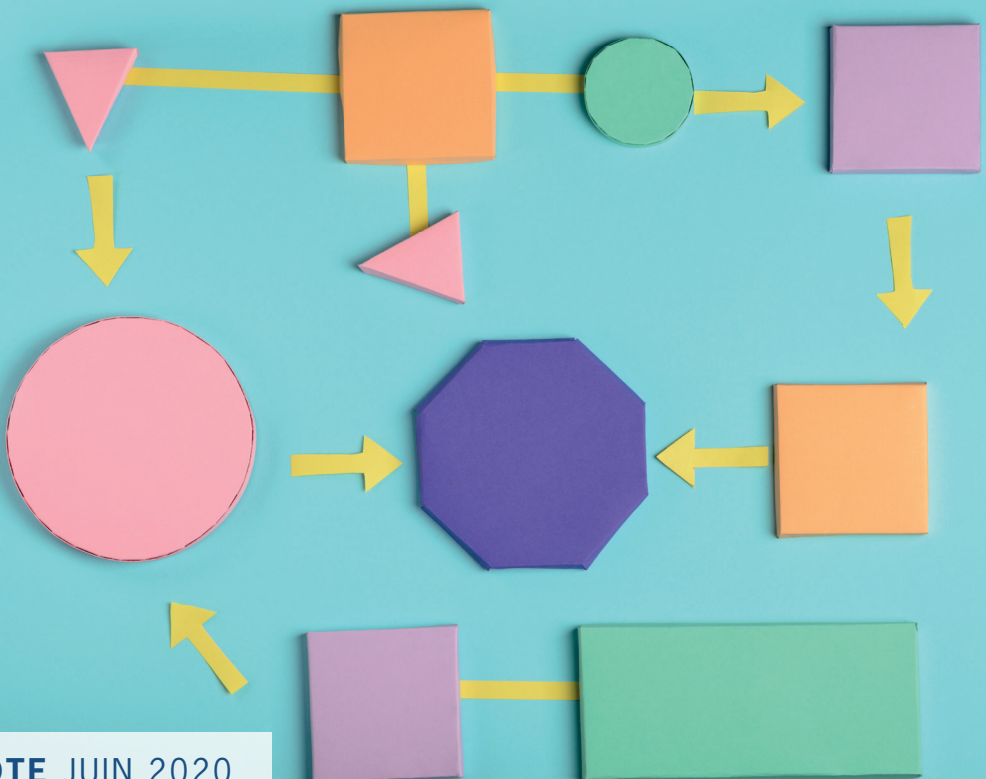




L'action publique face à la crise du Covid-19



INSTITUT
MONTAIGNE



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5 % d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

L'action publique face à la crise du Covid-19

NOTE – JUIN 2020

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

À PROPOS DE L'AUTEUR

Nicolas Bauquet est directeur des études, chargé de concevoir le programme de travail de l'Institut Montaigne, et de piloter son développement européen et international. Il publie régulièrement sur les grands enjeux européens.

Il a rejoint l'Institut en septembre 2018 après huit ans au service de la diplomatie d'influence française. Comme conseiller de coopération et d'action culturelle du Bureau français de Taipei de 2014 à 2018, il a œuvré au développement du « *soft power* » français en Asie, et a contribué au lancement du *French Tech Hub* de Taipei. De 2010 à 2014, il a été conseiller culturel de l'ambassade de France près le Saint-Siège, et directeur du Centre Saint-Louis, le centre culturel français de Rome.

Historien, il a consacré sa thèse de doctorat à la question des rapports entre État, Église et société en Hongrie communiste. Ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé d'histoire, il a notamment enseigné à Sciences Po et à Harvard.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
I. Organiser la gestion de crise	10
A. Les équilibres de la gestion d'une crise sanitaire	10
B. La gestion de crise à la française : évolutions et invariants	14
C. Les pièges de la verticalité : l'exemple des tests	17
II. S'appuyer sur la science	20
A. Pouvoir médical, pouvoir politique	20
B. Une grande absente : la santé publique	22
C. « Allumer la lumière » : l'indispensable connaissance de la circulation du virus	23
III. Associer les territoires	27
A. La réponse de l'État à la crise du Covid-19 vue des territoires	27
B. Un virus sans territoire ?	29
C. Anciens et nouveaux acteurs	31
IV. Mobiliser les entreprises	35
A. Les entreprises en première ligne de la lutte sanitaire	35
B. « Les masques, c'est moi » : quand l'État veut faire sans les entreprises	37
C. Un déconfinement qui rime avec déresponsabilisation	39
V. Impliquer la société civile	41
A. L'impossible « démocratie sanitaire »	41
B. « Aux masques citoyens » : une autre mobilisation sanitaire est possible	44
C. Défiance politique, méfiance numérique	47
V. Conclusion	51
Remerciements	53

INTRODUCTION

Depuis le 11 mai 2020, la France se déconfiner. Le combat n'est pas définitivement gagné, face à un virus dont personne ne peut savoir aujourd'hui s'il disparaîtra comme le SRAS, ou reviendra plus meurtrier encore comme la grippe espagnole. Mais la France, comme le reste de l'Europe, semble sortir peu à peu de l'état d'urgence sanitaire. Dans le même temps, chacun en est conscient, elle rentre en état d'urgence économique. L'arrêt de l'activité productive, particulièrement brutal et profond dans notre pays, le contexte de crise économique mondiale, les déséquilibres structurels qui menacent désormais l'intégrité du marché unique européen et la pérennité de la zone euro, ouvrent une phase de profonde incertitude, et peut-être de crise sociale majeure, sur fond de chômage de masse.

Pour faire face à ces défis, dans quel état politique notre pays se trouve-t-il après quatre mois de crise ? Et quelles leçons tirer de cette période exceptionnelle, une expérience qui a mis à nu les forces et les faiblesses de nos institutions, de notre système politique, et transformé les rapports entre l'État et le corps social ? Nul doute que les mois qui viennent verront prospérer des recherches en responsabilité individuelle à tous les niveaux. Nul doute aussi que se poursuivront les entreprises de « covidéologie », selon le mot d'Olivier Duhamel, cherchant parfois dans la crise la confirmation de certitudes anciennes pour dessiner un monde d'après qui ressemble surtout à certains rêves d'avant.

L'urgence nous paraît au contraire de mener, avec humilité et lucidité, un travail d'enquête sur la manière dont chacun des acteurs de cette crise a répondu, à son niveau ou à sa place, à ces circonstances exceptionnelles. C'est cette réponse collective qui a permis au système de tenir, grâce à la mobilisation des soignants, à la réactivité des entreprises, au civisme et à la solidarité de la société civile, et finalement à un processus de déconfinement qui apparaît aujourd'hui maîtrisé. Dans le même temps, cette crise semble avoir laissé aujourd'hui un lien politique encore plus fragilisé qu'il y a quatre mois.

Quand la France entre dans la crise sanitaire, dans le courant du mois de février 2020, le lien de confiance politique est déjà très abîmé dans une « France en morceaux »¹, dont les multiples fractures ont été révélées, et encore aggravées, par le mouvement des Gilets Jaunes². La réforme des retraites ajoute encore à la tension politique, à quelques mois d'élections municipales qui apparaissent perdues d'avance pour

1 « La France en morceaux - Baromètre des Territoires 2019 », Institut Montaigne, février 2019, <https://www.institutmontaigne.org/publications/la-france-en-morceaux-barometre-des-territoires-2019>

2 « Les Gilets jaunes : la partie émergée de la crise sociale française ? », Elabe, Institut Montaigne, 20 mars 2019, <https://www.institutmontaigne.org/blog/les-gilets-jaunes-la-partie-emergee-de-la-crise-sociale-francaise>

l'exécutif. Mais alors que la crise sanitaire, dans nombre de pays comparables au nôtre, provoque un réflexe d'union sacrée autour de ses dirigeants, en France, elle est venue à certains moments exacerber et élargir la défiance politique : exacerber, car le sentiment répandu d'avoir été victime d'un mensonge d'État sur la question des masques abîme encore la relation entre les citoyens et le gouvernement ; élargir, car l'épisode du maintien du premier tour des élections municipales, sous la pression d'une classe politique que la « révolution » attendue du candidat Macron devait avoir balayée ou à tout le moins remplacée, élargit la fracture entre les Français et l'ensemble de leurs représentants. Pire, au cours de la crise, c'est le lien de confiance entre les Français et leur État qui paraît désormais menacé.

Les enquêtes d'opinion donnent déjà une première image de l'effet politique de la gestion de la crise. Une étude menée par IPSOS en Europe sur plus de 9000 personnes entre le 16 et le 24 avril compare le niveau de confiance et d'inquiétude des populations, et le constat est alarmant. À rebours des autres pays étudiés, où le niveau de satisfaction envers le gouvernement est élevé, en France, 62 % des personnes interrogées se disent « insatisfaites » de l'action du gouvernement. 51 % des Français jugent les mesures prises pour protéger la santé « insuffisantes », contre 18 % en Allemagne, et 26 % en Italie, pourtant durement touchée sur le plan sanitaire. C'est la capacité même du pays à rebondir qui apparaît compromise, lorsque seulement 12 % des Français se disent ainsi optimistes sur l'avenir, contre 51 % des Autrichiens. On peut certes relever que la défiance de l'opinion vis-à-vis d'un pouvoir vertical n'est pas nouvelle, et qu'à l'inverse, quand le déconfinement s'accroît avec la levée de contraintes fin mai 2020, la confiance en l'exécutif remonte. Il ne nous semble pas moins important de comprendre ce qui a pu se jouer, dans ces mois de crise, entre le pouvoir et la société.

L'objet de cette note est ainsi de comprendre, en examinant la réponse politique à une crise sanitaire, et en écoutant l'ensemble des acteurs de cette réponse, ce qui a pu mener à cette nouvelle perte de confiance. Mais il est aussi de mettre en lumière les acteurs qui, devant l'urgence, ont été en mesure de réagir, de prendre leurs responsabilités, et de reconstruire autour d'eux ce lien de confiance. Collectivités locales, entreprises, acteurs de la société civile se sont mobilisés souvent au-delà des compétences qui leur étaient dévolues ou du rôle qui leur était attribué. Au sein de l'État, des personnes et des entités ont aussi montré leur capacité à dépasser les blocages, et à se réinventer pour parer à l'urgence et nous permettre d'agir collectivement. Les défis à venir nous imposent de capter ces énergies au lieu de les disperser ou de les décourager.

Depuis le début de la crise, l'Institut Montaigne s'est mobilisé pour réagir, analyser et proposer. Cette note s'appuie d'abord sur l'effort d'analyse des réponses internationales, à commencer par les pays touchés en premier : le programme Asie de l'Institut Montaigne a analysé dans le détail la gestion de la crise sanitaire par six pays d'Asie orientale³, et le programme Europe a fait de même pour une dizaine de pays européens. Cette démarche comparative est essentielle pour accélérer les processus d'apprentissage, et servir de révélateur à des phénomènes difficiles à mettre en relief en s'en tenant à la seule analyse de la situation française. Elle s'appuie enfin sur l'expertise de l'Institut Montaigne dans le domaine de la santé, et développe les recommandations déjà exprimées pour réussir le déconfinement⁴.

Cette note s'appuie ensuite sur plus de quarante entretiens avec des acteurs du monde de l'entreprise, des collectivités locales, de la médecine, ou de l'administration. Ce sont ces entretiens qui ont permis de mettre en lumière beaucoup de phénomènes jusqu'ici peu relevés, ou déformés par l'économie du sensationnalisme qui prévaut sur les réseaux sociaux, et au-delà. Nous remercions tous ceux qui, au milieu d'une activité particulièrement dense, ont accepté de nous donner de leur temps, et de partager leur expérience et leur analyse.

3 « Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie », Institut Montaigne, avril 2020, <https://www.institutmontaigne.org/publications/covid-19-lasie-orientale-face-la-pandemie>

4 Angèle Malâtre-Lansac, Laure Millet, « Peut-on réussir le déconfinement ? », Institut Montaigne, 14 avril 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/peut-reussir-le-deconfinement>

ORGANISER LA GESTION DE CRISE

A. Les équilibres de la gestion d'une crise sanitaire

Partout, la réponse à la crise sanitaire de la part des autorités politiques relève d'un paradoxe. D'un côté, elle implique un rôle central de chaque gouvernement, seul à même de coordonner la lutte, de prendre l'initiative, de fixer la stratégie et de mobiliser les ressources nécessaires. **La pandémie a été un moment d'affirmation de la centralité du politique, et aussi un moment de retour au national** : effacement brutal de l'Union européenne et retour au premier plan de l'État-nation, jusqu'à l'acte souverain de la fermeture des frontières ; mais aussi recentralisation à l'échelon national, comme cela a été le cas en Espagne, avec la suspension des autonomies régionales en matière de police et de santé⁵, ou même en Allemagne, où la nouvelle répartition des compétences induite par la *Infektionsschutzgesetz* rogne de façon inédite sur les pouvoirs des *Länder* (encadré 1). À Taïwan, l'efficacité du dispositif de gestion de crise repose sur l'extrême centralisation de la décision au sein du centre de commandement central des épidémies (CECC), activé dès le 20 janvier (encadré 2).

Mais **la crise sanitaire est aussi le moment par excellence où « l'État ne peut pas tout », ou en tous cas pas tout seul**. D'abord parce que l'État ne sait pas tout, face à un virus encore largement inconnu, et qu'il doit se reposer sur une expertise scientifique qui ne vaut que par son indépendance par rapport aux injonctions politiques. Ensuite parce qu'il a besoin de la mobilisation et de l'engagement de l'ensemble des acteurs, et d'abord des citoyens eux-mêmes, dont le comportement est la clé du succès ou de l'échec d'une lutte sanitaire. Comme le souligne Rachel Kleinfeld dans son étude sur les réponses démocratiques et autocratiques à la pandémie⁶, la confiance des citoyens dans leur système politique est un facteur déterminant dans l'efficacité de la réponse sanitaire, parce que c'est elle qui permet l'adoption rapide et générale des comportements qu'elle réclame.

5 Alexandre Robinet-Borgomano, « Les États face au coronavirus – L'Espagne : une guerre sans bombe », Institut Montaigne, 27 avril 2020,

<https://www.institutmontaigne.org/blog/les-etats-face-au-coronavirus-lespagne-une-guerre-sans-bombe>

6 Rachel Kleinfeld, « Do Authoritarian or Democratic Countries Handle Pandemics Better? »,

Carnegie Endowment for International Peace, 31 mars 2020,

<https://carnegieendowment.org/2020/03/31/do-authoritarian-or-democratic-countries-handle-pandemics-better-pub-81404>

L'enjeu des dispositifs de gestion de crise est donc d'utiliser « à plein » la centralité du pouvoir sans en surjouer la verticalité. Le but est de clarifier le lieu de la décision stratégique tout en raccourcissant au maximum les lignes de communication, et de décentraliser autant que possible les modalités de sa mise en œuvre, pour permettre à chacun des acteurs d'adapter la stratégie globale dans un contexte de grande incertitude, où la prise d'initiative et la remontée d'information sont des facteurs essentiels de réussite. L'enjeu est aussi d'intensifier la communication tout en la séparant des interférences politiques.

Cet équilibre est particulièrement crucial dans les premières phases de la crise, où tout se joue sur la capacité des systèmes sanitaires à détecter des signaux faibles, et sur celle des systèmes politiques à passer de l'alerte à la mobilisation. C'est ce que montre l'exemple de la gestion de crise dans l'État de Washington⁷, où s'est développé un des premiers foyers infectieux aux États-Unis, et où les systèmes d'alerte ont permis une réaction particulièrement rapide. Le dispositif institutionnel joue ici un rôle majeur : c'est parce que le Comté de King, où se situe Seattle, disposait d'un *Health officer*, Jeff Duchin, que le chef de l'exécutif local, Dow Constantine, a pu prendre des décisions rapides et efficaces, tout en se mettant en retrait dans le dispositif de communication vis-à-vis du public, conformément aux recommandations du *Center for Disease Control* (CDC).

Le Corona-Kabinett allemand

En Allemagne, le dialogue entre l'État fédéral et les *Länder* est resté la pierre angulaire de la gestion de la crise. Les principales mesures arrêtées par l'Allemagne pour lutter contre l'épidémie ont toutes été annoncées à l'issue de concertations entre la Chancière et les Ministre-Présidents, lors de conférences de presse réunissant symboliquement la Chancière Angela Merkel (CDU), le Ministre-Président de Bavière Markus Söder (CSU) et le Maire de Hambourg, Peter Tschentscher (SPD). Le choix de ces trois personnalités s'explique par la volonté de refléter les équilibres politiques inhérents à la grande coalition. Il rend également compte d'une **volonté de mise en scène du fédéralisme, en associant aux annonces de ces décisions les deux exécutifs des Länder considérés comme les plus opposés, et les plus puissants.**

.../...

7 Charles Duhigg, « Seattle's leaders let scientists take the lead. New York's did not », The New Yorker, 26 avril 2020, <https://www.newyorker.com/magazine/2020/05/04/seattles-leaders-let-scientists-take-the-lead-new-yorks-did-not>

Au-delà de cet attachement formel au fédéralisme, la nécessité de répondre efficacement à la crise a conduit à un renforcement du pouvoir de l'État fédéral au détriment de celui des ensembles régionaux. Le 25 mars 2020, le Bundestag constate « l'état d'épidémie d'importance nationale » (*epidemische Lage von nationaler Tragweite*) qui permet l'adoption d'une nouvelle loi sur la protection contre les infections garantissant à l'État fédéral, et en particulier au ministre de la Santé Jens Spahn, la possibilité d'ordonner de nouvelles mesures de contrôle et de disposer des ressources sanitaires des Länder pour lutter plus efficacement contre l'épidémie.

Cette situation d'exception a imposé une réorganisation du fonctionnement du gouvernement fédéral pour lui permettre de gagner en réactivité et en efficacité. Depuis le début de la crise, un « petit cabinet Corona » se réunit ainsi chaque lundi sous la direction de la Chancelière. Il comprend les ministres de la Défense, des Finances, de l'Intérieur, des Affaires étrangères, de la Santé, et le chef du bureau de la chancellerie fédérale. C'est là que se prennent les décisions majeures relatives à la gestion de la crise, sous ses aspects directement sanitaires ou économiques. Le Conseil des ministres régulier a lieu le mercredi. Au cours de ce Conseil, des experts, ceux du Robert Koch-Institut notamment, viennent faire le point sur la situation sanitaire. Enfin, le jeudi, c'est le « grand cabinet Corona » qui se réunit. Y sont conviés, outre les participants du lundi, les ministres techniques concernés par une question particulière. Chaque lundi, les Secrétaires d'états des différents ministères se réunissent sous la direction du chef de la Chancellerie pour préparer le Conseil des Ministres du mercredi suivant. Lors de cette réunion, chaque ministère fait valoir les problématiques qui exigent, du fait de l'épidémie, une réponse immédiate. Des structures interministérielles ont été créées, notamment entre les ministères de la Santé et celui de l'Intérieur. Au sein du ministère de la Santé, une cellule d'approvisionnement (*Beschaffungstab*) réunit des représentants du ministère des Finances, des Affaires étrangères, ainsi que des représentants d'entreprises de commerce international, avec lesquelles le ministère de la santé a conclu des accords. À ces structures s'ajoutent des « *taskforce* » au sein de laquelle sont désignés des correspondants au sein des ministères, qui travaillent conjointement avec des représentants des *Länder* et des parlementaires. Elles traitent notamment de questions de logistique, de recherche scientifique, ou de solutions digitales.

Source : programme Europe de l'Institut Montaigne

Le pilotage politique de la gestion de la crise à Taïwan

L'activation le 20 janvier du centre de commandement central des épidémies (CECC) est un temps fort de la gestion de la crise du Covid-19 à Taïwan. Une fois activée, la structure domine la chaîne de commandement exécutif de lutte contre le virus.

Mais il est important de souligner que les premières mesures de contrôle des vols en provenance de Wuhan, dès le 31 décembre, ont été adoptées par le Centre de Contrôle des Maladies (CCM). Dès le 15 janvier, soit plus d'une semaine avant l'OMS, le CCM classe le virus dans la catégorie des maladies transmissibles – bénéficiant d'informations en provenance directe de Wuhan par le biais d'un officiel de la santé Taïwanais qui a pu échanger avec des responsables locaux et collecter des informations de première main. Le CCM est une entité permanente sous la tutelle du ministère de la Santé. Il a trois responsabilités dont la crise du Covid-19, après celle du SARS en 2003, a démontré l'importance cruciale sur le plan de l'efficacité de la réponse publique. D'abord, la formulation des politiques de contrôle des maladies infectieuses. Ensuite, la collecte et la distribution en temps réel de l'information sur les caractéristiques des maladies infectieuses et la propagation de la contagion. Enfin, la mise en œuvre rapide des mesures de contrôle, y compris les mises en quarantaine – chaque année, en temps normal, elles concernent 17 000 passagers sur les 20 millions qui entrent à Taïwan.

Les fonctions du CECC diffèrent de celles du CCM. **Le CECC est en effet un instrument de coordination temporaire mais avec un pouvoir exécutif. Il a été conçu avec l'objectif d'une capacité de réponse rapide et flexible.** Son protocole d'action a évolué avec la crise. Ce n'est qu'à la fin du mois de février que tous les ministères sont subordonnés à l'autorité du CECC. Avant cette date, il n'obtient de fait le rang protocolaire de ministère au sein du gouvernement que lorsque le ministre de la Santé Chen Shih-chung en prend les commandes. Le terme de « centre de commandement » est révélateur – il s'agit d'une **démarche de mobilisation des ressources nationales et de recherche d'exécution rapide de décisions fortes**, et le champ lexical martial recherche l'analogie avec une campagne militaire.

.../...

En pratique, le travail du CECC est divisé en trois piliers, exprimés également en langage militaire. D'abord, le renseignement, pour maintenir une intelligence de la situation aussi précise que possible. Ensuite, le combat, qui couvre les contrôles aux frontières et les enquêtes sanitaires. Et enfin, la logistique, qui couvre l'administration, les affaires juridiques, la communication, l'équipement médical et les services informations de l'ensemble de l'édifice.

Source : programme Asie de l'Institut Montaigne

B. La gestion de crise à la française : évolutions et invariants

Face à la crise sanitaire, l'exécutif français a fait le choix de l'affirmation de sa centralité, mais plus encore, celui de la verticalité. Dès le début de la pandémie, le lieu de la décision a été symboliquement établi au sein du Conseil de Défense, réuni autour du président de la République, juste avant le Conseil des ministres. Parallèlement, le choix a été fait d'une communication de crise essentiellement politique, centrée sur les discours solennels du président de la République et du Premier Ministre. C'est à partir de cette dyarchie spécifiquement française que s'est organisée une gestion de crise marquée par la verticalité.

Quatre phases

Celle-ci a pris successivement plusieurs formes. **Du 27 janvier au 17 mars, la réponse de l'État est pilotée exclusivement à travers le ministère de la Santé**, où a été mise en place une cellule de crise dirigée par Jérôme Salomon, directeur général de la Santé, trois jours après l'identification du premier cas de contamination en France. Jusqu'au début du confinement, elle est la seule instance de coordination de la réponse de l'État à une crise qui est encore abordée sous son seul angle sanitaire. Le maintien d'une gestion de crise par le ministère de la Santé pendant la première phase de la crise a déterminé une large partie de la réponse de l'État sur le terrain.

C'est en particulier ce choix qui place les Agences régionales de santé (ARS) en première ligne : organisation des hôpitaux et du réseau de soins, mais aussi logistique de la distribution des masques, transferts de patients... Contrairement aux organes de la protection civile ou du ministère de l'Intérieur, ces bureaux destinés à la gestion

financière et administrative des structures de soin ne sont aucunement préparés à une action d'urgence. Cette primauté du sanitaire dans la gestion de crise n'a pas permis de mettre en cohérence les différents services de l'État sur le terrain. Un exemple frappant en est le retard mis à intégrer les laboratoires publics dans la mobilisation des moyens de tests. Un retard qui s'explique notamment par l'absence de dialogue entre les ARS et les préfets, seuls habilités à procéder à la réquisition des laboratoires publics.

Surtout, dans ce stade précoce de l'épidémie où il est essentiel de détecter les signaux faibles et de s'adapter rapidement à une situation mouvante, à l'abri des interférences politiques et sans subir de blocages bureaucratiques, la chaîne hiérarchique complexe qui relie la direction générale de la Santé, Santé Publique France, les ARS et les 38 établissements de santé qui restent jusqu'à la fin du mois de février les seuls habilités à accueillir et tester les malades du Covid-19 représente un obstacle majeur à la prise de conscience de la circulation épidémique, et à une révision rapide des dispositifs de dépistage, de prise en charge et de communication.

Ce n'est donc que le 17 mars que la cellule interministérielle de crise est activée, au sein du ministère de l'Intérieur. Organisée autour de deux réunions quotidiennes, l'une qui réunit les secrétaires généraux, l'autre les directeurs de cabinets des ministères concernés, elle permet d'associer le ministère de l'Intérieur et le ministère de la Santé, sous le contrôle du Premier ministre, dont le directeur de cabinet préside généralement les réunions de la CIC. C'est de là qu'est orchestré le confinement du pays, marqué par une centralisation extrême, qui se reflète dans des arbitrages interministériels parfois rendus à un niveau de détail qui traduit l'absence quasi totale de marge d'appréciation laissée aux autres échelons de la puissance publique. Cœur de l'État verbalisateur, la CIC ne peut être celui de l'État stratège : qu'il s'agisse de la gestion de la pénurie de masques ou de celle des tests, les grandes questions se traitent ailleurs, dans un échec de coordination qui mobilisent les cabinets ministériels en ordre dispersé. Preuve de la difficulté à coordonner cette action de crise multiforme, Édouard Philippe confie au général Lizurey, ancien directeur général de la Gendarmerie nationale, à la fin du mois de mars, la mission de passer le dispositif en revue, pour s'assurer de la bonne communication entre les différentes cellules de crise ministérielles, et avec les échelons locaux.

La préparation et la conduite du déconfinement amènent à une nouvelle modification du dispositif de gestion de crise. D'abord avec la constitution, le 2 avril, de la « Commission Castex », directement rattachée à Édouard Philippe. Dirigée par Jean Castex, conjuguant une expérience de haut fonctionnaire et d'élu local, secondé par Didier Houssin, ancien directeur général de la Santé, son rôle est de coordonner les différentes préparations ministérielles, tout en assurant le lien avec les

collectivités locales et les partenaires sociaux. Dégagée de toute responsabilité opérationnelle et consacrée entièrement à la préparation stratégique du déconfinement, cette « excroissance intelligente du cabinet du premier ministre », selon l'expression d'un préfet, vise à s'extraire des arbitrages quotidiens, et à créer un dialogue avec les grands partenaires de l'État. Parallèlement, Jean Castex et Christophe Castaner font le choix de s'appuyer prioritairement sur les préfets de département, en lien avec les maires, plutôt que sur les préfets de région. Enfin, les grands dossiers transversaux sont désormais portés par des responsables clairement identifiés, comme Nicolas Castoldi, en charge de la mobilisation sur les tests depuis le 21 avril.

Après cette phase de transition, et une fois le déconfinement mis en œuvre, **un nouveau dispositif a été annoncé le 20 mai, avec un centre interministériel de crise** dirigé par le préfet Denis Robin, qui doit devenir, conformément à la recommandation de Jean Castex, l'instance unique de coordination de la réponse de l'État à la crise, intégrant les cellules des ministères de l'Intérieur et de la Santé, et impliquant les préfets et les directeurs généraux des ARS.

Ouvrir la boîte noire de la gestion de crise

À travers ces quatre phases de la gestion de la crise au plus haut niveau de l'État, on retrouve les mêmes difficultés structurelles à orchestrer sa réponse, et surtout à **permettre à la puissance publique de s'adresser à d'autres qu'à elle-même**.

Ce qui frappe en effet, c'est le caractère non seulement complexe, mais aussi largement confidentiel de ces différentes structures. Cela empêche une identification claire des décisionnaires par les acteurs extérieurs à la sphère des administrations centrales. **La multitude des interlocuteurs, couplée à un manque de définition des voies d'accès et d'échange, aboutit au primat des contacts personnels et à un fonctionnement largement informel.** « Je n'ai jamais compris comment ça marchait », confie le directeur des affaires publiques d'un grand groupe français, qui évoque « un fonctionnement d'antichambre ». La mise en place d'un nouveau dispositif, prenant le relai de la commission Castex et de la CIC, pourrait permettre la désignation de personnalités explicitement mandatées pour mener à bien, à partir d'un choix stratégique, des missions précises. Elles mobiliseront alors l'ensemble des services de l'État de manière transversale, et elles seront clairement identifiées par les responsables locaux et les acteurs privés ou associatifs.

Un tel fonctionnement pourrait ainsi permettre de raccourcir les chaînes de commandement, pour permettre une remontée d'information en temps réel, et une prise

de décision rapide. Tous les témoignages, de l'intérieur comme de l'extérieur de l'État, font état d'une extrême centralisation de la réponse à la crise, accompagnée d'un fonctionnement hiérarchique rigide et d'une faible marge de manœuvre donnée aux échelons administratifs et aux services déconcentrés. **Ces trois facteurs concourent à allonger le circuit de circulation de l'information, concentrer à l'extrême la décision, et déresponsabiliser tous les échelons intermédiaires.** « Nous avons le sentiment de ne jamais avoir eu de décisionnaire en face de nous », explique un responsable d'une grande entreprise technologique qui a tenté de proposer des solutions de gestion de crise.

Enfin, alors qu'il est habituellement au cœur des pratiques de gestion de crise et du fonctionnement de la cellule qui lui est dédiée, **l'enjeu de la communication ne semble pas avoir fait l'objet d'une stratégie clairement établie, reposant sur la définition d'un nombre limité d'émetteurs, une stricte coordination des messages, et la définition d'un point d'équilibre entre mobilisation et sécurisation.** Là encore, l'exemple de Taïwan peut servir de référence, avec une communication entièrement assurée par le ministre de la Santé, sous la forme d'un point journalier assuré de manière à la fois très personnelle et très factuelle, le ministre apparaissant en gilet fluorescent, symbolisant sa proximité avec le terrain, accompagné par une mascotte chargée de diffuser les principaux messages de prévention. La distance culturelle peut sembler forte, mais les principes qui sous-tendent ce dispositif particulièrement efficace peuvent servir de référence.

En même temps qu'elle montre les limites de l'ancien système de gouvernance verticalisé, la crise offre ainsi l'opportunité d'une transformation de la décision publique, marquée par une plus grande transparence, une habitude du partage de l'information, une clarification de l'échelon de la décision, et une responsabilisation des différents acteurs.

C. Les pièges de la verticalité : l'exemple des tests

La stratégie de tests mise en œuvre par les autorités sanitaires françaises n'est qu'un exemple parmi d'autres de cette extrême verticalité, mais c'est sans doute celui qui porte les enjeux les plus graves. L'étude comparative des différentes stratégies face au virus montre à quel point la politique choisie en matière de tests s'est révélée déterminante dans le contrôle ou non de la pandémie. Qu'il s'agisse de la Corée du Sud ou de la Vénétie, c'est la volonté de tester de manière rapide et massive, y compris dans les cas non symptomatiques, qui a permis de prendre le virus de vitesse, et de casser les chaînes de contamination.

La France, elle, a fait le choix d'une politique de tests particulièrement restrictive, pendant une longue période. La difficulté à les produire et à les administrer en grand nombre en est une explication, mais ne peut pas être la seule. C'est le choix d'une doctrine claire qui déclenche la mobilisation des moyens, et non l'inverse. Entre la Lombardie et la Vénétie, la différence ne vient pas de la capacité à produire ou importer des tests, elle vient des choix stratégiques opérés à la jonction du politique et du scientifique. En France, si la situation de rationnement a pu conduire à des « doctrines d'emploi restrictives », celles-ci ont en retour rendu plus difficile de surmonter les blocages industriels ou réglementaires, et de mobiliser l'ensemble des acteurs.

La comparaison entre la France et l'Allemagne permet d'éclairer à la fois le décalage dans la stratégie adoptée, et dans le dispositif institutionnel qui encadre et prépare ces choix. **En Allemagne, c'est l'alignement de plusieurs facteurs qui a permis une mise en place particulièrement rapide d'un dispositif de tests massifs :** la mise au point, dès le 17 janvier, d'un test PCR capable de dépister le Covid-19, par l'équipe de Christian Drosten, co-découvreur de l'ADN du virus du SRAS en 2003, et sa mise à disposition dans le monde entier dès le 23 janvier⁸; la découverte, le 27 janvier, de premiers cas de contamination au sein de l'entreprise Webasto, en Bavière, rapidement traités par les autorités sanitaires régionales; et la mobilisation du Robert Koch-Institut, l'institut de santé publique rattaché au gouvernement fédéral, qui fixe dès le 1^{er} février une doctrine de tests déjà très large, prévoyant le dépistage de tout cas suspect à partir de symptômes qu'ils soient graves ou légers. Recherche universitaire, doctrine scientifique et action sanitaire ne sont pas liés par une chaîne hiérarchique, mais fonctionnent conjointement, et apprennent les uns des autres. Le quatrième élément essentiel, le secteur privé, va, lui, permettre le passage à l'échelle, avec la mobilisation du potentiel de l'industrie pharmaceutique allemande, et l'implication de l'ensemble des laboratoires, de ville, mais aussi vétérinaires, sans aucune des difficultés administratives rencontrées en France. À la mi-février, l'Allemagne est déjà prête à tester massivement, avant même d'être réellement touchée par la maladie.

À l'inverse de ce fonctionnement en réseau, **le dispositif français en matière de tests est caractérisé par une organisation verticale.** C'est la direction générale de la Santé qui pilote étroitement l'ensemble du dispositif, à travers une série de points de contrôle : le Centre national de référence (l'Institut Pasteur), qui valide chacun des tests candidats à l'importation ou à la production, et qui représente jusqu'à aujourd'hui un facteur de blocage important⁹; et jusqu'au 28 février, les 38 hôpitaux

désignés comme Établissements de santé de référence (ESR), seuls à même, pendant la période la plus sensible du début de la pandémie, de prendre en charge les patients potentiellement contaminés par le Covid-19 et de leur administrer un test. Le 26 février, seuls 18 cas sont recensés par Santé publique France, alors que le virus a déjà commencé à circuler largement.

Dans ce système particulièrement rigide organisé autour des consignes de la direction générale de la Santé, **très peu de marges de manœuvre semblent avoir été laissées à l'appréciation et à l'initiative des acteurs de terrain, ce qui a pu rendre très difficile de capter, et plus encore de faire remonter les signaux faibles.** Les initiatives visant à tester de façon plus précoce et plus large se prennent de façon individuelle et locale. À l'hôpital Bichat, le service de virologie travaille nuit et jour en utilisant le test de La Charité plutôt qu'avec celui de l'Institut Pasteur, considéré comme moins au point, et les médecins finissent par faire évoluer la doctrine de dépistage, comme l'explique Yazdan Yazdanpanah¹⁰, chef du service des maladies infectieuses et tropicales :

À l'époque, les consignes étaient encore de tester les personnes présentant des symptômes respiratoires associés à une exposition du virus en Chine ou en Italie. Fin février, on s'est dit chez nous qu'on allait tout de même dépister toutes les personnes présentant des symptomatologies graves, des pneumonies. Dès qu'on a commencé à tester tout le monde, on a eu énormément de cas. Là, on a compris que ça circulait beaucoup et que c'était trop tard.

De manière générale, c'est une politique particulièrement restrictive qui a continué à être mise en œuvre, indépendamment des ressources effectivement mobilisables. Priorité est restée au contrôle sur la prise d'initiatives et de responsabilités, et la leçon est valable pour une large part de la gestion verticale de la crise sanitaire qui a été adoptée en France.

8 https://twitter.com/c_drosten/status/1220434496375468032

9 Lucie Delaporte, « Retard des tests Covid-19 : l'ombre des conflits d'intérêts », Mediapart, 21 mai 2020, <https://www.mediapart.fr/journal/france/210520/retard-des-tests-covid-19-l-ombre-des-conflits-d-interets>

10 Pascale Pascariello, Anton Rouget, Alexander Abdelilah, Guillaume Kremp et Robert Schmidt, « "Le virus se propage", "il faut dépister" : ces alertes de médecins qui ont été ignorées », Mediapart, 14 mai 2020, https://www.mediapart.fr/journal/france/140520/le-virus-se-propage-il-faut-depister-ces-alertes-de-medecins-qui-ont-ete-ignorees?page_article=2

S'APPUYER SUR LA SCIENCE

A. Pouvoir médical, pouvoir politique

Le dialogue entre scientifiques et politiques, et la répartition de leurs rôles pendant la crise sanitaire, est un élément structurant de la réponse à la pandémie. Dans chaque pays, la crise du Covid-19 a mis à l'épreuve les dispositifs institutionnels et reconfiguré les rapports entre science et politique. Alors que les États-Unis et la Grande-Bretagne étaient dotés des systèmes de veille et d'alerte les plus formalisés, la décision politique a brutalement remis en cause les cadres prévus pour la gestion de crise, avec par exemple, aux États-Unis, le dessaisissement du *Center for Disease Control* au profit d'une *task force* très politique, sous la présidence de Mike Pence. À l'inverse, c'est la rencontre fortuite entre le gouverneur de la Vénétie, Luca Zaia, et du professeur Andrea Crisanti, chercheur de l'Imperial College qui venait de s'installer à l'université de Padoue, qui a permis une gestion de crise particulièrement efficace dans cette région du nord de l'Italie, reposant notamment sur une stratégie de dépistage très volontariste, et l'isolement rapide des premiers foyers infectieux. En Allemagne, le Robert Koch Institut joue un rôle profondément structurant : centre de santé publique rattaché à l'État fédéral, il centralise l'ensemble des données liées à la maladie et élabore la doctrine scientifique sur chacun des aspects de la réponse sanitaire. Son directeur, Lothar Wieler, informe aussi bien le gouvernement fédéral, chaque semaine lors du Conseil des ministres, que le public lors de conférences de presse particulièrement suivies.

Un État sans interlocuteur médical

En France, la première phase de la crise a été marquée par le faible poids des instances qui auraient pu jouer un rôle d'alerte et s'imposer comme les interlocuteurs scientifiques d'un pouvoir politique qui garde comme priorité, jusqu'à la première semaine de mars, la continuité de la vie politique et économique. Le Haut Conseil de la santé publique, mis en place en 2007, compte parmi ses missions, de « fournir aux pouvoirs publics, en lien avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires », et l'une de ses quatre commissions est consacrée aux maladies infectieuses et aux maladies émergentes. Saisi par la Direction générale de la Santé le 3 février, il ne rend son avis sur la prise en charge des cas confirmés

d'infection par le nouveau coronavirus¹¹ que le 5 mars. La Haute Autorité de Santé n'a pas non plus joué un rôle d'alerte ou de conseil dans la première phase de la crise. L'agence Santé publique France, qui comporte une « Direction alerte et crise », et a repris les fonctions et les personnels de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), est, elle, placée sous la tutelle directe du ministère de la Santé, et n'a pas joué de rôle autonome dans l'appréciation de la crise.

Ainsi, aucune structure médicale ou scientifique n'apparaît en mesure, lors de la première phase de la crise, de jouer un rôle de référence indépendante aussi bien auprès de l'exécutif que du grand public. Face à ce vide, le mois de février est marqué au contraire par **l'émergence, dans l'espace médiatique, de figures médicales qui concentrent l'attention et s'érigent en une sorte de contre-pouvoir**, profitant de la faiblesse de la parole politique - certains d'entre eux étant eux-mêmes au carrefour entre médecine et politique, comme Philippe Juvin, chef du service des urgences de l'hôpital Georges-Pompidou, et maire de la Garenne-Colombes.

Or, dans le même temps, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), première référence de chacune des autorités gouvernementales, tarde à sonner l'alerte mondiale¹², du fait du caractère tronqué des informations données par le gouvernement chinois, et des pressions directes que ce dernier exerce sur l'organisation. Ce n'est que le 11 mars que l'OMS déclare officiellement l'état de pandémie. C'est précisément à ce moment que la prise de conscience au plus haut niveau de l'État s'opère en France, et fait basculer le pays dans une autre phase de la crise, où le pouvoir médical, jusqu'ici marginalisé, va brusquement occuper l'espace de la décision publique.

Les médecins au chevet de l'État

C'est en effet le 11 mars qu'Emmanuel Macron décide la création du Conseil scientifique Covid-19, placé auprès du ministre de la Santé, Olivier Véran, « pour éclairer la décision publique dans la gestion de la situation sanitaire liée au coronavirus ». Il est présidé par le professeur Jean-François Delfraissy, et compte dix autres experts. Depuis sa création, le Conseil scientifique a produit huit avis et deux notes dont l'accès est public. Son existence a été officialisée par la loi du 23 mars 2020. Le 24 mars est également créé le Comité analyse, recherche et expertise (CARE) Covid-19, composé de douze chercheurs et médecins, et présidé par Françoise Barré-Sinoussi, Prix Nobel

¹¹ « Covid-19 : prise en charge des cas confirmés », Haut conseil de santé publique, <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771>

¹² François Godement, « L'OMS, la pandémie et l'influence chinoise : un premier bilan », Institut Montaigne, 24 mars 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/loms-la-pandemie-et-linfluence-chinoise-un-premier-bilan>

de médecine. Contrairement au CARE, qui n'a toujours aucune base juridique, ni aucune publication officielle, **le Conseil scientifique va rapidement jouer un rôle essentiel dans la gestion politique et médiatique de la crise par l'exécutif.**

Dès le 12 mars, le Conseil scientifique lance l'alerte scientifique au plus haut niveau de l'État, en présentant au président de la République les modélisations de Neil Ferguson, de l'Imperial College de Londres, particulièrement alarmistes. C'est alors que l'exécutif bascule vers la priorité sanitaire, la fermeture des écoles, puis le confinement. À l'apparente absence initiale de la science va donc succéder une préséance donnée au Conseil scientifique, derrière l'autorité duquel le gouvernement peut donner parfois l'impression de s'abriter. L'image la plus symbolique de cette nouvelle configuration reste la présence de Jean-François Delfraissy aux côtés d'Édouard Philippe et de Christophe Castaner, lors de l'annonce du maintien du premier tour des élections municipales. **À partir du 16 mars, c'est l'alliance du pouvoir politique et du pouvoir médical qui va faire basculer la France dans un confinement de presque deux mois.**

Mais cette nouvelle configuration souffre de plusieurs faiblesses, et d'abord de la nature *ad hoc* du Conseil scientifique, qui le prive de l'assise symbolique d'une grande institution de recherche indépendante, ou d'une agence de santé comme le Robert Koch-Institut. Elle souffre aussi du brouillage des lignes entre médecins et politiques, puisque, dans la crise, le pouvoir politique au ministère de la Santé est lui-même exercé par des médecins : succédant à Agnès Buzyn, professeure de médecine, Olivier Véran est neurologue, et son directeur général de la Santé, Jérôme Salomon, est infectiologue. C'est sans doute dans ces multiples parcours entre médecine, administration de la santé, et politique, que se trouve l'explication de la difficulté des grandes institutions de recherche comme des agences à s'affirmer comme des acteurs dégagés des enjeux politiques, à même de porter une expertise indépendante, et de porter la voix de la science dans le débat public. Il est difficile de reprendre un tel rôle pour un organisme créé par « le fait du prince ».

B. Une grande absente : la santé publique

Pouvoir politique et pouvoir médical : en France, ces deux puissances ont en fait beaucoup en commun, à commencer par une certaine culture de la verticalité, qui peut expliquer certains aspects de la gestion de la crise sanitaire, comme la marginalisation de la médecine de ville par rapport à l'hôpital, mais aussi la faible place donnée à la santé publique. Cette négligence apparaît comme absolument cruciale, comme le souligne avec force Didier Sicard :

La France, qui a été un grand pays de santé publique, a totalement abandonné ce regard sur la santé générale des populations, comme en témoigne le désintérêt total des étudiants pour cette discipline, que ne suivent que les moins bien notés. Même s'il y a d'excellents spécialistes individuels de santé publique, il n'y a pas d'école prestigieuse qui attire les étudiants comme à Harvard où la santé publique est aussi renommée que la cancérologie ou l'immunologie. L'énergie créatrice qu'on trouve en cancérologie, en chirurgie ou en biologie moléculaire ne se dirige pas vers la vaccination, la gestion du sang, les problèmes d'alcool ou de tabac... Le « principe de précaution » a fini par servir de santé publique...

Le pouvoir médical s'affirme par l'excellence du soin, voire la prouesse technologique, plus que par le souci des populations et de leur état de santé. L'échelon européen pourrait être particulièrement pertinent, mais il est encore largement inexistant, et le *European Centre for Disease Prevention and Control*¹³ (ECDC) n'a pu jouer aucun rôle significatif dans la gestion de la crise. Après le Brexit, l'Europe ne peut plus compter sur l'excellence de l'expertise britannique dans ce domaine, et en particulier l'Imperial College de Londres, seul à même de rivaliser avec la *Johns Hopkins School of Public Health* ou la *Harvard School of Public Health*.

Formation, recherche, transferts vers la sphère publique : ces enjeux universitaires ont des répercussions peu visibles, mais structurantes, sur le système de santé, et sa capacité à répondre à une pandémie. Sur le terrain, les difficultés des ARS sont aussi le reflet de cette faiblesse structurelle de la santé publique en France, et de l'absence d'une réelle culture de la prévention. Les difficultés de l'agence Santé publique France à jouer un rôle stratégique dans le dispositif de crise en sont aussi le reflet.

C. « Allumer la lumière » : l'indispensable connaissance de la circulation du virus

Le rôle de l'expertise médicale n'est pas seulement d'éclairer et d'orienter les responsables politiques confrontés aux incertitudes et aux dilemmes de la gestion de crise sanitaire. Il est aussi de piloter la réponse scientifique, destinée précisément à faire reculer l'incertitude en faisant progresser la connaissance de la maladie, et à permettre la mise au point d'un traitement.

¹³ European Centre for Disease Prevention and Control, <https://www.ecdc.europa.eu/en>

C'est surtout ce dernier point qui a retenu l'attention du public, avec le débat sur l'efficacité de l'hydroxychloroquine. Au-delà de la polémique, les scientifiques sont mobilisés sur l'évaluation de différents traitements, que la grande étude *Discovery*, prévue au départ à l'échelle européenne, devait apporter, avec, pour l'instant, des résultats décevants. Mais c'est un autre type d'étude qui devrait retenir l'attention publique : celui qui permettra de suivre, sur la base d'échantillonnages statistiques, la circulation passée et présente du virus au sein de la population.

En Italie, à la suite d'une proposition de la Société italienne de statistique, l'Institut national de statistique (ISTAT) mène conjointement avec le ministère de la Santé une grande enquête sur la prévalence du virus au sein de la population sur la base de tests sérologiques menés à grande échelle¹⁴. En Grande-Bretagne, c'est l'Office national de statistiques (ONS) qui mène le *Covid-19 Infection Survey*¹⁵, grande enquête épidémiologique destinée à suivre le niveau de contamination et d'immunisation de la population, en lien avec l'université d'Oxford, et avec l'aide de partenaires privés. Des résultats préliminaires¹⁶ sont d'ores et déjà disponibles.

En France, de nombreuses voix se sont élevées pour demander le lancement de telles études, seules à même d'« allumer la lumière » sur la circulation de l'épidémie. Ainsi, dans son avis du 20 avril¹⁷, le Conseil scientifique recommande

la réalisation à intervalle régulier d'enquêtes permettant d'estimer l'immunité dans la population y compris chez les enfants. Il est essentiel d'avoir une estimation de la proportion de la population ayant acquis une immunité au cours de la première phase épidémique selon les régions. En l'état actuel, des tests sérologiques sont en cours de validation, pour certains déjà existants et susceptibles d'être déployés à grande échelle à horizon de quelques semaines. La connaissance du niveau d'immunité des individus et de la population est essentielle pour suivre une stratégie de levée progressive du confinement.

Une telle étude pourrait être réalisée par sondage sur un échantillon représentatif de la population française, avec l'administration d'un double test, virologique et sérologique, à intervalles réguliers, permettant ainsi de suivre l'évolution de la circulation du virus

¹⁴ « Indagine sierologica su Covid-19 condotta da ministero della salute e istat », Istituto Nazionale di Statistica, <https://www.istat.it/it/archivio/242676>

¹⁵ Covid-19 Infection Survey, Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/surveys/informationforhouseholdsandindividuals/householdandindividualsurveys/covid19infectionsurvey>

¹⁶ « Coronavirus (COVID-19) Infection Survey pilot: England, 21 May 2020 », Office for National Statistics, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurvey/pilot/england21may2020>

¹⁷ « Avis n°6 du Conseil scientifique COVID-19 », 20 avril 2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_20_avril_2020.pdf

(grâce au test virologique) et la construction de l'immunité de la population (grâce au test sérologique). Ce projet pourrait être confié conjointement à l'INSEE et au *Health Data Hub*, pour croiser de manière systématique les données sociales et sanitaires.

Il serait particulièrement précieux que cette enquête puisse être réalisée à l'échelle européenne, de manière coordonnée par la Commission européenne, et sur un financement européen. Ce financement serait conditionné par la conformité à la méthodologie proposée au niveau européen.

Plus que l'étude *Discovery*, c'est le projet EpiCOV dont il faut attendre les résultats avec le plus d'impatience. Ce large projet, reposant sur un échantillon représentatif de 200 000 personnes, ambitionne de dresser une cartographie de la circulation du virus, et des effets du confinement sur la population. De premiers résultats devaient être publiés à la fin du mois de mai. On devrait donc bientôt savoir s'il est possible de se reposer sur ce type de projets, ou si la réalisation rapide de sondages plus limités reste la voie à suivre pour suivre l'épidémie à la trace.

L'étude de l'Office national des statistiques britannique

L'Office of National Statistics (ONS) britannique lance une étude de suivi de propagation du Covid-19 à grande échelle, jusqu'à 300 000 personnes testées, et à long terme, pendant 12 mois. Cette étude comprendra conjointement des tests virologiques et sérologiques. 20 000 ménages britanniques ont déjà été contactés pour participer à la phase pilote : une première vague de tests aidant à définir le taux actuel d'infection et le nombre de personnes susceptibles d'avoir développé des anticorps contre le virus. Les participants à l'étude représentent un échantillon représentatif de l'ensemble de la population britannique par âge et géographie.

Tous les participants, qu'ils présentent ou non des symptômes, réalisent des prélèvements par écouvillons pour les tests virologiques et répondent à des questionnaires fournis par une équipe nationale d'infirmiers dédiée. Cette expérience est répétée une fois par semaine pendant les cinq premières semaines puis tous les mois pendant 12 mois. 1 000 participants parmi les 20 000 fourniront également un échantillon sanguin pour la réalisation du test sérologique. Ils seront invités à fournir des échantillons supplémentaires chaque mois les 12 prochains mois.

.../...

Selon les premiers résultats de cette première étude menée à grande échelle sur la propagation de la maladie dans le pays (tests virologiques), environ 136 000 personnes en Angleterre sont actuellement infectées par Covid-19. L'Office national des statistiques britannique estime sur la base de ses 7 000 premiers résultats qu'environ 0,24 %, soit une personne sur 400, de la population anglaise portait la maladie au cours de la période d'enquête du 26 avril au 8 mai.

Il existe un large éventail d'incertitudes autour du nombre réel de personnes infectées, qui, selon l'ONS, pourrait aller de 76 000 à 225 000 à un intervalle de confiance standard de 95 %. Toute estimation basée sur un échantillon aléatoire contient une certaine incertitude. Ces estimations sont sujettes à révision à mesure que de nouvelles données sont traitées resserrant ainsi les intervalles de confiance.

Combinée aux résultats que l'ONS recueillera des tests sérologiques, l'étude pourra fournir un taux de mortalité par infection et une estimation de la part de la population immunisée permettant d'ajuster les mesures de déconfinement prévues. La mise en place d'un suivi sur 12 mois permet de renforcer la connaissance du virus notamment sur les conditions d'immunisation envers celui-ci.

ASSOCIER LES TERRITOIRES

C'est dans le rapport avec les territoires que s'exprime le plus fortement cette verticalité du pouvoir, et que sa mise en échec produit ce qui ressemble de plus en plus à une crise systémique. Alors que la défiance touchait d'abord l'exécutif, et l'ensemble de la classe politique, c'est désormais l'État lui-même qui vient à être mis en doute. Ce glissement, inédit et en gestation depuis la crise dite des « Gilets jaunes », a son importance. Mais dans le même temps, la crise vient révéler d'autres acteurs, et permet de dessiner d'autres modalités de pilotage de celle-ci, et d'autres manières d'organiser le développement des territoires.

A. La réponse de l'État à la crise du Covid-19 vue des territoires

L'État empêché par lui-même

Sur le terrain, l'État apparaît comme empêché par lui-même : c'est-à-dire, par l'extrême centralisation de la réponse politique à la crise, en même temps que par la faiblesse et le cloisonnement de ses services sur le terrain, d'abord sur le front sanitaire.

Depuis le début de la crise, **les Agences régionales de santé (ARS) ont concentré beaucoup des critiques faites à l'État**. Cette difficulté à faire face à la situation tient principalement au décalage entre la vocation première de ces agences créées en 2010 pour organiser les réseaux de soin à l'échelle régionale, dans une logique administrative et financière, et le rôle qui leur a été dévolu dans l'urgence : la gestion d'une crise sanitaire de grande ampleur, la mise en place de circuits logistiques complexes, la coordination d'un grand nombre d'acteurs obéissant à des logiques différentes. Contrairement aux organes de la protection civile ou du ministère de l'Intérieur, ces agences n'étaient aucunement préparées à une action d'urgence.

Dans certains cas, après une première phase de paralysie, les ARS sont parvenues à faire face à la situation avec réactivité et efficacité. C'est le cas notamment en Île-de-France, où un haut fonctionnaire du ministère de l'Intérieur confirme la capacité du dispositif à coordonner un effort commun à l'hôpital public, les cliniques privées

et la médecine de ville. Mais dans les autres régions, la plupart des témoignages convergent pour souligner le **décalage entre l'urgence sur le terrain et les modes d'action de l'ARS, marqués par la lourdeur bureaucratique et la volonté de contrôle de l'information.**

Plus que ce décalage, **c'est l'incapacité des ARS à en tirer les conséquences, et à se positionner comme un des maillons de la réponse de l'État, qui a mis en échec la réponse de celui-ci.** Dotées du statut d'EPA (Établissement public de l'État à caractère administratif), les ARS ont en général tenu à préserver leur autonomie de fonctionnement, et en particulier leur contrôle sur des données sanitaires dont le partage était pourtant essentiel à une réponse rapide et coordonnée. Parmi les innombrables blocages déjà relevés, le retard à intégrer les laboratoires publics dans la mobilisation des moyens de tests s'explique notamment par l'absence de dialogue entre les ARS et les préfets, seuls habilités à procéder à la réquisition de ces laboratoires. Dans plusieurs départements, l'habilitation des Laboratoires d'analyse départementaux à vocation vétérinaire, pour mener des tests biologiques, a donné lieu à de très longues navettes entre préfectures et ARS, pour des questions de niveaux de signature et de prise de responsabilité.

28

L'impuissance de l'État sur le plan territorial est donc la traduction concrète, et parfois dramatique, de la **multiplication des agences indépendantes ou autonomes censées organiser une gouvernance, mais rendant surtout impossible une réponse rapide, unifiée et efficace des services de l'État.**

L'État refermé sur lui-même

Privés d'une grande partie de leur marge de manœuvre par l'extrême centralisation de la décision administrative et politique, et d'autre part par l'émiettement des services de l'État, les préfets n'ont pas toujours été en mesure d'associer les acteurs de leur territoire à la gestion d'une crise qui les concernait pourtant au premier chef.

Bien sûr, les préfets réunissent régulièrement leurs multiples interlocuteurs institutionnels, de la réunion du lundi matin avec les intercommunalités, jusqu'à celle du vendredi soir avec les parlementaires. Le dialogue avec les maires, placés en première ligne du fait de leur pouvoir de police sanitaire, a souvent été intense. Les préfets se sont inlassablement fait les exégètes des multiples textes administratifs promulgués par l'État (une trentaine d'ordonnances adaptant le fonctionnement des collectivités locales ont été prises depuis le début de la crise), et les traducteurs des décisions politiques annoncées à la télévision par les plus hauts responsables publics. **Le dialogue entre**

le préfet et les collectivités a consisté pour une large part à répondre aux questions posées par les élus sur les conséquences des décisions de l'État, et des textes qu'il édictait, plus que sur les immenses défis que devaient relever sur le terrain chacune des collectivités locales.

Vue des territoires, cette première phase de la crise a en fait été marquée par un paradoxe. D'un côté, elle a été vécue comme un moment de centralisation particulièrement forte, voire caricaturale dans certaines de ses expressions, démontrant que l'État est encore capable d'agir à chaque coin du pays, au moins pour le mettre à l'arrêt. Mais dans le même temps, cet État a souvent fait la preuve de sa déconnexion avec les réalités locales, de son incapacité à agir, voire de sa pure et simple absence. Tandis que le dialogue avec le préfet porte essentiellement sur le décryptage des décisions et des textes de l'État, c'est sans son aide que les élus doivent tenter de relever les multiples défis qui se posent à eux : maintenir les services essentiels, se procurer des masques, rassurer et informer la population, préparer la réouverture des écoles.

Le symbole de cette fermeture de l'État sur lui-même restera le long silence rencontré par les élus face à leur proposition de mettre leurs Laboratoires départementaux d'analyse (LDA) à la disposition des autorités sanitaires pour répondre au cruel manque de capacité de tests. À partir de la mi-mars, des présidents de Conseil départementaux écrivent au ministère de la Santé pour souligner l'étendue des capacités dont ils disposent, notamment dans les zones d'élevage, comme en Normandie¹⁸. Ce n'est que le 5 avril 2020, à la suite de la révélation de ces blocages par *Le Point*¹⁹, que paraissent finalement un décret et un arrêté autorisant ces laboratoires à réaliser des tests, dans des conditions restrictives qui ne permettent toujours pas, à ce jour, d'exploiter réellement leurs capacités.

29

B. Un virus sans territoire ?

Dans cette articulation complexe entre les différents échelons de l'État et des collectivités locales, il y a **un grand absent : le virus lui-même.** Tandis que les ARS monopolisent la gestion de la crise sanitaire, l'État reproduit un schéma en tuyaux d'orgue avec ses interlocuteurs, en les traitant de manière séparée, et **en les cantonnant au strict cadre de leurs compétences, sans chercher à les associer à une stratégie globale de gestion de la crise** qui s'abat sur le pays.

Ce qui frappe le plus, c'est **l'absence de partage de l'information sur la crise sanitaire elle-même, au-delà de chiffres agrégés au niveau régional et**

départemental, régulièrement envoyés par l'ARS et par les préfetures, mais qui ne permettent pas de suivre la circulation réelle du virus sur le territoire, au grand regret des maires qui voudraient pouvoir suivre au plus près l'évolution de la situation. L'enjeu est de pouvoir informer, mais aussi mobiliser les habitants, et piloter de manière plus fine le processus de déconfinement.

Ce défaut de partage est aussi un défaut de recueil, et les deux vont de pair, puisque c'est l'étroite association des acteurs locaux qui permettrait une remontée beaucoup plus fine et réactive de données utiles pour la perception de l'évolution de la crise sanitaire. Après l'annonce par le Premier ministre à l'Assemblée nationale, le 28 avril, que le degré de déconfinement serait basé en partie sur des données agrégées au niveau départemental²⁰, la carte dévoilée pour la première fois le 30 avril par le ministre de la Santé a mis crûment en lumière ces deux limites : d'abord, en retenant comme unique indicateur de la circulation du virus la proportion de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19, dont la pertinence est particulièrement faible ; ensuite, en commettant des erreurs sur trois départements, provoquant des réactions virulentes des élus²¹ et même des préfets concernés, comme Jean-Christophe Bouvier, préfet du Cher, qui expliquait le lendemain²² dans la presse locale :

Quand on a vu cette carte, on n'a pas compris. (...) J'ai eu l'explication par la directrice de l'hôpital qui m'a expliqué que les tests réalisés en grand nombre dans certains Ehpad ont été enregistrés dans la colonne des passages aux urgences. (...) Santé publique France est venue se servir dans les statistiques de l'hôpital et a trouvé ce chiffre qui a biaisé la classification.

Un exemple qui montre à quel point les données sanitaires ne sont ni élaborées, ni partagées avec les acteurs territoriaux, qu'il s'agisse des autres services de l'État, des élus ou des collectivités territoriales. Or, c'est bien au niveau local que la partie sanitaire se joue. La disponibilité de ces données au niveau territorial est absolument essentielle pour permettre un pilotage rapide et efficace d'éventuels reconfinements qui ne pourront être réellement ciblés que s'ils s'appuient sur ce recueil de données les plus fines et les plus larges possibles.

18 «Coronavirus. 100 000 tests possibles dans les labos d'analyses départementaux normands», Ouest France, 3 avril 2020, <https://www.ouest-france.fr/sante/virus/coronavirus/coronavirus-100-000-tests-possibles-dans-les-labos-d-analyses-departementaux-normands-6799080>

19 Géraldine Woessner, «EXCLUSIF. Comment la France se prive de 150 000 à 300 000 tests par semaine», Le Point, 3 avril 2020, https://www.lepoint.fr/sante/exclusif-comment-la-france-se-prive-de-150-000-a-300-000-tests-par-semaine-03-04-2020-2369955_40.php

20 «Indicateurs d'activité épidémique COVID-19 par département», data.gouv.fr, <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/indicateurs-dactivite-epidemique-covid-19-par-departement/>

21 <https://twitter.com/AurelienPradie/status/1255966461966909440>

22 «Déconfinement : le Cher dans le rouge, une surprise et une erreur», Le Berry républicain, 30 avril 2020.

C. Anciens et nouveaux acteurs

Si la crise a pu révéler des dysfonctionnements dans l'articulation entre le niveau national et les échelons locaux de l'action publique, elle a également mis en lumière la très forte réactivité des acteurs locaux, certains déjà identifiés comme tels, comme les maires, d'autres nouveaux, comme les régions. Ce sont ces acteurs, confortés ou révélés par la crise, que l'action publique devra davantage impliquer pour préparer l'avenir, qu'il soit sanitaire, social ou économique.

Les maires dans la tempête

Du fait de ses pouvoirs de police comme de sa visibilité particulière, c'est bien le maire qui est en première ligne de la crise sanitaire²³, sommé par ses administrés de régler leurs problèmes, et par l'administration de mettre en œuvre ses décisions.

Or pendant la crise sanitaire, les maires ont joué ce rôle dans des conditions très particulières, d'abord en période de campagne électorale, puis dans un entre-deux-tours au statut particulièrement incertain. Si l'ordonnance du 1^{er} avril a permis de conforter la capacité d'action des exécutifs locaux, cette situation a compliqué la tâche des maires sortants, et accentué le blocage du fonctionnement administratif, avec de lourdes conséquences économiques, notamment dans le domaine de la construction, avec l'absence de délivrance de permis de construire.

Sur le terrain, et alors que la lourdeur de l'administration sanitaire complique la réponse de l'État, les maires jouent un rôle essentiel par leur capacité à décider, et à dialoguer. À Contamines-Montjoie, lorsque sont révélées des contaminations causées par un touriste britannique, le maire, Etienne Jacquet, joue un rôle décisif²⁴ pour mobiliser les habitants et mettre en place le test de tous les habitants susceptibles d'avoir été touchés.

La période de confinement a vu émerger un certain nombre de conflits entre l'État et certains maires, tranchés par la décision du Conseil d'État du 17 avril annulant l'arrêté municipal rendant obligatoire le port du masque à Sceaux. La phase de déconfinement,

23 Anne-Katell Peton, «Grippe A(H1N1) – Responsabilités et pouvoirs du maire en matière de police sanitaire», La gazette des communes, 14 septembre 2009, <https://www.lagazettedescommunes.com/1244/grippe-ah1n1-responsabilites-et-pouvoirs-du-maire-en-matiere-de-police-sanitaire/>

24 Daniel Despin, «Coronavirus : "il fallait à tout prix éviter la panique" raconte le maire des Contamines-Montjoie (Haute-Savoie)», France 3 Alpes, Auvergne et Rhône-Alpes, 10 avril 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/haute-savoie/coronavirus-il-fallait-prix-eviter-panique-raconte-maire-contamines-montjoie-haute-savoie-1814518.html>

elle, a été préparée et conduite en lien étroit avec les maires, fruit de l'expérience locale de Jean Castex (qui a été maire et conseiller général), mais aussi du caractère incontournable des maires pour la réouverture des écoles maternelles et primaires, à partir du 18 mai. Depuis la fin du mois d'avril, c'est le couple du préfet départemental et du maire qui redevient l'échelon privilégié de la gestion de crise.

L'émergence des régions

Si les préfets de région perdent de leur centralité, les exécutifs régionaux, eux, ont pu faire la preuve de leur pertinence, et la crise a permis une accélération de **l'affirmation du fait régional, et de la capacité d'action des Conseils régionaux** issus de la réforme de 2016.

Cette affirmation des régions est d'abord celle de l'une d'entre elles, **le Grand Est, touchée très tôt et de plein fouet par la crise sanitaire**, et dirigée par un médecin urgentiste à même de s'appuyer sur une double légitimité politique et scientifique, Jean Rottner. Depuis la fourniture de masques jusqu'à la création d'une société mixte pour la précommande de tests sérologiques, la région a dû agir autant sur la base des besoins du terrain que sur celle de ses compétences propres pour répondre à l'urgence et pallier certaines défaillances des services de l'État. La réquisition par le préfet du Haut-Rhin d'une cargaison de quatre millions de masques à destination des collectivités locales de l'Est de la France, à l'aéroport de Mulhouse-Bâle, le 5 avril, a profondément marqué la population, et restera le symbole d'un décalage profond entre les principes d'action de l'État et les principes de réalité régissant l'action des collectivités.

Ce sont aussi les services de la région qui sont **à l'origine de l'initiative permettant le transfert de patients vers les hôpitaux des pays voisins**, en s'appuyant sur un soutien politique au plus haut niveau pour surmonter les blocages de l'ARS, et en utilisant les compétences diplomatiques qui venaient d'être partagées par l'État avec cette région frontalière. La crise a ainsi joué un rôle d'accélérateur dans la coopération transfrontalière, avec la mise en place d'une réunion téléphonique hebdomadaire avec les responsables des régions voisines. Même si l'Europe a été ressentie comme absente dans cette période de crise, la **capacité de la région à gérer de manière autonome les fonds européens**, depuis 2014, a été déterminante pour mobiliser rapidement des moyens importants, notamment l'achat de masques.

Dans la crise, les régions ont aussi fait la preuve de leur **proximité avec le tissu économique** qu'elles auront la tâche d'accompagner vers un redémarrage de l'activité.

Dans la région Grand Est, passé le temps de la mise en contact improvisée entre les hôpitaux et des fournisseurs locaux capables de fournir des blouses médicales, la mise en place de la plateforme barriere-covid19.fr²⁵ a permis de mobiliser le tissu industriel de la région pour fournir aux entreprises les matériels de protection dont elles avaient besoin pour poursuivre leur activité. Trois semaines après son lancement le 17 avril, la plateforme avait déjà enregistré près de 1 000 commandes auprès de 17 fournisseurs, représentant 20 000 litres de gel hydro-alcoolique, 3,4 millions de masques et près de 10 000 visières.

Alors que la gestion de la crise sanitaire par l'État est repassée du niveau régional au niveau départemental, devant l'échec du couple préfet de région / ARS, **la région s'impose au contraire comme l'échelon pertinent sur le plan de la mobilisation économique**.

La crise a aussi été le catalyseur d'une **coopération inédite entre les présidents de régions**, qui se réunissent désormais chaque lundi après-midi pour une réunion téléphonique d'une heure qui permet le partage d'informations, mais aussi une forme de coordination politique. Au niveau national, les semaines de crise ont été l'occasion d'expérimenter de **nouvelles formes de collaboration entre les régions et l'État, marquées par une confiance et une agilité inédites**. Le fonds de solidarité pour les TPE²⁶, financé par l'État et les régions, a été mis en place en un temps très court, malgré la complexité juridique du dispositif. Devant l'urgence, les bases ont été posées du copilotage entre l'État et les régions que réclamaient leurs présidents ont été posées²⁷.

Vers de nouvelles formes de collaboration avec l'État

Au-delà des régions, ce sont en fait l'ensemble des acteurs territoriaux qui ont construit dans la crise de nouvelles formes de communication et de mobilisation, et trouvé avec l'État les voies d'une collaboration de type nouveau qui vient suppléer, ou court-circuiter les circuits traditionnels de transmission entre Paris et les régions.

Alors que la fin du cumul des mandats a coupé l'une des dernières cordes de rappel de l'État jacobin, **ce sont les grandes associations d'élus et de collectivités locales**

²⁵ <https://barriere-covid19.fr>

²⁶ « Fonds de solidarité pour les TPE, indépendants et micro-entrepreneurs : une aide pouvant aller jusqu'à 1 500 € », <https://www.economie.gouv.fr/covid19-soutien-entreprises/fonds-de-solidarite-pour-les-tpe-independants-et-micro>

²⁷ « Notre conviction face au rapport de la Cour des comptes : les régions n'ont pas démérité », Le Figaro, 24 septembre 2019, <https://www.lefigaro.fr/vox/politique/notre-conviction-face-au-rapport-de-la-cour-des-comptes-les-regions-n-ont-pas-demereite-20190924>

qui ont joué un rôle déterminant pendant cette première phase de la crise.

Leur rôle d'information, de coordination et de représentation a été considérablement renforcé par les circonstances exceptionnelles rencontrées par leurs membres, et leur besoin de trouver une structure d'appui, face au sentiment de défaut d'État. Elles ont notamment permis d'effectuer des **commandes groupées de masques et autres matériels de protection** au plus fort de la crise, mais aussi de faire « remonter » de manière rapide et efficace les préoccupations de leurs membres, par exemple sur la question de la réouverture des écoles.

Or, dès avant les dialogues au plus haut niveau organisés avec le président de la République ou le Premier ministre, **les ministères ont joué le jeu de la collaboration avec ces nouvelles interfaces.** Beaucoup d'acteurs confirment que la trentaine d'ordonnances mettant en place des mesures dérogatoires pour les collectivités locales pendant la durée de la crise sanitaire ont été le fruit d'un dialogue entre les associations de collectivités locales (AMF, ADF, ARF) et le ministère de la Cohésion des territoires.

En même temps qu'une transformation du mode de décision, la crise a provoqué **une mutation accélérée des modes de communication entre l'État central et les territoires.** D'un côté, on a assisté à l'agonie de l'ancien système de transmission des informations et des décisions : la remontée en silo des informations vers les administrations parisiennes, la prise de décision hyper-centralisée, le long circuit de Matignon vers l'Intérieur, les préfets de région, puis les préfets de département, en finissant par une circulaire aux maires du département. Un tel dispositif était incapable de gérer l'immédiateté du temps médiatique : la temporalité des citoyens comme des responsables locaux est désormais celle des chaînes d'information en continu, des discours présidentiels et des annonces ministérielles. Pour répondre à ce défi, c'est un autre circuit de circulation d'information qui se met en place : le dialogue direct entre les grandes associations de collectivités locales (ARF, ADF, AMF, AdCF) et les ministères parisiens, avec une remontée d'information rapide, un dialogue au plus haut niveau, avec un fort niveau de confiance et de collaboration, et une redescende rapide des informations vers les adhérents.

MOBILISER LES ENTREPRISES

Dans une crise sanitaire qui devient très vite un choc économique, la rapidité du gouvernement à protéger les entreprises a été unanimement saluée, même si les défis principaux restent encore devant nous. Mais face à la pandémie, les entreprises sont aussi celles qui protègent les salariés et leur santé. Ce sont elles qui maintiennent les services essentiels à la vie du pays. Ce sont aussi elles qui peuvent fournir les équipements ou les solutions technologiques nécessaires à la lutte contre le virus. Comment ont-elles organisé leur mobilisation, et comment ont-elles été intégrées dans la stratégie des pouvoirs publics ?

A. Les entreprises en première ligne de la lutte sanitaire

Dans son récit de la gestion de la crise sanitaire à Seattle²⁸, Charles Duhigg raconte comment le responsable politique local, Dow Constantine, comprenant que le virus avait déjà commencé à circuler silencieusement, a contacté Brad Smith, le président de Microsoft, basé dans un quartier à l'est de Seattle, pour lui demander de faire travailler ses employés à distance, et lancer ainsi un premier signal d'alarme au sein de la population, alors même que le nombre de contaminations officiellement recensées était encore très faible. Dès le 4 mars, Microsoft décrétait le télétravail, rapidement suivi par Amazon. La mobilisation de la population de Seattle contre le virus était en marche.

En France, dans beaucoup des entreprises que nous avons interrogées, la réaction du groupe a en fait précédé celle des autorités sanitaires. **Pour celles qui en disposaient, c'est l'implantation en Chine qui a permis de prendre conscience de la gravité de la situation, de mettre en place des processus d'apprentissage, et de réagir très rapidement.** Beaucoup d'entreprises ont donc mis sur pied des cellules de crise, parfois dès la fin du mois de janvier, d'abord pour gérer la crise en Chine, et les rapatriements d'expatriés, puis pour préparer l'arrivée du virus. Ces cellules de crise, composées de représentants locaux et de différents secteurs d'activité, sont distinctes du Comité exécutif, permettant à celui-ci de se concentrer sur la

²⁸ Charles Duhigg, « Seattle's leaders let scientists take the lead. New York's did not », The New Yorker, 26 avril 2020, <https://www.newyorker.com/magazine/2020/05/04/seattles-leaders-let-scientists-take-the-lead-new-yorks-did-not>

direction des activités. Elles visent à accentuer la communication au sein des groupes, raccourcir les circuits d'information et de décision, fixer une stratégie commune qui est ensuite mise en œuvre au plus près du terrain.

Avant même toute initiative des autorités sanitaires françaises, ce sont les entreprises qui ont dessiné de façon empirique leurs propres stratégies, souvent inspirées des expériences des collaborateurs chinois, étendues à l'ensemble du groupe. **Dans la première phase de la crise, les grands groupes et de nombreuses ETI ont donc mis en place des protocoles sanitaires très stricts, allant plus loin et plus vite que les recommandations des autorités**, qu'il s'agisse du ministère de la Santé ou du ministère du Travail. Le port du masque, l'usage de gels hydro-alcooliques et la distanciation sociale ont été adoptés de manière systématique, tandis que le traçage des voyageurs et l'imposition de la quarantaine ont suivi une politique sanitaire rigoureuse d'identification et d'isolement des employés contaminés ou suspectés d'avoir le Covid-19. C'est « une organisation quasi militaire » que décrivent les responsables des entreprises interrogées.

Dans une première phase où la rapidité des processus d'apprentissage et d'adoption a été décisive, **les entreprises ont été un lieu de pédagogie essentiel**. C'est sur leur lieu de travail qu'une grande partie des Français ont appris à porter un masque, à le manipuler, se sont habitués à trouver du gel hydro-alcoolique, à garder leurs distances en réunion. Les protocoles sanitaires ont donc été établis très tôt, souvent en lien étroit avec les représentants des salariés. Les groupes que nous avons interrogés mettent l'accent sur **l'importance de la communication au sein de l'entreprise et du dialogue social**. En faisant de la sécurité de leurs salariés une priorité absolue, en mettant en place un cadre d'action clair et partagé, les entreprises avec lesquelles nous avons échangé ont engagé leurs salariés dans une double mobilisation : sanitaire, puisque les mesures de précaution ou d'isolement demandent une discipline constante ; économique, autour d'un objectif partagé de poursuite de la production. Cette mobilisation s'est aussi traduite par des actions de solidarité entre salariés, comme au sein du groupe Ortec, où les cadres ont mis en place un fond pour permettre de compenser les pertes de salaires des collaborateurs placés en chômage partiel ainsi que des primes pour le personnel ayant continué à travailler sur les chantiers.

Dans beaucoup de cas, cette poursuite de la production a été mise directement au service de l'effort sanitaire collectif : des TPE aux grands groupes, les exemples abondent de cette mobilisation spontanée qui a touché aussi bien la production industrielle, comme la fabrication de respirateurs par Air Liquide et Michelin, que le domaine numérique, avec la participation de Dassault Systèmes et Orange au développement de l'application StopCovid. Le groupe Ortec, lui, a lancé un

important investissement dans une usine de production de masques, qui commencera la production le 1^{er} septembre, avec une production annuelle de 17 millions d'unités, et un travail engagé pour permettre leur recyclage.

Dans beaucoup de cas, cette poursuite de la production a été mise directement au service de l'effort sanitaire collectif : des TPE aux grands groupes, les exemples abondent de cette mobilisation spontanée qui a touché aussi bien la production industrielle, comme la fabrication de respirateurs par un consortium formé par Air Liquide, avec PSA, Valeo et Schneider Electric, la fabrication de masques par Michelin ou LVMH, que le domaine numérique, avec la participation de Dassault Systèmes, Orange et Capgemini au développement de l'application StopCovid.

B. « Les masques, c'est moi » : quand l'État veut faire sans les entreprises

La pénurie de masques est en effet rapidement apparue comme un problème majeur, pour les entreprises comme pour l'État. Depuis la note du Secrétariat général de la Défense et de la Sécurité nationale (SGDSN) du 16 mai 2013²⁹, en effet, « il revient à chaque employeur de déterminer l'opportunité de constituer des stocks de masques pour protéger son personnel ». L'État-employeur se retrouve confronté à sa propre impréparation. Le 13 mars, le Premier ministre Édouard Philippe prend un décret de réquisition des stocks et de la production de masques³⁰, qui s'étend aux stocks, aux importations et à la production des entreprises.

Pour certaines entreprises particulièrement exposées, la réquisition des masques crée de nouvelles difficultés et menace la continuité de l'activité. Certaines entreprises ont ainsi dû interrompre leurs interventions dans les hôpitaux faute de protection suffisante pour leurs salariés. **Surtout, cette décision signifie l'arrêt brutal de toute activité d'achat et d'acheminement de masques par les entreprises françaises.** Alors que la France compte de très importants groupes de distribution disposant de réseaux d'achats très étendus en Chine, et qu'elle peut aussi s'appuyer sur des fleurons des services logistiques internationaux, c'est l'État

29 « Doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire », Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale, 16 mai 2013, https://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/hfds/Documents/doctrine_de_protection_des_travailleurs_face_aux_maladies_hautement_pathogenes_a_transmission_respiratoire.pdf

30 « Décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19 », Légifrance, 13 mars 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041721820&categorieLien=id%2525C2%2525A0>

qui entreprend de démarcher, négocier et acheminer les centaines de millions de masques nécessaires, dans un contexte de concurrence internationale exacerbée.

Dès le 20 mars, un autre décret corrige partiellement cette situation³¹ en autorisant les entreprises à se fournir directement auprès de fournisseurs étrangers sans risque de réquisition, dans la limite de cinq millions de masques sur trois mois. Ce déblocage permet aux entreprises de mobiliser à nouveau leurs réseaux de fournisseurs et leurs moyens logistiques, et de sécuriser leur approvisionnement en masques, pour elles, mais aussi souvent pour leurs sous-traitants ou leurs partenaires locaux. Ainsi, s'appuyant sur son implantation en Chine, un grand groupe a pu importer environ 6 millions de masques en un temps réduit, et en rediriger une partie vers les PME et les TPE de la filière qui ne disposaient pas de cette capacité (environ 400 000), d'autre part vers les hôpitaux et les structures de santé proches de sites du groupe (environ 50 000). Mais, à quelques exceptions près, les entreprises n'ont pas eu la possibilité de faire bénéficier l'État de leurs capacités d'action dans ce domaine, et les offres de service sont restées sans réponse.

L'exemple allemand montre pourtant le bénéfice que peut tirer la puissance publique d'une collaboration avec les entreprises dans ce domaine. Confronté à la même pénurie, le gouvernement allemand décide d'abord de privilégier le recours aux fournisseurs du ministère de la Défense et de l'Intérieur. Après un mois de mars marqué par la concurrence entre Länder, et plusieurs déconvenues commerciales, le gouvernement tire les conséquences de ces difficultés avec pragmatisme. Début avril, Angela Merkel prend la décision de s'appuyer directement sur les grandes entreprises³² dans son effort pour se procurer des équipements de protection. Le gouvernement allemand enrôle donc BASF, Volkswagen, Lufthansa, Otto (commerce en ligne) et Fiege (logistique). Les responsables gouvernementaux allemands ont compris que ces grandes entreprises avaient un réseau et une expertise inégalée du marché chinois. À la suite d'une conversation avec Angela Merkel le 30 mars, le ministre de la Santé allemand, Jens Spahn, a commencé à signer des accords-cadre (*Rahmenvereinbarungen*) avec ces entreprises. La liaison avec celles-ci est assurée par la cellule d'approvisionnement (*Beschaffungstab*) formée de fonctionnaires des ministères de la Santé, des Finances et des Affaires étrangères, dans le giron du ministère de la Santé. Les premiers résultats sont bientôt au rendez-vous : le 14 avril, BASF annonce le don de 100 millions de masques, dont un million pour le Land de Rhénanie-Palatinat, où est basé le siège de BASF. Ils sont aujourd'hui en grande partie arrivés sur le sol allemand, avec plus de 30 vols organisés par l'entreprise.

31 « Décret n° 2020-281 du 20 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-247 du 13 mars 2020 relatif aux réquisitions nécessaires dans le cadre de la lutte contre le virus covid-19 », Légifrance, 20 mars 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041741041&dateTexte=&categorieLien=id>

32 Lena Kampf, Markus Grill, Georg Mascolo et Klaus Ott, « VW und andere Konzerne beschaffen Schutzkleidung », *Süddeutsche Zeitung*, 3 avril 2020, <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-covid-19-vw-bundesregierung-1.4866977>

C. Un déconfinement qui rime avec déresponsabilisation

Comme elles l'avaient fait avant le confinement, beaucoup d'entreprises ont abordé la préparation de la phase de déconfinement dans une logique d'objectifs, avec deux grands impératifs : la santé des salariés au travail, et la relance la plus rapide possible de la production. **La question de la confiance des salariés était donc au cœur de ces stratégies de reprise d'activité**, et des dispositifs prévus pour faciliter cette remobilisation.

Parmi ces dispositifs, la capacité de l'entreprise à offrir la possibilité à ses employés d'effectuer des tests réguliers a paru un élément clé, et plusieurs groupes ont annoncé d'importants investissements dans ce domaine. **Au plus fort de la crise, la porte a semblé ouverte à cette contribution des entreprises à la mobilisation générale sur les tests, dans le respect des exigences de respect de la vie privée et du secret médical.** Une ordonnance du 1^{er} avril prévoyait ainsi d'autoriser les médecins du travail non seulement à délivrer des arrêts de travail pour les personnes atteintes ou suspectées d'infection au Covid-19, mais aussi à procéder à des tests de dépistage. Le décret précisant ces dispositions ne verra pas le jour : **les ministères de la Santé et du Travail ont finalement préféré éviter toute implication des entreprises dans des campagnes de tests.** Le protocole national de déconfinement³³ est explicite sur ce point : « aucune organisation par les employeurs de prélèvements en vue d'un dépistage virologique ne saurait s'inscrire dans la stratégie nationale de dépistage ».

Autre dispositif de nature à rassurer les salariés retournant sur leur lieu de travail tout en contribuant à l'identification la plus précoce possible des cas de contamination, **la prise de température à l'entrée des bâtiments professionnels** est apparue aux entreprises à la fois très simple sur le plan technologique, et très complexe sur le plan juridique. Alors que certaines entreprises ont mis en place des prises de températures par pistolet dans les semaines qui ont précédé le confinement, elles se sont massivement équipées de caméras thermiques, mais ont rencontré des obstacles qu'elles ne soupçonnaient pas. De la part de la CNIL tout d'abord, qui a dans un premier temps mis en garde contre la constitution de tout fichier de température, avant d'interdire purement et simplement l'usage des caméras thermiques³⁴ à l'entrée

33 « Protocole national de déconfinement pour les entreprises pour assurer la sécurité et la santé des salariés », Ministère du Travail, <https://travail-emploi.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/protocole-national-de-deconfinement-pour-les-entreprises-pour-assurer-la>

34 « Coronavirus (COVID-19) : les rappels de la CNIL sur la collecte de données personnelles par les employeurs », CNIL, 7 mai 2020, <https://www.cnil.fr/fr/coronavirus-covid-19-les-rappels-de-la-cnil-sur-la-collecte-de-donnees-personnelles-par-les>

des locaux professionnels. De la part du ministère du Travail, ensuite, pour qui « un contrôle de température à l'entrée des établissements/structures est déconseillé », mais pas impossible, sous certaines conditions, et à l'exclusion des caméras thermiques. Certaines entreprises interrogées ont ainsi prévu deux entrées possibles dans leur bâtiment, pour rendre le passage devant la caméra thermique optionnel, pariant sur le civisme de ses employés.

Plutôt que la logique d'objectifs qui avait présidé à la première phase de réaction des entreprises, avec un temps d'avance sur les autorités sanitaires, c'est une stricte logique de moyens qui préside à la phase de déconfinement. **Tandis que les pouvoirs publics excluent les entreprises de la démarche de santé publique, ils leur enjoignent de mettre en œuvre à la lettre des protocoles sanitaires définis dans leurs moindres détails, dans une logique de déresponsabilisation** qui permet de reporter la responsabilité sur le chef d'entreprise si ces protocoles ne sont pas appliqués à la lettre. Au lieu d'une mobilisation conjointe des entreprises, des salariés et des pouvoirs publics, autour d'objectifs clairs, dans une démarche partagée qui favorise les prises d'initiative, le dispositif choisi favorise la surenchère sécuritaire et l'angoisse des salariés comme des chefs d'entreprise. Là encore l'exemple allemand montre qu'il est possible d'adopter la démarche inverse : plutôt que l'application de directives ministérielles détaillant les concentrations d'eau de javel à utiliser, l'élaboration de « concepts d'hygiène » (*Hygienekonzept*) qui déclinent, en fonction des situations de chaque entreprises, les actions à mener pour atteindre les objectifs généraux fixés par le gouvernement.

IV

IMPLIQUER LA SOCIÉTÉ CIVILE

On l'a vu, au plus fort de la crise, le pouvoir politique et le pouvoir sanitaire continuent d'occuper, seuls, le devant de la scène de la responsabilité. Pourtant, en temps de pandémie, c'est le comportement de l'ensemble des citoyens qui constitue la principale clé du succès de la politique sanitaire, et l'adhésion de la plus grande partie possible de la population aux mesures proposées devient cruciale. Certes, pour les citoyens, à partir du 16 mars, « le mot d'ordre est clair : restez chez vous », selon les mots de Christophe Castaner. Mais au-delà de cette invitation à l'immobilité, quel rôle pour les citoyens et la société civile dans la lutte contre la pandémie ? La question est essentielle car elle détermine la manière dont la crise, en France comme dans chaque pays, recompose les rapports entre État et société.

A. L'impossible « démocratie sanitaire »

Le Conseil scientifique, et en particulier son président, Jean-François Delfraissy, sont particulièrement conscients des risques d'une coupure avec la société. Dans son avis du 20 avril sur les conditions nécessaires au lancement du déconfinement³⁵, le Conseil scientifique souligne que « la levée du déconfinement doit recueillir une large adhésion de nos concitoyens, appelés à y participer activement », et lance cette formule : « faire confiance pour garder la confiance ». Dès le 14 avril, Jean-François Delfraissy adresse à l'exécutif une note dans laquelle il insiste sur la nécessité de renforcer l'implication de la société civile³⁶, avec deux grands objectifs. Le premier est directement politique : « l'exclusion des organisations de la société civile peut facilement ouvrir la voie à la critique d'une gestion autoritaire et déconnectée de la vie des gens. À l'inverse, leur participation leur donnera une forte légitimité pour prendre la parole au nom de la société et formuler des propositions ». Le second est sanitaire : « les organisations de la société civile 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

35 « Avis n°6 du Conseil scientifique COVID-19 », 20 avril 2020,

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_20_avril_2020.pdf

36 « Une urgence sociétale : l'inclusion et la participation de la société à la réponse au Covid-19 »,

<https://static.mediapart.fr/files/2020/04/22/une-urgence-sociale-inclusion-et-la-participation-de-la-societe-a-la-reponse-au-covid-19-1.pdf>

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.»

L'absence de toute suite donnée à ces demandes souligne donc en creux deux des manques qui caractérisent la gestion de la crise sanitaire : la faiblesse de la dimension de santé publique, et le manque de confiance politique dans la société civile. Or ces deux éléments sont déterminants pour lutter contre une pandémie qui ne frappe pas seulement des malades, mais aussi des populations et des groupes sociaux. Dans le cas du Covid-19, la compréhension de la dimension sociale de la santé est absolument déterminante pour lutter contre la pandémie et ses effets³⁷. Malgré la sophistication de la lutte sanitaire à Singapour, c'est dans les dortoirs d'immigrés de la Ville-État que le virus a repris sa circulation, comme dans ceux des ouvriers polonais des abattoirs allemands. L'exemple de la circulation du virus en Seine-Saint-Denis³⁸ est une autre illustration du rôle des facteurs sociaux dans la pandémie.

L'implication de l'ensemble du secteur associatif est donc indispensable pour identifier les groupes à risque, qu'il s'agisse des SDF, des personnes en situation irrégulière, des travailleurs précaires ou des personnes en situation d'isolement social ou culturel. Les difficultés actuelles des équipes de l'assurance-maladie³⁹ à joindre les contacts des personnes contaminées par le seul biais de l'appel téléphonique illustrent la nécessité de mobiliser des acteurs extérieurs à l'administration, capables de surmonter les barrières sociales ou culturelles.

Sur ce plan, certaines expériences locales doivent retenir l'attention. En complément de la politique de tests massifs mise en œuvre à La Timone, un centre délocalisé a été installé dès le 16 avril dans les quartiers Nord de Marseille, en collaboration avec Médecins sans Frontières et Médecins du Monde, pour proposer un parcours de soin allant du dépistage jusqu'aux logements de transition permettant le confinement des cas positifs. Le 9 mai, suite à un premier cas signalé par l'ARS, les deux associations sont intervenues dans un squat pour sans-abris du 13^e arrondissement de la ville⁴⁰, pour convaincre les 160 habitants de se faire tester. Parmi la cinquantaine de tests réalisés, trois ont été positifs.

37 Michelle Kelly-Irving, «Health inequalities in a time of pandemic: do we really care?», Research Frontier, 16 mai 2020, <https://researchfrontier.wordpress.com/2020/05/16/health-inequalities-in-times-of-pandemic-do-we-really-care/>

38 Baptiste Larseigneur, «Seine-Saint-Denis : le Covid-19 exalte les inégalités», Institut Montaigne, 15 avril 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/seine-saint-denis-le-covid-19-exalte-les-inegalites>

39 Pierre Bafoil, «Coronavirus : les difficultés des brigades de traçage», Le Journal du Dimanche, 24 mai 2020, <https://www.lejdd.fr/Societe/coronavirus-les-difficultes-des-brigades-de-tracage-3970243>

40 Jean Poustis, «Déconfinement : un cluster de Covid-19 découvert dans un squat pour SDF à Marseille», France 3 Provence Alpes Côte d'azur, 19 mai 2020, <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/marseille/deconfinement-cluster-covid-19-decouvert-squat-sdf-marseille-1830848.html>

Ici encore, la question du recueil et du partage de l'information apparaît essentielle. Avec les territoires, la société est l'autre grande absente des données recueillies en France sur le Covid-19. De manière révélatrice, les chiffres détaillés de la mortalité liée au Covid-19, élaborés par Santé publique France, ne sont transmis qu'à l'INED, et de façon limitée aux données sur l'âge et le sexe des personnes décédées⁴¹. Aussi incroyable que cela puisse paraître, il est impossible, à partir de ces données partielles, de répondre à une question essentielle : qui est en train de mourir du Covid-19 en France ?

Dans d'autres pays, des études de plus en plus complètes lèvent le voile sur les déterminants sociaux de l'exposition au virus. C'est le cas aux États-Unis⁴², ou en Grande-Bretagne, où l'Office national de statistiques a étudié la répartition des décès par groupes professionnels en Angleterre et aux Pays de Galles⁴³. L'étude britannique en cours de publication sur les facteurs associés à la mortalité liée au Covid-19 dans les hôpitaux britanniques⁴⁴, qui a pu s'appuyer sur l'analyse des dossiers anonymisés de 17 millions de patients par la plateforme «OpenSAFELY»⁴⁵, montre toute l'étendue des possibilités offertes par une base de données comme celle du NHS.

En France, de telles études sont rendues impossibles non seulement par le caractère encore embryonnaire du *Health Data Hub*, mais aussi par la séparation très nette qui perdure entre données de santé et données sociales - qui n'est pas sans rappeler d'autres tabous, comme celui des statistiques ethniques. Puisque la santé n'est pas considérée comme construite socialement, on ne rassemble pas les données qui pourraient le montrer⁴⁶, et on ne recueille pas les informations permettant de replacer le patient dans son contexte socio-économique. La «démocratie sanitaire» appelée de ses vœux par Jean-François Delfraissy passe d'abord par un effort conjoint de mobilisation des acteurs de terrain au contact des différents groupes sociaux, et par la construction d'un appareil de connaissance de la manière dont ces groupes sont affectés par la pandémie.

41 «Un contexte de crise sanitaire inédit», INED, <https://dc-covid.site.ined.fr>

42 Jarvis T. Chen, Nancy Krieger, «Revealing the unequal burden of COVID-19 by income, race/ethnicity, and household crowding: US county vs. ZIP code analyses», Harvard Center for Population and Development Studies, 21 avril 2020, https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1266/2020/04/HCPDS_Volume-19_No_1_20_covid19_RevealingUnequalBurden_HCPDSWorkingPaper_04212020-1.pdf

43 «Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered up to and including 20 April 2020», Office for National Statistics, 11 mai 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020>

44 «OpenSAFELY: factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients», MedRxiv, 6 mai 2020, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.06.20092999v1>

45 «the OpenSAFELY platform: using electronic health records to identify factors associated with COVID-19 hospital death», Science Media Centre, 7 mai 2020, <https://www.sciencemediacentre.org/the-opensafely-platform-using-electronic-health-records-to-identify-factors-associated-with-covid-19-hospital-death/>

46 Michelle Kelly-Irving, «Health inequalities in a time of pandemic: do we really care?», Research Frontier, 16 mai 2020, <https://researchfrontier.wordpress.com/2020/05/16/health-inequalities-in-times-of-pandemic-do-we-really-care/>

B. « Aux masques citoyens » : une autre mobilisation sanitaire est possible

La guerre contre le virus, telle qu'elle a été annoncée par le président de la République, est d'abord une guerre de professionnels, les médecins, appuyée par la logistique, mais où la troisième ligne formée des citoyens ordinaires n'est pas appelée à autre chose qu'au respect des consignes, sous peine de verbalisation. Dans un tweet du 11 mai⁴⁷, le ministre de l'Intérieur relève que, depuis le début du confinement, près de 21 millions de contrôles ont été effectués, et 1,1 millions de contraventions dressées. Plus que la mobilisation des citoyens, c'est celle des forces de l'ordre qui est ici mise à l'honneur.

Or, la lutte sanitaire peut aussi être vue comme une levée en masse, où la société civile est mobilisée et responsabilisée, au risque, pour l'administration, de se voir débordée par l'initiative citoyenne. Ainsi, dès le 19 mars, deux scientifiques, Laurent Lagrost et Didier Payen, lancent un appel à la mobilisation sur le front des tests⁴⁸, proposant

un grand élan national et participatif au travers duquel chacune et chacun, côte à côte et dans l'union, aurait la pleine sensation de participer à la lutte et à l'efficacité du dispositif de riposte. L'heure viendra, a posteriori, d'évaluer si cette démarche participative aura, ou pas, significativement augmenté nos chances de sortie de la crise de la Covid-19 et aura réduit la lourdeur d'un bilan humain qui s'annonce élevé. Il nous semble que ce défi, sans précédent, mérite d'être relevé.

On a vu qu'il ne le sera pas, la politique des tests restant prisonnière d'une logique de contrôle et de compartimentation.

Autre question particulièrement sensible, qui cristallise la défiance entre la société civile et l'État : celle des masques. Beaucoup a été dit sur la question du désarmement de l'État et la situation de pénurie dont les responsables découvrent l'ampleur dans le courant du mois de février. Une lacune essentielle dans le dispositif de protection de la population, puisqu'elle confirme que les malades peuvent être contagieux plusieurs jours avant l'apparition de symptômes, et même, dans une proportion importante, être asymptomatiques. Or sur ce plan, au niveau européen et même mondial, à l'exception

de l'Asie, l'impréparation est plus la règle que l'exception, et chaque État tente de mettre en place une stratégie pour assurer son approvisionnement en masques, développer sa production, mais aussi mobiliser ses citoyens dans un effort de production de masques « faits maison ».

Ainsi, dès le début du mois d'avril, le *Center for Disease Control* développe une doctrine claire⁴⁹, vulgarisée par la vidéo du vice-amiral Jérôme Adams⁵⁰ expliquant comment fabriquer un masque à partir d'un vieux T-shirt et de deux élastiques. Pour le CDC, les masques chirurgicaux sont « des ressources d'importance vitale qui doivent être réservés aux personnels médicaux », mais chacun peut « utiliser un simple vêtement couvrant le visage pour ralentir la circulation du virus et permettre aux personnes qui ont le virus mais ne le savent pas de le transmettre aux autres. Les vêtements couvrant le visage réalisés à la maison à partir de textiles communs bon marché peuvent être utilisés comme une mesure supplémentaire et volontaire de santé publique ». L'impératif de réserver les masques au soignant, et celui de développer massivement l'usage du masque au sein de la population dans un contexte de pénurie, ne sont donc pas contradictoires. En France, c'est ce double effort que préconise très vite l'Académie de médecine, recommandant le 22 mars de réserver les masques au personnel médical⁵¹, mais aussi, le 2 avril, de rendre obligatoire le port d'un masque « grand public » ou « alternatif » pour toute sortie⁵². Enfin, le 22 avril, l'Académie lance un appel solennel à une levée en masse, « Aux masques citoyens ! »⁵³ :

Veiller à ne pas contaminer les autres n'est pas facultatif, c'est une attitude « citoyenne » qui doit être rendue obligatoire dans l'espace public. Il est possible, dans chaque famille, de confectionner des masques en tissu « artisanaux », « alternatifs », « écrans » ou « barrières », lavables et réutilisables à partir de matériaux courants non onéreux.

Le propos de l'Académie de médecine est non seulement sanitaire, mais politique : « subordonner cette obligation à la fourniture gratuite de masques par l'État, c'est conforter la population dans une situation d'assistance et de déresponsabilisation ».

49 « Use of Cloth Face Coverings to Help Slow the Spread of COVID-19 », Centers for Disease Control and Prevention, 3 avril 2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover.html>

50 « How to Make Your own Face Covering », <https://www.youtube.com/watch?v=bZA424c5sWQ>

51 « Avis de l'Académie : "Masques et Covid-19" », Académie nationale de médecine, 22 mars 2020, <http://www.academie-medecine.fr/masques-et-covid-19-avis-de-lacademie-nationale-de-medecine/>

52 « Pandémie de Covid-19 : mesures barrières renforcées pendant le confinement et en phase de sortie de confinement », Académie nationale de médecine, 2 avril 2020, <http://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-pandemie-de-covid-19-mesures-barrieres-renforcees-pendant-le-confinement-et-en-phase-de-sortie-de-confinement/>

53 « Aux masques citoyens ! », Académie nationale de médecine, 22 avril 2020, <http://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-nationale-de-medecine-aux-masques-citoyens/>

47 <https://twitter.com/CCastaner/status/1259783004861403136>

48 Laurent Lagrost et Didier Payen, « "Coronavirus – Tester, tester, tester : cap ou pas cap ?" Deux scientifiques lancent un appel au dépistage de la population », *Le Quotidien du médecin*, 19 mars 2020, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/infectiologie/coronavirus-tester-tester-tester-cap-ou-pas-cap-deux-scientifiques-lancent-un-appel-au-depistage-de>

Dix jours plus tôt, dans son allocution du 13 avril, le président de la République avait fait le choix inverse en annonçant qu'à partir du 11 mai, « en lien avec les maires, l'État devra permettre à chaque Français de se procurer un masque grand public ». Cette promesse n'empêchera pas des millions de Français de sortir leur machine à coudre ou de faire preuve d'ingéniosité pour pouvoir se couvrir le visage sans attendre des livraisons chinoises ou des certifications de la DGA. Mais on ne verra pas de vidéo de la porte-parole du gouvernement expliquant comment fabriquer un masque, et comment le porter.

Au-delà de ces choix de communication, l'important est de comprendre ce qu'ils révèlent du rapport entre l'État et la société civile : la difficulté pour le premier de reconnaître une erreur ou une difficulté, et d'en appeler à l'aide de la seconde. D'autres pays, avec d'autres histoires, ont pu, eux, faire ce choix politique. C'est le cas par exemple de la République tchèque : au pays de la Révolution de velours, c'est à la mobilisation de la société civile que le pouvoir fait appel, pour pallier un défaut de préparation partagé par l'ensemble des pays européens. Lorsqu'à la mi-mars, le gouvernement tchèque commence à prendre des décisions drastiques pour limiter les contaminations⁵⁴, le pays ne dispose pas de stocks de masques disponibles. Pourtant, le 18 mars, il annonce l'obligation du port d'une protection, « quelle qu'elle soit », des voies respiratoires dans l'espace public, y compris en plein air, à compter du lendemain. Quelques jours plus tard, à la une de l'hebdomadaire *Respekt*, le dessin d'une vieille machine à coudre et d'un masque⁵⁵ portant l'inscription « Une Tchéquie forte » traduit le succès de la mobilisation citoyenne. Face à l'importante pénurie de matériel de protection respiratoire, « les citoyens se débrouillent et s'entraident », soulignait le magazine. « Ces masques sont devenus le symbole de l'approche tchèque du coronavirus et de la prise de conscience du danger. Ils sont l'illustration de la défaillance du gouvernement qui n'a pas su se les procurer à temps, mais aussi de la capacité d'agir de la société civile, qui a réagi à sa manière ». Ce choix politique de s'appuyer sur la société pour répondre à la pénurie de matériel de protection, loin d'affaiblir la confiance dans les responsables politiques, l'a conforté. « La Tchéquie est une puissance du masque », s'est réjoui le Premier ministre Andrej Babiš qui, depuis, même lors de ses allocutions télévisées, et comme tous les autres dirigeants politiques et autres personnalités, n'est plus apparu autrement que masqué.

⁵⁴ Guillaume Narguet, « Les États face au coronavirus - En République tchèque, le masque jusqu'à quand ? », Institut Montaigne, 15 mai 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/les-etats-face-au-coronavirus-en-republique-tcheque-le-masque-jusqua-quand>

⁵⁵ « Crise sanitaire. En Tchéquie, le masque est devenu le symbole de la solidarité », *Courrier International*, 24 mars 2020, <https://www.courrierinternational.com/une/crise-sanitaire-en-tchequie-le-masque-est-devenu-le-symbole-de-la-solidarite>

C. Défiance politique, méfiance numérique

L'impact de cette relation de défiance entre l'État et la société a un impact direct sur l'une des questions les plus essentielles de la réponse à la crise sanitaire, l'usage des outils numériques, alors même que l'étude de la réponse des pays d'Asie orientale à la crise du Covid-19⁵⁶ montre l'importance du rôle joué par les technologies numériques, à de multiples niveaux.

Le numérique peut certes être un puissant outil de contrôle social, mais il peut aussi jouer un rôle fondamental dans le renforcement du lien de confiance entre l'État et la société, et devenir un outil irremplaçable de responsabilisation et d'*empowerment*. Au Japon, pays d'Asie le plus attaché à la protection de la vie privée en ligne, la messagerie Line (équivalent de WhatsApp et WeChat) offre une mini-application gérée par les gouvernements locaux qui permet à tout citoyen qui l'utilise d'évaluer la nécessité pour lui d'effectuer un dépistage - le processus réplique ce qui en France serait un appel au SAMU, y compris en laissant des données à l'administration pour leur évaluation de la situation épidémique. À Taiwan, les dispositifs numériques utilisés pour la distribution des masques à la population taïwanaise (encadré 1) sécurisent les citoyens dans un contexte de tension sur les stocks, et leur permettent même de choisir de donner certains de leurs masques à des pays étrangers en ayant particulièrement besoin. La ministre taïwanaise du numérique, Audrey Tang, icône de la civic-tech mondiale, est devenue le symbole de la force de la démocratie sanitaire numérique face à la pandémie. Autre petit pays à avoir basé son *soft power* sur l'innovation numérique, l'Estonie a pu s'appuyer sur son investissement de longue date dans un État plateforme basé sur une identité numérique unique, et sur le haut degré de confiance des citoyens dans ces outils, pour organiser une mobilisation citoyenne très large reposant sur des outils collaboratifs (encadré 2).

Le contraste est frappant avec la faible place donnée en France aux outils numériques dans la lutte contre le Covid-19. Aux blocages bureaucratiques, liés à la faible culture numérique au sein de l'État, à une culture du cloisonnement et du contrôle de l'information, s'ajoute un blocage sociétal, créé par la peur du numérique comme outil de contrôle social et comme menace pour la vie privée. Ces préoccupations sont légitimes, et le risque de créer des précédents en matière de restrictions de libertés ne saurait être pris à la légère. Mais le refus du numérique semblent désormais préempter tout débat sur le rôle qu'il pourrait jouer au service de l'intérêt collectif, comme l'illustre la tension politique autour du projet StopCovid.

⁵⁶ « Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie », Institut Montaigne, avril 2020, <https://www.institutmontaigne.org/publications/covid-19-lasie-orientale-face-la-pandemie>

Au-delà des modalités techniques de l'application, et des fantasmes de contrôle qu'elle suscite, ce sont les modalités de conduite du projet, mais aussi du débat, qui posent question. Interrogeant des acteurs engagés dans la transformation numérique à Nantes ou Lille, on est frappé par leur mise à distance d'un projet qui apparaît extérieur, celui de «leur application». Si le chantier initié par l'INRIA, et désormais mené conjointement avec les industriels, représente un modèle dans les modes de collaboration entre sphère publique et sphère privée, la faible implication de la société civile représente sans doute un lourd handicap s'agissant d'une question aussi sensible. Une fois encore, l'État se voit en pourvoyeur de solution, plutôt qu'en fédérateur d'énergies.

Pour le pays, le risque est de s'engager dans un cercle vicieux : la faible efficacité de l'État, directement liée au retard de sa transformation numérique, nourrit une **défiance politique fondamentale qui s'exprime en retour par le rejet des solutions numériques, et bloque toute évolution vers l'État plateforme**. D'un côté, on reproche à l'État son impuissance, quand de l'autre on se refuse de lui donner les moyens de relever le défi de la donnée. Cette contradiction risque de donner la main à deux grands types d'acteurs : les régimes autoritaires, qui feront la preuve de leur supériorité en étant capables de mobiliser des outils numériques que nous nous refusons à mettre en œuvre ; les grandes plateformes numériques, face auxquelles l'opinion publique risque d'en arriver à une forme de fatalisme.

Preuve qu'il peut en aller autrement si la volonté politique est au rendez-vous, la crise a aussi été marquée par des conduites de projets exemplaires. **La création en seulement trois semaines du fichier SIDEp, permettant de récolter en temps réel les données de 4 500 laboratoires pour pouvoir suivre au plus près les nouvelles contaminations, a été rendue possible par une mobilisation sans faille de l'ensemble des acteurs, un soutien politique déterminé au plus haut niveau, et la confiance donnée aux équipes chargées du projet**. Ce sont ces réussites qui doivent inspirer à l'État une nouvelle manière de fixer le cap en laissant la main.

La distribution des masques à Taïwan.

Le système numérique de Taïwan a permis une gestion de la distribution des masques, dans un contexte de rationnement imposé partir du 6 février. Les outils numériques fonctionnent comme une interface entre la gestion gouvernementale du big data d'une part et un service d'information proposé aux utilisateurs d'autre part. C'est par l'intermédiaire d'une plateforme numérique que Taïwan a pu mettre en place un système nationalisé de distribution de masques. Les utilisateurs téléchargent auprès de l'administration nationale de la santé taïwanaise la NHI Express App, enregistrent leur numéro de sécurité sociale, et accèdent, sur une carte publiée en ligne, aux informations relatives à la disponibilité des masques. C'est ainsi que le gouvernement est parvenu à mettre en œuvre sa politique d'approvisionnement de trois masques par adulte et de cinq masques par enfant par semaine, dans la mesure où la plateforme stocke également l'historique des achats de chaque utilisateur enregistré, que chaque magasin accrédité peut ainsi consulter. Les données obtenues sont en parallèle mises à la disposition du public, et les développeurs taïwanais les utilisent pour développer un grand nombre de solutions, qui se substituent même parfois aux outils numériques développés par les autorités.

Source : <https://www.institutmontaigne.org/publications/covid-19-lasie-orientale-face-la-pandemie>

Quand l'Estonie «hacke la crise»

Dans les heures qui suivent la déclaration du pays en situation d'urgence, le gouvernement estonien annonce l'organisation d'un important hackathon, «*Hack the crisis*»⁵⁷, qui se déroule entièrement en ligne. Organisé par Accelerate Estonia, plateforme d'innovation lancée par le ministère des Affaires économiques, et Garage48⁵⁸, start-up estonienne spécialisée, il se déroule du 13 au 15 mars. Quatre initiatives imaginées lors de cet événement ont déjà été mises en œuvre dans le pays : un site internet baptisé *KoroonaKaart*, comportant une carte interactive et un tableau de bord, permettant à chacun de suivre très facilement l'évolution de l'épidémie ; le *chatbot Suve* pour répondre aux interrogations des citoyens au sujet de l'épidémie, rapidement inséré sur de nombreux sites, relié à une équipe dédiée, la *eBoot team*, qui travaille en collaboration directe avec le service de communication du gouvernement ; un questionnaire en ligne pour l'auto-évaluation médicale des utilisateurs ; la plateforme *Covid-help* lancée par la start-up estonienne Zelos⁵⁹, qui met en relation les personnes âgées ayant besoin d'une aide particulière avec une personne volontaire. Ces différentes solutions numériques, développées avec succès en seulement quelques jours, ont permis aux pouvoirs publics de fournir aux citoyens une information précise et continuellement mise à jour et de résoudre des problèmes nouveaux, causés pour la plupart par les mesures de confinement. Au-delà de ces rapides innovations que le pays a su créer depuis le début de l'épidémie, c'est le système d'informations publiques performant et intelligemment conçu depuis 20 ans, fondé sur l'identité numérique unique lancée en 2002, qui explique une grande partie de la résilience sanitaire et administrative estonienne. C'est le fruit d'investissements anciens dans un système de gestion des données publiques solide et transparent, bénéficiant d'une grande confiance de la part des citoyens, ainsi que d'un cadre légal et réglementaire adapté et en constante évolution pour répondre à chaque nouvelle technologie.

Source : <https://www.institutmontaigne.org/blog/les-etats-face-au-coronavirus-lestonie-ou-le-numerique-en-action>

57 <https://accelerateestonia.ee/en/hackathon/>

58 <https://garage48.org/about>

59 <https://www.getzelos.com/case-studies/covidhelp-coronavirus-crisis/>

CONCLUSION

FIXER LE CAP ET LAISSER LA MAIN, OU COMMENT RÉINVENTER L'ACTION PUBLIQUE POUR RÉPONDRE AUX URGENCES DE DEMAIN

Ce tour d'horizon de la réponse française à la crise, réalisé à chaud, n'est qu'une coupe temporelle, qu'il faudra compléter par des études plus complètes. Mais des leçons peuvent déjà être tirées, dans le but d'orienter les réflexions et surtout les nécessaires actions correctrices.

D'abord, il convient de ne pas oublier un fait essentiel : dans l'ensemble, le système a tenu. Le système hospitalier a su se réorganiser et accueillir le flux de malades sans donner lieu à des scènes traumatiques de tri de ces derniers, même si les soignants ont été confrontés dans certaines régions à des situations critiques. L'État et les banques ont pu rapidement mettre en place des dispositifs d'aide qui ont permis une continuité de la vie économique. Les services essentiels ont été maintenus grâce à la mobilisation des services de l'État, des collectivités locales et des entreprises. Les réseaux de communication, véritables fils de vie de la nation, n'ont jamais été interrompus. Enfin, l'État a fait la preuve de sa capacité à se faire écouter du pays - avec des records d'audience qui ont fait pénétrer la parole politique dans un nombre inédit de foyers, et une obéissance générale aux consignes gouvernementales qui, qu'elle trouve sa source dans le civisme, la peur de l'amende, ou celle de la maladie, n'en a pas moins été remarquable.

Mais trop souvent, ces résultats n'ont tenu à qu'à un fil ténu, formé par un nombre limité de personnes qui, à tous les niveaux de l'action publique, ont su outrepasser le cercle étroit de leurs compétences pour prendre leurs responsabilités face à la réalité de l'urgence. Plus que sur le redécoupage de ces compétences, entre les différents échelons de l'État, ou entre l'État et les collectivités locales, c'est sur cet esprit de réalisme et de responsabilité, et sur ces personnalités qui ont émergé de la crise, qu'il faut construire la nouvelle phase de refonte de l'action publique. Or cette refonte est aujourd'hui la grande urgence, pour faire face aux autres urgences qui nous attendent : face à la crise économique, face à la crise sociale, face à la fracture générationnelle qui va s'accroître de manière dramatique, seule une ambition politique renouvelée

dans les domaines de la santé, de l'éducation, du logement peuvent permettre de redonner du sens à l'action publique et à notre vie collective menacée par les forces centrifuges.

La refonte de l'action publique est aujourd'hui un impératif catégorique - alors même qu'elle a été tentée depuis plusieurs décennies, y compris par l'exécutif actuel à travers l'insuccès de CAP22. Pour éviter un nouvel échec, il convient avant tout de mettre à distance les deux clés qui ont jusqu'ici été utilisées : la clé budgétaire (plus ou moins de moyens financiers) ou la clé des compétences (plus ou moins de décentralisation). Les manques qui ont pu être relevés au cours de ce travail ne tiennent pas d'abord à un manque général de moyens, ou à une mauvaise répartition des compétences entre les acteurs : ils tiennent à un double problème culturel et organisationnel qui favorise une pratique verticale de l'action publique. Avant de se poser la question des moyens, qu'il s'agisse de budgets ou de compétences, il faut se poser celle des fins. Il faut casser la logique verticale de l'action publique, pour remettre au centre le principe de réalité, et rompre enfin avec le théâtre d'ombre d'une action publique d'abord à la recherche de sa propre mise en scène.

Aujourd'hui, cette pratique verticale de « l'exercice de l'État » apparaît en décalage de plus en plus complet à la fois avec les attentes des acteurs de la société, et avec les défis qui se présentent à nous, et dont la pandémie n'est, chacun le sait, qu'un prélude, alors que la crise climatique ne fait que commencer. Elle apparaît surtout en décalage avec l'ère numérique dans laquelle nous sommes entrés de manière encore trop inégale, et la crise a montré à quel point le numérique était aujourd'hui l'impensé de l'action publique. Or il est plus que jamais la clé de sa renaissance, parce qu'il est l'outil qui permettra de casser les tuyaux d'orgue, d'imposer la remontée des informations et des expérimentations, de rompre avec les codes culturels, les barrières hiérarchiques et géographiques, d'en finir avec « la prééminence de nos codes sociaux par rapport au fond des sujets », selon le diagnostic de Gilles Babinet.

Mettre les fins avant les moyens dans les grandes politiques publiques qui pourront recoudre le corps social, s'appuyer sur les femmes et les hommes qui ont émergé pendant la crise, faire du numérique la clé d'une révolution culturelle à mener au sein de l'État pour sortir du piège de la verticalité : telles sont, à nos yeux, les clés politiques pour rebondir après le Covid-19.

REMERCIEMENTS

Nous remercions **Maud Guibert** et **Anuchika Stanislaus**, chargées de mission, de nous avoir assistés dans ce travail. Celui-ci n'a été rendu possible que par le croisement des expertises de l'Institut Montaigne, et la collaboration de ses différents programmes : **Angèle Malâtre-Lansac** et **Laure Millet**, pour le programme Santé, **Mathieu Duchâtel**, **François Godement** et **Viviana Zhu** pour le programme Asie, **Théophile Lenoir** et **Gilles Babinet** sur les questions numériques, **Alexandre Robinet-Borgomano** pour les comparaisons européennes, **Baptiste Larseneur** pour la dimension territoriale.

Les personnes auditionnées ou rencontrées dans l'élaboration de ce travail :

- **Paulo Almirante**, directeur général adjoint et directeur général des opérations, Engie
- **Nicolas Arroum**, directeur des ressources humaines pour l'Europe du Sud et de l'Ouest, Siemens
- **Bassem Asseh**, adjoint à la maire de Nantes
- **Mohammed Benlahsen**, président, Université d'Amiens
- **David Berman**, directeur des affaires publiques, Veolia
- **Jean-Luc Bertoglio**, directeur général des services, agglomération de Béziers
- **Jean-Baptiste Blanc**, vice-président du Conseil départemental du Vaucluse
- **Antoine Brachet**, directeur associé, Bluenove
- **Laurent Chambaud**, directeur, École des hautes études en santé publique (EHESP)
- **Jean-Baptiste Cuzin**, directeur de la coopération transfrontalière, européenne et internationale, Région Grand Est
- **Arnaud Danjean**, député européen
- **Anne de Danne**, vice-présidente, Maxyma
- **Juliette Decoux**, associée, Mazars
- **Eudoxe Denis**, directeur des affaires publiques, Plastic Omnium
- **Laurent Dublanchet**, vice-président aux affaires européennes et internationales, Air Liquide
- **Bertrand Dufour**, directeur Organisation, Nexity
- **Julien Einaudi**, directeur Pôle, groupe ORTEC
- **Gérard Galpin**, maire de Sillé-le-Guillaume (Sarthe)
- **Henri de Grossouvre**, directeur de la prospective, Suez
- **Denis Jacquet**, président, Day One
- **Sylvain Juillard**, directeur stratégie, développement et organisation, UBS
- **Michelle Kelly Irving**, chercheuse en épidémiologie sociale, INSERM

- **Tobias Kurth**, professeur de santé publique et d'épidémiologie, directeur de l'Institut de Santé publique, Charité - Université de médecine, Berlin
- **Armand Lafferère**, directeur des affaires publiques, Orano
- **Sébastien-Yves Laurent**, vice-président, Université de Bordeaux
- **Alessia Lefebure**, directrice des études, École des hautes études en santé publique (EHESP)
- **Gaëlle Lejosne**, ingénieur en chef des Ponts, des Eaux et Forêts
- **Stephen Lequet**, directeur des affaires publiques, Servier
- **Philippe Martin**, directeur immobilier, IBM France
- **Stanislas Martin**, directeur des risques, EDF
- **Allain Massot**, responsable de projets, Randstad
- **Bertrand Monthebert**, conseiller régional délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche, Conseil Régional d'Occitanie
- **Alexandre Mora**, président, Dextera
- **Jules Nyssen**, délégué général, Régions de France
- **Nicolas Portier**, délégué général, Assemblée des communautés de France
- **Solène Quéré**, directrice des affaires publiques, IBM France
- **Natalie Rastoin**, Senior advisor, WPP
- **Antoine de Saint-Affrique**, CEO, Barry Callebaut
- **Stéphane de Saint-Jean**, directeur des Opérations industrielles Europe, bioMérieux
- **Jean-Luc Tavernier**, directeur général, INSEE
- **Jean-François Timsit**, chef du service de réanimation médicale et des maladies infectieuses, Hôpital Bichat
- **Isabelle Tongio**, directrice des affaires publiques, bioMérieux
- **Manuel Tunon de Lara**, président, Université de Bordeaux
- **Bruno Valet**, associé, Wavestone.
- **David Valence**, maire de Saint-Dié
- **Florence Verzenen**, directrice générale adjointe, Dassault Systèmes
- **Jean-Luc Viau**, maire-adjoint de Mont-Saint-Jean (Sarthe)
- **Stephane Willard**, deputy COO, UBS
- **Jorg Wuttke**, vice-président, BASF China
- **Charles Znaty**, président, MEDEF Paris
- **Jean-Jacques Zunino**, directeur régional, Randstad

**Les opinions exprimées dans cette note
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française »? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)

- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)

- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre? (avril 2013)

- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)

- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir? (juillet 2008)
- HLM, parc privé
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
 ABBVIE
 ACCURACY
 ACTIVEO
 ADIT
 ADVANCY
 AIR FRANCE - KLM
 AIR LIQUIDE
 AIRBUS
 ALKEN ASSET MANAGEMENT
 ALLEN & OVERY
 ALLIANZ
 ALVAREZ & MARSAL FRANCE
 AMAZON WEB SERVICES
 AMBER CAPITAL
 AMUNDI
 ARCHERY STRATEGY CONSULTING
 ARCHIMED
 ARDIAN
 ASTORG
 ASTRAZENECA
 AUGUST DEBOUZY
 AVRIL
 AXA
 BAKER & MCKENZIE
 BANK OF AMERICA MERRILL LYNCH
 BEARINGPOINT
 BESSÉ
 BNP PARIBAS
 BOLLORE
 BOUGARTCHEV MOYNE ASSOCIÉS
 BOUYGUES
 BROUSSE VERGEZ
 BRUNSWICK
 CAISSE DES DÉPÔTS
 CANDRIAM
 CAPGEMINI
 CAPITAL GROUP
 CAREIT
 CARREFOUR
 CASINO
 CHÂÎNE THERMALE DU SOLEIL
 CHUBB
 CIS
 CISCO SYSTEMS FRANCE
 CMA CGM
 CNP ASSURANCES
 COHEN AMIR-ASLANI
 COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
 CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
 CORREZE & ZAMBEZE
 CRÉDIT AGRICOLE
 CRÉDIT FONCIER DE FRANCE
 D'ANGELIN & CO. LTD
 DASSAULT SYSTÈMES
 DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
 DENTSU AEGIS NETWORK
 DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
 EDF
 EDHEC BUSINESS SCHOOL
 EDWARDS LIFESCIENCES
 ELSAN
 ENEDIS
 ENGIE
 EQUANCY
 ESL & NETWORK
 ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
 EURAZEO
 EUROGROUP CONSULTING
 EUROSTAR
 FIVES
 FONCIA GROUPE
 FONCIÈRE INEA
 GALILEO GLOBAL EDUCATION
 GETLINK
 GIDE LOYRETTE NOUËL
 GOOGLE
 GRAS SAVOYE
 GROUPAMA
 GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
 GROUPE M6
 HAMEUR ET CIE
 HENNER
 HSBC FRANCE
 IBM FRANCE
 IFPASS
 ING BANK FRANCE
 INKARN
 INSEEC
 INTERNATIONAL SOS
 INTERPARFUMS
 IONIS EDUCATION GROUP
 ISRP
 JEANTET ASSOCIÉS
 KANTAR
 KATALYSE

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



KEARNEY
 KEDGE BUSINESS SCHOOL
 KKR
 KPMG S.A.
 LA BANQUE POSTALE
 LA PARISIENNE ASSURANCES
 LAZARD FRÈRES
 LINEDATA SERVICES
 LIR
 LIVANOVA
 L'ORÉAL
 LOXAM
 LVMH
 M.CHARRAIRE
 MACSF
 MALAKOFF MÉDÉRIC
 MAREMMA
 MAZARS
 MCKINSEY & COMPANY FRANCE
 MÉDIA-PARTICIPATIONS
 MEDIOBANCA
 MERCER
 MERIDIAM
 MICHELIN
 MICROSOFT FRANCE
 MITSUBISHI FRANCE S.A.S
 MOELIS & COMPANY
 NATIXIS
 NEHS
 NESTLÉ
 NEXITY
 OBEA
 ODDO BHF
 ONDRA PARTNERS
 ONEPOINT
 ONET
 OPTIGESTION
 ORANGE
 ORANO
 ORTEC GROUPE
 OWKIN
 PAI PARTNERS
 PERGAMON
 PRICEWATERHOUSECOOPERS
 PRUDENTIA CAPITAL
 RADIALL
 RAISE
 RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
 RANDSTAD
 RATP
 RELX GROUP
 RENAULT
 REXEL
 RICOL LASTEYRIE CORPORATE FINANCE
 RIVOLIER
 ROCHE
 ROLAND BERGER
 ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
 SAFRAN
 SANOFI
 SAP FRANCE
 SCHNEIDER ELECTRIC
 SERVIER
 SGS
 SIA PARTNERS
 SIACI SAINT HONORÉ
 SIEMENS FRANCE
 SIER CONSTRUCTEUR
 SNCF
 SNCF RÉSEAU
 SODEXO
 SOFINORD - ARMONIA
 SOLVAY
 SPRINKLR
 SPVIE
 STAN
 SUEZ
 TALAN
 TECNET PARTICIPATIONS SARL
 TERECA
 THE BOSTON CONSULTING GROUP
 TILDER
 TOTAL
 TRANSDEV
 UBER
 UBS FRANCE
 UIPATH
 VEOLIA
 VINCI
 VIVENDI
 VOYAGEURS DU MONDE
 WAVESTONE
 WAZE
 WENDEL
 WILLIS TOWERS

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castries

VICE-PRÉSIDENT

David Azéma Associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara Senior Partner, August Debouzy

Marguerite Bérard Directeur du pôle banque de détail en France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadieu Président du Conseil d'Administration, Engie

Olivier Duhamel Président, FNSP (Sciences Po)

Marwan Lahoud Associé, Tikehau Capital

Fleur Pellerin Fondatrice et CEO, Korelya Capital

Natalie Rastoin Senior Advisor, WPP

René Ricol Associé fondateur, Ricol Lasteyrie Corporate Finance

Jean-Dominique Senard Président, Renault

Arnaud Vaissie Co-fondateur et Président-directeur général, International SOS

Florence Verzelen Directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl Président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar Fondateur et Président d'honneur, AXA



L'action publique face à la crise du Covid-19

Quatre mois après le début de la crise du Covid-19, la France, comme le reste de l'Europe, semble sortir peu à peu de l'état d'urgence sanitaire et doit désormais faire face aux conséquences économiques de cette période douloureuse. Si notre système a tenu grâce à l'engagement des personnels de santé, et si des mesures rapides et efficaces ont permis de soutenir le tissu économique pendant la première phase du choc, la gestion de la crise par l'État a révélé des dysfonctionnements de l'action publique qui renvoient à des traits structurels.

Ce travail, qui s'appuie sur une cinquantaine d'interviews auprès de nos entreprises adhérentes, de médecins et de scientifiques, de collectivités locales ou de hauts fonctionnaires, ouvre de nombreuses questions. Quel regard porter sur l'attitude de notre pays durant la crise ? Quelles ont été nos réussites ? Nos échecs ? Quelles difficultés avons-nous rencontré ? Pourquoi ? Et surtout, comment préparer l'avenir désormais ? Quels enseignements tirer de cette expérience pour améliorer l'action publique ?

Cette note a pour objectif d'étudier la manière dont la réponse des pouvoirs publics a été organisée pour faire face à l'urgence, et dont elle s'est articulée avec celle des autres acteurs - médecins et scientifiques, acteurs locaux, entreprises, société civile. Elle analyse la manière dont de nouveaux acteurs ou de nouvelles formes de coopération ont pu émerger pendant cette période, mais aussi certains dysfonctionnements ou décalages qui ont pu être révélés ou amplifiés par la crise.

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne

59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

ISSN 1771-6756
JUN 2020