthodes, des raisonnements et des mécanismes qui permettent d'en établir la validité »¹⁸⁷. Il y a une incompréhension du fonctionnement même de la science, trop souvent perçue comme un ensemble de certitudes figées, alors que l'incertitude fait partie intégrante de la démarche scientifique. La culture scientifique, méthodologique, statistique doit aussi également renforcée pour les acteurs clés en temps de crise : cadres, décideurs publics, journalistes...

D'une manière plus générale, le développement de l'esprit critique, dès le plus jeune âge permet une meilleure appréhension des décisions dans un contexte d'incertitude. C'est une des missions de l'école : le code de l'éducation prévoit que « le droit de l'enfant à l'instruction a pour objet de lui garantir [...] l'éducation lui permettant de

développer [...] son esprit critique ». Une telle éducation s'envisage dans la durée, et devrait être renforcée dans tous les enseignements à l'école et dans différents environnements : périscolaire, médias, société¹⁸⁸ ...

L'expertise scientifique ne peut pas être seulement descendante. Elle doit aussi pouvoir répondre et accompagner les demandes des populations : l'expertise d'usage de celles et ceux qui sont concernés doit pouvoir être entendue.

L'association des citoyennes et citoyens aux recherches et aux controverses sur les sciences facilite l'accès à cette culture scientifique et permet de répondre aux questions telles que se les posent les citoyennes et citoyens. Dans son étude *Sciences et société : les conditions du dialogue*¹⁸⁹, le CESE relevait l'importance de leur association à travers les sciences participatives¹⁹⁰ pour développer un certain nombre de recherches, en s'appuyant sur un réseau important de collaborations diverses. Il préconisait aussi d'encourager et développer les recherches et sciences participatives pour diffuser auprès des participantes et participants non-professionnels, méthodes et culture scientifiques afin qu'elles et qu'ils puissent mieux s'approprier les résultats, ce qui favorise la prévention et une meilleure appropriation des décisions en temps de crise.

187 Rapport sur l'information en santé. Bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé (Mathieu Molimard, Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve) janvier 2026.

188 Rapport précité.

189 CESE, avis *Sciences et société : les conditions du dialogue* (Gérard Aschieri), janvier 2020.

190 Les sciences participatives sont définies comme « les formes de production de connaissances scientifiques auxquelles participent, aux côtés des chercheurs, des acteurs de la société civile, à titre individuel ou collectif, de façon active et délibérée » (*Charte des sciences et recherches participatives en France*). Des associations ou institutions mettent en place des programmes de sciences participatives, par exemple pour la collecte des données scientifiques de base (inventaires écologiques, collecte de données de terrain, atlas de biodiversité communale). Des études d'épidémiologies à l'échelle d'un territoire peuvent aussi s'appuyer sur des études participatives : c'est le cas par exemple de l'étude Fos-Epséal sur les conséquences des expositions industrielles sur la santé des populations.

PRÉCONISATION #12

Renforcer l'enseignement de la démarche scientifique et de l'esprit critique dans les programmes scolaires et mettre en place, pour les responsables publics et les élus, des formations sur ces notions.

PARTIE 2

S'accorder sans attendre sur les principes de la gouvernance de crise

La gestion de crise est, en France, « formalisée ». Les crises « sectorielles », dont les crises sanitaires, sont intégrées dans la doctrine globale de gestion des crises, avec un objectif : structurer la montée en puissance de la réponse. Le recours aux dispositifs de gestion de crise est devenu une modalité de réponse courante à des situations variées présentant une menace potentielle à la sécurité nationale, y compris s'il s'agit d'événements comme les Jeux olympiques et paralympiques de Paris¹⁹¹. L'observation de la gestion des crises passées montre un décalage entre le cadre préformaté de la gestion de crise et les choix de gouvernance effectivement réalisés : la gestion de la pandémie de Covid-19 n'a pas échappé à cette tendance.

Dans un contexte de crise, ce qui est vrai à un moment peut, rapidement, ne plus l'être. Il faut intégrer cette réalité, changer la temporalité de la décision, préserver la possibilité de la modifier en fonction des circonstances et de l'évolution des connaissances. En d'autres termes, il ne s'agit plus (ou pas seulement) de prendre une décision mais plutôt d'organiser la progression ou la chronologie des décisions.

Par ailleurs, l'organisation mise en place a été critiquée pour son caractère vertical et descendant. Pour le CESE, il faut accorder davantage de place aux citoyennes et citoyens et aux acteurs des territoires, en faisant confiance en leur capacité à raisonner, à prendre part aux processus de décision et à s'organiser en fonction de leur situation. Le CESE ne propose pas un nouveau plan de gestion de crises, mais présente ses préconisations autour de plusieurs grands principes.

La gestion de crise est un « domaine à part entière de l'action publique »¹⁹² : ses grandes orientations ont évolué.

L'accent a longtemps été mis sur la gestion locale des événements, le rôle des préfets étant plus particulièrement mis en avant. La loi du 13 juillet 2004 de modernisation de la sécurité civile a marqué un premier changement en renforçant la place donnée, au-delà de la gestion risque par risque, à une approche générale, pour toutes les crises. La présentation en 2008 du *Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale* a confirmé la volonté d'inscrire la gestion de crise dans une approche interministérielle.

191 Olivier Borraz, Valérie November, *Le temps des crises : une histoire de la gestion des crises en France*, Année sociologique 2025/2, n°252.

192 Olivier Borraz, Valérie November, *Le temps des crises : une histoire de la gestion des crises en France*, Année sociologique 2025/2, n°252.

Un autre apport de ce Livre blanc est de remettre en question la distinction entre, d'un côté, les questions de Défense et, de l'autre, la sécurité intérieure, à travers le concept de « sécurité nationale ». Ces évolutions se sont concrétisées par un changement dans la structuration des plans sectoriels ou spécialisés et des plans ORSEC¹⁹³ : tous comprennent désormais, en plus des dispositions propres à chaque risque, un tronc commun organisant la gestion interministérielle de la crise (à travers l'association, au-delà des préfectures, des autres services de l'État et des collectivités territoriales, des opérateurs et des populations). Sur le plan institutionnel, la traduction la plus importante de ces évolutions aura été la création en 2009 du Conseil de défense et de sécurité nationale (CDSN), qui est en fait un conseil des ministres en format restreint, présidé par le Président de la République, pour coordonner l'action gouvernementale. La même année, le SGDN (Secrétariat général de la Défense nationale), qui assure le secrétariat du CDSN, anticipe et prépare les réponses aux crises, est devenu SGDSN (Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale).

Le Code de la défense¹⁹⁴ confie au ministre chargé de la santé, la responsabilité de l'organisation et de la préparation du système de santé aux menaces sanitaires graves. Cette responsabilité est confiée au Centre de crises sanitaires (CCS), placé sous l'autorité du directeur général de la Santé (DGS). Le CCS est, *via* le Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS), le point focal pour la réception des signaux sanitaires en provenance des agences régionales de santé (ARS), des agences sanitaires nationales, des autres ministères ou des instances européennes et internationales de sécurité sanitaire, avec une veille 24h/24. Des clarifications sur le processus de montée en puissance du CORRUSS, son articulation avec le CCS et la coordination interministérielle, ont été apportées en 2024¹⁹⁵. Ses effectifs ont été renforcés (70 personnes depuis mars 2024). L'organisation graduée (de 1 à 4)¹⁹⁶ de l'action du CCS doit permettre de mobiliser des leviers d'action de façon adaptée et proportionnée aux risques. Les niveaux d'activation 3 et 4 sont décidés par le ministre chargé de la santé sur proposition du Directeur général de la santé. C'est également

193 Le sens de l'acronyme ORSEC a changé : il ne s'agit plus de « l'organisation des secours » mais de « l'organisation de la réponse de sécurité civile ».

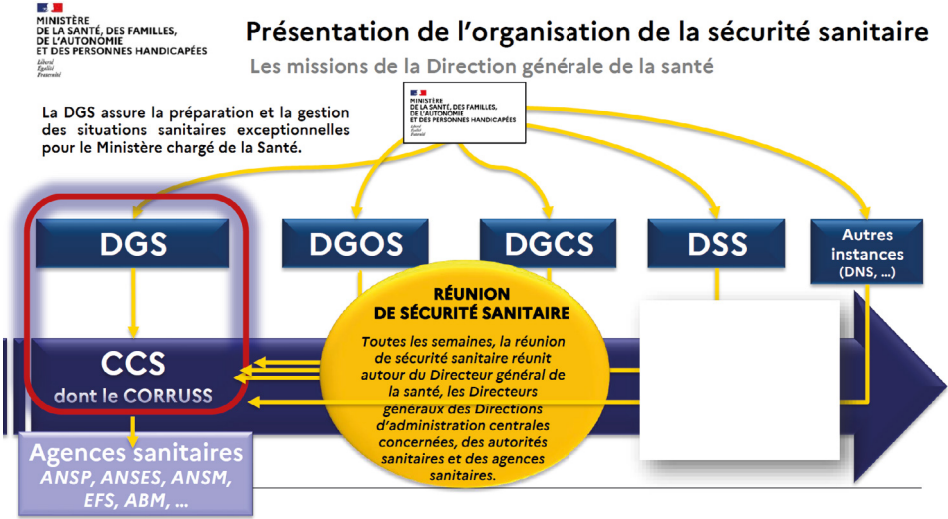
194 Article L. 1142-8

195 Décret du 28 février 2024 et instruction ministérielle du 15 juillet 2024.

196 Niveau 1 : la Veille opérationnelle pour la gestion courante des signalements et alertes (activé 24h/24 tout au long de l'année) ; Niveau 2 : face à un événement ayant un impact significatif sur la santé, mais dont les cadre de gestion sont établis (de type épidémie hivernale) : la mise en place d'une coordination renforcée avec une équipe dédiée ; Niveau 3 : face aux situations exceptionnelles susceptibles d'avoir un impact majeur sur la santé et/ou dont les cadres de gestion ne sont pas complètement établis (de type épidémie internationale et mpox en 2022) : la création d'une force d'intervention ; Niveau 4 : face aux situations sanitaires exceptionnelles ayant un impact sanitaire majeur (de type pandémie de Covid-19) : l'activation en mode crise.

au CORRUS qu'il revient d'organiser les réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire sur les risques sanitaires en cours. Présidées par le DGS, elles

rassemblent notamment les agences sanitaires et les directions des autres administrations centrales.



Source : Direction générale de la Santé

Lorsque la crise dépasse les capacités du seul ministère de la santé (ou d'un autre ministère)¹⁹⁷, la cellule interministérielle de crise (CIC) est activée par le Premier ministre.

De « sectorielle », la crise devient « majeure » parce qu'« elle affecte plusieurs secteurs ministériels et impose en conséquence une réponse globale de l'État »¹⁹⁸. La CIC devient l'outil

197 La CIC est en lien étroit avec les centres opérationnels (cellules de crise) de chacun des ministères : CCS au ministère de la santé, mais aussi le CDOS du ministère de l'Europe et des affaires étrangères, pour assurer une coordination avec les autres États et les institutions multilatérales (ONU, UE, OTAN) le COGIC au ministère de l'intérieur en matière de protection civile, l'ANSSI pour les aspects relatifs à la sécurité du numérique.

198 Circulaire interministérielle du 26 septembre 2023 qui précise que « L'intensité d'une crise est évaluée à l'aune des critères suivants : ses conséquences sur l'intégrité physique et la sécurité de la population ; sa dimension politique et médiatique ; l'atteinte qu'elle porte aux intérêts vitaux de la Nation ; ses conséquences sociales, économiques et environnementales ; son ampleur territoriale, voire internationale ».

permettant au Premier ministre¹⁹⁹ d'assurer le pilotage politique et stratégique de la gestion de crise, en lien avec le Président de la République. Des changements ont été apportés à l'issue de la crise sanitaire dans son fonctionnement et sa structuration, avec notamment la création d'un directeur délégué de crise adjoint, chef d'état-major de la CIC²⁰⁰. Des référentiels opérationnels (avec des procédures standardisées) ont été adoptés pour uniformiser les pratiques des différents ministères dans l'organisation de la coordination avec la CIC. La direction de crise, dans sa dimension politique et stratégique, est assurée par le Premier ministre, avec l'appui du SGDSN.

Dans les faits, l'activation de la CIC ne suffit pas à assurer une interministérialité « réelle » de la gestion de crise. Les choix finalement opérés sont souvent le résultat d'équilibres - ou de tensions - politiques. En outre, le Premier ministre peut confier la conduite opérationnelle de la crise à un ministre qu'il désigne en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action. Ce ministre prend alors la

fonction de président de la CIC. Le Premier ministre confie en principe la conduite opérationnelle de la crise au ministre de l'Intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national et au ministre de l'Europe et des Affaires étrangères pour les crises extérieures²⁰¹. Or, qu'il s'agisse des leviers à activer ou de la temporalité des réponses, le ministère de l'Intérieur, dont les priorités sont centrées sur la protection immédiate des personnes, les questions de sécurité et d'ordre public, n'a pas les mêmes priorités que le ministère en charge de la santé ou le ministère en charge de l'environnement²⁰².

Dans les territoires, la préparation de la réponse aux crises sanitaires, puis la gestion de la crise, reposent sur les agences régionales de santé (ARS) et sur les préfets de départements – dont les compétences portent sur de nombreuses politiques publiques en jeu -. Il leur revient de préparer et d'arrêter les dispositifs de « planification ». Les plans ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), structurés en différents volets (selon le risque)²⁰³ organisent la

199 Sachant que « le Premier ministre peut confier la conduite opérationnelle de la crise à un ministre qu'il désigne en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action. La désignation d'un ministre chargé de la conduite opérationnelle de la crise entraîne l'activation de la CIC qui regroupe l'ensemble des ministères concernés. Ce ministre prend alors la fonction de président de la CIC. Conformément aux Livres blancs sur la défense et la sécurité nationale, le Premier ministre confie en principe la conduite opérationnelle de la crise : - au ministre de l'intérieur lorsque la crise a lieu sur le territoire national ; - au ministre de l'Europe et des affaires étrangères pour les crises extérieures » (extraits circulaire 2023).

200 Circulaire du 26 septembre 2023.

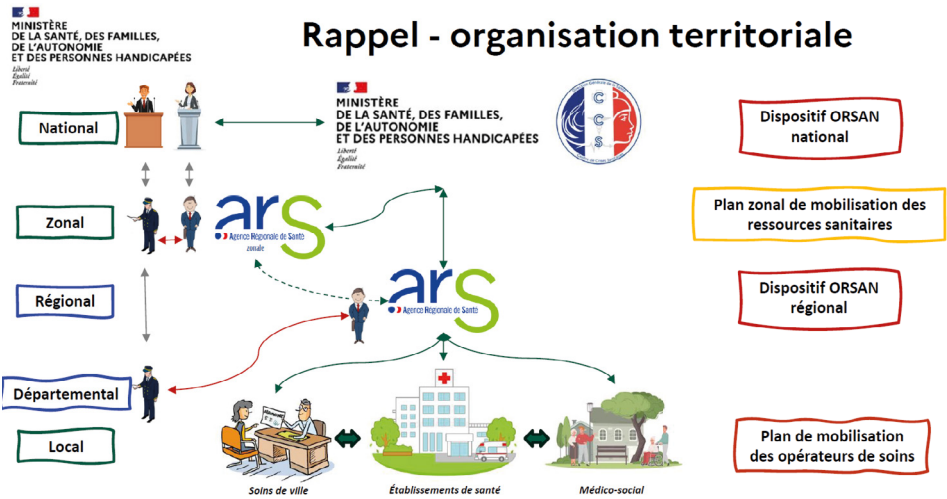
201 Conformément au Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale.

202 Entretien des rapporteurs avec Valérie November, chercheuse au CNRS, le 7 novembre 2025.

203 Événement grave type accident ou attentat ; tensions dans l'offre de soins, conséquence d'une épidémie saisonnière par exemple, ; événement nucléaire ; prise en charge médico-psychologique des patients victimes d'un événement grave...

mobilisation des établissements de santé en fonction de leurs capacités mais ne se limitent pas à cela : ils portent sur l'ensemble du système de santé et incluent l'offre de soins libérale et les établissements et services médico-sociaux. Les objectifs des plans ORSAN sont déclinés dans les plans dont les établissements doivent se doter pour identifier les mesures qu'ils mettront en œuvre en cas d'événement s entraînant une perturbation de l'organisation des soins : plans « blancs » pour les établissements de santé, plans « bleus » dans les établissements médico-

sociaux²⁰⁴. En 2024, une réforme²⁰⁵ a défini de façon plus complète le dispositif ORSAN, clarifié le partage des responsabilités, organisé plus précisément la mobilisation coordonnée des acteurs sociaux et médico-sociaux et des professionnels du soin et consolidé l'usage des systèmes d'information pour l'identification et le suivi des victimes. Des plans départementaux et zonaux de mobilisation doivent prévoir les mesures d'urgence rendues nécessaires par la situation sanitaire, de type réquisitions, si l'organisation du système ne permet pas à elle seule d'y faire face.



Source : Direction générale de la Santé

204 À l'origine, le plan bleu visait principalement les Ehpad et les unités de soins de longue durée (USLD), dans une logique de gestion de crise sanitaire ou climatique. Depuis 2005, son périmètre s'est élargi à l'ensemble des établissements médicosociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées, notamment les MAS, FAM, foyers de vie, IME, IEM, etc. ...

205 Décret n° 20248 du 3 janvier 2024.

Cette organisation théorique de la gestion de crise a été mise en l'épreuve pendant la pandémie de la Covid-19.

Les choix opérés se sont détachés du cadre et de l'organisation préconstruits de la gestion de crise : les autorités publiques ont entrepris d'en créer temporairement de nouveaux.

Ainsi, la mise en place du Conseil scientifique, le 10 mars 2020, n'était pas prévue par le cadre formel de gestion de crise. Elle a été officialisée par le décret du 3 avril 2020, en application de la loi du 23 mars 2020 relative à l'état d'urgence sanitaire. Présidé par le professeur Jean-François Delfraissy, immunologue, sa composition, entre 10 et 14 membres, a évolué. Le Conseil scientifique s'est réuni à plus de 300 reprises en formation plénière entre mars 2020 et juillet 2022. Il a rendu des avis sur des dimensions aussi bien scientifiques que stratégiques de la crise : évolutions de l'épidémie, stratégies de dépistage, isolement, traçage, ouverture ou fermeture des établissements scolaires, protection des personnes vulnérables, notamment en Ehpad, enjeux internationaux, apparition des variants et anticipation des risques. Le Conseil scientifique est resté en place jusqu'au 31 juillet 2022, date de la sortie du régime d'exception de l'état d'urgence sanitaire.

Parallèlement, des instances ad hoc ont été créées sur la question spécifique de la vaccination.

Le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale présidé par le professeur Alain Fischer, placé auprès du ministre de la Santé, devait conseiller le gouvernement sur les aspects scientifiques, médicaux et sociétaux de la conception et de la mise en œuvre stratégique de la politique vaccinale en lien avec les autorités sanitaires compétentes. Il pouvait s'appuyer sur les travaux d'un *Comité scientifique sur les vaccins* (pour les questions relatives à l'administration des différents vaccins, aux essais cliniques...) mais aussi sur un comité des parties prenantes, un comité des élus locaux et un comité citoyen. Ce dernier a été mis en place par le CESE, à la demande du Premier ministre, et a adressé des recommandations sur le déploiement de la vaccination, les unités mobiles, la mobilisation des réseaux de professionnels de santé de proximité, l'accès à l'information, la communication²⁰⁶.

D'autres comités ont été institués sur des thématiques particulières.

Le gouvernement a ainsi créé, en mars 2020, un comité d'analyse, recherche et expertise sur le traitement, les tests et le traçage des cas contacts (CARE). De même, un comité consultatif, placé auprès du ministre de la Santé, a été chargé d'évaluer l'apport des outils numériques dans le traitement de l'épidémie et de s'assurer du respect des droits des personnes (secret médical, protection des données personnelles)

²⁰⁶ Rapport d'étape *Vaccination Covid-19*, (Stéphanie Goujon, Pierre Lafont, Catherine Pajarès y Sanchez), mars 2021.

Dans l'ensemble, une gouvernance verticale et centralisée s'est imposée.

Le Conseil de défense et de sécurité nationale (CDSN) a pris une place centrale dans les décisions de l'exécutif relatives à la crise sanitaire. Parfois réuni sous le format de « Conseils de défense sanitaire »²⁰⁷, il a pris des décisions majeures : confinement, pass sanitaire. Ses délibérations sont couvertes par le secret défense. Pour sa part, la CIC, activée de façon permanente à partir du 17 mars 2020²⁰⁸, transmettait les décisions du CDSN aux ARS et aux préfets, pour une application sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, un constat s'impose : les femmes ont été sous représentées dans les instances de décisions. Et quand elles étaient représentées, les stéréotypes de genre ont pu jouer pour décrédibiliser leur parole. Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes l'a déploré : « *En France, les instances de décision mises en œuvre au début de la crise sanitaire sont loin d'être paritaires : selon les chiffres du HCE, on compte 27 % de femmes dans le conseil scientifique Covid-19, et 35 % dans la mission d'information sur la gestion et les conséquences de l'épidémie de Covid-19* »²⁰⁹. Dans son avis *Crise*

sanitaire et inégalités de genre, le CESE avait ainsi préconisé de « rendre la parité obligatoire dans tous les organes de gouvernance et de gestion de la crise ».

En outre, seule la désignation de Mme Marie-Aleth Grard (ATD Quart Monde) par le président du Sénat a permis d'apporter une connaissance des réalités de la grande pauvreté. Le président du Conseil scientifique, Jean-François Delfraissy l'a lui-même souligné : « *les organisations de la société civile (OSC) et les ONG ont une expertise spécifique que n'a pas l'administration. Elles ont une excellente connaissance de la diversité des milieux sociaux et, notamment, des catégories de la population les plus vulnérables. Elles ont une capacité à comprendre, interpréter et faire remonter les opinions et les attentes venues des territoires* »²¹⁰.

La gestion de crise se fait en interaction avec des dispositifs européens qui ont été fortement consolidés ces dernières années.

Alors qu'il lui avait été reproché un certain manque d'anticipation au début de la crise, l'Union européenne a, pendant et après la crise, renforcé le cadre de son action, en matière de surveillance, d'évaluation des risques sanitaires mais aussi d'organisation

207 Il faut considérer le « Conseil de défense sanitaire » comme une formation spécifique du CDSN, où siégeaient le Président de la République, le Premier ministre, le ministre de la Santé, le ministre de la Défense, le ministre de l'Intérieur, le ministre de l'Économie et celui du Travail, auxquels ont pu se joindre des acteurs des grandes institutions publiques du domaine de la santé. Son fonctionnement a été le même que celui du CDSN. Ses travaux, notamment, sont couverts par le secret de la défense nationale et ses réunions ne sont pas nécessairement annoncées publiquement.

208 Il n'y a pas de date de « désactivation » de la CIC pour la crise sanitaire.

209 CESE, avis *Crise sanitaire et inégalités de genre* (Dominique Joseph et Olga Trostiansky), mars 2021.

210 Jean-François Delfraissy, *Une urgence sociétale, l'inclusion et la participation de la société à la réponse au Covid-19*, Lettre adressée au Premier ministre, 14 avril 2020.

d'une réponse coordonnée²¹¹. Le dispositif RescEU, créé en 2019 dans le cadre du Mécanisme de protection civile de l'UE pour mieux organiser la réponse aux crises quand les moyens nationaux sont insuffisants (notamment par la constitution de stocks stratégiques), a été étendu pour inclure des équipements médicaux (masques, respirateurs, équipements de laboratoire, etc.). Le règlement européen sur les « *menaces transfrontalières graves pour la santé* »²¹² (entré en vigueur en décembre 2022) a été renforcé pour mieux anticiper les nouvelles menaces – maladies infectieuses, risques environnementaux, climatiques ou chroniques – et mieux y répondre. Il porte notamment sur la coordination, la collecte et l'échange de données et d'informations entre États membres (sur les lits d'hôpitaux disponibles, les capacités en soins intensifs, les personnels...) et permet ainsi de rationaliser la coopération entre États membres. Le rôle du Comité de sécurité sanitaire (CSS), créé en 2001 pour améliorer la

coordination entre États membres a été consolidé : il peut proposer des réponses pour écarter les menaces émergentes ou déclarer une urgence de santé publique au niveau de l'UE avec pour effet de déclencher une coordination accrue, de mobiliser des moyens humains et financiers et d'activer le financement d'urgence de contre-mesures médicales (outils de diagnostic, vaccins, traitements, équipements de protection individuelle...). Un conseil de gestion des crises sanitaires, composé de la Commission et des États membres, a été créé. A cela se sont ajoutées la création de l'Autorité de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire (HERA), notamment chargée de veiller à ce que l'UE ait la capacité de développer des contre-mesures médicales, une révision de la législation sur les médicaments ou encore un soutien à la consolidation des systèmes de santé : il y a là autant de contributions de l'UE à des priorités que le CESE juge structurantes pour se préparer aux prochaines crises (cf. partie I).

²¹¹ Plusieurs propositions d'envergure étaient en cours d'examen par la Commission, le Conseil et le Parlement européen au moment où le CESE a présenté son avis précité sur l'Europe de la santé, ont été concrétisées. La réponse de l'UE, face à la crise économique due à la pandémie de Covid-19, a aussi pris la forme d'une aide financière exceptionnelle. Dans le cadre de *React-EU* (*Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe*), des aides financières exceptionnelles, fléchées vers des thématiques prioritaires, dont les services de santé des États membres, ont permis d'apporter un soutien financier à des porteurs de projets pour contribuer à la relance économique, abondant les programmes européens déjà existants, en particulier du FEDER, du FSE et du FEAD.

²¹² Règlement du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontières graves pour la santé et abrogeant la décision 1082/2013/UE.

Le règlement sanitaire international et le traité sur les pandémies : 2 instruments majeurs de la lutte internationale contre les épidémies

Le règlement sanitaire international (RSI), adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1969 en réaction à l'intensification des échanges internationaux, a permis l'instauration d'un réseau de surveillance et d'alerte des risques sanitaires et l'établissement d'un plan de réponse coordonné face aux crises sanitaires. Il organise une action de veille sanitaire internationale et favorise une première réponse, conçue pour être immédiate et coordonnée, aux crises sanitaires.

Un point focal doit être identifié dans chaque État pour être en lien avec l'Organisation Mondiale de la Santé - en France, il s'agit du Centre Opérationnel de Régulation et de Réponses aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS). Lorsqu'un point focal identifie une situation inhabituelle, il le notifie à l'OMS. L'OMS active alors ses mécanismes internes d'analyse et, si nécessaire, son Directeur général de l'OMS réunit le Comité d'urgence, composé d'experts internationaux, pour examiner les données et déterminer si les critères d'une « Urgence de Santé Publique Internationale » (USPI) sont remplis. Le Comité analyse la gravité, le risque de propagation internationale, la nécessité d'une action coordonnée et fournit ensuite une recommandation formelle au Directeur général. C'est à ce dernier qu'il revient de déclarer ou non une USPI. Dans une telle situation, l'OMS publie des recommandations temporaires, à destination des États, portant sur la régulation et réglementation des flux des biens et des personnes. Si l'objectif est bien de prévenir ou de réduire la propagation de la maladie, il est aussi « *d'éviter toute entrave inutile au trafic international* »²¹³.

Les États demeurent toutefois souverains dans leurs mesures de gestion de crise au niveau national. Le respect du règlement repose sur la coopération, la transparence et les capacités nationales de chacun. Le RSI comprend également un mécanisme de solidarité financière entre les pays en faveur du développement des capacités nationales de détection et d'évaluation des risques. Le RSI a été amendé à la suite de la crise Covid : la notion « d'urgence pandémique » s'est ajoutée à celle « d'urgence de santé publique », permettant d'élargir le cadre d'intervention de l'OMS. Les exigences de surveillance des risques ont été accrues. Un nouveau mécanisme financier permet de renforcer la solidarité en améliorant l'accès international aux produits médicaux.

213 Règlement Sanitaire International (2005), Organisation Mondiale de la Santé, 1^{er} juin 2024.

En effet, la pandémie de la Covid-19 a montré qu'à côté des questions d'alerte et de réponse rapide, les enjeux étaient aussi ceux de l'équité des moyens dont disposaient les États pour y faire face. Durant la pandémie, les pays les plus pauvres n'ont pu bénéficier que de 10 % des outils sanitaires (tests, vaccins, médicaments) qui avaient pourtant été développés grâce aux données qu'ils avaient partagées²¹⁴. Un enjeu majeur pour eux était de bénéficier de transfert de technologies et de davantage de solidarité internationale. Du côté des pays plus riches, la crise a montré la nécessité d'accéder à des échantillons et à des données de séquençage du virus, éléments essentiels à partir desquelles les vaccins peuvent être créés.

Les discussions autour d'un traité sur ces questions ont débuté en décembre 2021. Un accord de principe a été acté en mai 2025. L'adoption définitive de « L'Accord de l'OMS sur les pandémies » est prévue en mai 2026, à l'occasion de la 79^{ème} Assemblée mondiale de la Santé²¹⁵. Le traité comprend deux mesures clés :

- le *Pathogen Access Benefit Sharing System* (PABS), un mécanisme de mise à disposition obligatoire d'échantillons de pathogènes à potentiel pandémique ;
- la mise à disposition par les industries pharmaceutiques de 20 % de leur production de vaccins pour les pays en développement, dont 10 % à titre gratuit.

Des dispositions sont prévues pour permettre le déblocage de fonds en faveur de la prévention dans la perspective multidimensionnelle *One Health*.

Le traité prévoit également de soutenir les centres de production de contre-mesures médicales. Il crée une « Conférence des parties signataires », un organe multilatéral permanent renforçant la communication entre les ministres de la santé des différents États.

Les négociations sur les modalités de mise en œuvre du PABS doivent se poursuivre. En particulier, la mise à disposition d'une partie de la production de vaccin reste soumise à une décision volontaire des industries pharmaceutiques. Certains pays les plus pauvres craignent la persistance d'un fort déséquilibre entre les États dans la capacité de réaction à une crise.

²¹⁴ Article « Traité sur les pandémies : l'OMS conclut enfin un accord mondial pour plus d'équité, après trois ans de négociations » paru dans Le Monde, mis à jour le 16 avril 2025.

²¹⁵ Audition de Mme Anne-Claire Amprou, ambassadrice pour la santé mondiale, devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 23 octobre 2025.

De manière générale, l'absence de capacités coercitives de l'OMS limite son action. De plus, l'adoption du traité « pandémie » intervient dans le contexte d'une baisse très préoccupante des moyens de l'OMS. Les États-Unis se sont retirés de l'organisation, prétextant une mauvaise gestion de la crise Covid. Leur contribution représentait jusqu'à 22 % du budget de l'institution. Parallèlement, 45 pays n'ont pas contribué à la hauteur de leur cotisation pour l'année en cours. Dans ce contexte, 660 millions de dollars manquent à l'OMS, en particulier pour financer le secteur de préparation aux urgences²¹⁶. La forte réduction des financements mondiaux consacrés à la santé et à la R&D, notamment la réduction des engagements des principaux donateurs et la fermeture de plusieurs grands programmes, vient, elle aussi, souligner la fragilité de l'écosystème mondial de préparation et d'anticipation des crises à une époque où les risques bio sécuritaires et géopolitiques s'accroissent²¹⁷.

PRINCIPE 1 : LE RESPECT DES LIBERTES ET DES DROITS FONDAMENTAUX DOIT ETRE LA REGLE ET LES RESTRICTIONS L'EXCEPTION

Devant la commission, plusieurs auditionnés l'ont souligné : les institutions ont fonctionné et l'État de droit a été préservé pendant la crise

²¹⁸. Si le Président de la République et le Premier ministre ont joué un rôle de premier plan, les pouvoirs législatif et judiciaire ont été en mesure de remplir leur mission. Le Conseil constitutionnel a été saisi des lois relatives à l'état d'urgence sanitaire²¹⁹, à la gestion de la

sortie de crise²²⁰, à la vaccination et au pass sanitaire²²¹. Il a, à chaque fois, veillé à concilier protection de la santé - objectif à valeur constitutionnelle - sauvegarde des libertés et respect des droits fondamentaux, notamment en vérifiant la proportionnalité des décisions et leur limitation dans le temps. Les recours pour contester les décisions prises sur le fondement de ces lois étaient possibles et ont d'ailleurs été nombreux. Le Conseil

²¹⁶ *Le Monde*, *Les Etats-Unis quittent définitivement l'OMS, sans payer leurs dettes* » par Delphine Roucaute, publié le 1 février 2026.

²¹⁷ *5^e Rapport de la mise en place de la "Mission des 100 jours"* du Secrétariat international pour la préparation aux pandémies publié en janvier 2026. La Mission des 100 jours a été lancée en juin 2021 par le G7. La mission rassemble des scientifiques du monde entier et publie chaque année un rapport pour diagnostiquer les meilleurs moyens pour anticiper et organiser une réponse internationale à une crise lors des 100 premiers jours de sa caractérisation comme menace pandémique.

²¹⁸ Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de l'AP-HP, le 15 octobre 2025 ; audition de Mme Johanne Saison, professeure de droit public à l'Université de Lille, le 26 novembre 2025 ; audition de M. Jean-Denis Combrexelle, président de section honoraire au Conseil d'État, le 14 janvier 2026, devant la commission des affaires sociales et de la santé.

²¹⁹ Décision n° 2020808 DC (13 novembre 2020).

²²⁰ Décision n° 2021819 DC (31 mai 2021).

²²¹ Décision n° 2021824 DC (5 août 2021).

d'État a ainsi jugé, souvent en urgence et dans les 48 heures, près de 1 000 référés déposés par des citoyens, associations ou organisations professionnelles. A son tour, il s'est assuré que les mesures restrictives des libertés imposées sur le motif du risque sanitaire étaient justifiées, en tenant compte dans chaque cas des circonstances mais aussi de l'état des connaissances au moment où il statuait. Cette mobilisation a souvent conduit l'État à revoir certaines décisions.

Les citoyennes et citoyens ont été avant tout considérés comme des sujets à protéger alors qu'ils sont aussi des acteurs capables de participer à la réponse. Certaines décisions ont abouti à des situations incompatibles avec le respect des droits et des libertés des personnes.

Le CESE estime par exemple que les décisions imposées aux résidents des Ehpad, leurs proches et leur famille, portaient une atteinte disproportionnée à leurs droits et à leur dignité. L'impossibilité pour les résidents de sortir de l'établissement ou d'y recevoir des visites a porté une très forte atteinte à la liberté d'aller et venir et au droit au respect du maintien des liens familiaux et sociaux. Elle a accru leur isolement avec des conséquences gravissimes sur leur état de santé. Le CESE regrette que les alertes n'aient pas été plus rapidement entendues,

notamment celles du Défenseur des droits, qui, à plusieurs reprises, a rappelé aux autorités que les mesures sanitaires devaient se fonder sur le principe de prévention individuelle du risque, et non pas sur le principe de précaution posé de façon générale²²².

Le constat du non-respect du droit à l'éducation pendant la crise sanitaire a été établi par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH),

au regard de l'accroissement des inégalités, de la rupture de continuité pédagogique et de l'impact négatif sur les apprentissages, évoqués plus haut (cf. partie I, point B).

Le Défenseur des droits a été saisi de nombreuses autres atteintes aux droits et libertés en lien avec l'état d'urgence sanitaire. Ce sont autant de situations qui pourraient se reproduire si une nouvelle crise survenait. Il faut anticiper les réponses, s'agissant par exemple :

→ **des conditions de vie dans les établissements pénitentiaires :** accès aux masques, aux soins, suspension des parloirs, ruptures dans le paiement du travail et plus généralement **dans le respect des droits des détenus** (pendant la crise, la prolongation de plein droit de la détention provisoire sans intervention du juge judiciaire, prévue par ordonnance le 25 mars 2020 a dû être rétablie, après des arrêts de la Cour de cassation, par la loi du 11 mai 2020).

²²² Cf. notamment Avis du défenseur des droits n°20-10 du 3 décembre 2020 sur le régime juridique de l'état d'urgence sanitaire.

Lors de la survenue d'une crise sanitaire, les prisons sont des lieux où les risques sont décuplés, en raison de la surpopulation, de la promiscuité, des difficultés d'accès au soin. Or pendant les premiers mois de la crise sanitaire, sous l'effet combiné de deux mesures - la baisse des incarcérations liées au ralentissement de l'activité judiciaire et l'aménagement des peines dont le reliquat était inférieur à deux mois, en application des ordonnances prises par le Gouvernement en mars 2020²²³ - le nombre de détenus a connu une baisse importante et le taux d'occupation global des prisons françaises est brièvement tombé en dessous de 100 % (sauf dans les maisons d'arrêt). Cette mesure a eu un effet immédiat sur les conditions de détention. Le CESE regrette que des enseignements n'aient pas été tirés de ces dispositifs provisoires d'aménagement de peines, qui ont montré qu'il était possible de réduire rapidement et significativement la pression carcérale²²⁴. Il serait notamment utile de disposer d'une évaluation des éventuelles récidives, dans un délai de 5 ans, des détenus libérés avant le terme de leur condamnation pendant la pandémie²²⁵. Dans son avis sur le sens de la peine, le CESE propose, pour faire face à la surpopulation pénale persistante, une régulation « *proche de ce qui avait été mis en place durant la crise sanitaire, ce qui a permis de réduire la population carcérale de 11 % entre 2020 et 2021* »²²⁶.

- de la **situation des personnes en rétention administrative**, qui étaient, en raison de la crise et de ses impacts mondiaux, sans perspective d'éloignement dans des délais raisonnables et maintenus dans des centres où leurs conditions de vie étaient dangereuses pour leur santé ;
- des difficultés à assurer la **continuité de la mission de protection de l'enfance**, en particulier pour ceux d'entre eux qui relèvent de l'aide sociale à l'enfance : quelle anticipation des mesures à prendre pour les protéger contre les violences intrafamiliales, assurer le respect des droits de visite, du droit au maintien des liens familiaux, à la scolarisation et aux activités de loisirs ?

- des **situations de discriminations, contraires aux droits, liées notamment au handicap**, à la grande pauvreté, dont les conséquences ont été insuffisamment prises en compte dans la gestion de la pandémie.

Le risque est celui d'atteintes aux droits qui persistent au-delà de l'urgence. Un régime d'urgence, dérogatoire, peut produire des reculs qui dureront, au-delà de la crise. En 2023, à l'occasion d'un travail de suivi de ses recommandations de 2021, le Défenseur des droits constatait, au sujet de la situation dans les Ehpad, que les répercussions négatives de la crise sanitaire étaient encore visibles : « *Les mesures sanitaires décidées au cœur de la crise pour gérer l'organisation des Ehpad dans ce contexte exceptionnel,*

223 Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

224 CGLPL, Avis du 25 juillet 2023 relatif à la surpopulation et à la régulation carcérales.

225 CESE, avis *Le sens de la peine* (Alain Dru, Daniele Jourdain-Menninger), septembre 2023.

226 Idem, préconisation n°7.

restreignant les droits et libertés, continuent d'être édictées sous forme de « protocoles », de « recommandations », de « plans » et ce sans fondement légal et sans qu'elles soient toujours strictement nécessaires et proportionnées ». Depuis, la loi « Bien vieillir » du 8 avril 2024²²⁷ a consacré pour la première fois un véritable droit de visite pour les personnes vivant en Ehpad ou en établissement médicosocial : les visites deviennent un droit fondamental, et leur restriction ne peut être qu'exceptionnelle, strictement justifiée et proportionnée.

Un régime dérogatoire doit rester temporaire, être strictement encadré et respecter les principes de l'État de droit : légalité, nécessité et proportionnalité. Un État de droit assure la protection des personnes par le respect des droits fondamentaux de toutes et tous. Pour être démocratiquement acceptable, toute mesure restrictive doit être proportionnée au danger estimé, limitée dans le temps avec une durée stipulée lors de sa mise en place, soumise à un contrôle parlementaire et judiciaire et prévoyant des mécanismes de reddition de comptes.

On peut s'interroger sur le risque d'une « pérennisation » des états exceptionnels. La France a vécu, de mars 2020 à août 2022 (à l'exception de la période juillet-octobre 2020)²²⁸ sous le régime de l'état d'urgence sanitaire. Entre les attentats de 2015 et 2021, elle a vécu plus de la moitié du temps sous un régime d'état d'urgence (sécuritaire, antiterroriste puis sanitaire). Les risques sont forts pour les droits et libertés. Ils le sont aussi pour la santé et la vitalité de la démocratie. Était-il nécessaire de s'écarter si souvent du fonctionnement normal des pouvoirs publics ? C'est la question que posait le Conseil d'État dans son étude annuelle de 2021. Selon lui, le recours répété aux états d'urgence est aussi le signe « des dysfonctionnements qui empêchent les pouvoirs publics de remplir efficacement leur mission fondamentale de protection de la population et de l'ordre public »²²⁹. Cet avis l'a souligné, la survenue de futures crises, notamment sanitaires, est certaine. La question n'est pas de savoir si elles surviendront mais quand. **Se placer sous un régime d'exception revient à dire « que nous ne sommes pas capables d'anticiper les crises qui nous accablent et que nous ne sommes pas capables d'y faire face avec les moyens dont nous disposons en temps normal »**²³⁰.

²²⁷ Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

²²⁸ A partir du 11 juillet 2020, la France entre dans un régime transitoire de sortie, qui n'est pas un état d'urgence sanitaire mais permet au gouvernement de maintenir certaines mesures (restrictions de déplacement, limitations de rassemblements, etc.).

²²⁹ Conseil d'État, *Les états d'urgence : la démocratie sous contraintes*, Étude annuelle 2021 (extraits de l'avant-propos de Bruno Lasserre, vice-président du Conseil d'État).

²³⁰ Ibid.

Le Conseil d'État recommande de circonscrire l'état d'urgence aux situations de crises de haute intensité, auxquelles la puissance publique ne peut pas répondre dans le cadre d'autres dispositifs. Face à la multiplication des risques et des probabilités de crises, et pour que le recours à l'état d'urgence reste l'ultime solution, exceptionnelle, encadrée et temporaire, il juge tout aussi important de « *passer d'une approche réactive à une approche proactive* » en développant une véritable culture de l'anticipation et de la prévention des risques.

PRÉCONISATION #13

Développer une culture de l'anticipation et de la gestion de l'incertitude, afin de ne recourir à l'état d'urgence qu'en situation de crise de haute intensité.

PRINCIPE 2 : CONSOLIDER ET COORDONNER LES EXPERTISES SANITAIRES EN CLARIFIANT LES RÔLES

L'organisation mise en place pendant la crise Covid a été critiquée avec, possiblement, des contradictions entre ces différentes critiques. S'agissant de l'expertise, la création *ex nihilo* du Conseil scientifique et le rôle qu'il a joué ont beaucoup interrogé²³¹. Il a aussi été reproché au gouvernement de recourir insuffisamment à l'écosystème dense d'expertise en santé dont il disposait. Si certaines instances ont été fortement mobilisées dès le début de la crise, pour d'autres, la situation a évolué : dans l'ensemble, l'expertise a été largement mise à contribution. Cette expertise a permis de définir et de faire évoluer les doctrines sanitaires et thérapeutiques face à la Covid. Ce sont sur ces doctrines que se sont ensuite fondés les différentes décisions, les textes – décrets, arrêtés, circulaires – encadrant la vie quotidienne pendant la crise.

Alors que plusieurs agences du champ de la santé sont fragilisées, et que leurs missions sont susceptibles d'être modifiées, le CESE exprime trois convictions :

- l'expertise joue un rôle majeur dans la prévention des crises sanitaires et dans la réponse aux situations d'urgence. Les agences doivent être régulièrement évaluées : aucune modification de leurs missions ni réduction de leurs moyens ne devraient conduire à une sous-estimation des risques sanitaires ;
- leur indépendance est indispensable à la confiance. La Charte sur l'expertise sanitaire, de valeur légale, pose des principes et, pour le CESE, aucune urgence ne justifie d'y déroger. Les enjeux sont ceux de la confiance mais aussi de la démocratie ;
- pour autant la coordination de l'expertise doit être mieux organisée.

²³¹ Dans l'article précité, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, éditions Presses de Sciences Po, 2020, Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel, François Dedieu citent la décision de maintenir le 1^{er} tour des élections municipales ou encore le fait de ne pas recommander le port du masque à d'autres personnels et professionnels que les soignants.

1. Les crises sanitaires ont confirmé le besoin, pour les pouvoirs publics, d'appuyer leurs décisions sur une expertise indépendante et coordonnée

La place de l'expertise, et son organisation en situation de crise, sont au centre du rapport prospectif que la Haute Autorité de santé (HAS) a publié en 2022²³². Le rapport identifie une dizaine d'organismes nationaux chargés d'une mission d'expertise publique en santé. Leurs champs de compétences, statuts et modalités de travail diffèrent. Cette présentation exhaustive n'est pas reprise ici mais l'accent est mis sur plusieurs organismes : leurs missions sont en lien direct avec la prévention et/ou la gestion des crises sanitaires et ils ont été fortement mobilisés.

→ **L'agence Santé publique France²³³ occupe une place particulière du fait du périmètre de ses missions qui vont au-delà de l'expertise.** Elles englobent en effet la prévention et l'éducation à la santé, l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, mais aussi, à travers la direction des alertes et des crises, la veille, l'alerte et la préparation de la réponse aux menaces sanitaires et la gestion des crises. Elle a la responsabilité de la gestion des stocks stratégiques et du stock État (Cf encadré). Santé publique France est présente sur tout le

territoire, à travers 16 délégations régionales implantées auprès des ARS, avec lesquelles elle coordonne le système national de veille et de surveillance sanitaire. Elle collecte des données en continu pour détecter les signaux de toute nature associés à une menace pour la santé, qui sont ensuite vérifiés par une expertise et peuvent contribuer, en lien avec la direction générale de la santé (DGS) et le centre de crise sanitaire, au lancement d'une alerte de santé publique et au déclenchement d'une gestion interministérielle de crise. Santé publique France a été très largement mobilisée pendant la crise sanitaire. Cette mobilisation a concerné la réponse opérationnelle à la crise, dont plusieurs dimensions relevaient de la compétence de Santé publique France (en particulier l'approvisionnement en équipements de protections, la vaccination, qui ont nécessité de mettre en place une logistique pharmaceutique d'exception, et la mobilisation de la réserve sanitaire). Elle a aussi concerné les autres missions de Santé publique France, de l'élaboration d'outils de communication et de prévention au suivi territorialisé de l'épidémie, en passant par l'évaluation en continu de l'évolution des risques avec une très forte contribution à l'expertise scientifique. Santé publique France a ainsi conçu des

²³² HAS, *L'expertise publique en situation de crise*, rapport d'analyse prospective, 2022.

²³³ Cet établissement public administratif, sous la tutelle du ministre chargé de la santé, est issu de la fusion en 2016 de l'Institut de veille sanitaire (INVS), de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et de l'Institut national de l'éducation et la prévention en santé.

documents de prévention à destination du grand public et des professionnels et produit un bilan épidémiologique quotidien (autour de 150 indicateurs mis en ligne dans un tableau de bord accessible sur son site internet)

→ **L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**, est chargée, dans le cadre d'une approche de sécurité sanitaire, d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation de produits de santé, dont les médicaments et les dispositifs médicaux. Elle est un établissement public administratif national sous la tutelle du ministre chargé de la santé. L'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux est crucial pour garantir la continuité des soins et la sécurité de la population. L'ANSM surveille leur disponibilité, régule leur accès et anticipe leur pénurie. Elle est la seule autorité compétente pour autoriser des essais cliniques et, à ce titre, elle a, durant la crise, accompagné la recherche et l'innovation, par des procédures accélérées d'essais cliniques, pour mettre au point un vaccin efficace, en un temps plus court, tout en respectant toutes les exigences de sécurité. La surveillance des traitements a été renforcée en collaboration avec le réseau des centres de pharmacovigilance et en coordination avec les autres agences européennes, en particulier les effets indésirables des vaccins qui n'auraient pas été observés pendant les essais cliniques et ceux des médicaments pris par les patients atteints de la Covid-19²³⁴. L'ANSM a par ailleurs publié plusieurs alertes rappelant que l'hydroxychloroquine, seule ou associée

à l'azithromycine, ne présentait aucun bénéfice clinique démontré contre la Covid19. Elle a limité la dispensation de paracétamol à deux boîtes pour anticiper les risques de pénurie.

→ **L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** a notamment pour mission d'évaluer les risques sanitaires, de coordonner les dispositifs permettant de détecter les signaux d'alerte, de mettre en œuvre et/ou de financer des travaux de recherche mais aussi de délivrer et retirer les autorisations de mise sur le marché des médicaments vétérinaires et produits phytopharmaceutiques. L'ANSES joue un rôle central dans la surveillance des zoonoses en mobilisant ses laboratoires pour détecter, analyser et mieux comprendre les agents pathogènes transmissibles entre animaux et humains, notamment via l'alimentation, l'environnement ou les vecteurs. Elle contribue également à éclairer les politiques publiques en documentant les liens entre dégradation des écosystèmes, perte de biodiversité et émergence de maladies infectieuses. Pendant la crise, elle a, dans un contexte d'incertitude, étudié les scénarios d'exposition humaine au SARSCoV2, notamment en évaluant les risques potentiels de transmission par les aliments, les animaux ou l'environnement. Cette expertise a permis de clarifier rapidement ce qui relevait de risques avérés ou non.

234 Audition de Christelle Ratignier-Carbonneil, ancienne Directrice générale de l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM) et directrice générale de l'ARS Grand Est devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 29 octobre 2025.

→ **La Haute Autorité de santé (HAS) est une autorité publique indépendante**

chargée, dans le cadre d'une approche médicale, de conseiller sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces. Elle adresse des recommandations de bonnes pratiques, dans le champ social et médico-social, dans celui des médicaments et des dispositifs médicaux. Mais elle a également une fonction de régulation (certification des établissements et accréditations des professionnels). Son indépendance est garantie par ses statuts. La HAS a publié plus de 140 documents en lien avec la Covid durant les années 2020 et 2021. Elle a été plus particulièrement mobilisée sur la stratégie de prise en charge de la Covid, l'élaboration de la stratégie de vaccination, l'évaluation des médicaments innovants. Elle a également publié des recommandations sur la prise en charge des patients, l'accompagnement et le parcours des populations vulnérables.

→ **Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est une instance d'expertise stratégique**

: il éclaire les politiques publiques et contribue à la construction des grandes orientations de santé. Il a, pendant la crise, activé ses procédures d'urgence prévues par son règlement intérieur et fournit une expertise scientifique indépendante pour guider les pouvoirs publics. Il a produit

plus de 200 avis et rapports sur l'identification des personnes le plus à risque, les mesures barrières, les protocoles pour les établissements de santé et médico-sociaux. Il a également évalué les risques dans différents environnements (entreprise, école, transports...) et analysé les impacts sociaux et sanitaires de la crise, mettant en exergue les inégalités sociales de santé aggravées par la pandémie²³⁵.

→ **La création du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARIS) en 2022 répondait au besoin de disposer d'une instance scientifique de conseil, de veille scientifique et d'anticipation des risques infectieux dans une approche One Health.** Ses travaux portent sur les enjeux d'anticipation et de prévention des crises sanitaires et leurs conséquences sur la population. Le COVARIS a une place et un rôle particuliers en matière de veille sanitaire, avec deux caractéristiques importantes pour le CESE : son indépendance, d'une part, son approche et sa composition, multidisciplinaires et multisectorielles, d'autre part. Il était, durant sa première mandature, composé de membres bénévoles et indépendants, 16 issus de la communauté scientifique (épidémiologistes, médecins généraliste et urgentistes, infectiologues, vétérinaires, spécialistes de questions d'environnement et de pollution, mais aussi des sciences humaines et sociales) et 2 à 3

²³⁵ HCSP, *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé*, 7 octobre 2021.

membres représentant la société civile et les patients. Son périmètre porte non seulement sur les risques infectieux mais aussi sur les risques sanitaires liés aux polluants alimentaires et environnementaux ou au changement climatique. Le COVARS a rendu 20 avis (publiés sur les sites des ministères de la Santé et de la Recherche) durant les deux années qui ont suivi sa création. Ils sont à l'interface entre science et médecine, la décision publique et la société. Le mandat des membres du COVARS désignés à sa création a pris fin et l'avenir de cette instance est incertain²³⁶.

2. L'expertise n'a pas fait défaut, mais sa coordination a manqué.

La complexité et le manque de lisibilité de l'expertise en santé sont des préoccupations anciennes²³⁷. Le besoin de coordination a été accru pendant la crise. La création de comités ad hoc a ajouté à la complexité et au manque de lisibilité. Elle a également pu contribuer à la perte de confiance et de crédibilité dans les acteurs de l'expertise. Elle a pu donner le sentiment que le gouvernement ne pouvait pas, ou ne souhaitait pas, faire confiance aux structures existantes. Il est donc essentiel, sans attendre la prochaine crise :

→ **de réaffirmer le rôle des instances existantes, en considérant leurs particularités** (indépendance, composition, rôle) et, si nécessaire, en clarifiant leur périmètre d'expertise (il peut s'agir d'une expertise très ciblée, mais aussi d'une vision plus large, l'approche holistique de la santé étant en elle-même une expertise à valoriser) ;

→ **d'organiser par anticipation la façon dont ces différentes expertises seront sollicitées et comment elles se coordonneront et se compléteront en cas de crise.**

Sur ce dernier point, différentes options sont possibles. Dans son rapport précité, la HAS relève d'abord que le Comité d'animation du système d'agence (CASA) ne s'est pas réuni durant la crise. Créé en 2008, il a pourtant pour mission de coordonner les agences et d'harmoniser leurs pratiques. D'autres options sont possibles : la coordination pourrait être confiée à une instance existante (la HAS ou le HCSP par exemple) ; elle pourrait aussi être inscrite dans les objectifs des réunions de crise sanitaire présidées par le directeur général de la santé : l'essentiel est que la coordination des différentes sollicitations d'expertise en temps de crise soit pré-organisée.

Depuis février 2025, Santé publique France et l'ANSES sont liées par une convention-cadre de collaboration de quatre ans, explicitement conçue pour renforcer leur action commune dans une logique *One Health*/Une seule santé. Les deux agences coordonnent leurs activités de surveillance, pour une détection précoce des signaux émergents, une consolidation des alertes (données sur la santé humaine, données environnementales, sur la santé animale). La convention organise également un renforcement des liens entre les centres nationaux de référence (CNR) coordonnés par Santé publique France et les laboratoires nationaux de référence (LNR) de l'ANSES. La convention inclut la préparation de l'appui à la gestion de crise par une

236 Audition de Brigitte Autran, présidente du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARS) devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 8 octobre 2025.

237 Bur Y, Aboud E, Lefrand G, Malherbe G, Rosso-Debord V, Siré F, et al. *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires*, 6 juillet 2011.

harmonisation des protocoles de vigilance, la mutualisation de l'expertise et l'élaboration de réponses coordonnées sur certaines thématiques partagées (zoonoses, risques chimiques, émergents...).

3. Il faut répondre aux interrogations sur la définition, les principes et la place de l'expertise en période de crise

L'expertise se distingue de la recherche. Même si les organismes de recherche publics, à l'instar de l'INSERM ou du CNRS, contribuent à l'expertise scientifique dans le domaine de la santé publique, la démarche et les objectifs diffèrent. La recherche produit sans cesse de nouvelles connaissances, par l'expérimentation, l'analyse de données, le doute, la remise en question permanente, l'indépendance. L'expertise utilise ces connaissances, telles qu'elles sont stabilisées à un moment particulier, pour éclairer une décision ou une action. Elle intervient à la demande des décideurs pour répondre à une question déterminée.

L'expertise, pour sa partie sanitaire, est encadrée par le code de la santé publique qui pose plusieurs principes : l'obligation d'impartialité, la transparence, la pluralité et la contradiction.

La Charte de l'expertise sanitaire²³⁸, dont l'adoption était requise par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011, a été approuvée par décret en Conseil d'État en 2013²³⁹. Elle est un cadre qui sécurise le travail des experts et garantit sa qualité. Toutes les organisations qui ont des activités d'expertises sanitaires ayant pour objet d'éclairer le décideur et d'étayer sa prise de décision en matière de santé et de sécurité sanitaire doivent le respecter. La Charte donne des précisions sur la notion de lien d'intérêt²⁴⁰,

les cas de conflits d'intérêts²⁴¹ et les modalités de leur prévention et leur gestion. Elle s'impose dans l'élaboration de l'expertise mais aussi aux procédures de recrutement des experts. Ses principes sont essentiels pour assurer la prévalence des méthodes scientifiques, construites sur des données probantes et sur la démonstration progressive, la

²³⁸ Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique - Légifrance.

²³⁹ Décret 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L.1452-2 du code de la santé publique.

²⁴⁰ La notion de lien d'intérêts recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d'ordre patrimonial, professionnel ou familial, de l'expert en relation avec l'objet de l'expertise qui lui est confiée (Charte de l'expertise sanitaire). Les liens d'intérêts que l'organisme chargé de la réalisation de l'expertise demande aux experts de déclarer sont détaillés dans le document type de la déclaration publique d'intérêts prévu par l'article R. 1451-2 du code de la santé publique.

²⁴¹ Un conflit d'intérêts naît d'une situation dans laquelle les liens d'intérêts d'un expert sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de sa mission d'expertise au regard du dossier à traiter (Charte de l'expertise sanitaire).

preuve (et non pas sur des opinions). Les principes de la Charte sont également protecteurs pour les experts eux-mêmes, vis-à-vis des pressions institutionnelles, politiques ou commerciales dont ils peuvent faire l'objet.

Le CESE juge essentiel, en particulier pour la transparence et la contradiction entre les expertises, que les méthodologies, les processus et les garanties de la Charte de l'expertise sanitaire s'appliquent dans toutes les circonstances, y compris dans un contexte de crise.

La relation entre l'expertise et la décision doit être clarifiée. Elle est une « zone à risque » comme l'écrit la HAS dans son rapport d'analyse précitée, en relevant que les décideurs politiques peuvent avoir tendance à se « retrancher » derrière un seul avis scientifique ou, au contraire, à multiplier les demandes d'expertises : *« Si la décision à prendre expose à un risque politique, l'État peut avoir avantage en matière de risque sanitaire à fonder sa décision sur un avis scientifique qui déchargera la responsabilité politique »*. Pour éviter un tel « usage instrumental » de l'expertise, il est nécessaire de « maintenir, voire renforcer la transparence des processus dans leur ensemble, c'est-à-dire de l'expertise et de la décision. Dans tous les cas, l'expertise n'est pas et ne peut pas être le seul élément sur lequel la décision repose, cela doit être explicité. La décision peut donc être différente des conclusions de l'expertise mais la population doit savoir et comprendre pourquoi. Le processus délibératif doit être transparent, de manière à garantir la confiance et le principe démocratique »²⁴².

Les travaux de l'Ofis (Office français de l'intégrité scientifique)²⁴³ doivent être mentionnés parce qu'ils contribuent à la construction et au partage d'une culture commune de l'intégrité scientifique.

L'Ofis accompagne tous les acteurs qui concourent au respect des règles garantissant une activité de recherche honnête, rigoureuse, fiable et crédible. Ses travaux, enquêtes et analyses portent sur l'évolution de l'intégrité scientifique et, depuis 2024, sur le traitement des manquements à l'intégrité scientifique dans les établissements qui contribuent au service public de la recherche.

PRÉCONISATION #14

Doter les organismes d'expertise d'un plan d'anticipation des crises qui devra :

- définir les conditions de la continuité de leur fonctionnement ;
- garantir, en toutes circonstances, le respect de la Charte de l'expertise sanitaire. Les avis d'expertise, leurs méthodes d'élaboration ainsi que les déclarations d'intérêts des experts doivent être rendus publics afin de garantir la transparence scientifique et la confiance des citoyens ;
- déterminer des règles communes sur la coordination des expertises.

²⁴² HAS, *L'expertise publique en situation de crise*, rapport d'analyse prospective, 2022.

²⁴³ L'Ofis met en œuvre les missions confiées par la loi au Haut Conseil à l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur en matière d'intégrité scientifique.

PRINCIPE 3 : ACCORDER UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AUX SCIENCES SOCIALES ET AUX QUESTIONS ETHIQUES

Il a manqué à l'expertise mobilisée pendant la crise certaines dimensions que le CESE juge essentielles.

L'origine infectieuse de l'épidémie et les priorités qui se sont imposées (la prévention des décès, la limitation du recours au système hospitalier) expliquent que les décisions, durant la crise, se sont appuyées sur une expertise essentiellement biomédicale, avec une place prépondérante donnée à l'épidémiologie ou à la modélisation²⁴⁴. Dans ce contexte, l'apport possible des sciences sociales, notamment pour des stratégies de prévention plus efficaces, n'a pas été assez considéré et les enjeux éthiques n'ont pas été suffisamment pris en compte. L'expertise et la décision publique seront d'autant plus reconnues qu'elles auront aussi pris en compte l'expertise d'usage.

Il faut davantage reconnaître la contribution que peuvent apporter les sciences humaines et sociales. On ne peut que déplorer la trop faible place donnée aux représentants des sciences sociales dans les instances mobilisées durant la crise. De fait, certains enseignements des sciences sociales n'ont pas été exploités, sur le poids des inégalités, des conditions de vie, ou encore l'impact du genre. Dans son avis *Crise*

sanitaire et inégalités de genre,

Le CESE avait déjà préconisé de créer un observatoire pouvant étudier l'impact de la crise dans plusieurs domaines en utilisant des données genrées et plaidait plus largement pour une généralisation du recours aux données et d'outils d'aide à la décision genrée. Les sciences sociales montrent tout l'intérêt d'une approche globale et interdisciplinaire de la santé. L'apport des sciences sociales est aussi fondamental pour la construction de la prévention à travers une meilleure compréhension des déterminants de la santé, des conditions de l'adhésion aux mesures de protection, des raisons de la méfiance, de la fatigue, du rejet... On sait par exemple que le principal obstacle au recours à la vaccination pourrait être le sentiment de non-appartenance sociale d'une partie de la population²⁴⁵. De la même façon, et toujours au sujet de la prévention, l'approche par la « réduction des risques » aurait pu beaucoup apporter si elle avait été appliquée aux situations - nombreuses pendant la crise - où il fallait choisir entre le maintien des activités et le risque de contamination. **Il faut, dans la perspective de prochaines crises, soutenir ces travaux scientifiques**

²⁴⁴ La modélisation en santé est la construction d'un modèle mathématique ou statistique permettant de représenter, analyser et prévoir l'évolution de phénomènes sanitaires afin d'aider à la décision médicale ou publique.

²⁴⁵ Audition de Nathalie Bajos, Directrice de recherche à l'INSERM et à l'EHESS devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 11 juin 2025.

et la participation du public, mais aussi mieux les prendre en compte pour la définition des stratégies de prévention.

Sur quelle base éthique les décisions ont-elles été prises ? La question de la priorisation des patients en réanimation (« triage ») a certainement été la plus médiatisée. Mais bien d'autres situations posaient des questions éthiques : quelle continuité des soins pour les patientes et les patients non-Covid ? Faut-il des déprogrammations et lesquelles ? Quelles réaffectations, autour de quelles priorités, des personnels ? Les questionnements éthiques ont été tout aussi majeurs concernant la recherche de traitements anti-covid, ou la vaccination.

Fin 2020, le ministre des solidarités et de la santé a sollicité le Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

sur les enjeux « *liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 et aux mesures de santé publiques contraignantes qui pourraient être prise dans le cadre de la lutte contre la pandémie* ». Dans sa réponse, le CCNE identifiait 10 points d'attention et rappelait plusieurs grands principes de l'éthique et du droit. L'approche était généraliste et l'avis a été publié le 13 mars 2020 (soit 4 jours avant l'instauration du premier confinement). Les professionnelles et professionnels se sont trouvés seuls pour savoir comment ses principes devaient être rendus « opérationnels ». Le CCNE, conscient des enjeux, proposait la création de cellules de soutien éthique : elles ont effectivement été mises en place, à l'initiative des espaces de réflexion éthique régionaux et des groupes d'éthique clinique des CHU.

Ce volet « médical » (« éthique du soin ») n'est pas le seul. Les secteurs social et médico-social ont eux aussi été confrontés à nombreux questionnements. Certains sujets n'étaient pas nouveaux, autour de l'équilibre à trouver entre liberté et sécurité en particulier : de fait, les pratiques d'accompagnement sont construites sur des principes éthiques forts (la dignité de la personne, son autonomie et son émancipation, le renforcement de son pouvoir d'agir, le respect de ses droits...). Il n'en reste pas moins que le secteur a été confronté, durant la crise, à des situations très difficiles, exigeant de faire des choix pour assurer la protection de la santé de personnes tout en évitant les écueils de la surprotection, du renforcement des dépendances, de l'isolement ou de la discrimination.

C'est plus généralement notre « éthique de la santé publique » qui est questionnée : que sommes-nous prêts à accepter pour contrôler l'épidémie et protéger la population ? Comment être collectivement justes ? Les choix à faire, les équilibres à trouver portent sur les solidarités, les restrictions acceptables de nos libertés mais aussi de la vie sociale, économique et démocratique du pays²⁴⁶. La nécessaire prise en considération des avis des personnes concernées et du poids des inégalités sociales, l'impératif de la démocratie en santé - sur lesquels cet avis met l'accent - relèvent aussi de l'éthique. La crise a montré « *la nécessité de ne rien céder, même dans l'urgence, de la réflexion éthique* »²⁴⁷ alors même que « *le questionnement éthique en situation*

²⁴⁶ La question du maintien des élections municipales s'est posée.

²⁴⁷ Evelynne Marion (APF France handicap Bourgogne Franche-Comté), *Quels enjeux éthiques pour le secteur médico-social dans la période pandémique ?*, dans le dossier *Réflexions éthiques autour du Covid-19*, (coordonnée par Frédérique Claudot et Dominique Grimaud), adsp n°117, 117 mars 2022.

d'incertitude morale s'accommode mal de l'urgence »²⁴⁸. **Pour le CESE, il faut organiser maintenant, à distance de la pandémie de Covid-19 mais sans attendre la prochaine crise, une réflexion collective pour proposer des repères et des méthodes à celles et ceux qui seront confrontés à ces questions dans l'urgence. Enfin, le CESE réitère ici sa conviction qu'il faut encourager et ajouter d'autres formes d'expertise à la « fabrique de l'expertise » pour la rendre plus pertinente, plus robuste et plus convaincante »²⁴⁹ : expertises d'engagement, mais aussi « savoirs d'usage », portés par les citoyennes et citoyens, permettant de comprendre les réalités vécues et co-construire des politiques, des réponses et des dispositifs adaptés. Le savoir expérientiel doit être intégré aux dispositifs d'expertise sanitaire français, car il complète l'expertise scientifique en apportant la compréhension fine du vécu des usagers et des citoyens. Il est aussi**

un levier essentiel pour restaurer la confiance, en rendant les processus d'expertise plus ouverts, inclusifs et sensibles aux vécus.

PRÉCONISATION #15

Pour mieux éclairer la décision :

- assurer une expertise plus diversifiée en considérant, à égalité, l'expertise sanitaire, les sciences sociales, les savoirs expérientiels et en intégrant les questions de genre, l'éthique, les spécificités de l'Outre-mer ;
- garantir en toutes circonstances le respect des principes déontologiques de l'expertise tels qu'ils sont définis, pour le secteur de la santé, dans la Charte de l'expertise sanitaire.

²⁴⁸ Olivier Rabary (médecin anesthésiste-réanimateur, Espace éthique azuréen) dans *Ethique en période de crise sanitaire* dans le dossier *Réflexions éthiques autour du Covid-19*, (coordonnée par Frédérique Claudot et Dominique Grimaud), adsp n°117, 117 mars 2022.

²⁴⁹ L'expression est de Daniel Agacinski, dans *Expertise et démocratie – Faire avec la défiance*, étude, France stratégie, 2018.

PRINCIPE 4 : GARANTIR LA CONTINUITE DE LA DEMOCRATIE EN SANTE

Le constat général est celui de l'incapacité des pouvoirs publics, durant la crise, à appréhender à son juste niveau l'apport des instances de la démocratie en santé. Il faut donc rappeler la contribution de la démocratie en santé au respect des droits fondamentaux des usagers et des usagers, mais aussi à une gestion plus efficace de la crise. Le CESE ne propose pas la création d'instances nouvelles mais ses préconisations visent à assurer une contribution active des instances de la démocratie en santé existantes : il faut les solliciter en organisant, préalablement, des processus d'urgence et leurs avis doivent être pris en compte. Il est tout aussi indispensable, pour anticiper et atténuer l'impact de futures crises, de solliciter et de prendre en compte l'avis des associations qui interviennent auprès des populations en situation de pauvreté.

Au terme « démocratie sanitaire », centré sur les droits du patient et la relation soignant-soigné, le CESE préfère celui de « démocratie en santé », qui recouvre la « promotion des droits individuels et collectifs des usagers » mais aussi « la démarche visant à associer les actrices et des acteurs du système de santé et les populations à la conception, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé »²⁵⁰.
La notion de démocratie en santé consacre ainsi la vision large de la santé

à laquelle le CESE est attaché : elle doit porter sur les questions de prévention ; elle doit aussi contribuer, dans une logique de parcours, à la cohérence globale de la réponse ; elle doit enfin permettre aux politiques publiques de mieux tenir compte des déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé.

La démocratie en santé, dans ses différentes dimensions, a été trop largement mise en veille pendant la crise :

→ **dans les établissements, les instances de participation des usagers n'ont pas fonctionné normalement.** Une enquête de France Asso Santé²⁵¹ a montré combien il avait été difficile de faire entendre la voix des usagers : les Commissions des usagers se sont trop peu réunies, que ce soit en présentiel ou en visioconférence ; et, en dehors de ces réunions, les relations des représentants des usagers avec la direction des établissements ont été trop souvent coupées. Si les deux tiers des établissements avaient mis en place une cellule de crise, l'immense majorité d'entre elles n'intégraient pas de représentants des usagers. Dans les Ehpad, et pendant une trop longue période, les conseils de la vie sociale ne se sont pas réunis. Cela peut se comprendre pour les premiers mois de l'épidémie. La difficulté vient de ce que cette situation a perduré. Ainsi les représentants des usagers n'étaient pas suffisamment associés à des

²⁵⁰ Conférence nationale de la santé, *La démocratie en santé : une urgence de santé publique : 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé*, avril 2022.

²⁵¹ France Asso Santé, enquête nationale auprès des représentants des usagers dans les commissions des usagers, février 2021.

questions essentielles, comme la modification des modalités de visite, la mise en place de solutions alternatives aux visites ou l'accompagnement en fin de vie.

→ **les instances territoriales de démocratie en santé n'ont pas pu jouer leur rôle.**

Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ont pour mission de contribuer, à travers leurs avis, au diagnostic territorial et aux politiques régionales de santé. Les situations ont varié selon les régions et les périodes²⁵², mais leur fonctionnement a dans l'ensemble été fortement perturbé pendant la crise Covid19. La Conférence nationale de santé (CNS) a en particulier regretté qu'elles aient été peu consultées dans la phase d'organisation et de déploiement de la campagne de vaccination. De façon générale, les contacts avec les ARS et les instances territoriales ont été tardif et/ou limités à une information descendante : dans ce contexte, les CRSA ont eu une faible influence sur l'organisation régionale des soins, ce qui a contribué à l'insuffisante prise en compte des inégalités sociales de santé dans les décisions. Le fonctionnement des conseils territoriaux de santé, instances

de démocratie en santé les plus proches des territoires, a également été inégal. Ils n'ont quasiment pas été mobilisés au début de la crise, et n'ont pas pu jouer leur rôle en termes d'expression des besoins locaux et d'articulation les acteurs. Or, la crise l'a montré, c'est dans les territoires où le dialogue entre usagers, élus, acteurs de la santé et de l'accompagnement était le plus solide que des réponses, parfois innovantes, ont été le plus rapidement mises en œuvre (cf. principe 5).

→ **à l'échelle nationale, la Conférence nationale de santé (CNS) n'a pas été saisie.**

Dix ans plus tôt, dans un avis rendu dans le contexte de la crise H1N1, elle avait pourtant proposé d'être saisie à trois moments : en amont des crises, dans le cadre de l'élaboration des plans de gestion de crise ; pendant la crise, pour contribuer à une meilleure information des populations ; après les crises, pour organiser les retours d'expérience²⁵³. Durant la crise sanitaire, elle a, avec d'autres, multiplié les appels en faveur d'une concertation avec la société civile et avec les citoyens. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) avait demandé dès le 13 mars 2020 d'instituer une instance mêlant

²⁵² Si les instances régionales et territoriales ont été peu associées dans leur ensemble, certaines CRSA ou leur président ont conservé des relations bilatérales avec les ARS. L'avis de la CNS du 15 avril 2020, *La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du Covid-19* a pu produire un effet et rétablir un plus grand partage de l'information et un certain redémarrage des instances de démocratie en santé.

²⁵³ CNS, *La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du Covid-19*, 15 avril 2020. La CNS avait déjà formulé ces propositions 10 ans plus tôt, dans un avis sur la concertation en temps de gestion de crise, rendu dans le contexte de la crise H1N1 (Avis de la CNS relatif à la concertation et au débat public, 9 décembre 2010).

experts et membres de la société civile, sans obtenir de réponse. Début avril 2020, une initiative conjointe des présidents du conseil scientifique, du CESE, de la CNCDH, de la CNS adressée au Premier ministre proposait l'institution d'un « comité de liaison avec la société » associé à la mise en place d'une plateforme numérique participative.

Il y a eu des débuts de réponse. Dans ses conclusions, le Ségur de la Santé (mesure 32) prévoyait de renforcer les missions et l'indépendance des CRSA « afin d'en faire des véritables Parlements de la santé ». En application de cette mesure, des procédures applicables aux CRDS en cas de crise sanitaire grave ont été définies. Le décret du 28 juin 2021 consacre leur rôle en cas de crise sanitaire. Il impose la convocation de leur commission permanente dans les 30 jours suivant la prise des mesures exceptionnelles, puis au moins mensuellement pendant toute la durée de ces mesures. Le directeur général de l'ARS devra présenter les « principales dispositions » envisagées.

La démocratie en santé « ne constitue ni un frein, ni un luxe : c'est un outil d'efficacité, de légitimité et de confiance »²⁵⁴. La voix des usagères et des usagers, parce qu'elle est fondamentale, ne doit pas être reléguée en arrière-plan sous prétexte d'urgence sanitaire, alors qu'elle est un rouage essentiel de l'amélioration de la réponse à la crise. La démocratie en santé est un levier pour intégrer les savoirs expérientiels. Les instances de démocratie en santé des établissements, locales, régionales et nationales ne doivent pas être contournées. « Une

démocratie en santé mobilisée est le garant d'une capacité d'action au niveau individuel et au niveau populationnel. Elle est le levier d'un « agir ensemble » et d'une solidarité renforcée. Elle est la condition indispensable de décisions efficaces, efficientes et éthiques »²⁵⁵.

« En situation d'urgence, les usagers identifient rapidement les ruptures de parcours, obstacles ou les effets non anticipés des décisions : manque d'accessibilité, aides humaines, mobilité, isolement numérique. Leur implication permet d'éviter des mesures inapplicables ou ayant des conséquences disproportionnées. L'expertise d'usage complète l'expertise scientifique ». (APF France Handicap)

Pour le CESE, il faut aller plus loin et organiser, par anticipation, la continuité du fonctionnement de la démocratie en santé en période de crise. La question de la mise en place d'un comité *ad hoc* s'est posée : faut-il mettre en place un tel comité, nouveau et spécifique, quand survient une situation de crise avec l'idée d'y associer les usagers ? Pour le CESE, c'est avant tout sur l'anticipation des crises qu'il faut mettre l'accent. La démocratie en santé doit être intégrée et organisée en amont des crises et non ajoutée a posteriori. **Pour ces raisons, les préconisations du CESE visent plutôt à préparer les instances existantes à jouer pleinement leur rôle avant et pendant une crise.**

« L'exemple de la crise Covid est ici frappant. Les décisions qui ont été prises impactaient directement le quotidien des personnes handicapées et de leurs familles, mais elles ont été

254 Contribution de APF France Handicap.

255 Emmanuel Rusch, Cécile Goi, *Pandémie : crise de la démocratie en santé et mobilisation de ses acteurs*, adsp, n°117, mars 2022.

très peu associées aux premières décisions [...]. Certes, la sidération, l'urgence et l'incertitude de la situation peuvent expliquer des difficultés à la mobilisation des associations. Mais, nous devons tout faire pour que les mécanismes fonctionnent plus rapidement si de prochaines crises arrivent ». (Collectif Handicaps)

Cela impose une action dans quatre directions :

- **l'anticipation** : le CESE est favorable à l'institutionnalisation de la participation de représentants des usagers et des personnes concernées dans toute leur diversité à l'élaboration et l'actualisation des plans d'urgence. Une attention toute particulière doit être portée à la prise en compte des populations en situation de pauvreté ;
- **la co-construction** : c'est avec toutes les parties prenantes que les réponses aux situations de crises doivent être anticipées. De la réalité de cette appropriation dépendront la qualité de la mise en œuvre, et donc, finalement, l'efficacité, des mesures prises ;
- **l'appropriation** : elle passera par la formation des représentants des usagers aux situations de gestion de crise mais aussi par leur implication dans les exercices de simulation. Un des objectifs est d'en faire des partenaires identifiés, dont l'apport en situation d'urgence est compris et intégré par les autorités en charge de la gestion de crise ;

→ **la continuité de la démocratie en santé** : il faut éviter la « mise en veille » des instances de la démocratie en santé. Le principe de la réunion des CRSA est désormais prévu par les textes. Il faut aller plus loin en définissant la contribution attendue des différentes instances de la démocratie en santé (commission des usagers, CTS, CRSA) en situation de crise. Leur contribution devra porter, dès le début de la crise, sur l'information et le choix des messages clés en direction de la population et, avant que les mesures soient décidées, sur l'impact qu'elles risquent de produire sur les parcours et sur les droits des personnes concernées (continuités de soins, droit de visites...).

« Ces propositions permettraient de passer d'une « démocratie suspendue » en situation d'urgence à une démocratie réellement opérationnelle, intégrée dans la résilience du système de santé ». (France Asso Santé)

Les associations d'usagers consultées par le CESE ont également souligné la nécessité de les aider à être en mesure de faire remonter les besoins des usagers, ce qui suppose :

- une communication sur leur existence vers les usagers qui indiquerait le soutien qu'elles peuvent leur apporter ;

« [En période de crise, il faut] parler IMPERATIVEMENT de nos associations, pour que ces personnes ne restent pas seules livrées encore plus à elles-mêmes » (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix - UAFLMV -)

- des contacts identifiés et réactifs, avec les directions des établissements et des structures, avec les ARS mais aussi auprès des professionnels (dans les communautés professionnelles territoriales de santé, les maisons ou centres de santé) ;
- un soutien à la mise en place d'outils dédiés, plateformes numériques par exemple, à destination des usagers et des usagers.

PRÉCONISATION #16

Organiser la continuité de la démocratie en santé et de la participation des personnes concernées en établissant avec les instances concernées (notamment les commissions des usagers des établissements, les conseils territoriaux de santé, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale) des protocoles qui définiront les conditions de leur mobilisation rapide et les questions dont elles devront être prioritairement saisies en période de crise. Former les membres de ces instances à la gestion de crise et assurer leur participation aux exercices d'entraînement.

PRINCIPE 5 : ADAPTER LES REPONSES AUX REALITES DES TERRITOIRES ET ASSURER LEUR APPROPRIATION PAR LES ACTEURS LOCAUX

La crise a mis en exergue les limites d'une gestion centrée sur l'État et l'hôpital. Elle a également montré les capacités d'initiative et d'organisation des collectivités territoriales et des acteurs locaux du soin et de l'accompagnement social. Il ne faut pas imposer des décisions uniformes, alors que les réalités sont différentes selon les territoires. Il faut dans le même temps consolider le pilotage local de la crise et améliorer son appropriation.

Responsabilité de l'État (article L.1411-1 du code de la santé publique), la politique de santé est déconcentrée, via les agences régionales de santé, mais aussi, et de plus en plus, « territorialisée ». Cette territorialisation se fait autour de deux objectifs inscrits dans les stratégies nationales de santé²⁵⁶ : la consolidation de l'offre de santé dans les territoires ; la structuration de la relation avec les collectivités territoriales et avec les acteurs locaux du soin et de l'accompagnement pour assurer des parcours mieux coordonnés.

²⁵⁶ Cf Stratégie nationale de santé 2018-2022, Axe II « Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé » point B « Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire » et axe III « Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé », point A « Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population ».

Parce qu'elle a été à la fois centralisée et hospitalo-centrée, la gestion de la crise Covid paraît en contradiction avec ces objectifs. La réalité est néanmoins plus complexe :

→ **les collectivités territoriales ont multiplié les initiatives.** Elles ne se sont pas contentées de décliner les instructions nationales et la crise a, en réalité, été le révélateur de leur implication croissante dans la santé²⁵⁷. Les exemples sont nombreux, qu'il s'agisse de l'accès aux équipements de protection individuelle (des coopérations se sont aussi organisées, souvent sous l'égide des élus locaux²⁵⁸, avec les entreprises locales pour la fourniture de masques ou d'autres équipements de protection) ; du soutien aux soignants (organisation de garde des enfants) à la coopération avec les hôpitaux pour la définition de protocoles sanitaire, la commande et la gestion de masques²⁵⁹... Par la suite la mise à disposition de locaux pour mettre en place des centres de vaccination et de dépistages avec des protocoles sanitaires et de sécurité a été également prise en charge par les communes. Dans le cadre de leurs compétences (gestion des écoles, action sociale, environnement...), les collectivités territoriales ont fortement contribué à sécuriser les habitantes et les habitants et à gérer les conséquences sociales des mesures prises ;

→ **les professionnelles et professionnels de la santé et de l'accompagnement ont prouvé leurs capacités à coopérer entre eux** pour prendre en charge les patients Covid, assurer la continuité des soins, mais aussi collecter et distribuer des équipements de protection individuelle. Leurs initiatives concrètes ont été variées : téléconsultations, circuits différenciés pour accueillir les patients Covid, tournées de soins infirmiers, livraisons de médicaments par les pharmaciens pour les patientes et les patients atteints de pathologies chroniques afin d'éviter les déplacements, envoi d'ordonnances par les médecins vers les pharmaciens... De fait, plus les liens entre professionnels étaient forts et structurés avant la crise, plus leur capacité de réaction, de coordination, a été rapide et efficace quand la crise est arrivée. L'existence de structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, plateformes territoriales d'appui, communautés professionnelles territoriale de santé) et plus globalement l'existence de liens entre les acteurs des soins primaires, établis dans les contrats locaux de santé ou dans le cadre d'autres démarches territoriales de santé (les ateliers

257 Cf. Etienne Nouguez, Anne Moyal, *La médiation du local : appréhender la gestion de la pandémie de Covid-19 « par le bas »*, Questions de communication 2024/1 n°45, éditions de l'Université de Lorraine.

258 Entretien des rapporteurs avec M. Gilles Noël, maire de Varzy, Vice-Président de l'Association des Maires Ruraux de France (AMRF), le 18 novembre 2025.

259 Exemples cités par l'étude du Conseil d'État.

ville santé par exemple), ont pesé favorablement ;

« [...] les CPTS ont démontré toute leur utilité au cœur des régions durant la crise sanitaire, servant de points de relais et d'échange entre les acteurs de santé travaillant sur un même territoire. À l'avenir, les CPTS devraient élargir ce périmètre, vers une véritable prise en charge territoriale coordonnée pour des pathologies données. [...] A titre d'exemple, les missions des « centres locaux de consultations covid » ont pu être partiellement ou totalement remplies par les membres des CPTS. »
(Ordre des pédicures podologues)

→ **l'implication des collectivités et des acteurs locaux a été fondamentale, pour apporter des réponses agiles et adaptées aux réalités locales, mais aussi pour que ces réponses soient plus globales et cohérentes** (de la prévention à l'accompagnement social). Du fait de leur rôle de chefs de file de l'action sociale, les départements ont joué un rôle essentiel pour faciliter la coopération avec les réseaux professionnels et associatifs. Dans de très nombreuses communes, des centres de vaccination et de dépistage ont été mis en place dans des locaux mis à disposition par les maires qui se sont énormément impliqués. Ainsi, le conseil départemental de la Seine-Saint-Denis a, en partenariat avec l'agence régionale de santé (ARS) et le préfet, créé une plateforme d'appels, animée par des agents du département confinés, pour prévenir l'isolement ;

déployé un mégacentre de vaccination au stade de France ; mis en place un réseau d'ambassadeurs, composé de personnes connaissant la culture et la langue des populations immigrées pour promouvoir la vaccination et la prévention auprès des personnes éloignées du système de santé et créé une académie populaire²⁶⁰ de la santé pour former aux messages de prévention et de soins. Le secteur social a pris en charge de nouvelles missions liées directement à la pandémie ou aux mesures prises pour l'endiguer (aide au logement, aide alimentaire, aide psychologique).

Au-delà de ce constat, le CESE identifie trois axes de progrès.

1. Une priorité est d'améliorer les connaissances locales de l'état de santé des populations.

Sur ce plan, il y a eu, au début de la crise, de graves lacunes comme l'absence d'outils de dépistage en nombre suffisant et accessibles mais aussi la difficulté de connaître le nombre de décès liés au Covid en Ehpad qui ont été sources de fortes tensions parce qu'elles empêchaient d'évaluer la gravité de la situation. Les données, leur actualisation, leurs croisements et la remontée vers les ARS et au niveau national, sont aussi des enjeux cruciaux quand il faut décider d'une réponse ciblée et proportionnée à une situation de risque. Les progrès sur ce plan sont un préalable pour être en mesure de détecter les situations de risques spécifiques. Cet avis a, en partie I, mis l'accent sur le croisement des données épidémiologiques et

²⁶⁰ Les Académies populaires de la santé (APS) sont un programme de formation citoyenne en santé, créé en 2021 par le Département de la Seine-Saint-Denis. Elles sont conçues par et pour les habitants du territoire, afin de former des ambassadeurs de santé capables de relayer, expliquer et coconstruire des actions de promotion de la santé auprès de leur entourage et de leurs communautés.

environnementales²⁶¹ dans une optique de prévention.

Dans son avis Santé-environnement précité, le CESE avait également recommandé de soutenir les Observatoires régionaux de santé (ORS) dont les équipes pluridisciplinaires documentent l'état de santé des populations et de leurs déterminants, dans l'objectif de fournir une aide à la décision, en prenant en compte les inégalités sociales et territoriales de santé. Pendant la crise, l'ORS Île-de-France a produit et consolidé des indicateurs permettant d'identifier les territoires les plus exposés et réalisé des analyses épidémiologiques pour comprendre les écarts d'exposition au virus.

Le pilotage des données en temps de crise constitue désormais une mission prioritaire du *Health data hub* devenu la Plateforme des données de santé : il faut veiller à ce que les moyens aillent vers le croisement, la fiabilisation, la remontée des données locales et la souveraineté.

2. En période de crise, les recommandations adressées aux acteurs du soin et de l'accompagnement doivent prioriser la clarté et l'accessibilité de l'information ainsi que l'opérationnalité du soutien.

Les réponses doivent s'adapter aux évolutions de la crise, des connaissances ou d'autres facteurs (disponibilité et utilisation des équipements de protection individuelle, des traitements et vaccins, des moyens de dépistages ou encore possibilités de dérogations du code de la santé publique pour mieux organiser les soins). Il est normal dans ce contexte que soient adressées des recommandations aux professionnels de santé, aux établissements sanitaires et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, et que celles-ci évoluent en fonction des connaissances (*cf. supra*). Néanmoins, le sentiment souvent exprimé par les professionnelles et professionnels entendus par la commission est d'avoir été confronté d'abord à une période de minimisation du risque par les autorités puis à une surabondance d'informations et de consignes.

²⁶¹ Ce même avis avait souligné le rôle que pouvaient jouer les diagnostic locaux (ou territoriaux) de santé-environnement -DSLE) pour identifier les besoins en s'appuyant sur les données d'observation. L'élaboration d'un DSLE est préconisée par les projets régionaux de santé-environnement, mais ils ne sont pas systématisés.

Les recommandations adressées ont été très nombreuses, sans toujours répondre à leurs attentes²⁶².

Le champ de ces recommandations était large, de la gestion des établissements en temps de crise (financements exceptionnels, mobilisation exceptionnelle des personnels...) à la mise en œuvre concrète des stratégies sanitaires (tests, traçage, isolement...). Adoptées en concertation avec les fédérations des acteurs de la santé, du médico-social et du social, ces recommandations ont représenté un travail très important pour les directions d'administration centrales et les agences régionales de santé (ARS)²⁶³. Leur taille et leur multiplication ont pu créer des difficultés. « *On a eu une multiplicité de normes et de conduites à tenir qui nous ont amenés in fine à prendre une responsabilité qui était quelque fois excessive* », relevait ainsi M. Emmanuel Sys²⁶⁴, responsable d'un groupement d'établissements pour personnes âgées dépendantes. La communication de la direction générale de la santé (DGS), via son Centre de crise sanitaire (CCS) s'est peu à peu intensifiée pour essayer d'adapter la réponse à l'évolution de l'épidémie. Entre le 1er janvier 2020 et le 28 février 2021, 237 messages MINSANTE destinés aux ARS ont été envoyés. Sur la même période,

82 « DGS-Urgent » ont été transmis aux professionnels de santé libéraux ou aux salariés et mis à disposition en ligne²⁶⁵ (plus d'un million de professionnels y sont abonnés). 129 messages d'alerte rapide sanitaire (MARS) ont été adressés aux établissements de santé et médicaux-sociaux²⁶⁶.

Ces instructions étaient denses, parfois contradictoires, et pouvaient intervenir tardivement.

Concrètement, il n'était pas évident de savoir quelles dispositions restaient en vigueur. Il a pu exister des différences voire des contradictions, entre les recommandations des directions d'administration centrale et celles des ARS par exemple. De fait, dans les régions touchées au début de la crise, les ARS ont dû (et ont su) se doter de leur propre stratégie, sans attendre la doctrine nationale. Certaines informations ont pu être diffusées trop tard, et par conséquent être en décalage. A titre d'exemple²⁶⁷, 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. L'information était tellement dense et complexe qu'un syndicat de pharmaciens a organisé des *webinars*

²⁶² Il y a d'ailleurs un contraste entre l'analyse que les acteurs de terrain font des très nombreuses recommandations qui leur étaient adressées et leur perception du dialogue instauré avec les ARS ou même directement avec le ministère (réunions régulières en visioconférence avec les ministres et secrétaires d'État ou les directions centrales – DGS, DGOS, DGCS) pendant la crise. Difficile au début, ce dialogue a évolué positivement et, selon plusieurs responsables de structures entendus par la commission, il a été constructif.

²⁶³ Audition de représentants de la Direction générale de la cohésion sociale devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 28 janvier 2026.

²⁶⁴ Audition de M. Emmanuel Sys, Directeur général du GCSMS94, Les Ehpad publics du Val de Marne, devant la commission Affaires sociales et santé, le 19 novembre 2025.

²⁶⁵ <https://sante.gouv.fr/professionnels/article/dgs-urgent>.

²⁶⁶ Rigaud M., Prévost Sansac de Traversay L., Creach M., Lazarus C, Salomon J., *La communication destinée aux professionnels de santé au cœur de la crise de la pandémie de Covid-19 par le ministère des Solidarités et de la Santé*, IEP de Paris, DGS, juin 2021.

²⁶⁷ IGAS rapport *Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé* n°2020-058R.

tous les dimanches matin pour décrypter et expliquer les nouvelles consignes publiées au journal officiel ou transmises par la DGS : cette communication a permis de rompre l'isolement dans lequel se trouvaient les titulaires d'officine et leurs équipes, et a permis au réseau officinal de s'adapter le mieux possible aux nouvelles règles et de les expliquer aux patients.

Certaines recommandations étaient inapplicables, car inadaptées à la configuration des bâtiments ou aux conditions de vie ou de santé des personnes.

Plusieurs témoignages recueillis dans le cadre du questionnaire le confirment : ils relèvent des directives des autorités sanitaires « claires dans leurs intentions » et pourtant « *peu adaptées à la réalité* »²⁶⁸, ne tenant pas compte, par exemple, des spécificités des personnes accompagnées.

Par ailleurs, le niveau de précision des consignes pouvait priver les responsables d'établissement de marge de manœuvre, tout en donnant le sentiment qu'ils prenaient un risque juridique s'ils ne les appliquaient pas au détail près. Au total, ces recommandations n'ont pas toujours répondu aux questions des équipes et les ont laissées face aux difficultés concrètes qui se multipliaient.

Comment respecter strictement la distanciation quand on travaille avec des personnes ayant besoin d'un soutien rapproché ? Comment imposer le port du masque à des personnes pour qui cela représentait une contrainte difficile à comprendre ou à tolérer ?

Le ressenti dominant était celui d'une application imposée, où nos ajustements pratiques restaient invisibles. Pourtant, c'est dans ces ajustements que se jouait la sécurité réelle des personnes : inventer des solutions pédagogiques, adapter les gestes, trouver des compromis pour que les consignes soient comprises et respectées. (Une éducatrice spécialisée dans un ESAT)

Ainsi, malgré l'intensification de cette communication, des professionnels, interrogés sur le sujet, ont considéré que les informations délivrées par le ministère des solidarités et de la santé n'ont pas suffi (40 %) ou qu'elles n'ont que partiellement suffi (41 %) en temps de crise²⁶⁹.

Les organisations représentatives des personnels et les représentants des usagers doivent être associés à l'élaboration des recommandations nationales afin d'assurer leur applicabilité dans les établissements et services des secteurs sanitaire, social et médico-social. Une concertation doit être menée avec les professionnels du soin et de l'accompagnement pour déterminer les dispositifs et

²⁶⁸ Réponse apportée au questionnaire par une éducatrice spécialisée dans un ESAT.

²⁶⁹ Delpech J., Vibert E., *Création et diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle crise sanitaire*, rapport au ministre des Solidarités et de la Santé, octobre 2021.

canaux d'information à privilégier. Cette communication pourrait suivre certains principes : mettre en avant les messages clés de manière synthétique et visible, prendre en compte les retours du terrain, distinguer, dans la communication, les urgences des informations habituelles... En ce qui concerne plus spécifiquement l'information des professionnels de santé, le ministère de la santé doit se doter d'une base de données consolidée à partir d'un fichier exhaustif de l'ensemble des professionnels concernés, mise à jour régulièrement de manière automatisée et opérationnelle, pour une prochaine crise sanitaire.

PRÉCONISATION #17

Définir, en amont et en concertation, les méthodes de communication vers les professionnelles et professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social en période de crise sanitaire avec pour objectif d'assurer une information synthétique, claire et lisible. S'assurer de la mise à jour régulière du fichier des professionnelles et professionnels de santé - quel que soit le mode d'exercice - et l'étendre au secteur médico-social quand il est concerné.

3. L'appropriation des plans de crise par les acteurs locaux doit être renforcée : plusieurs leviers pourraient être utilisés.

Le code la santé publique fixe les principes de l'articulation entre les préfetures et les agences régionales de santé (ARS) dans la gestion des crises sanitaires. Sont ainsi prévues une information réciproque sur les événements présentant un risque pour la santé des populations ; la participation des ARS aux centres opérationnels départementaux que les préfets peuvent décider d'activer ; la remontée d'informations vers le centre de crise sanitaire, mais aussi l'adoption d'une stratégie de communication avec l'ensemble des acteurs concernés (services de l'État, collectivités territoriales, professionnels de santé, associations ...).

La pandémie a incité les acteurs locaux à s'organiser, elle a aussi montré que les politiques locales de santé publique sont dépendantes des décisions nationales et du volontarisme des responsables locaux ²⁷⁰. La crise sanitaire a remis sur l'agenda la question de l'organisation dans les territoires de la politique de santé sans que, à ce stade, les ambiguïtés ne soient levées. La situation « hybride » des ARS en est une illustration. Elles sont des établissements publics administratifs sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'Assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées et leurs directeurs généraux sont nommés en conseil des ministres. Elles doivent à ce titre mettre en œuvre la politique de santé nationale dans les territoires. Mais elles ont aussi pour mission de tenir compte des spécificités

²⁷⁰ Cf, Etienne Nouguez, Anne Moyal, *La médiation du local : appréhender la gestion de la pandémie de Covid-19 « par le bas »*, Questions de communication 2024/1 n°45, éditions de l'Université de Lorraine.

de chaque région et d'animer les dynamiques locales de santé. La crise a montré que, selon les ARS et selon les périodes, c'est l'une ou l'autre de ces deux dimensions qui a été privilégiée. Cela peut relever du choix, mais aussi des moyens : les délégations départementales des ARS sont souvent démunies quand il s'agit de déployer une logistique de crise en lien direct avec les collectivités territoriales. Dans son avis de 2020 sur l'hôpital, le CESE avait relevé que la création des grandes régions en 2015 avait « éloigné les centres décisionnaires des ARS ». Leurs délégations départementales sont sous-dotées et, dans ces conditions, perçues comme des relais administratifs, qui ne disposent pas d'une marge de manœuvre suffisante pour s'adapter aux priorités locales. Le CESE avait préconisé de renforcer le poids des élus dans la gouvernance des ARS, de réorienter leur mission vers le suivi stratégique des priorités régionales, mais aussi de passer, dans leurs relations avec les opérateurs de santé, « d'une relation administrative et de contrôle budgétaire à une relation de co-construction des objectifs et des moyens et à un rôle d'accompagnement ». Il le précisait : « cette évolution ne pourra être opérationnelle qu'avec le redimensionnement des effectifs, notamment dans les délégations départementales ». Avec ce nouvel avis, le CESE souligne que la gestion des crises doit s'inscrire dans un *continuum* : la réponse opérationnelle sera plus efficace si

la coopération avec les collectivités territoriales, la coordination des acteurs de la santé - entre eux et avec les secteurs sociaux et médico-sociaux - a été construite « à froid ».

Les acteurs locaux du champ social, quels que soient leurs nature et statut, ont su, pendant la crise de la Covid, mettre en place des permanences, et organiser un accompagnement en dépit des mesures de restrictions. Ils ont su se coordonner avec les professionnels du soin, avec les collectivités territoriales. S'il faut se féliciter de ces initiatives, il n'empêche que cette « coordination d'urgence » gagnerait à être organisée par anticipation, sous la forme « de plans de continuité », en cohérence avec les plans d'urgence sanitaire. **L'objectif est de ne pas réitérer la première phase de la crise marquée la fermeture des services, les ruptures dans l'accompagnement, la coupure des liens.**

Pour le CESE, l'existence de plans de crise ne suffit pas. Il faut s'assurer de leur appropriation par l'ensemble des acteurs locaux, mais aussi favoriser une culture de crise commune et des réflexes de coordination. Plusieurs canaux pourraient être utilisés²⁷¹ :

→ **Les schémas régionaux de santé (SRS)**, en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé sont la traduction opérationnelle sur 5 ans des **plans régionaux de santé (PRS)**. Leur élaboration est pilotée par les ARS, mais doit être

²⁷¹ Entretien des rapporteurs avec M. Christophe Lannelongue, directeur de l'ARS Grand Est de 2017 à 2020, le 20 novembre 2025.

concertée avec les acteurs du système de santé : professionnels de santé (libéraux, hospitaliers, médicosociaux), établissements et services de santé et médicosociaux et instances de démocratie sanitaire (cf. supra, principe 4). Ils portent sur l'organisation de l'offre hospitalière et ambulatoire, la permanence des soins, l'organisation des coopérations entre établissements qui sont autant d'éléments qui conditionnent la capacité à répondre aux crises. **Pour le CESE, les PRS et les SRS gagneraient à intégrer systématiquement un chapitre consacré à la gestion des crises sanitaires notamment pour organiser leur articulation avec les dispositifs locaux et nationaux.**

- Il existe également **une planification départementale dans le domaine social et médicosocial, à travers les schémas départementaux de santé**, en cohérence avec le PRS, dans le cadre des compétences des départements (notamment les personnes âgées, le handicap) qui tiennent compte des spécificités démographiques, sociales et territoriales du département.
- **Les contrats locaux de santé (CLS)** associent ARS, collectivités, préfecture, professionnels de santé, associations et permettent d'organiser la cohérence des actions de santé sur un territoire. A ce titre, ils portent sur des thématiques, comme la prévention, la coordination locale des acteurs, centrales pour éviter ou répondre aux crises sanitaires. Néanmoins, tous les CLS ne comprennent pas des actions spécifiques liées aux crises sanitaires. **Le CESE préconise**

d'intégrer un pilier "préparation et réponse aux crises sanitaires" dans chaque CLS (qu'il a, dans une optique de prévention *One Health* proposé de transformer en contrats locaux de santé-environnement : cf. partie I.A). Les CLS pourraient comprendre : un plan local de continuité des soins ; une préparation logistique (vaccination, dépistage, distribution d'équipements de protection individuelle) ; la mobilisation des réseaux associatifs et professionnels ; l'organisation des circuits de communication d'urgence.

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, en tant qu'organisations de coordination de proximité, constituent un maillon essentiel. Elles doivent disposer d'un plan SSE (plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles) et certaines d'entre elles ont déjà mis en place des documents d'articulation avec les plans ORSAN ou les plans blancs. La participation à la gestion de crise pourrait être intégrée dans leurs missions socles (fixées par l'accord conventionnel interprofessionnel - ACI) et les ARS devraient évaluer le projet des CPTS sur ces questions. Il pourrait également être envisagé de soumettre la labélisation Réseau France santé²⁷² des CPTS à l'existence d'un plan SSE.

Par ailleurs, **les formations interdisciplinaires, spécifiques et continues et les exercices de crise** (mise en situation) sont nécessaires pour renforcer les liens et consolider les réflexes de coordination. Il est essentiel qu'ils associent les acteurs du soin et de l'accompagnement, mais aussi les élus locaux.

²⁷² Le réseau France Santé est un dispositif national qui labellise et fédère les structures de soins de proximité afin de garantir à chaque Français un accès simple, lisible et rapide à une offre de santé accessible en moins de 30 minutes et un rendez-vous sous 48 heures.

PRÉCONISATION #18

Organiser par anticipation dans les territoires une réponse médicale et sociale globale et cohérente aux situations de crise. Pour cela, ajouter systématiquement un chapitre « crises sanitaires » dans les plans et schémas régionaux de santé, les schémas départementaux de santé ainsi que dans les contrats locaux de santé avec deux objectifs :

- assurer leur articulation avec les dispositifs d'urgence (ORSAN, plans blancs, plans bleus),
- organiser la continuité et la coordination des prises en charge médicale, sociale et médicosociale.

PRÉCONISATION #19

- Conditionner le conventionnement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les agences régionales de santé, ainsi que l'obtention du label « Réseau France santé », à l'existence d'un plan formalisé de gestion des situations sanitaires exceptionnelles

PRÉCONISATION #20

- Réaliser des exercices de crise en commun (crash tests) et des formations continues interdisciplinaires associant les professionnelles et les professionnels des secteurs médical, social et médico-social, les associations, les élus et les élus.

PRINCIPE 6 : GARANTIR UNE INFORMATION FIABLE, TRANSPARENTE ET ACCESSIBLE

Pour l'OMS, « lors d'une épidémie, d'une pandémie, d'une crise humanitaire ou d'une catastrophe naturelle, une communication sur les risques efficace permet aux populations les plus exposées de comprendre les comportements à adopter pour se protéger. Ainsi, les autorités et les experts peuvent être à l'écoute des inquiétudes et des besoins, chercher à y répondre et faire en sorte que leurs conseils soient pertinents, fiables et recevables »²⁷³.

La communication fait partie intégrante de la gestion d'une crise.

Elle est caractérisée par un échange d'informations en temps réel et dans l'urgence, le partage de conseils et d'avis qui impliquent tous les acteurs : les citoyennes et citoyens, les scientifiques, les agences d'expertise, les décideurs politiques, les associations, les élus, les professionnels des secteurs sanitaire social et médico-social, les médias et les réseaux sociaux... Elle doit reposer sur des explications claires, factuelles, transparentes et les décisions prises doivent assumer parfois le degré d'incertitude des données sur lesquelles elles se fondent.

La communication institutionnelle s'est adaptée, dans le contexte difficile de la crise sanitaire, pour accompagner l'action publique.

L'exécutif a communiqué au fil des différentes vagues. A partir de septembre 2020, les conférences de presse du Premier ministre se sont tenues à un rythme quasiment hebdomadaire. Elles ont permis de faire le point, de présenter l'évolution de la situation et des décisions, de partager des données épidémiologiques au jour le jour²⁷⁴. Il n'empêche : pour le Sénat, la communication institutionnelle pendant la crise sanitaire « a échoué à contenir un flux massif et ininterrompu d'informations contradictoires à la légitimité scientifique discutable, voire de fausses informations »²⁷⁵.

La communication institutionnelle et le partage d'informations se sont en réalité heurtés à des défis multiples qui ont nui à la lisibilité et à la cohérence des messages :

→ - la communication officielle s'est avérée trop verticale et centralisée, éloignée de la réalité des territoires²⁷⁶. L'information institutionnelle n'a pas été adaptée aux décalages dans la propagation du virus observés dans certains territoires et pour certains publics, ni aux

²⁷³ OMS Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.

²⁷⁴ Audition de Nicolas Revel devant la commission des affaires sociales et de la santé du 15 octobre 2025.

²⁷⁵ Sénat Rapport n°199 fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion (Rapporteurs : Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET) décembre 2020.

²⁷⁶ Rapport sur l'information en santé. Bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé (Mathieu Molimard, Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve) janvier 2026.

spécificités de certains territoires. En Outre-mer notamment, la communication de crise n'a pas été adaptée à chaque territoire : par exemple, elle n'a pas toujours été multilingue, elle a accordé une trop faible place aux pratiques et aux savoirs locaux. Cela a pu limiter l'adhésion de la population aux mesures de santé publique et finalement réduire leur efficacité. Une circulation unilatérale et de haut en bas des informations et des consignes a pu donner le sentiment que les problèmes concrets rencontrés ne remontaient pas et n'étaient pas considérés²⁷⁷. Une approche plus empathique aurait pu contribuer à faciliter l'appropriation des informations et des règles sanitaires. Les associations, alors qu'elles étaient aussi durement touchées par la crise, étaient parfois le seul relais existant pour véhiculer des messages²⁷⁸ auprès des personnes les plus éloignées des canaux de communication institutionnels. L'association Banlieues Santé a, par exemple, entrepris de traduire les messages de santé publique en 25 langues et en langue des signes pour que tout le monde accède à une information compréhensive²⁷⁹ ;

- **la communication du gouvernement pendant la crise sanitaire a souvent laissé transparaître un manque de**

confiance dans l'esprit de responsabilité des citoyens ;

- **les informations spécifiquement adressées aux professionnels du soin et de l'accompagnement ont été très nombreuses, mais n'ont pas toujours répondu à leurs attentes et aux besoins de la population** (voir principe 5 point 2 sur les recommandations adressées aux acteurs dans les territoires). Or ces professionnels sont des relais de communication indispensables au niveau local en temps de crise : ils connaissent bien leur territoire, bénéficient de la confiance de la population, peuvent contribuer à diffuser les messages essentiels, notamment les messages de prévention. Des informations fiables et opérationnelles sont essentielles pour leur permettre d'organiser la continuité des soins, de répondre aux questions des patients ou des familles, inondés par les informations, de faire face aux personnes sceptiques ;
- **un manque d'explication et de pédagogie sur la pertinence des mesures mises en œuvre a pu contribuer à la défiance.** Les changements de discours officiel ont conduit à ce que certaines décisions soient perçues comme contradictoires par une partie de la population. A titre d'exemple, les hésitations sur la doctrine d'emploi des masques ont donné

²⁷⁷ Rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques (Président de la mission : Professeur Didier Pittet), mars 2021.

²⁷⁸ Audition du Professeur Bruno Lina devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 8 octobre 2025.

²⁷⁹ Entretien des rapporteurs avec Yassine Ennomany, directeur général de Banlieues santé, le 15 décembre 2025.

lieu à une communication difficilement compréhensible²⁸⁰. Alors qu'il y avait un débat scientifique sur les effets du port du masque en population générale, le discours tranché des autorités sur l'inutilité du port du masque n'a pas manqué d'apparaître, à juste titre, comme un argument destiné à masquer la pénurie. Le changement de doctrine à la sortie du confinement, quand les masques sont devenus largement disponibles, n'a pu que renforcer cette perception ;

- **la communication pendant la crise a été protéiforme²⁸¹ et changeante.** La diffusion d'expertises scientifiques (indépendantes ou rattachées à l'État), les paroles de différents experts, dont le statut était parfois imprécis, ont été largement relayées. A défaut d'un point de vue scientifique visible et identifiable « *on s'est retrouvé face à une multiplicité des points de vue dont on finissait par considérer qu'ils étaient tous également recevables* »²⁸². Face au caractère fluctuant de certains messages officiels, mais aussi face à la profusion de ces discours, certaines informations étaient illisibles, ce qui a rendu difficile leur appropriation par le public²⁸³ ;

- **la communication institutionnelle a été concurrencée par celle des médias et par les réseaux sociaux.** Les vagues de fausses informations notamment sur la gravité du virus (le qualificatif « grippette » employé par certains) et autour des vaccins, des traitements de la Covid-19, ont pu peser sur la confiance et freiné l'adhésion de la société aux mesures nécessaires pour lutter contre la pandémie²⁸⁴.

Les médias ont été une source d'information mais aussi de désinformation contre lesquels il a fallu parfois batailler (dépistage, vaccination, confinement...) (syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux)

Les réseaux sociaux ont eu un rôle ambivalent. Ce sont des outils capables de favoriser l'information, l'engagement et la citoyenneté, l'échange et la distraction, mais ils sont aussi porteurs de biais et de dangers²⁸⁵. La diffusion de fausses croyances ou informations y prend une dimension nouvelle. Si ce n'est pas une nouveauté, elles acquièrent une puissance jusqu'alors inconnue : la technologie d'Internet et des réseaux sociaux permet d'agréger les arguments qui soutiennent les croyances et de les rendre plus crédibles. Pendant la crise sanitaire, des influenceurs maîtrisant

280 Rapport de la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques (Président de la mission : Professeur Didier Pittet), mars 2021.

281 Sénat Rapport n°199 fait au nom de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion (Rapporteurs : Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET) décembre 2020.

282 Citation de Yves Sciama, président de l'association des journalistes scientifiques de la presse d'information, dans le rapport du Sénat précité.

283 Audition d'Agnès Buzyn devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 1^{er} octobre 2025. Pour Agnès Buzyn, il y a eu beaucoup trop de personnes en charge de donner un avis public. Or, en gouvernance de crise, « *il ne faut qu'un seul émetteur* »

284 Audition du Professeur Jean-François Delfraissy devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 5 novembre 2025.

285 CESE avis *Les réseaux sociaux numériques : comment favoriser l'engagement citoyen* (Gérard Aschieri et Agnès Popelin-Desplanches) janvier 2017.

les codes numériques ont utilisé des formats courts ou bien les réseaux sociaux pour diffuser des messages sensationnalistes, peu fondés mais très viraux, dans plusieurs domaines de la santé : vaccination, alimentation, pratiques médicales non validées... Les chaînes d'information en continu, mais aussi des médias traditionnels sous la pression concurrentielle de ces réseaux, sont de plus en plus conduits à relayer ces messages sans toujours prendre assez de précautions, leur assurant une forme de visibilité et de crédibilité accrues. Le professeur Delfraissy résume ainsi la situation lors de la pandémie : il y avait trois acteurs, qui étaient les citoyens, les experts (les médecins, le Conseil scientifique...) et la décision politique ; ce triangle a pris la forme d'un quadrilatère avec le rôle des réseaux sociaux.

La pandémie du Covid-19 est ainsi devenue une « pandémie médiatique » ²⁸⁶ : « *La crise du Covid est une crise médiatique, aux deux sens de l'adjectif. Elle a pris forme dans les médias, et elle reflète une crise des médias et de la communication. Avec le virus, c'est la forme communicationnelle du monde qui se manifeste à nous, et, ce faisant, la nécessité pour nos dirigeants d'en maîtriser la nouveauté, si nous ne voulons pas voir sombrer la démocratie* » ²⁸⁷. Le risque d'une telle communication non maîtrisée est bien l'infodémie : le déploiement des moyens de

communication numérique a donné une puissance sans précédent à la diffusion d'un certain scepticisme parmi la population.

Pour le CESE, il est essentiel de tirer les leçons des difficultés rencontrées, pour mieux informer dans un contexte d'incertitude.

Dans sa partie I, cet avis insiste sur l'importance de l'éducation à la démarche scientifique et sur la diffusion d'une culture de la prévention, pour préparer la société aux prochaines crises. La science est un processus, qui permet un état des connaissances à un instant donné et éclaire les autorités publiques. Mais la décision doit rester une décision politique, quitte, pour les responsables politiques, à assumer la nécessité, dans un période d'incertitude, de devoir reconsidérer leurs choix. Ce positionnement sera d'autant plus accepté que ces choix auront été, les uns après les autres, motivés de manière transparente, au regard de l'évolution de la situation et des connaissances.

Le rapport sur l'information en santé ²⁸⁸ récemment remis à la ministre de la Santé apporte des éclairages particulièrement intéressants sur les moyens d'informer. Il propose notamment la création d'un observatoire de l'information en santé, doté d'une plateforme d'informations sourcées et vérifiées. Une telle plateforme publique d'information en santé,

²⁸⁶ Stéphane Fouks, *La pandémie médiatique*, Plon, octobre 2020.

²⁸⁷ Julien Kouchner, Laurent Lefort et Magali Clausener, *Les effets d'une communication dans l'urgence, dans un contexte d'incertitude*, Tribune dans ADSP 2021/4 n°116.

²⁸⁸ Rapport sur l'information en santé. Bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé (Mathieu Molimard, Dominique Costagliola et Hervé Maisonneuve) janvier 2026.

alimentée par les sociétés savantes et les institutions de référence, permettrait de fournir des contenus adaptés au grand public et des contenus distincts pour les professionnels. Cet outil pourrait, dès le début d'une crise, servir de référence pour permettre l'accès à la « bonne information », en s'ajoutant à des mesures d'infovigilance et de détection de fausses informations susceptibles d'avoir un impact en santé.

En ce qui concerne l'encadrement du traitement de l'information dans les médias et sur les réseaux sociaux,

le CESE rappelle ses préconisations²⁸⁹ pour garantir une information fiable, indépendante et pluraliste, notamment par le renforcement de l'éducation aux médias et à l'information, la reconnaissance du statut d'éditeur aux réseaux sociaux pour responsabiliser les plateformes, le renforcement des garanties en matière d'éthique, de déontologie et de responsabilité du journalisme.

Une réflexion doit être menée sur l'organisation d'une communication institutionnelle de crise :

l'impression d'improvisation ne pourrait que susciter de l'incompréhension et une moindre adhésion aux messages. Garantir une

information fiable et claire en temps de crise implique de disposer, à froid, d'une stratégie de communication institutionnelle, préparée en associant l'ensemble des acteurs. Il faut dans la mesure du possible éviter, en temps de crise, un espace saturé d'informations, avec des prises de position ou des messages qui apparaissaient « en compétition ». La communication pendant une crise est inévitablement multicanale, ce qui rend indispensable une coordination. Elle implique, dans l'urgence, des échanges d'information mieux encadrés entre différents interlocuteurs (pouvoirs publics, experts, scientifiques, professionnels du secteur, associations, journalistes, population). Les messages diffusés par les autorités à l'intention de la population doivent être pédagogiques et « *inclure des informations explicites quant aux incertitudes associées aux risques, aux événements et aux interventions, et préciser ce que l'on sait et ce que l'on ignore à un instant donné* »²⁹⁰. Face au déploiement des réseaux sociaux et à l'infodémie, il est essentiel de garantir des outils où l'on retrouve une information sourcée et vérifiable.

PRÉCONISATION #21

Elaborer une véritable stratégie de communication de crise pour garantir une information fiable, accessible et transparente, explicitant ce qui est établi scientifiquement et ce qui reste incertain, mise en œuvre avec des porte-paroles clairement identifiés dans leur rôle et leur légitimité.

²⁸⁹ CESE, avis *Agir pour une information fiable, indépendante et pluraliste au service de la démocratie* (Thierry Cadart et Vincent Moisselin) mars 2024.

²⁹⁰ OMS, *Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence* Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018.

PRÉCONISATION #22

S'appuyer sur des relais structurés dans les territoires (professionnelles et professionnels de santé, associations, acteurs locaux) pour aller vers les populations concernées et assurer une information adaptée aux spécificités de leur situation.

PRINCIPE 7 : SYSTEMATISER LES RETOURS D'EXPERIENCE ET ASSURER LA TRANSMISSION DES SAVOIRS

La singularité de la crise Covid a souvent été mise en avant pour expliquer les choix inédits de gouvernance.

En réalité, l'observation de la pratique des dernières crises montre que d'autres facteurs sont déterminants et contribuent à l'écart entre le cadre préétabli et la pratique :

- une première explication tient à la **complexité croissante des organisations**. En période de crise, l'accès rapide à l'information et aux connaissances, la coordination entre les agences, les administrations, les expertises sont des éléments cruciaux. Or, la multiplication des organisations les rend plus difficiles. La tendance est donc, pour ne pas se heurter à cette complexité, à passer outre les organisations existantes, éventuellement par la création d'une structure *ad hoc*²⁹¹.

Les « cartographies » du système de soin et de l'expertise en santé sont particulièrement complexes : pendant la crise Covid, cela a contribué à la mise en place du Conseil scientifique ;

- une seconde explication résulte du **contraste existant entre les cadres de réponses théoriques préétablis et la réalité de la situation**, qui appelle une réponse nécessairement faite d'improvisations, dans l'urgence et en dépit des incertitudes sur les résultats. Les plans, linéaires et très ordonnés, sont nécessaires, mais, par définition, la crise va déborder le cadre préétabli.

Il faut lutter contre le phénomène de « désapprentissage » des organisations, qui, comme le soulignent les auteurs de *Covid-19 : une crise organisationnelle*²⁹², finissent par oublier les connaissances, procédures et

²⁹¹ Dans *Covid-19 : une crise organisationnelle*, éditions Presses de Sciences Po, 2020, Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castyél, François Dedieu constatent que l'action collective, durant la Covid-19, s'est le plus souvent déployé en dehors de tout ce qui avait été programmé, prévu, anticipé et relèvent le paradoxe « d'une société saturée d'organisations de toutes sortes », mais qui rencontre tant de difficultés à « organiser ces organisations ».

²⁹² Covid-19 : une crise organisationnelle, précité.

savoir-faire qu'elles ont développés et partagés collectivement. En outre, les participants aux exercices de crise occupent souvent des positions intermédiaires dans l'organigramme de leurs organisations, tandis que, lors d'une crise réelle, comme celle du coronavirus, de hauts fonctionnaires sont aux manettes et ont à prendre des décisions cruciales, qui seront structurantes pour la dynamique de l'action collective. En somme, les personnes qui se préparent ou se forment à la gestion de crise dans les exercices ne sont pas nécessairement celles qui, le moment venu, auront des responsabilités essentielles à assumer, tandis que celles auxquelles revient la responsabilité de la gestion de crise n'auront que rarement participé à un exercice²⁹³.

La pandémie était assurément inédite²⁹⁴. Mais les prochaines crises sont certaines. Le CESE déplore donc, à l'instar des spécialistes de la gestion des crises²⁹⁵, la tendance, confirmée crise après crise, à évoquer la singularité de la situation pour justifier l'absence de retour d'expérience (RETEX). Il y a une contradiction entre d'un côté, le souci d'anticipation des crises, qui se traduit par la formalisation de la réponse (les plans, le processus de gestion interministériel...) et, de l'autre, une absence de retour d'expérience qui se répète crise après crise. Cette situation génère une incapacité dommageable « à tirer des leçons des crises, notamment dans une logique

*cumulative faisant advenir un socle de connaissances sur lequel pourraient s'appuyer les gestionnaires de crise »*²⁹⁶.

En d'autres termes : tant que les crises seront considérées comme des événements imprévisibles appelant des réponses avant tout politiques, l'expertise et l'apprentissage ne progresseront pas.

Les RETEX mobilisent d'importantes ressources matérielles et humaines. Le *turn-over* élevé ajoute à la complexité : de crise en crise, les agents en responsabilité ne sont pas les mêmes, et il est presque impossible de remobiliser des agents sur des faits passés, qui relèvent de postes qu'ils ont quittés. A cela s'ajoute, sur le terrain, en particulier dans le système de santé, une autre réalité : la gestion des urgences quotidiennes s'impose et ne laisse pas de temps. En outre, et comme l'a constaté la commission durant la préparation de cet avis, il est difficile, pour les soignantes et les soignants, les professionnelles et professionnels de l'accompagnement, les élèves et les élus et responsables associatifs, les familles et les proches, de revenir sur des moments très difficiles. Il est enfin très probable que les risques, en termes de carrière ou de poursuites judiciaires, que crée un RETEX pour les personnes en responsabilité et pour les pouvoirs publics en général, pèsent négativement.

L'ensemble de ces éléments contribuent à ce que les RETEX, quand ils existent, sont souvent euphémisés, centrés sur la seule justification

293 Covid-19 : une crise organisationnelle, précité.

294 Auditionné par la commission, le professeur Eric Caumes, infectiologue, a néanmoins relevé les traits communs des épidémies qui ont frappé la France dans l'histoire et déploré les difficultés à en tirer des enseignements.

295 Dans leur *analyse de l'histoire de la gestion des crises*, Olivier Borraz et Valérie November constatent que « [...] les crises qui surviennent sont toujours ramenées à leur singularité, tandis que les retours d'expérience, qui ne sont pas conduits systématiquement, insistent sur la singularité de l'événement et l'impossibilité de tirer des leçons générale ».

296 Olivier Borraz et Valérie November, précité.

des décisions ou la protection des institutions, et laissent de côté ce qui a été improvisé, par crainte de l'anecdotique ou de l'illégalité ²⁹⁷. C'est pourtant de ces réponses pragmatiques qu'il faut tirer des enseignements en termes d'innovations qui pourront, le cas échéant, être pérennisées. Pour le CESE, il faut identifier ce qui fait obstacle aux RETEX, y apporter des réponses et organiser la transmission des savoirs. Il s'agit de s'inspirer des méthodes utilisées par les organisations non gouvernementales (ONG)

humanitaires, au niveau international dans la gestion de crise ou dans le secteur aérien, ou au niveau national dans les domaines ferroviaires et des accidents industriels. Ces approches reposent sur des enquêtes menées à partir d'une grille d'analyse commune. Cette procédure permet de constituer une base solide de connaissances sur les causes des accidents, en dépassant la singularité de chaque situation afin de construire un corpus d'événements à partir duquel il devient possible de tirer des enseignements.

PRÉCONISATION #23

Systématiser les RETEX et y associer après chaque crise l'ensemble des acteurs qui ont contribué à la gestion de la crise autour de trois objectifs :

- favoriser le partage des expériences et des points de vue ;
- identifier à l'échelle des territoires les actions qui ont bien ou mal fonctionné, celles qui ont été ou qui devraient être pérennisées ;
- organiser la transmission des savoirs en toute transparence.

L'objectif est bien de « professionnaliser la gestion de crise », de progresser et non pas de sanctionner. Différentes options sont possibles, de l'institution d'un

noyau pérenne de professionnelles et professionnels, qui apprend d'une crise à l'autre, à la constitution, la diffusion et la transmission d'un savoir cumulatif.

²⁹⁷ Audition d'Olivier BORRAZ, directeur de recherche au Centre de sociologie des organisations de Sciences-po, devant la commission des affaires sociales et de la santé, le 17 décembre 2025.

**Agir autrement pour
l'innovation sociale
et environnementale**

CGT-FO

Agriculture

Coopération

**Alternatives sociales
et écologiques**

Entreprises

**Artisanat et
Professions libérales**

Environnement et nature

Associations

Familles

CFDT

Non-Inscrits

CFE-CGC

**Organisations étudiantes
et mouvements de
jeunesse**

CFTC

Outre-mer

CGT

Santé & citoyenneté

UNSA

Déclarations des groupes

Déclarations des groupes

Déclarations des groupes

CRISES SANITAIRES :
PREVENIR, ANTICIPER, COORDONNER

Déclarations des groupes

CRISES SANITAIRES :
PREVENIR, ANTICIPER, COORDONNER

Déclarations des groupes

CRISES SANITAIRES :
PREVENIR, ANTICIPER, COORDONNER

Déclarations des groupes

CRISES SANITAIRES :
PREVENIR, ANTICIPER, COORDONNER

Scrutin

**Le CESE a adopté
cet avis.**

**Nombre de votantes
et de votants : 143**

Pour : 130

Contre : 3

Abstentions : 10

Ont voté pour

GROUPE

COMPOSITION

Ont voté contre

GROUPE	COMPOSITION

Se sont abstenu.e.s

GROUPE	COMPOSITION

Annexes

1

Composition de la commission affaires sociales et santé à la date du vote

Présidente

Danièle JOURDAIN-
MENNINGER

Vice-président

Pierre ERBS

Agir autrement pour l'innovation sociale et environnementale

Majid EL JARROUDI

Agriculture

Jean-Yves DAGÈS

Artisanat et Professions libérales

Michel CHASSANG

Associations

Lionel DENIAU
Isabelle DORESSE
Danièle JOURDAIN-
MENNINGER
Viviane MONNIER

CFDT

Christelle CAILLET
Ingrid CLÉMENT
Catherine
PAJARES Y SANCHEZ

CFE-CGC

Djamel SOUAMI

CFTC

Pascale COTON

CGT

Olivier BÉBIN
Samira BELGHAZI
Clémence HELFTER

CGT-FO

Christine MAROT
Sylvia VEITL

Entreprises

Danielle DUBRAC
Pierre-Olivier
RUCHENSTAIN
Élisabeth TOMÉ-
GERTHEINRICHES
Hugues VIDOR

Environnement et nature

Venance JOURNÉ
Agnès POPELIN-
DESPLANCHES

Familles

Rachel CARLIER
Pierre ERBS

Non inscrits

Gilles BONNEFOND

Organisations Étudiantes et Mouvements de jeunesse

Helno EYRIEY

Outre-Mer

Sarah
MOUHOUSSEUNE

Santé et citoyenneté

Gérard RAYMOND

UNSA

Martine VIGNAU

2

Listes des personnes auditionnées et rencontrées

En vue de parfaire son information, la Commission permanente des affaires sociales et de la santé a auditionné :

Mme Anne-Claire AMPROU

Ambassadrice pour la santé mondiale

Pr Brigitte AUTRAN

Présidente du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARIS)

Pr Jean-François DELFRAISSY

Président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), ancien président du Conseil scientifique Covid-19

M. Nicolas DUVOUX

Président du *Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE)*

Pr Emmanuel RUSCH

Ancien président de la Conférence nationale de santé, président de la Conférence régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) du Centre-Val de Loire

M. Lionel COLLET

Président de la Haute Autorité de santé (HAS)

Pr Anne-Claude CREMIEUX

Membre du collège de la HAS et présidente de la commission technique des vaccinations

Dr Michèle MORIN-SURROCA

Responsable de la mission rapport d'analyses prospectives de la HAS

Mme Agnès BUZYN

Conseillère maître à la Cour des Comptes, ancienne ministre de la Santé et des Solidarités

Pr Didier LEPELLETIER

Directeur général de la santé

Robin THOMAS

Chef du bureau du pilotage et de la performance, Centre de crises sanitaires, Direction générale de la santé

Evan MALCZYK

Adjoint à la cheffe de service du Centre de crises sanitaires, Direction générale de la santé

Mme Alima MARIE-MALIKITE

Directrice de cabinet de la directrice générale, Santé publique France

M. Loïc GROSSE

Directeur alertes et crises, Santé Publique France

Dr Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL

Directrice générale de l'agence régionale de la santé (ARS) Grand Est

M. Nicolas REVEL

Directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Mme Emmanuelle SEGUY-GARD

Adjointe du sous-directeur du service autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme Capucine ULIAN

Conseillère médicale sous-direction autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

M. Stéphane TROUSSEL

Président du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis

Pr Arnaud FONTANET

Directeur de l'unité épidémiologique
des maladies émergentes à l'Institut
Pasteur

Pr Bruno LINA

Président du biocluster pour
l'innovation et les maladies
infectieuses, Président de
l'Université Claude Bernard Lyon 1

Pr Mathieu MOLIMARD

Chef du service de pharmacologie
Médicale ; CHU de Bordeaux ;
Université de Bordeaux

Pr Eric CAUMES

Infectiologue

Mme Nathalie BAJOS

Directrice de recherche à l'INSERM,
Directrice d'études à l'EHESS,
titulaire de la chaire santé publique
du Collège de France

M. Olivier BORRAZ

Directeur de recherche au Centre
de sociologie des organisations
de Sciences-Po

Mme Marie-Aleth GRARD

Ancienne présidente d'ATD Quart
monde et ancienne membre
du Conseil scientifique Covid-19

Mme Nicole NOTAT

Ancienne animatrice du Ségur
de la santé

M. Jean-Denis COMBREXELLE

Président de section honoraire
au Conseil d'État

Mme Johanne SAISON

Professeure de droit public
à l'Université de Lille

Table ronde consacrée à la situation des Ehpad :

Mme Françoise GOBLED

Présidente de la Fédération
nationale des associations
et amis des personnes âgées
et de leurs familles (FNAPAF)

M. Eric FREGONA

Directeur adjoint de l'Association
des directeurs au service
des personnes âgées (AD-PA)

M. Emmanuel SYS

*Directeur général du GCSMS
Les Ehpad publics du Val de Marne*

Table-ronde des employeurs des secteurs sanitaire, social et médico-social

Mme Cécile CHEVANCE

Responsable du Pôle offres
à la Fédération hospitalière de
France (FHF)

Mme Sandrine COURTOIS

Co-responsable du pôle Autonomie
– Parcours à la Fédération
hospitalière de France (FHF)

M. Augustin HERAULT

Directeur de cabinet à la Fédération
hospitalière de France (FHF)

M. Charles GUEPRATTE

Directeur général de la Fédération
des Établissements Hospitaliers
et d'Aide à la Personne (FEHAP)

Dr Eric KARIGER

Président de la Commission
médicale et soins du Syndicat
national des établissements,
résidences et services d'aide à
domicile privés pour personnes
âgées (SYNERPA)

M. Antoine RETOURS

Chargé de communication Syndicat national des établissements, résidences et services d'aide à domicile privés pour personnes âgées (SYNERPA)

Mme Jade KOUIDER

Chargée de missions affaires publiques à la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

Mme Béatrice NOELLEC

Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale à la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

M. Vincent VINCENTELLI

Juriste à l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

**Table-ronde
des organisations syndicales****Mme Ingrid CLEMENT**

Secrétaire générale, Fédération Interco CFDT

Mme Béatrice CLICQ

Secrétaire confédérale, CGT-FO

Mme Aurore DUFOUR

Fédération santé-sociaux de l'UNSA

Mme Julie FERRUA

Co-déléguée générale de l'Union syndicale Solidaires

M. Ali FRAIN

Président de la fédération CFE-CGC Santé Social

M. Ali LAAZAOU

Fédération CFTC santé sociaux

Mme Astrid PETIT

Fédération de la santé et de l'action sociale CGT

**Par ailleurs, les rapporteurs
ont entendu en entretien :****Mme Fanny ARAV**

Rapporteuse de l'avis CESE Climat, cyber, pandémie : le modèle assurantiel français mis au défi des risques systémiques (avril 2022)

Mme Marie-José AUGÉ-CAUMON

Présidente du centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) « Réduire les risques » de Montpellier

Mme Vanessa BENOIT

Directrice générale du Samu social de Paris

Mme Bénédicte DURAND

Présidente du Centre national des œuvres universitaires et scolaires (CNOUS)

M. Yassine ENNOMANY

Directeur de Banlieues Santé

M. Benjamin FLOHIC

Directeur général de Cop1

Mme Marine ISSARTEL

Directrice du plaidoyer, Cop1 - Solidarités Étudiantes

Mme Guenaëlle HAUMESSER

Directrice de la prévention et de l'accompagnement mutualiste à la Mutualité française

Mme Elisabeth HUBERT

Présidente de la FNEHAD Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

M. Bernard JOMIER

Sénateur et conseiller de Paris, co-rapporteur de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire

Mme Dominique JOSEPH

Rapporteuse de l'avis du CESE
Crise sanitaire et inégalités de genre
(mars 2021)

M. Christophe LANNELONGUE

Inspecteur général des affaires
sociales honoraire, ancien directeur
général de l'ARS Grand Est

Benoît MIRIBEL

Rapporteur de l'avis Comment
construire une Europe de la santé ?
(avril 2022)

M. Bruno MOREL

Président d'Emmaüs France

M. Gilles NOËL

Vice-président de l'Association
des maires ruraux de France
(AMRF), maire de Varzy (Nièvre)

Mme Valérie NOVEMBER

Directrice de recherches au CNRS,
spécialisée dans la gestion des
crises (anticipation/préparation)

Mme Catherine PAJARES Y SANCHEZ

Rapporteuse de l'avis Comment
construire une Europe de la santé ?
(avril 2022)

M. Loïc RICOUR

Chef de pôle Protection des droits -
affaires judiciaires | Santé
et médico-social, *Défenseur
des droits*

M. Olivier VERAN

Ancien ministre des Solidarités
et de la Santé (février 2020 -
mai 2022)

3

Contribution de la délégation aux Outre-mer

Les crises sanitaires récentes ont montré une chose très claire : les Outre-mer sont souvent en première ligne, mais pas toujours assez préparés et les difficultés s'accumulent : des hôpitaux déjà sous pression, des risques naturels plus fréquents, des problèmes d'accès aux soins...

Et pourtant, les Outre-mer ont souvent su s'adapter, trouver des solutions. Et aussi ce que ces crises nous apprennent, c'est qu'on ne peut plus gérer la santé en Outre-mer comme dans l'hexagone. Il faut anticiper davantage, mieux travailler ensemble et surtout tenir compte des réalités locales. La prévention, la proximité et la confiance avec les habitants doivent devenir des priorités si l'on veut être prêt¹.

La répétition des crises sanitaires et leur exposition aux risques naturels placent les Outre-mer en situation d'« avant-postes », révélant les limites des réponses publiques et certaines vulnérabilités structurelles insuffisamment prises en compte. La pandémie de Covid-19 a ainsi mis en lumière des fragilités déjà connues : contraintes géographiques et éloignement de l'hexagone ; dépendance logistique ; risques de surmortalité liés aux maladies chroniques ; inégalités socio-économiques ; insuffisance de l'offre de soins ; et, dans certains territoires, une défiance accrue à l'égard des politiques de santé publique. Le cyclone Chido survenu en décembre 2024 à Mayotte, a lui aussi constitué un avertissement particulièrement aigu des fragilités en

matière de gestion de crise sanitaire. Au-delà de l'événement lui-même, ses conséquences ont mis en évidence des limites importantes dans les capacités d'anticipation et de coordination des réponses sanitaires.

Les Outre-mer peuvent aussi être considérés comme de véritables « territoires innovants » de la gestion de crise sanitaire. Risques de catastrophes naturelles, de crises sanitaires, environnementales et sociales s'y superposent, obligeant les acteurs à développer de fortes capacités d'adaptation, de résilience et d'innovation. Les mobilisations rapides des professionnels de santé, des services de l'État et des collectivités territoriales, ont permis dans de nombreuses situations de pallier les insuffisances structurelles (manques d'infrastructures de santé sur place, de réactivité des secours et difficultés d'accès notamment) et d'apporter des réponses adaptées aux réalités territoriales. Les Outre-mer ont ainsi expérimenté des coopérations renforcées et des ajustements des dispositifs nationaux aux contraintes locales, offrant des enseignements précieux pour l'ensemble du système de santé au niveau national. Toutefois, ces territoires révèlent aussi de manière amplifiée, les limites de la gestion de crise sanitaire : fragilité des infrastructures hospitalières, pénuries de personnels soignants, anticipation et planification insuffisances, lacunes dans la production de données statistiques (lacunes dans

¹ Dans le cadre de cette contribution, la délégation aux Outre-mer a entendu en entretien : Mme Marie Grosgeorge, directrice de cabinet de la direction générale des Outre-mer, et M. Bertrand Parent, directeur de l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane

le recensement de la population à Mayotte et en Guyane, manques d'études épidémiologiques et de suivi de cohorte...), ainsi qu'une défiance des populations lorsque les décisions apparaissent centralisées et insuffisamment adaptées aux contextes locaux. Les enseignements tirés de ces expériences doivent nourrir la réflexion sur l'intégration de ces territoires aux politiques de santé nationales, l'adaptation des dispositifs de gestion de crise, et l'acceptabilité des réponses aux contextes locaux.

Cette contribution de la délégation aux Outre-mer à la saisine *Crises sanitaires : prévenir, anticiper, coordonner* confiée à la commission des affaires sociales et de la santé, s'appuie particulièrement sur l'avis du CESE rapporté par M. Eric Leung et Mme Elisabeth Tomé-Gertheinrichs sur *La santé dans les Outre-mer*, qui met l'accent sur l'intégration des spécificités ultramarines dans les stratégies nationales de santé, indispensable pour garantir l'égalité de traitement entre les citoyens face aux risques sanitaires et renforcer la solidarité nationale.

I. Les systèmes de santé locaux présentent des fragilités importantes face aux crises sanitaires en Outre-mer

1. Des systèmes de santé sous tension structurelle

L'avis du CESE sur *La santé dans les Outre-mer*, rapporté par M. Eric Leung et Mme Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, présenté en janvier 2026, a montré que les Outre-mer sont confrontés à certaines fragilités structurelles de leur système de santé : pénurie de professionnels de santé ; difficultés de recrutement et de fidélisation des soignants, en particulier des médecins ; équipements médicaux (imagerie, plateaux techniques...) insuffisants ou inadaptés ; dépendance aux évacuations sanitaires pour les soins spécialisés, développement en cours de la télé médecine. En situation de crise sanitaire, avec l'afflux de très nombreux patients, ces contraintes locales limitent

fortement les capacités de montée en charge. L'avis pointe aussi l'absence de stratégie globale de santé pour les Outre-mer, déclinée territoire par territoire et intégrée à la Stratégie nationale de santé, ainsi que la fragmentation du pilotage entre directions ministérielles et le manque de coordination interministérielle, qui entraînent une déperdition importante d'efficacité des politiques de santé sur ces territoires. L'avis met également en lumière les difficultés de coordination locale qui peuvent entraver la réponse en cas de crise (Agences régionales de santé, hôpitaux, préfet, collectivités territoriales...). Les organisations institutionnelles complexes et la répartition des compétences différente d'un territoire à l'autre entre l'État et les collectivités territoriales (Départements et

régions d'Outre-mer d'une part, et collectivités d'Outre-mer et Nouvelle-Calédonie d'autre part) entravent la réactivité et l'adaptation des réponses en situation d'urgence.

La délégation aux Outre-mer rappelle la préconisation 14 de l'avis sur La santé dans les Outre-mer, d'établir dans chaque territoire ultramarin, une convention formalisée entre l'État, les collectivités territoriales concernées (DROM et COM) et les établissements de santé publics et privés². Cette convention aura pour objet de définir des objectifs territorialisés de santé publique fondés sur les besoins réels de la population et de préciser les engagements de chacune des parties en matière d'organisation des soins, de prévention, de continuité des parcours et de qualité des prises en charge. Elle devra également fixer les moyens humains, techniques et financiers mobilisés pour atteindre ces objectifs, dans une perspective pluriannuelle afin d'assurer la stabilité des politiques engagées et d'adapter leur offre de soins. En outre, cette convention constituera un outil essentiel pour renforcer la coordination entre les acteurs et garantir une gouvernance sanitaire cohérente et partenariale. Elle prévoira les modalités d'évaluation et fera l'objet d'un suivi de mise en œuvre qui engagera les signataires.

Cette préconisation est essentielle à mettre en œuvre afin de garantir une coordination efficace des soins en cas de crise sanitaire ainsi qu'une adaptation des moyens aux besoins

spécifiques des territoires et des populations.

Il convient de partir de la première expérience d'ampleur qu'ont connu les Outre-mer, et en particulier La Réunion, la crise du chikungunya. En effet, seul département français à avoir vécu une crise sanitaire inédite avec les conséquences sur le système de santé. Entre 2005 et 2006, l'institut de veille sanitaire a dénombré environ 300 000 cas depuis l'apparition du virus à La Réunion en 2005, et plus de 250 décès causés directement ou indirectement par le chikungunya. On a dénombré près de 60 000 cas à Mayotte. Les structures médicales se sont rapidement retrouvées dépassées. Les hôpitaux ont été débordés, les services d'urgences asphyxiés, l'accumulation des brancards, l'allongement des temps de prise en charge et l'insuffisance de places en réanimation pour absorber les patients les plus graves. Cette crise a mobilisé une cellule de crise pour gérer le manque de lit ce qui a nécessité des reports d'hospitalisations programmées. La transformation en urgences de services entiers, comme par exemple l'ajout de lits dans les services de chirurgie ou en pédiatrie. La mise à disposition et la transformation de lits chirurgicaux en lits de médecine dans les structures privées. Mobilisation de renforts venus de l'Hexagone pour pallier le nombre important d'arrêt des personnels locaux touchés par l'épidémie. Les établissements ont vu une baisse de leur chiffre d'affaires de 20 % à de 80 % dans certains cas. Certains établissements ont même fermé temporairement du fait

² Les établissements de santé privés doivent jouer un rôle en complémentarité avec les établissements publics en cas de crise sanitaire. Le secteur privé permet une complémentarité de l'offre de soins et de faire face aux tensions conjoncturelles (épidémies de maladies vectorielles telles que la dengue ou le chikungunya, crises sanitaires, catastrophes naturelles, ruptures d'approvisionnement...). Dans ce contexte, il faut souligner l'enjeu de poursuivre la mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et l'enjeu d'organiser les complémentarités public/privé en amont au bénéfice des patients.

d'arrêts maladies en cascade. Ce phénomène s'est aussi retrouvé dans le BTP, dans le commerce et tous les secteurs ont été frappés mais aussi fragilisés. L'État a-t-il tiré les enseignements de cette crise ? Le Gouvernement de l'époque reconnaissait qu'aucun département ni région n'avait connu une crise de cette ampleur. A l'époque et au regard de la gravité de la crise, le gouvernement ainsi que les services de l'État ont travaillé à un Plan Santé Chikungunya qui servait de document de référence à mobiliser pour éviter une telle épidémie. 16 ans après, le système de santé s'est retrouvé de nouveau asphyxié par la crise du Covid-19. Ainsi, on peut légitimement se poser la question des enseignements tirés depuis cette date, les réformes, les adaptations et la préparation des territoires ultramarins. On peut s'interroger sur ce qui a été mis en place ? Quelle prévention ? Quelle anticipation ? Quelle organisation nouvelle ?

La crise sanitaire du Covid-19 a mis les systèmes sanitaires à rude épreuve en Outre-mer. La mission d'information du Sénat destinée à évaluer *Les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités relatif aux enseignements de la quatrième vague épidémique Outre-mer en matière sanitaire et économique*, de novembre 2021, a tiré les principaux enseignements de la gestion de la crise sanitaire sur ces territoires. La crise sanitaire provoquée par le Covid-19 a largement excédé les capacités locales. Au cours de l'été 2021, plus de 4 600 soignants ont été mobilisés depuis l'hexagone pour venir renforcer les hôpitaux

ultramarins. Par exemple, en Martinique les lits de réanimation ont été multipliés par cinq, de 26 à 130, et un module militaire de 20 lits a été déployé. En Guadeloupe, on est passé de 27 à 69 lits de réanimation par réaffectation, puis à 98 avec 1 300 renforts. Malgré cela, les hôpitaux ont été débordés : en août 2021, le CHU de Guadeloupe indiquait que 40 % de ses lits étaient occupés par des patients Covid-19. La médecine d'urgence enregistrait jusqu'à 80 passages Covid-19 par jour sur place. Des priorités de triage ont dû être mises en place lors du pic, faute de lits suffisants. Partout on a dû développer des capacités pour faire face à l'urgence (tentes, lits supplémentaires...). La mission sénatoriale note que la population ultramarine (équivalente à 4 % de la population nationale) a concentré 30 % des décès hospitaliers liés au Covid lors de la 4^e vague, alors que les taux de vaccination étaient très insuffisants. Les experts ont alerté sur le manque de moyens et le départ de nombreux soignants épuisés après cette période.

La couverture vaccinale a longtemps été très inférieure en Outre-mer à celle de l'hexagone ce qui traduit une spécificité à prendre en compte dans le cadre d'autres crises sanitaires à venir. Début juillet 2021, seuls 15,7 % des Martiniquais avaient reçu une dose (pour la moitié des Français à cette date). Les chiffres restaient très faibles en février 2022, la Martinique et la Guadeloupe ne dépassaient pas 40 % de vaccinés alors qu'au niveau national on se situait à 78 %. Cette situation s'explique en grande partie par la défiance

locale. Les experts soulignent la place d'une méfiance « historique ». Des discours anti-vaccination ont largement circulé. L'instauration fin 2021 du « pass vaccinal » a déclenché de vives réactions en Outre-mer. En Guadeloupe et en Guyane, des semaines de manifestations urbaines ont suivi la loi exigeant la vaccination des soignants et du personnel du secteur médico-social. Environ 250 professionnels de santé ont été suspendus début 2022 en Guadeloupe pour non-vaccination. Ils ont été réintégrés en mai 2023.

La crise sanitaire du Covid-19 a laissé des séquelles profondes en Outre-mer. Elle a notamment mis en lumière la vulnérabilité structurelle des systèmes de santé ultramarins. Les saturations hospitalières, les évacuations sanitaires massives et les difficultés à maintenir une offre de soins ont révélé le peu de marges de manœuvre locales en cas de choc sanitaire majeur. À cela s'ajoute une perte de confiance envers les autorités publiques, et en particulier les Agences régionales de santé (ARS). Plus globalement, l'expérience de cette crise renforce l'idée qu'il faut davantage adapter les stratégies sanitaires aux spécificités locales ultramarines : renforcer les moyens humains et logistiques ; disposer de renforts sanitaires planifiés et projetables rapidement en cas de crise (réserve sanitaire nationale mobilisable et prête à l'emploi) ; et campagnes de santé publique culturellement contextualisées (langues régionales) sont désormais jugés essentiels pour mieux prévenir de nouvelles crises sanitaires majeures.

2. Des risques sanitaires spécifiques aux Outre-mer

Les territoires ultramarins sont exposés à des risques élevés d'épidémies de maladies infectieuses et vectorielles, particulièrement accrus dans un contexte de changement climatique et de contact avec la biodiversité. Les Agences régionales de santé (ARS) assurent une veille épidémiologique, l'évaluation et la gestion des risques sanitaires, tandis que le dispositif ORSAN peut être activé pour les maladies infectieuses et les catastrophes naturelles. Sur tous les territoires intertropicaux, les maladies vectorielles constituent une menace sanitaire permanente accentuée par les conditions climatiques, la densité de population et les inégalités d'accès aux soins. C'est le cas en particulier des maladies transmises par l'intermédiaire des moustiques infectés telles que la dengue, le paludisme, le zika et le chikungunya présentes sur tous les territoires situés en zone intertropicale. Le virus zika a déclenché une épidémie en 2016 dans les Antilles et la Guyane (environ 80 000 consultations liées à zika), avant de disparaître (plus aucun cas autochtone confirmé après 2017). Le chikungunya, après une flambée massive en 2005-2006, a réémergé dans l'océan Indien. La Réunion subit ainsi une forte épidémie de chikungunya en 2025, où 55 000 cas ont été confirmés en début d'année. La dengue reste endémique en Guyane avec plus de 20 000 cas cliniquement évocateurs recensés en 2023-2024. Aux Antilles, l'ARS signale une reprise récente du nombre de cas de dengue en Guadeloupe notamment, tandis qu'en Martinique la circulation virale a décliné ces derniers mois. Mayotte est aussi très fortement touchée et connaît des maladies infectieuses peu présentes au niveau national, comme l'hépatite A, et a

vu des résurgences de choléra ou d'épidémies de fièvres typhoïdes. Le paludisme reste actif en Guyane, ainsi que la fièvre jaune, et résiduel à Mayotte, avec une recrudescence des cas importés.

La délégation aux Outre-mer demande que les contrôles sanitaires aux frontières soient renforcés dès l'apparition de cas de maladies épidémiques dans la zone régionale.

L'Institut Pasteur de la Guyane (IPG), présent à Cayenne en Guyane depuis 1940, joue un rôle essentiel dans la lutte contre les maladies infectieuses et tropicales. Son installation a été décidée à la suite d'une épidémie de fièvre jaune, pour mener une recherche en lien étroit avec le milieu forestier tropical. Par sa présence, l'Institut Pasteur exerce une surveillance dans la région amazonienne et aide la population guyanaise à lutter contre les maladies infectieuses. Il héberge le centre national de référence pour les virus respiratoires, les antiviraux et la chimiorésistance contre le paludisme. Sa mission se décline en trois grands axes complémentaires : la recherche, la surveillance épidémiologique et la formation. Le fait de positionner un centre de recherche dans l'un des épicentres de maladies virologiques qu'est la forêt amazonienne est à l'origine de nombreux projets innovants qui ont pour objectif d'étudier les maladies du fond sauvage et l'émergence de nouvelles maladies. Cette implantation au plus près du terrain et des populations est un atout décisif en cas d'épidémie comme l'a montré la crise sanitaire du Covid-19. Son action de veille, en particulier concernant

les arbovirus (groupe de virus : dengue, chikungunya, zika, fièvre jaune) transmis aux humains et aux animaux par les arthropodes vecteurs, principalement les moustiques et les tiques, est essentielle en zone tropicale. Il contribue à l'évaluation de la séroprévalence des arboviroses, à l'analyse des dynamiques de transmission et à la modélisation des épidémies. L'Institut Pasteur joue aussi un rôle important dans le suivi entomologique et virologique du virus oropouche présent en Guyane dans des zones rurales ou périurbaines.

La délégation aux Outre-mer relaye la demande de l'Institut Pasteur aux autorités de mieux contrôler les vaccinations de fièvre jaune lors des passages à l'aéroport de Cayenne.

Les coopérations régionales constituent un levier essentiel pour renforcer la veille sanitaire et les réponses en cas de crise.

Dans des territoires caractérisés par l'insularité, la vulnérabilité aux risques naturels et la présence de maladies vectorielles, la coopération sanitaire avec les pays voisins permet de mutualiser les moyens, de développer des compétences médicales et d'améliorer la prise en charge des patients. Elle contribue également à renforcer la sécurité sanitaire régionale par la surveillance partagée des épidémies, l'échange d'expertises et la mise en commun d'infrastructures. Ces dynamiques se sont déjà traduites par des réalisations concrètes dans différents bassins océaniques : mutualisation d'équipements d'imagerie, collaborations en chirurgie, dépistage régional de maladies infectieuses, plateformes

de veille épidémiologique ou encore développement de la télémedecine transfrontalière. Par exemple, lors de la pandémie de Covid-19, le laboratoire de La Réunion a séquencé des échantillons provenant des pays voisins. Cette capacité a été portée par le laboratoire de virologie du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion, qui est également reconnu comme Centre national de référence pour les virus respiratoires, incluant le SARS-CoV-2. Ce laboratoire a mis en place des capacités de séquençage à l'aide de technologies de lecture génomique (notamment des technologies basées sur Oxford Nanopore) pour typer génétiquement les souches circulant sur l'île, contribuant ainsi à la compréhension de l'évolution et de la dynamique du virus dans le contexte insulaire. Les données de séquençage réalisées ont été partagées via des bases de données internationales (comme GISAID) permettant de comparer les génomes du SARS-CoV-2 avec ceux circulant dans d'autres pays ou territoires voisins, identifiant ainsi les lignées importées ou partagées et soutenant les analyses épidémiologiques transfrontalières dans l'océan Indien. Cette démarche s'inscrit dans un effort global de surveillance des variants qui repose sur l'échange rapide de séquences à l'échelle internationale. De même, un réseau régional « *One Health* » (« *SEGA* ») regroupe les autorités sanitaires de la Communauté de l'Océan Indien (COI) afin de surveiller et de contenir les maladies émergentes (lutte antivectorielle, formation des épidémiologistes de terrain et des techniciens de laboratoires de la région à la maintenance des équipements).

Pour la délégation aux Outre-mer, la coopération internationale en santé est un levier essentiel d'amélioration de la réponse des systèmes de santé ultramarins en cas de crise : de la

formation des personnels hospitaliers, aux interventions d'urgences, l'évacuation sanitaire de patients (EVASAN), en passant par la veille sanitaire partagée au niveau de la zone régionale, l'utilisation des équipements médicaux, ces échanges multiformes avec les pays voisins renforcent la résilience des territoires ultramarins, notamment en cas d'épidémies régionales ou de catastrophes naturelles, améliorent l'offre de santé, tout en contribuant à la sécurité sanitaire globale.

3. Des vulnérabilités sociales et territoriales accrues au regard de l'accès aux soins

Les crises sanitaires tendent à accroître les inégalités sociales et territoriales présentes, déjà très marquées, en touchant plus durement les publics les plus précaires et les personnes les plus vulnérables. Du fait de la précarité sociale et économique d'une grande partie de la population (de 27 % en Martinique à 77 % à Mayotte de la population vit sous le seuil de pauvreté en Outre-mer) et d'un moindre accès aux soins, les populations ultramarines présentent, à âge égal, des niveaux de mortalité nettement supérieurs à ceux observés dans l'hexagone, avec des écarts particulièrement marqués à Mayotte et en Guyane. Cette surmortalité est étroitement liée à la forte prévalence de maladies chroniques : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires ou endocriniennes, qui constituent des facteurs de risque aggravants en situation de crise sanitaire. À cela s'ajoutent des conditions de vie et de logement dégradées ou insalubres, une forte promiscuité dans l'habitat informel, et un accès inégal à l'eau potable ou à l'assainissement dans certains territoires, notamment à Mayotte et en Guadeloupe, autant d'éléments qui

complicquent l'application des mesures de prévention, d'hygiène et de protection. L'éloignement des soins entraîne également des déplacements compliqués et coûteux pour les patients. De nombreuses personnes ayant des problèmes de mobilité, âgées, isolées, en situation de handicap, de précarité économique, ou des jeunes, ont des difficultés importantes pour se rendre aux rendez-vous médicaux. Ces situations sont fortement aggravées en cas de crise sanitaire ou de catastrophe naturelle mettant en jeu la continuité de l'accès aux soins : communications coupées, logements inondés, transports publics insuffisants ou indisponibles, faible présence médicale en dehors des villes chef-lieu...

Le cyclone Chido a eu des conséquences particulièrement lourdes pour la population de Mayotte, révélant des vulnérabilités structurelles.

Les quartiers d'habitat précaire, souvent installés sur des zones à risques (pentes instables, zones inondables ou littorales), sont composés majoritairement de constructions en tôle, bois ou matériaux de récupération, qui n'offrent qu'une faible résistance aux événements climatiques intenses. Cette situation a rapidement généré des risques sanitaires accrus : augmentation du risque de maladies hydriques et vectorielles liées à la prolifération de moustiques dans les eaux stagnantes, exposition aux infections respiratoires et cutanées, difficultés d'accès à l'eau potable pour l'alimentation et l'hygiène. Les centres de soins ont vu affluer des personnes souffrant de blessures liées à

l'effondrement des habitations, mais aussi de pathologies aggravées par la promiscuité et le stress post-catastrophe. Les opérations de secours d'urgence ont été ralenties par la densité de l'habitat, le manque de routes et la crainte de déplacements pour certains habitants.

Pour la délégation aux Outre-mer, l'accès aux soins en cas de crise sanitaire ou de catastrophe naturelle doit prendre en compte les situations sociales et territoriales spécifiques aux territoires (communication en langue régionale, ouverture de points de rassemblement dans des lieux sûrs, mise à disposition de rampes d'eau potable...) ainsi que les difficultés particulières que cela représente (constitution de stocks de médicaments et d'eau potable, déploiement d'équipes mobiles sur le territoire, repérages des personnes isolées...).

Les services de l'État et les ARS doivent s'appuyer sur les élus locaux et les associations qui œuvrent au plus près des populations précaires, pour adapter les soins et aller vers les populations les plus éloignées et les plus précaires.

Les difficultés rencontrées lors des campagnes de vaccination contre le Covid-19 ont souligné l'importance cruciale de la confiance dans le système de santé, de la qualité de l'information, et de la reconnaissance des cultures locales. Les politiques de prévention souffrent d'un manque de structuration et de coordination en Outre-mer, c'est ce qu'a montré l'avis du CESE sur *La santé dans les Outre-mer*. Les actions demeurent souvent

dispersées, faiblement dotées et insuffisamment adaptées aux réalités culturelles, sociales et linguistiques des territoires. Cette inadéquation contribue à une défiance croissante à l'égard des institutions sanitaires, observée de manière aiguë lors de la crise du Covid-19 mais également à la suite de crises environnementales majeures, telles que la pollution au chlordécone aux Antilles ou les conséquences sanitaires des essais nucléaires en Polynésie française. Le manque de communication de proximité et la faible reconnaissance des pratiques et des savoirs locaux ont, dans certains cas, limité l'adhésion de la population aux mesures de santé publique, fragilisant leur efficacité.

En Outre-mer, la communication de crise doit donc être culturellement adaptée à chaque territoire, être notamment multilingue lorsque c'est nécessaire, et s'appuyer sur des relais de proximité au contact de la population : professionnels de santé, élus locaux, associations.

Le manque d'eau potable reste un point de vulnérabilité très important en cas de crise sanitaire, et cela sur plusieurs territoires (Mayotte, Guyane, Guadeloupe, Martinique, Polynésie française notamment). Cette insuffisance a été particulièrement criante pendant la crise sanitaire qui a montré l'importance vitale de l'accès à l'eau pour maintenir des conditions de santé et l'hygiène acceptables. Les pénuries d'eau potable à Mayotte et en Guadeloupe nuisent au fonctionnement des établissements de santé : les personnels ne peuvent plus se laver les mains ou faire la toilette des patients. Des coupures d'eau de plus de quatre jours ont impacté les établissements hospitaliers de Baie-Mahault en Guadeloupe, des opérations ont dû être reprogrammées et le service de maternité être fermé faute d'eau.

La prise en compte de la démocratie sanitaire revêt une importance particulière dans l'anticipation des crises, en raison de la diversité culturelle et du poids des inégalités territoriales et sociales de santé. La démocratie en santé est trop souvent marginalisée en Outre-mer et lors des périodes de crise alors qu'elle peut constituer un levier essentiel pour améliorer l'adhésion des patients aux mesures sanitaires et réduire les phénomènes de défiance. La gouvernance sanitaire se heurte bien souvent en Outre-mer à une distance structurelle entre la décision publique et la réalité du terrain. Pourtant, la mobilisation des instances de démocratie sanitaire permettrait de palier aux problématiques de confiance dans les institutions de santé. Dans plusieurs territoires, les crises sanitaires comme la contamination au chlordécone aux Antilles, la gestion de l'épidémie du Covid-19 ou la vaccination au Chikungunya dans l'océan Indien, ont mis en évidence une défiance accrue de la population envers les autorités publiques. Cette défiance s'explique en partie par le sentiment d'un manque de transparence dans la prise de décision et par la difficulté pour les habitants d'accéder à une information claire et adaptée. Restaurer cette confiance suppose donc d'associer plus étroitement les populations à la gestion des risques sanitaires et de renforcer la communication sur les choix opérés par les pouvoirs publics. Il est important de reconnaître la place particulière qu'occupent les associations de patients et d'aidants dans les différentes instances de concertation placées notamment auprès des Agences régionales de santé.

Pour la délégation aux Outre-mer, le renforcement de la démocratie en santé fait partie des priorités identifiées afin de mieux anticiper les enjeux de cohésion sociale et territoriale de la gestion de crise.

PRÉCONISATION #1

La délégation aux Outre-mer préconise de renforcer l'organisation des dispositifs de gestion de crise (cellule de crise, communication), la coordination des acteurs en Outre-mer, en associant l'ensemble des parties prenantes (préfet, ARS, hôpitaux, professionnels de santé, collectivités territoriales, associations), et en intégrant pleinement les plans (ORSEC et plan blanc) et retours d'expériences.

Cette instance de gouvernance sanitaire doit permettre une articulation effective entre les politiques de prévention, de gestion de crise et d'organisation

des soins, en s'inscrivant dans une logique de planification et d'anticipation. Elle devra intégrer de manière systématique les retours d'expérience des crises sanitaires et environnementales passées, les études prospectives et de veille sanitaire, afin d'adapter les dispositifs et plans aux réalités locales, et améliorer la réactivité et l'acceptabilité des décisions en situation de crise.

A cet égard, la communication doit être mieux coordonnée dans ce cadre-là. Elle doit être aidée en tenant compte dans ses modalités de mise en œuvre de son impact sur les activités économiques et notamment touristiques.

II. Anticiper et planifier la gestion de crise en tenant compte des réalités territoriales

1. Une préparation aux risques naturels et sanitaires à renforcer

La contribution de la délégation aux Outre-mer à l'avis Climat, cyber, pandémie : le modèle assurantiel français mis au défi des risques systémiques, rapportée par Mme Nadine Hafidou³, a rappelé

que les risques naturels sont depuis toujours très présents en Outre-mer⁴. Ces risques évoluent rapidement sous l'effet du changement climatique. Les études du GIEC prévoient une élévation de la température et du niveau des océans, mais aussi des événements climatiques

³ Avis du CESE, *Climat, cyber, pandémie : le modèle assurantiel français mis au défi des risques systémiques*, rapporté par Mme Fanny Arav et M. François-Xavier Brunet, présenté en avril 2022

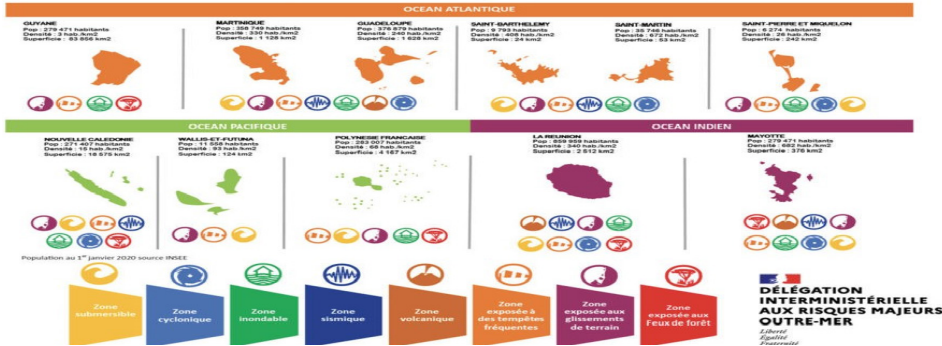
⁴ Que l'on se rappelle l'éruption volcanique de la montagne Pelée en Martinique, en 1902, qui fit près de 25 000 victimes, ou le tremblement de terre de novembre 2007, l'un des séismes les plus puissants des dernières décennies aux petites Antilles. Les cyclones « Hugo » et « Luis », en septembre 1989 et 1995, en Guadeloupe et dans les îles du Nord, ou encore « Alan » en avril 1998 en Polynésie française, les ouragans « Irma » et « Maria »... demeurent des événements qui ont marqué les esprits par leur puissance dévastatrice. Le Piton de Fournaise à La Réunion est de nouveau entré en éruption, en avril 2021, alors que depuis quelques années, au large de Mayotte, un nouveau volcan naît sous la mer provoquant de nombreux séismes. Plus récemment, citons les cyclones Chido et Dikéléli à Mayotte, et Garance à La Réunion.

extrêmes plus fréquents dans les zones intertropicales où sont situés la plupart de nos territoires ultramarins (cyclones, inondations, submersions, glissements de terrains, incendies, sécheresses...). Les scientifiques évoquent une hausse inévitable de multiples dangers pour les populations. Les expériences d'Irma à Saint-Martin et Saint-Barthélemy et plus récemment de Chido et Dikélédi à Mayotte ont été de véritables

traumatismes pour ces territoires et les populations, et un avertissement quant à une augmentation des événements extrêmes liés au changement climatique.

Hors période de crise, dans le cadre de cette préparation, la mise en place et l'information de la population sur la nécessité de se doter d'un « kit d'urgence » doit être généralisée.

RISQUES MAJEURS EN OUTRE-MER : SYNTHÈSE DES ALÉAS PAR TERRITOIRE, ÉTABLIE PAR LA DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE AUX RISQUES MAJEURS OUTRE-MER



Source : délégation interministérielle aux risques majeurs Outre-mer

L'avis du CESE sur *La montée des eaux dans les Outre-mer : quelles stratégies pour s'adapter ?* rapporté par Mme Sabine Roux de Bézieux, M. Pierre Marie-Joseph et Mme Hélène Sinder, a mis en évidence l'augmentation prévisible des risques naturels littoraux en Outre-mer. La montée des eaux est un phénomène inexorable, quel que soit le degré de réchauffement de la planète atteint dans les années à venir, dont il faut anticiper les conséquences pour les territoires. De plus en plus de vies seront mises en danger lors des cyclones et des inondations si rien n'est fait. Les nombreux outils de planification (PPRN, PPRI, PPRL, PCS, PAPI...) ainsi que d'aménagement et d'urbanisme existants n'ont pas encore

intégré les risques associés à la montée des eaux : submersion-inondation, cyclones plus puissants, éboulements, glissements de terrain, rupture des voies de communication, inondation des aéroports ou du Centre hospitalier de Guadeloupe notamment... Il convient de planifier la réponse aux risques dès maintenant et d'intégrer les conséquences de la montée des eaux dans toutes les décisions publiques.

Pour la délégation, une évaluation globale des risques de submersion-inondation sur les infrastructures critiques doit être réalisée en priorité. Il apparaît également opportun que l'ensemble des élus locaux des

territoires ultramarins soient formés aux questions de prévention et de gestion des risques naturels littoraux qui sont en forte augmentation.

L'objectif de « zéro vulnérabilité aux risques naturels » est inscrit dans la trajectoire Outre-mer 5.0 à l'horizon 2030. Le but est de passer d'une logique de réaction aux catastrophes à une culture de l'anticipation, de la résilience et de la prévention intégrée. Il repose sur plusieurs leviers complémentaires : le renforcement des normes de construction et de l'aménagement du territoire, la protection des infrastructures critiques (eau, santé, énergie, télécommunications), l'amélioration des systèmes d'alerte et de gestion de crise, ainsi que la montée en compétence des acteurs locaux et de la population.

La Direction générale des Outre-mer (DGOM) occupe une place particulière dans l'architecture de l'État en matière de préparation et de gestion des crises. Administration dite « concourante »⁵, elle n'est pas responsable en propre des politiques publiques sectorielles, qui relèvent en premier lieu des ministères métiers (santé, intérieur, environnement...), elle joue un rôle d'appui, de facilitateur et de coordination interministérielle, conformément à la circulaire n°6456-SG du 10 juillet 2024. Le cabinet de la DGOM suit ainsi étroitement les situations de crise, en lien avec les administrations centrales concernées, et contribue à anticiper les besoins, à alerter

les autres ministères et à apporter des réponses élargies intégrant des dimensions transversales telles que l'eau, l'environnement ou encore l'international. La gestion de crise illustre particulièrement cette logique de complémentarité interministérielle. Si le ministère de l'Intérieur, et en particulier les préfets sur les territoires, demeure responsable de la conduite opérationnelle des crises, notamment via la sécurité civile, et si la réponse sanitaire relève principalement du ministère de la Santé, la DGOM participe activement à la préparation et à la gestion des crises (coordonnateur dédié, cellule de veille, rôle d'animation et d'alerte...). Elle s'inscrit dans les dispositifs existants, comme les réunions hebdomadaires de sécurité sanitaire, et œuvre à renforcer la coordination entre les échelons locaux et central, ainsi qu'entre les différentes administrations centrales. Cette fonction de coordination interministérielle renforcée est essentielle pour garantir une prise en compte effective des particularités ultramarines. Les spécificités institutionnelles des territoires sont aussi à prendre en compte et nécessitent une approche différenciée. En Nouvelle-Calédonie, la sécurité civile et la santé relèvent de la compétence du gouvernement local et l'État n'intervient qu'à la demande du gouvernement calédonien, tandis qu'en Polynésie française la collectivité territoriale dispose des compétences en

⁵ Une administration concourante est une administration de l'État qui contribue à une politique publique ou à une action, sans en être le pilote principal ni le responsable juridique.

matière de santé. La DGOM veille alors à assurer les liens entre les hauts-commissariats et les ministères lorsque la situation l'exige.

La crise sanitaire liée au Covid-19 a mis en lumière l'importance d'une capitalisation de l'expérience de gestion de crise propre aux Outre-mer.

Une cellule dédiée au ministère des Outre-mer a permis d'adapter le calendrier et les mesures, afin de les rendre plus acceptables socialement dans des contextes où les sujets sanitaires sont particulièrement sensibles, notamment aux Antilles, et où les restrictions de libertés publiques s'adaptent plus difficilement aux contraintes des populations locales. Cette expérience a souligné aussi la nécessité de capitaliser les enseignements, de conserver la mémoire des événements pour gagner du temps lors des crises futures grâce à des dispositifs déjà éprouvés. Les retours d'expérience (« RETEX ») constituent à cet égard un enjeu majeur, bien que complexes à mettre en œuvre. Ils doivent être anticipés dès le début de la crise, diffusés largement et effectivement utilisés afin d'alimenter une mémoire collective des événements. Dans cette perspective, la réflexion autour d'une mission dédiée, telle qu'un délégué interministériel à la préparation et la gestion de crises en Outre-mer, dont la mission a en partie existé par le passé avec le délégué interministériel aux risques majeurs Outre-mer, apparaît comme une piste à suivre pour mieux préparer et gérer les crises à venir et renforcer l'agilité de la coordination interministérielle.

Les Outre-mer sont riches depuis de nombreuses années de bonnes pratiques en matière de prévention des risques naturels⁶ : le plan séisme

Antilles⁷ comprend des actions de développement de la prévention du risque sismique ; les journées thématiques dédiées à la prévention des différents risques naturels majeurs ; le 13 octobre se tient la journée internationale pour la réduction des risques de catastrophes ; la journée annuelle « Caribewave » pour des exercices de réaction à un raz-de-marée ; la création et le balisage de lieux de refuge en cas de raz-de-marée se développe dans chacun des territoires exposés ; la Plateforme d'Intervention Régionale de l'océan Indien comme outil régional d'intervention coordonné par la Croix rouge française voué à réduire la vulnérabilité des populations faces aux risques et aux conséquences des catastrophes naturelles... Toutes ces bonnes pratiques doivent être développées et essaimer d'un territoire à l'autre.

Toutefois, comme l'ont montré les difficultés d'intervention des secours suite au cyclone Chido à Mayotte, la culture du risque reste inégalement développée selon les territoires, les populations et les types d'aléas.

L'acculturation aux cyclones est bien présente dans les territoires historiquement concernés, notamment aux Antilles et à La Réunion. Mais avec les effets du changement climatique, il faut se préparer à des épisodes inattendus, plus violents et plus fréquents. A Mayotte, une information a été diffusée quant aux risques sismiques à travers des vidéos de

6 Voir les propositions de la récente *Mission sur la transparence, l'information et la participation de tous à la gestion des risques majeurs, technologiques ou naturels*, rapport établi par Frédéric Courant, Jean-Frédéric Biscay, Damien Boutillet, Caroline Rizza, Freddy Vinet, Karine Weiss, avec le concours de Maryline Simoné, Julie Dehays, Juin 2021.

7 Le plan Séisme Antilles se déploie sur 2007-2027, pour un montant annoncé de six milliards d'euros. Il vise principalement à intervenir sur le bâti public existant.

prévention traduites en shimahorais, la langue locale la plus parlée par la population. Par contre, peu d'actions de sensibilisation ont été réalisées sur les risques de glissements de terrain liés aux défrichements illégaux. Pour être efficaces, les actions doivent viser principalement les jeunes et les enfants dans le cadre de l'école, des sorties scolaires et les médias sociaux, car les jeunes sont souvent les relais les plus efficaces dans la sensibilisation de leur entourage. Il faut également développer la mémoire des risques afin de transmettre d'une génération à l'autre une forme de culture de prévention.

La réduction des vulnérabilités passe par la réalisation de plans locaux de prévention des risques mis à jour.

Toutes les communes de Guadeloupe, Martinique, La Réunion et Saint-Pierre-et-Miquelon sont couvertes par de tels plans (plans de préventions des risques inondation, plan de prévention des risques naturels, plan de prévention des risques littoraux...), approuvés par les préfets. Il est à présent nécessaire de faire respecter les mesures dans les plans d'urbanisme et de prendre des mesures d'évacuation des zones non constructibles en informant les habitants sur les risques et en proposant des solutions de relogement durable à proximité, ce qui n'est pas toujours le cas et expose les populations.

Les Outre-mer doivent aussi développer une approche plus intégrée de la gestion de crise, dans laquelle les risques naturels et sanitaires sont étroitement liés.

Cyclones, inondations ou séismes ont des impacts immédiats sur l'accès aux soins, l'eau potable,

l'assainissement et la continuité des services essentiels. Cette vision systémique, encore trop souvent cloisonnée, doit permettre de mieux anticiper les effets en cascade des crises et d'adapter les plans de réponse sanitaire.

Pour la délégation aux Outre-mer, il faut lancer une démarche de feuille de route territoriale de prévention des risques naturels et sanitaires liés qui réunisse tous partenaires sous l'autorité du Préfet : État, agence régionale de santé, collectivités territoriales, représentants de la société civile, de manière à redonner une impulsion en listant les points forts et points de progrès sur chacun des territoires, et inclure les actions prioritaires à mettre en œuvre, les retours d'expérience, et une stratégie d'information en amont des populations.

2. Une préparation aux crises sanitaires à renforcer territoire par territoire

La prévention des conséquences sanitaires des catastrophes naturelles implique une planification globale et opérationnelle régulièrement mise à jour. Les services de l'État (ARS, préfets, sécurité civile) en collaboration avec les collectivités territoriales et la Croix-Rouge française développent des programmes de résilience et de sensibilisation des populations aux risques. Ces dispositifs de préparation de la réponse sanitaire sont mis en place sur chaque territoire afin d'élaborer et de tester régulièrement les plans blancs territoriaux intégrant les risques naturels et crises épidémiques : créer des stocks sanitaires

prépositionnés dans chaque territoire, déployer des équipes mobiles de santé et anticiper les relèves de personnel, former les professionnels de santé à la médecine de catastrophe, assurer des dispositifs de télémédecine pour les zones enclavées. La plupart des exercices réalisés en Outre-mer ne comprennent toutefois pas de scénario extrême ou de cumul successif ou concomitant de catastrophes aboutissant à un « sur-choc ».

Ces plans doivent ainsi être sans cesse mis à niveau compte tenu de l'évolution des risques induite par le changement climatique et les épidémies émergentes.

L'anticipation des crises sanitaires suppose une planification sanitaire régionale spécifique en lien avec les collectivités territoriales. Les territoires ultramarins sont particulièrement exposés aux maladies vectorielles (Dengue, Chikungunia, paludisme, fièvre jaune...). La gouvernance de crise doit davantage associer les collectivités territoriales, responsables, entre autres, de la lutte antivectorielle⁸, les acteurs de terrain et la société civile organisée, afin de garantir des réponses plus réactives, adaptées et acceptables par les populations. Concrètement, les collectivités territoriales sont chargées de mettre en œuvre les actions de terrain : élimination des gîtes larvaires, entretien des ravines, aménagements,

ainsi que le contrôle de l'insalubrité des logements et des abords. Ces actions sont essentielles car en Outre-mer la majorité des gîtes larvaires se situe dans ou à proximité immédiate des habitations, souvent liés au stockage de l'eau, à l'habitat dégradé ou à l'absence de réseaux d'assainissement structurés, en particulier dans les quartiers informels. La responsabilité des collectivités s'exerce également sur le plan préventif et structurel par leurs politiques d'urbanisme, de logement et de gestion de l'eau qui influencent directement le niveau de risque vectoriel. L'implantation d'habitats en zones inondables, l'insuffisance des réseaux d'assainissement, les coupures d'eau répétées ou l'absence de collecte régulière des déchets favorisent la prolifération des moustiques. Les collectivités jouent par ailleurs un rôle central dans la sensibilisation des populations, culturellement adaptée et inscrite dans la durée.

Une enquête réalisée par le CESE dans le cadre de l'avis adopté en mai 2025 sur *La montée des eaux dans les Outre-mer : quelles stratégies pour s'adapter ?* a aussi montré que les entreprises sont encore souvent insuffisamment préparées aux risques naturels, induits notamment par la montée des eaux⁹.

L'obligation faite aux employeurs en Outre-mer de former les travailleurs aux risques naturels a été récemment

8 En Outre-mer, la lutte antivectorielle relève en premier lieu de la responsabilité des collectivités territoriales, en raison de leur compétence en matière de salubrité publique, d'aménagement du territoire et de gestion de l'environnement, et parce que les déterminants de la prolifération des vecteurs, en particulier les moustiques, sont profondément ancrés dans le cadre de vie quotidien des populations. Cette responsabilité s'inscrit dans un cadre juridique et opérationnel spécifique, renforcé par la forte exposition des territoires ultramarins aux maladies vectorielles telles que la dengue, le chikungunya, le Zika ou le paludisme.

9 L'enquête a reçu un nombre significatif de 124 réponses permettant une exploitation statistique des résultats. Le risque de la montée des eaux est bien identifié par la plupart des entreprises, avec une difficulté toutefois à le caractériser précisément. Les entreprises évaluent clairement un impact déjà perceptible (40 % des répondants), dans les 5 prochaines années (15 %), 15 prochaines années (19 %), et 26 % au-delà de 15 ans, ce qui traduit une réelle prise de conscience. Une minorité d'entreprises ont évalué les impacts sur leur activité, mais, pour celles qui l'ont fait, à un niveau significatif de 10 % à 50 % de leur chiffre d'affaires.

renforcée¹⁰. Il apparaît dans l'enquête menée par le CESE auprès d'une centaine d'entreprises en Outre-mer que celles-ci ressentent un manque de soutien de la part des pouvoirs publics et de leurs organisations professionnelles pour mener à bien leur exercice de préparation. La délégation souhaite inciter les entreprises à renforcer leur effort de préparation aux risques naturels, en apportant leurs propres expertises à celles de l'État. Elle rappelle la préconisation 11 de l'avis : que les Chambres consulaires et les réseaux d'organisations professionnelles soient chargés d'animer le volet économique de l'adaptation et de la résilience des entreprises à la montée des eaux, en collaboration étroite avec les services de l'État, des collectivités locales et de tous les acteurs associés. Dans les entreprises où il est constitué, le Comité social et économique (CSE) doit participer à l'adaptation de l'entreprise à la montée des eaux, dans le champ de ses attributions en matière de santé, de risques professionnels et de conditions de travail.

Des exercices de gestion de crises doivent être menés régulièrement sur tous les territoires afin de renforcer les capacités de réponse aux crises.

À La Réunion, un exemple récent illustre la logique de préparation : le Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR)¹¹ a conduit un exercice de situation sanitaire exceptionnelle visant la réponse à un incident NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique), en lien avec l'ARS, la préfecture et le SAMU. L'enjeu est d'être en capacité de faire face à une situation sanitaire exceptionnelle : l'hôpital se situe près de sites industriels à risques (SEVESO) et l'exercice sert à tester la chaîne d'alerte, la protection des soignants, l'afflux de victimes et la coordination interacteurs. Plus de 75 professionnels du CHOR ont été impliqués dans la simulation de cet exercice : direction, logistique, sécurité, soignants, animateurs, observateurs et étudiants. De même, en Guadeloupe, la préfecture a organisé fin novembre 2025 un exercice de gestion de crise volcanique (Soufrière). Même si l'entrée est le risque naturel, l'impact est immédiatement sanitaire avec

¹⁰ Le décret n° 2023-333 du 3 mai 2023 relatif à la sensibilisation des travailleurs aux risques naturels majeurs en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à Mayotte, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Wallis-et-Futuna, prévoit une obligation de formation en prévention des risques naturels majeurs. Sont visés les risques appréhendés dans le cadre des documents publics de planification en référence à l'article L562-1 du code de l'environnement (inscrits aux plans de prévention des risques naturels prévisibles : inondations, mouvements de terrain, avalanches, incendies de forêt, séismes, éruptions volcaniques, tempêtes et cyclones). Les entreprises ont une double obligation de délivrance d'une formation spéciale à la prévention des risques naturels majeurs pour les référents de prévention désignés, et de formation obligatoire en matière de santé au travail qui doit comprendre un volet de formation en prévention des risques naturels. L'information régulière et appropriée de chaque travailleur, au moins une fois par an, en lien avec l'évaluation des risques professionnels, conditionne le respect de l'obligation de sécurité et de protection de la santé de l'employeur au regard de la mise en œuvre des principes généraux de prévention (code du travail L.4121-1).

¹¹ <https://chor.re/actualites/exercice-simulation-de-situation-sanitaire-exceptionnelle-1/?utm>

des évacuations sanitaires à assurer, des publics vulnérables, une continuité des soins, des risques respiratoires, un soutien psychosocial, et un pilotage multi-services. Le communiqué de la préfecture rappelle le besoin de simulation structurée sur plusieurs jours, au plus haut niveau de coordination pour tester la réactivité des services de l'État.

La délégation aux Outre-mer demande de renforcer de manière significative la préparation et la résilience des territoires ultramarins face aux crises sanitaires et aux risques naturels, en tenant compte de leur exposition accrue ainsi que de leurs contraintes géographiques et logistiques. Cette préparation doit s'inscrire dans une stratégie territorialisée, anticipatrice et opérationnelle, permettant de limiter les effets de saturation des systèmes de santé et d'assurer la continuité de l'accès aux soins en situation de crise.

La préparation opérationnelle doit être consolidée par l'organisation régulière d'exercices de gestion de crise, intégrant des scénarios réalistes et complexes, incluant le cumul ou la succession de catastrophes naturelles et de crises sanitaires. Ces exercices doivent associer l'ensemble des acteurs concernés (préfet, sécurité civile, ARS, hôpitaux, professionnels de santé, forces armées avec le Service militaire adapté en Outre-mer, associations, Croix-Rouge française...) afin de tester les chaînes de décision, les dispositifs de coordination et les capacités de montée en charge des systèmes de santé.

Le renforcement de l'autonomie stratégique des territoires ultramarins en matière d'approvisionnement, d'organisation des soins et de capacités logistiques, constitue également un enjeu central pour améliorer la résilience face aux crises à venir.

La délégation demande la constitution de stocks sanitaires de proximité, dimensionnés aux besoins réels des territoires et régulièrement renouvelés, incluant notamment les médicaments essentiels, les équipements de protection individuelle, le matériel médical et les dispositifs nécessaires à la prise en charge des urgences sanitaires. Ces stocks doivent être prépositionnés de manière stratégique afin de réduire la dépendance aux chaînes d'approvisionnement extérieures, souvent fragilisées lors des crises majeures.

La logistique constitue un enjeu central de la gestion de crise en Outre-mer : acheminement des produits de santé, déploiement de personnels, prépositionnement des moyens. A cet égard l'investissement régulier dans les infrastructures de connectivité (maritime, aérienne, numérique...) est indispensable pour les maintenir à un haut niveau sur tous les territoires.

La délégation souligne l'importance de formations spécifiques et continues à la gestion des crises sanitaires pour les professionnels de santé, les personnels des établissements médico-sociaux, les agents des collectivités territoriales et les acteurs de la protection civile. Ces formations doivent inclure la médecine de catastrophe, la gestion de l'afflux massif de patients, la coordination interservices, ainsi que la prise en charge des impacts psychosociaux des crises.

La délégation propose le développement d'équipes mobiles de santé, pluridisciplinaires et territorialisées, capables d'intervenir rapidement auprès des populations les plus isolées ou vulnérables (îles ou zones reculées, quartiers d'habitat informel...), notamment en cas de rupture des infrastructures ou de saturation des établissements de santé.

Ces équipes doivent être intégrées aux dispositifs de gestion de crise existants et coordonnées avec les acteurs locaux, les collectivités territoriales et les associations.

La délégation insiste sur la nécessité de mettre en place une communication de crise adaptée aux populations ultramarines, culturellement et linguistiquement contextualisée, s'appuyant sur des relais de proximité reconnus (médias locaux, professionnels de santé, élus locaux, associations...).

PRÉCONISATION #2

La délégation aux Outre-mer préconise de renforcer la préparation et la résilience des territoires face aux crises sanitaires et risques naturels : stocks sanitaires de proximité, équipes mobiles, mobilisation de la réserve sanitaire, formations spécifiques, exercices de gestion de crise réguliers, communication adaptée aux populations (langue et contexte culturel).

En conclusion, la délégation aux Outre-mer du CESE demande de passer d'une « gestion dans l'urgence », à une véritable culture de la prévention et de l'anticipation des crises sanitaires en Outre-mer.

Cela suppose une approche globale, territorialisée et durable, fondée sur le renforcement des systèmes de santé, l'intégration systématique des risques naturels et sanitaires dans la planification sanitaire tant au niveau régional (ARS) que national, et une gouvernance de crise associant étroitement l'État, les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les acteurs associatifs et les populations.

Les enseignements tirés des crises sanitaires récentes doivent conduire à consolider l'autonomie stratégique des territoires ultramarins, développer des capacités locales de veille, de réponse et de résilience, et à adapter les politiques de prévention aux réalités sociales, culturelles et environnementales propres à chaque territoire.

Faire des Outre-mer des territoires pilotes en matière d'anticipation des crises sanitaires constitue non seulement une exigence d'égalité et de solidarité nationale, mais également un atout pour renforcer à l'échelle nationale, la préparation collective face aux chocs sanitaires à venir.

4

Bibliographie

Rapports et études

Agence de l'innovation en santé, France Biolead, France Biotech *Biomédicaments et bioproduction : photographie 2023 en France et en Europe*

Assemblée nationale, *Coordination par l'UE des mesures nationales de gestion de la crise sanitaire*, rapport d'information présenté par M. Thierry MICHELS et Mme Marietta KARAMANLI, juillet 2021

Assemblée nationale, *Résolution relative à la relocalisation de la fabrication des médicaments et des principes actifs pharmaceutiques en Europe*, août 2020

Assemblée nationale, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires*, présenté par M. Yves BUR, député, juillet 2011

CEVIPOF, *Baromètre de la confiance politique* vague 17, février 2026

CGLPL, *Avis relatif à la surpopulation et à la régulation carcérales*, juillet 2023

CNLE, *La pauvreté démultipliée : dimensions, processus et réponses*, rapport au Premier ministre, mai 2021

CNPE, *Rapport sur l'impact du Covid sur l'accompagnement des enfants et des familles en prévention et protection de l'enfance – Quelles leçons pour l'avenir ?*, novembre 2020

Conseil d'État, *Les états d'urgence : la démocratie sous contrainte*, étude annuelle 2021

Conseil d'État, *La prise en compte du risque dans la décision publique : pour une action publique plus audacieuse*, étude, avril 2018

Cour des comptes européenne, *Pénuries critiques de médicaments – Les mesures de l'UE ont apporté une valeur ajoutée, mais des problèmes structurels subsistent*, rapport spécial 19/2025, Office des publications de l'Union européenne, 2025

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2025

Cour des comptes, *La politique de prévention en santé*, novembre 2021

Cour des comptes, *Le financement de la recherche publique dans la lutte contre la pandémie de Covid-19*, Audit Flash, juillet 2021

Cour des comptes, *La protection de l'enfance, une politique inadaptée au temps de l'enfant*, rapport public thématique, novembre 2020

COVARS, *Le développement, la gouvernance et l'accès aux bases de données de santé humaine en anticipation des crises sanitaires*, avis, juin 2024

COVARS, *Evaluation des Risques de Situations Sanitaires Exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030*, avis, avril 2024

Défenseur des droits, *La protection des lanceurs d'alerte en France*, Rapport bisannuel 2022 – 2023

Défenseur des droits, avis n°20-10 sur *le régime juridique de l'état d'urgence sanitaire*, décembre 2020

DELPECH Julien et VIBERT Eric et équipe Créa-Diff, *Création et diffusion de contenus destinés aux professionnels de santé en cas de nouvelle crise sanitaire*, Rapport d'études pour le ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2021

DGRIS, *Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale*, avril 2013

DREES, *Evaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022*, - Annexe 7 Etude de cas sur l'utilisation des données dans la gestion de la crise sanitaire Covid-19, rapport d'évaluation, juin 2022

DREES, Enquête EpiCov, *Epidémiologie et Conditions de vie sous le Covid-19*, mai 2021

Parlement Européen, Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres, *Gender Inequalities in Medical Research, Drug Development and Access to Care*, étude, novembre 2025

France 2030, *Relocalisation des médicaments essentiels*, dossier de presse, janvier 2025

France Assos Santé, *Enquête nationale auprès des représentants des usagers en établissements de santé auprès en commission des usagers*, février 2021

HAS, *L'expertise publique en santé en situation de crise*, rapport d'analyse prospective 2022, février 2023

HCSP, *Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé*, octobre 2021

IFOP, *sondage pour Polytechnique Insights, Le rapport des Français à la science et au progrès scientifique*, septembre 2022

IGAS, IGF, *Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficience par une intégration territoriale*, septembre 2025

IGAS, *La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024*, octobre 2025

IGAS, *Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ?*, 2024-069R, février 2025

IGAS, *Retour d'expérience du pilotage de la réponse à l'épidémie de COVID-19 par le ministère des solidarités et de la santé* Rapport n°2020-058R, avril 2023

INSEE, France, *Portrait social, Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement*, édition 2020

IPPS – International Pandemic Preparedness Secretariat, *5e Rapport de la mise en place de la Mission des 100 jours*, janvier 2026

IPSOS - Institut Sapiens, *Baromètre sur la science et la société Vague 3*, octobre 2024

IRESPP, *Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les parcours de prise en charge sanitaire et médico-sociale de personnes en situation de handicap*, rapport scientifique final, décembre 2025

Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, *Crise sanitaire de 2020 et ses suites : que nous apprennent les données de la DEPP ? Synthèses de la DEPP n° 5 - Juin 2022* (mise à jour novembre 2022)

Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles, *Enquête nationale sur la permanence des soins en établissements de santé*, rapport final, décembre 2024

MOLIMARD Mathieu, COSTAGLIOLA Dominique et MAISONNEUVE Hervé, *Information en santé. Bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé*, Rapport, janvier 2026

NASSANY Oriane, RANDRIAMAMPINANINA Sandrine, *Vaccination : état des lieux de l'adhésion et description des réticences*, Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024, décembre 2025

OMS, *Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence*, janvier 2018

PITTET Didier, BOONE Laurence, MOULIN Anne-Marie, BRIET Raoul, PARNEIX Pierre, *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques* - Rapport final, mars 2021

RIGAUD M., PREVOST SANSAC de TRAVERSAY L., CREACH M., LAZARUS C, SALOMON J., *La communication destinée aux professionnels de santé au cœur de la crise de la pandémie de Covid-19 par le ministère des Solidarités et de la Santé*, juin 2021

Santé publique France, *Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre les virus de l'hiver ?* Résultats de la vague 38 de l'enquête CoviPrev (30 août - 9 septembre 2024)

Santé publique France, CoviPrev : *une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*, octobre 2024

Sénat, Commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion, Rapport n°199, par Mme Catherine DEROCHE, M. Bernard JOMIER et Mme Sylvie VERMEILLET, décembre 2020

Sénat, *Résolution visant à renforcer, tout en préservant les compétences des États membres, la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil établissant un cadre visant à renforcer la disponibilité et la sécurité de l'approvisionnement en médicaments critiques ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des médicaments d'intérêt commun et modifiant le règlement (UE) 2024/795-COM (2025) 102 final*, décembre 2025

Articles/ouvrages

ALGAN Yann, COHEN Daniel, *Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire*, dans les notes du Conseil d'analyse économique n°66, octobre 2021

ALGAN Yann, COHEN Daniel, DAVOINE Eva, FOUCAULT Martial et STANTCHEVA Stefanie, *Confiance dans les scientifiques par temps de crise*, Focus du Conseil d'analyse économique N° 068□2021, octobre 2021

BERGERON Henri, BORRAZ Olivier, CASTEL Patrick, DEDIEU François, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris Les Presses de Sciences Po, coll « Essai » 2020

BORRAZ Olivier, NOVEMBER Valérie, *Le temps des crises. Une histoire de la gestion des crises en France*, Année sociologique 2025/2, n°252, octobre 2025

BOYER-KASSEM Thomas, DUCHENE Sébastien, RAFAI Ismaël, *Respect des mesures sanitaires contre le Covid-19 : n'oublions pas le principe de précaution*, Santé publique, volume 36/n°5, septembre 2024

CARAVAGNA Léo, *L'interopérabilité coûte au moins 354 millions d'euros par an aux hôpitaux français* (France Biotech), Tic santé, décembre 2025

CLAUDOT Frédérique et GRIMAUD Dominique, *Réflexions éthiques autour du Covid-19*, ADSP n°117, mars 2022

CNS, *La démocratie en santé : une urgence de santé publique : 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé*, avril 2022

DAB William, *La gestion du risque sanitaire en France : le défi de l'incertitude*, Annales des Mines – responsabilité et environnement, revue n° 104, 2021

DELFRASSY Jean-François, *La recherche française face aux maladies infectieuses émergentes : de REACTing à l'ANRS- maladies infectieuses émergentes*, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine volume 207, mars 2023

DELFRASSY Jean-François, *Une urgence sociétale, l'inclusion et la participation de la société à la réponse au Covid19*, Lettre adressée au Premier ministre, avril 2020

FOUKS Stéphane, *La pandémie médiatique*, Plon, octobre 2020

GORGE Suzanne, *Inventer une culture de la prévention : un impératif sanitaire, économique et social*, La Grande Conversation – Terra Nova, juillet 2025

Groupe de travail permanent Politique de santé de l'enfant globale et concertée du HCSP, *Les enfants victimes de la crise sanitaire*, ADSP n° 116, pages 47 à 49, décembre 2021

HORTON Richard, *Covid 19 is not a pandemic*, The Lancet vol. 396, septembre 2020.

JOANNES Camille, NEUFCOURT Lola, *Une pandémie révélatrice d'inégalités de genre face à la maladie*, dans la santé en action, *Inégalités sociales de santé : les leçons de la crise Covid*, n°468, revue SpF, janvier 2025

KOUCHNER Julien, LEFORT Laurent et CLAUSENER Magali, *Les effets d'une communication dans l'urgence, dans un contexte d'incertitude*, ADSP n°116, décembre 2021

LAZIMI Gilles, *COVID-19, confinement, violences faites aux femmes et aux enfants*, Médecine, Vol. 16, page-457, décembre 2020

MARION Evelyne, *Quels enjeux éthiques pour le secteur médico-social dans la période pandémique ?*, dossier Réflexions éthiques autour du Covid-19, ADSP n°117, mars 2022

NOUGUEZ Etienne, MOYAL Anne, *La médiation du local : appréhender la gestion de la pandémie de Covid-19 « par le bas »*, Questions de communication 2024/1 n°45, éditions de l'Université de Lorraine, juin 2024

PICCOLO Maxime, *“Pandémie” ou “Syndémie” ? Comment la crise du Covid-19 a-t-elle accentué des vulnérabilités déjà existantes ?* Sociétés-
Revue des sciences sociales et humaines, 2023, n° 158

POCHART François et GRANDJEAN Geoffrey, *Paquet pharmaceutique Accord au niveau de l'UE sur une réforme majeure du secteur pharmaceutique*, décembre 2025

RABARY Olivier, *Ethique en période de crise sanitaire dans le dossier Réflexions éthiques autour du Covid-19*, (coordonnée par CLAUDOT Frédérique et GRIMAUD Dominique), ADSP n°117, mars 2022

ROSIER Florence, *« Traité sur les pandémies : l'OMS conclut enfin un accord mondial pour plus d'équité, après trois ans de négociations »*, Le Monde, 16 avril 2025

ROUCAUTE Delphine, *« Les Etats-Unis quittent définitivement l'OMS, sans payer leurs dettes »*, Le Monde, février 2026

RUSCH Emmanuel, GOI Cécile, *Pandémie : crise de la démocratie en santé et mobilisation de ses acteurs*, dans le dossier *Réflexions éthiques autour du Covid-19*, (coordonnée par CLAUDOT Frédérique et GRIMAUD Dominique), ADSP n°117, mars 2022

Travaux du CESE

CESE, *La santé dans les Outre-mer* (Eric Leung et Elisabeth Tomé-Gertheinrichs), janvier 2026

CESE, *Santé mentale et bien-être des enfants et des jeunes : un enjeu de société* (Helno Eyriey), octobre 2025

CESE, *Complexité des aides de l'Union européenne et visibilité de son action* (Catherine Lion et Catherine Pajares Y Sanchez), octobre 2025

CESE, *Inégalités de genre et santé des femmes au prisme de la périnatalité* (Marie-Josée Balducci et Anouk Ullern), septembre 2025

CESE, *L'habitat et le logement face aux défis sociaux, territoriaux et écologiques* (Marie-Noëlle Lienemann et Maud Lelièvre), juillet 2025

CESE, *Permettre à tous de bénéficier d'une alimentation de qualité en quantité suffisante* (Jean-Louis Joseph et Dominique Marmier), avril 2025

CESE, *Pour un numérique en santé souverain, de confiance et inclusif* (Majid El Jarroudi et Gérard Raymond), mars 2025

CESE, *Droits sociaux : accès et effectivité* (Catherine Pajares Y Sanchez et Isabelle Doresse), novembre 2024

CESE, *Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements* (Martine Vignau), mars 2024

CESE, *Agir pour une information fiable, indépendante et pluraliste au service de la démocratie* (Thierry Cadart et Vincent Moisselin), mars 2024

CESE, *Pour des politiques de jeunesse structurantes et adaptées aux enjeux du XXI^e siècle*, résolution, décembre 2023

Contribution du CESE aux volets « santé » et « bien vieillir » du Conseil national de la refondation, novembre 2022

CESE, *Les métiers de la cohésion sociale* (Evanne Jeanne-Rose) juillet 2022

CESE, *Pour une politique publique nationale de santé-environnement au cœur des territoires* (Isabelle Doresse et Agnès Popelin-Desplanches), mai 2022

CESE, *Comment construire une Europe de la santé ?* (Benoît Miribel et Catherine Pajares y Sanchez), avril 2022

CESE, *Climat, cyber, pandémie : le modèle assurantiel français mis au défi des risques systémiques* (Fanny Arav et François-Xavier Brunet) avril 2022

CESE, *Les métiers en tension* (Pierre-Olivier Ruchenstain), janvier 2022

CESE, Commission temporaire « Vaccination », *Vaccination Covid-19*, (Stéphanie Goujon, Pierre Lafont, Catherine Pajares Y Sanchez), Rapport d'étape, mars 2021

CESE, *Face au choc, construire ensemble la France 2021 - Rapport annuel sur l'état de la France 2021* (Hélène Fauvel et Benoît Garcia), mars 2021

CESE, *Crise sanitaire et inégalités de genre* (Dominique Joseph et Olga Trostiansky), mars 2021

CESE, *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien*, (Nathalie Canieux), décembre 2020

CESE, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), octobre 2020

CESE, *Contribution du CESE au projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche* (Sylviane Lejeune), septembre 2020

CESE, *Construire demain*, résolution du bureau, juin 2020

CESE, *La programmation budgétaire du projet de loi de programmation pluriannuelle de la recherche*, (Sylviane Lejeune), juin 2020

CESE, *Sciences et société : les conditions du dialogue* (Gérard Aschieri), étude, janvier 2020

CESE, *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier), juin 2019

CESE, *Les déserts médicaux* (Sylvie Castaigne et Yann Lasnier), décembre 2017

CESE, *Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants* (Catherine Pajares Y Sanchez et Christian Saout), février 2017

5

Glossaire

Coronavirus : un coronavirus est un virus à ARN appartenant à la famille des coronaviridae, capable d'infecter les mammifères et les oiseaux, et parfois l'être humain. Chez l'humain, les coronavirus peuvent provoquer des infections respiratoires le plus souvent bénignes (rhumes), mais certains coronavirus émergents peuvent causer des maladies graves comme le SRAS (Coronavirus du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère), le MERS (Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient), ou la COVID19 (Maladie à coronavirus apparue en 2019)

Epidémie : une épidémie est une infection qui reste localisée géographiquement et sur une courte période. C'est le cas par exemple de l'épidémie de grippe saisonnière en France métropolitaine qui apparaît uniquement pendant la période hivernale.

Maladie vectorielle : une maladie vectorielle est une maladie infectieuse transmise par un vecteur vivant, (moustique, tique, puce, acarien). Le vecteur ne provoque pas lui-même la maladie, mais il transporte et transmet un agent pathogène - virus, bactérie ou parasite - d'un hôte à un autre.

Pandémie : une pandémie est une infection qui part d'une zone localisée puis s'étend au monde entier. Il peut y avoir des pandémies limitées dans le temps, ou des pandémies qui durent très longtemps (c'est le cas de la pandémie liée au VIH, depuis plus de 30 ans par exemple).

Syndémie : cette notion désigne une situation dans laquelle plusieurs maladies coexistent dans une population, interagissent entre elles tandis que des facteurs sociaux, économiques ou environnementaux aggravent leurs effets. Dans les années 1990, l'anthropologue Merrill Singer définit la syndémie comme « *un ensemble de problèmes de santé étroitement liés et se renforçant mutuellement qui affectent de manière significative l'état de santé général d'une population dans le contexte d'une configuration perpétuelle de conditions sociales nocives* ». Cette notion a notamment été reprise par Richard Horton, rédacteur en chef de la revue médicale The Lancet, pour qui la COVID-19 n'est pas une simple pandémie mais une syndémie¹. Cette conception implique que lutter contre la COVID19 nécessite non seulement des mesures virologiques, mais aussi une action sur les maladies chroniques, les inégalités sociales, les déterminants socio-économiques de la santé.

Taux d'attaque : le taux d'attaque est un indicateur épidémiologique qui mesure la proportion de personnes touchées par une maladie dans une population pendant une période courte (souvent lors d'une épidémie ou d'une flambée localisée). Il sert surtout à évaluer la vitesse et l'ampleur de la propagation d'un agent infectieux dans un groupe donné (école, entreprise, foyer, quartier...).

¹ Richard Horton, *This is not a pandemic*, The Lancet, 2020. Voir aussi Piccolo, Maxime. "Pandémie" ou "Syndémie" ? Comment la crise du Covid-19 a-t-elle accentué des vulnérabilités déjà existantes ? *Sociétés*, 2022/4 n° 158, 2022, p.97-110.

Taux d'incidence : le taux d'incidence est un indicateur épidémiologique qui mesure la fréquence d'apparition de nouveaux cas d'une maladie dans une population pendant une période donnée. Il rapporte le nombre de nouveaux cas à la population à risque, durant la même période. Il permet d'évaluer la vitesse d'apparition d'une maladie, la dynamique de propagation (augmentation, stabilité ou diminution), l'intensité d'un phénomène épidémique.

Taux de létalité : le taux de létalité est un indicateur qui mesure la proportion de personnes atteintes d'une maladie qui en meurent, sur une période donnée. En d'autres termes, il exprime la gravité d'une maladie parmi les personnes infectées ou malades.

Taux de morbidité : le taux de morbidité est un indicateur épidémiologique qui mesure la fréquence d'une maladie dans une population donnée. Il correspond au rapport entre le nombre de personnes atteintes d'une maladie (nouveaux cas ou cas totaux) et la population totale concernée,

pendant une période donnée. Selon le type de cas comptabilisés, il peut représenter un taux d'incidence (si l'on compte uniquement les nouveaux cas) ou un taux de prévalence (si l'on compte tous les cas, nouveaux et anciens).

Taux de prévalence : le taux de prévalence est la proportion de personnes atteintes d'une maladie (cas anciens + nouveaux) dans une population donnée à un instant précis ou durant une période déterminée. Il représente donc l'ensemble des cas existants, qu'ils soient récents ou plus anciens.

Taux de reproduction : le taux de reproduction (souvent noté R) est le nombre moyen de personnes qu'un individu infecté va contaminer au cours de sa période contagieuse. Il mesure donc la transmissibilité d'un agent infectieux.

Zoonose : une zoonose est une infection directement transmissible des animaux à l'homme par contact direct ou par les aliments, l'eau ou l'environnement. Elle se transmet par divers agents biologiques (bactéries, champignons, parasites, virus, prions...)

5

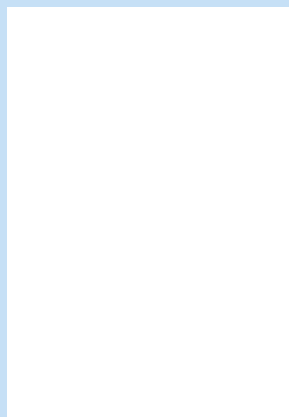
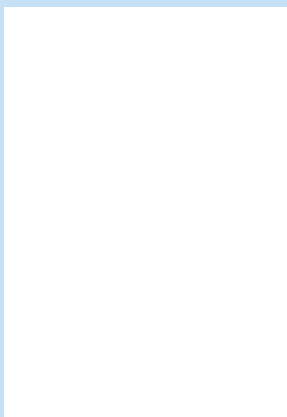
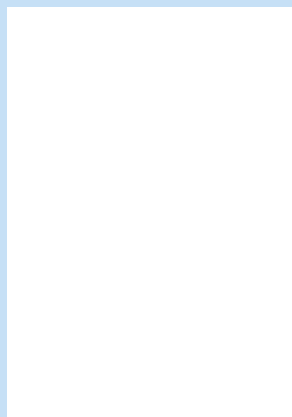
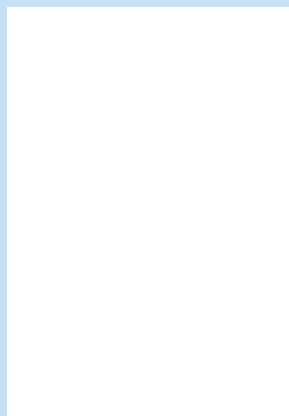
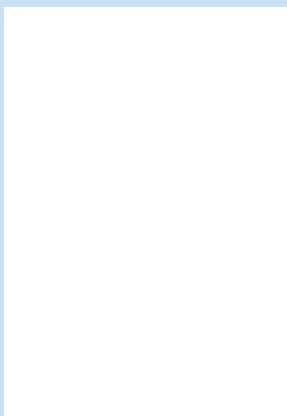
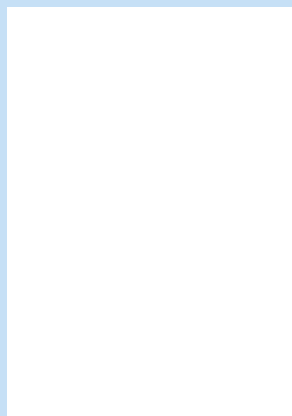
Glossaire

ANRS-MIE	ANRS-Maladies infectieuses émergentes
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CARE	Comité d'analyse, recherche et expertise
CASA	Comité d'animation du système d'agence
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CCS	Centre de crise sanitaire
CDSN	Conseil de défense et de sécurité nationale
CEPS	Comité économique des produits de santé
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIC	Cellule interministérielle de crise
CLS	Contrat local de santé
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'homme
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNPE	Conseil national de la protection de l'enfance
CNR	Centres nationaux de référence
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNS	Conférence nationale de santé
COM	Collectivité d'outre-mer
CORRUS	Centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences sanitaires et sociales
COVARIS	Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSS	Comité de sécurité sanitaire
CTS	Conseil territorial de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DIRD	Dépense intérieure de recherche et de développement
DNS	Délégation du numérique en santé

DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DROM	Département et région d'outre-mer
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control Centre européen de contrôle et de prévention des maladies
EHDS	European Health Data Space
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMA	Agence européenne des médicaments
EPI	Equipe de protection individuelle
EPRUS	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
ESAT	Etablissement et service d'accompagnement par le travail
GD4H	Green data for health
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCE	Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HERA	Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'urgence sanitaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IME	Institut médico-éducatif
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LGBTQ+	Lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués
LNR	Laboratoires nationaux de référence
MERS-CoV	Coronavirus du Syndrome Respiratoire du Moyen-Orient
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
Ofis	Office français de l'intégrité scientifique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONG	Organisation non gouvernementale
ORS	Observatoire régional de santé
ORSAN	Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles
ORSEC	Organisation de la réponse de sécurité civile
OSC	Organisations de la société civile
OSCOUR	Organisation de la Surveillance COordonnée des Urgences
PABS	Pathogen Access Benefit Sharing System
PCR	Polymerase Chain reaction - réaction de polymérase en chaîne
PDS	Plateforme des données de santé
PIEC	Projets importants d'intérêt européen commun
PNSE	Plan national santé environnement

PRS	Projet régional de santé
PRSE	Plan régional santé environnement
ResoEU	La réserve de crise de l'Europe - European Union
RETEX	Retour d'expérience
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RPU	Résumé de passage aux urgences
RSI	Règlement sanitaire international
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SGDN	Secrétariat général de la Défense nationale
SGDSN	Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale
SGPE	Secrétariat général à la planification écologique
SI-DEP	Système d'information de Dépistage populationnel
Si-Vic	Système d'information pour le suivi des victimes
SNDS	Système national des données de santé
SpF	Santé publique France
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRS	Schéma régional de santé
SSE	Situation sanitaire exceptionnelle
Sum'eau	Surveillance microbiologique des eaux usées
SurSaUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
USPI	Urgence de Santé Publique Internationale

Dernières publications du Conseil économique, social et environnemental



Retrouvez l'intégralité des travaux du CESE sur le site

lecese.fr

Retrouvez le CESE sur les réseaux sociaux



Imprimé par la Direction de l'information légale et administrative, 26, rue Desaix, Paris 15^e, d'après les documents fournis par le Conseil économique, social et environnemental • N° 411260016-000426 - Dépôt légal : avril 2026 • Crédit photo : Dicom



cese.fr

9, place d'Iéna
75 775 Paris Cedex 16
01 44 43 60 00



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction de l'information
légale et administrative



*Les éditions des
Journaux officiels*

N° 41126-0016

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-185012-5



9 782111 850125