

**L'impact de la crise sanitaire sur le  
système de santé français**

AUBERT Louise

•  
Mémoire de recherche rédigé dans le cadre du Master 2  
Droit et Politiques de Santé

•  
Sous la direction de Madame SAISON Johanne, Professeure  
de Droit Public à l'Université de Lille et Responsable du  
Master Droit et Politiques de Santé

•  
Année universitaire 2021 -2022

Université de Lille

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent, ni les responsables de la formation, ni l'Université de Lille.

## **Remerciements :**

Dans un premier temps, je souhaite remercier la Professeure Johanne SAISON pour avoir accepté de diriger mon travail.

Ensuite, je souhaite remercier mes parents, ma sœur ainsi que ma colocataire pour leurs relectures attentives ainsi que leurs encouragements.

## **Tableau des abréviations :**

§ : Paragraphe

ARS : Agence Régionale de Santé

CCS : Centre de Crise Sanitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIC : Cellule Interministérielle de Crise

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales

CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CVAGS : Cellules de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPRUS : l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

FFP2 : Filtering Face Piece

FSV : Fonds de Solidarité Vieillesse

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

ITAF : Impôts et Taxes Affectés

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

OPEX : OPération EXtérieure

ORSAN : Organisation de la Réponse du Système de SANTé

ORSAN-REB : Organisation de la Réponse du Système de SANTé Risque Epidémique et Biologique émergent

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PCR : Polymerase Chain Reaction

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

**SAMU** : service d'aide médicale urgente

**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

**SSA** : Service de Santé des Armées

**SSE** : Situation Sanitaire Exceptionnelle

**SSR** : Soins de Suite et Réadaptation

## **Sommaire :**

Introduction : .....	6
Première partie : Les effets de la crise sanitaire sur l'organisation du système de santé .....	20
Titre I : De l'avènement de la crise sanitaire vers sa gestion par les différents acteurs .....	21
Chapitre I : Les acteurs ayant contribué à la gestion de la crise sanitaire.....	21
Chapitre II : La chronologie du déroulé de la gestion de la crise .....	31
Titre II : De la lutte contre la pandémie de Covid-19 sur le terrain vers un bilan de la gestion de crise .....	41
Chapitre I : La gestion de la crise au sein des établissements de santé.....	41
Chapitre II : Une évaluation de la gestion de crise nécessaire.....	52
Seconde partie : Les conséquences de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	62
Titre I : Le financement classique de notre système de santé et l'arrivée de la crise sanitaire .....	63
Chapitre I : Comment est financée la Sécurité sociale .....	63
Chapitre II : Le bouleversement des prévisions liées au Covid-19 .....	72
Titre II : L'évolution du financement et des dépenses de la Sécurité sociale suite à la pandémie de Covid-19.....	81
Chapitre I : Les effets immédiats de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	81
Chapitre II : Les effets à long terme de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	92
Conclusion : .....	102

## Introduction :

« Gouverner, c'est prévoir ; et ne rien prévoir, c'est courir à sa perte »<sup>1</sup> a écrit le journaliste et homme politique Emile de Girardin. Cette citation fait sens dans le cadre de crise sanitaire. En effet, de nombreux reproches ont été faits auprès des Gouvernements qui ont participé à la gestion de la crise sanitaire ainsi qu'aux précédents sur leur manque d'anticipation. Ce manque de prévision a eu des conséquences sur le déroulé de la gestion de la crise et donc sur le système de santé en général.

Pour comprendre les enjeux de ce récent sujet il est nécessaire, au préalable, de définir les termes qui le compose. Ces définitions vont permettre de poser les limites du sujet.

- Crise :

Le mot crise est polysémique, il provient du grec *krisis*. Cette notion est utilisée dans différents domaines tels que l'économie, les sciences politiques, l'environnement, la sociologie ainsi que la santé. « Le terme "crise" désigne une période, un phénomène critique où il est nécessaire de faire un choix pour faire face à un changement majeur. Une crise est alors une situation intenable, inattendue et qui est une menace pour un système. Elle peut intervenir dans n'importe quel cadre. Elle peut se dérouler dans un temps court, mais également dans un temps long. Une crise est le résultat d'un événement perturbateur. Les conséquences liées à la crise peuvent être multiples et impacter divers domaines. »<sup>2</sup>. Selon le processus de gestion de crise diffusé par le gouvernement une crise est « une rupture dans le fonctionnement normal d'une organisation ou de la société, résultant d'un événement brutal et soudain, qui porte une menace grave sur leur stabilité, voire sur leur existence même. En raison de son caractère brutal et soudain, l'élément déclencheur appelle une réaction urgente »<sup>3</sup>. C'est donc un élément, à l'origine de la crise, qui vient produire une rupture avec le fonctionnement normal. Cette perturbation du fonctionnement habituel va ensuite s'intensifier, il va y avoir un pic dans le cycle de crise puis la situation va s'atténuer et revenir à la normale. Chaque crise est différente, elles sont inédites et imprévisibles et c'est seulement une fois terminée qu'une évaluation pourra être faite sur la

---

<sup>1</sup> DE GIRARDIN (E.), *La politique universelle : décret de l'avenir*, 1852, 344 p.

<sup>2</sup> <https://www.anfh.fr>

<sup>3</sup> RAIMONDEAU (J.), « Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles » *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p. 395 – 418.

gestion de celle-ci. Chaque crise est issue d'un déséquilibre entre la situation inhabituelle et les moyens proposés pour y remédier.

Il existe des éléments qui permettent de caractériser une crise. Il faut regarder s'il y a une perte des repères habituels, une déssectorisation et s'il y a un caractère urgent. Concernant le Covid-19, la perte de repère a eu lieu dans le déclenchement du plan blanc national par le Premier Ministre, les fermetures de services au sein des établissements hospitaliers. La déssectorisation est illustrée par le rapprochement entre les établissements de santé privés et publics concernant les matériaux médicaux ainsi que l'accueil et le transfert des patients. S'agissant du caractère urgent, il se traduit par les différents confinements qui ont été mis en place ainsi que par l'Etat d'urgence sanitaire.

En effet, le terme de crise ne sera pas le seul à être abordé dans le cadre de la pandémie de coronavirus. La notion de crise sanitaire est plus appropriée.

- Crise sanitaire :

Concernant la crise sanitaire, celle-ci est une menace pour la santé de la population et peut être localisée sur un territoire donné ou nationalement. Cette menace est doublée d'une incapacité des pouvoirs publics chargés de la sécurité sanitaire à contrôler et répondre au risque. Ainsi, la crise émerge lorsqu'on ne peut plus répondre aux besoins de la population et que nos moyens de réponses habituels sont submergés et donc inefficaces. Cela a été le cas pendant le Covid-19 lorsque des services ont dû fermer pour éviter toute sorte de contagions et permettre à d'autres services, complets, de s'étendre. Jean-Marie FESSLER, définit la crise dans le domaine sanitaire comme : « *La crise est une situation qui menace les priorités d'une organisation en surprenant les décideurs, en restreignant leur temps de réaction et en générant du stress ainsi que des résistances profondes* »<sup>4</sup>. Patrick LAGADEC, spécialiste de la gestion de crise et de la gestion du risque, dit à propos de la crise sanitaire qu'elle « *ébranle les références les plus essentielles d'un système, les choix collectifs fondamentaux des acteurs concernés* »<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> FESSLER (J-M.), « Gestion de crise », *Gestion hospitalière*, n°439, 2004.

<sup>5</sup> LAGADEC (P.), *Cellule de crise : Les conditions pour une conduite efficace*, Edition d'organisation, 1995, 176 p.

La crise sanitaire se distingue par différentes caractéristiques : il faut la présence d'une situation d'urgence qui va être une menace pour la santé de la population. De plus, cette situation d'urgence doit être inédite<sup>6</sup>.

Une crise sanitaire va ensuite avoir des conséquences précises comme l'augmentation des indicateurs de morbidité et mortalité. Parmi ces conséquences, il y a également le dépassement des moyens de réponses habituels ce qui permet sur du long terme de les modifier pour les adapter aux situations qui ont été rencontrées.

En plus des termes de crise et de crise sanitaire, la notion de Situation Sanitaire Exceptionnelle (SSE) va également être utilisée au cours de ce mémoire.

- Situation Sanitaire Exceptionnelle

La notion de Situation Sanitaire Exceptionnelle « englobe toutes les situations conjoncturelles susceptibles d'engendrer de façon immédiate et imprévisible une augmentation sensible de la demande de soin [...] ou une perturbation de l'organisation de l'offre de soin »<sup>7</sup>.

Le concept de situation sanitaire exceptionnelle est également défini par une circulaire du 27 juin 2013 comme « la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise »<sup>8</sup>.

Ce qui ressort de ces définitions c'est la présence d'une situation sanitaire inhabituelle qui engendre des réponses exceptionnelles.

Les situations sanitaires exceptionnelles peuvent survenir à la suite de risques. Le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles distingue différents types de risques au sein d'un établissement de santé. Les risques internes à l'établissement ou liés à une défaillance et les risques externes à l'établissement. Les différents risques sont ensuite catégorisés (*Afflux de blessés somatiques et*

---

<sup>6</sup> <https://www.futura-sciences.com>

<sup>7</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 16

<sup>8</sup> INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, p.12

*psychiques, prises en charge de patients atteints par un agent infectieux émergent, altération de l'offre de soins ...)*<sup>9</sup>.

Il existe deux types de SSE, les SSE à cinétique rapide comme les attentats, les accidents graves et les SSE à cinétique lente comme les épidémies.

Une SSE va s'expliquer par différents critères : sa nature, une SSE peut avoir un caractère uniquement sanitaire comme des tensions hospitalières ou, au contraire, venir de l'extérieur. Il faut regarder l'ampleur de la SSE qui peut être départementale, régionale ou nationale. Son ampleur aura un impact sur les différentes instances concernées par la recherche de solutions. L'origine d'une SSE va être également déterminante, elle peut être nationale comme avec les attentats ou encore internationale comme c'est le cas pour les épidémies notamment celle de Covid-19. Enfin, la dynamique de la SSE va être observée, c'est à travers cette dynamique que l'on va déterminer si la cinétique est lente ou rapide. Une fois la dynamique déterminée les autorités pourront définir le caractère urgent, ou non, des mesures à apporter<sup>10</sup>.

Il existe également la notion d'urgence sanitaire qui est « *une situation qui a rapport à la conservation de la santé publique et appelle une action qui ne souffre point de retardement ou pressante* »<sup>11</sup>. Ici, cette définition est plus globale car elle s'applique à la santé publique tandis que les SSE concernent l'accessibilité à l'offre de soins.

Jusque 2020 les SSE étaient majoritairement associées à des attaques terroristes ou des incidents de grande ampleur comme de fortes inondations.

Le Covid-19 est une situation sanitaire exceptionnelle. L'enjeu principal de la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle est d'apporter des réponses efficaces notamment via une mobilisation intensive des moyens matériels, humains ou financiers. L'objectif lors de la présence d'une situation sanitaire exceptionnelle est que les capacités de réponse ne soient pas dépassées et donc que la situation ne soit pas ensuite qualifiée de crise. Toutefois dans le cadre du Covid-19 la situation est qualifiée de crise. En effet, les capacités de réponse ont rapidement été dépassées face aux nombres de cas déclarés et les hospitalisations engendrées obligeant l'exécutif à prendre des mesures inédites. Pour conclure, toutes les SSE n'évoluent pas en crise mais les SSE font partie intégrante des crises sanitaires comme c'est le cas ici.

---

<sup>9</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 14

<sup>10</sup> INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, p.13.

<sup>11</sup> TRUCHET (D.), *L'urgence sanitaire*, RDSS, 2007, n° 3, 14 Mai 2007, p.411 – 412.

Une fois ces notions abordées il est nécessaire de faire un rappel sur ce qu'est un système de santé et de connaître les particularités du système français.

o Systeme de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dit qu'« *un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative* »<sup>12</sup>.

Les quatre souhaits du système de santé actuel sont :

- « Prendre soin de l'autre,
- Contrôler et traiter les risques sanitaires,
- Améliorer les techniques de soin en vue de la guérison ou de la transformation de pathologies rapidement mortelle en affection chronique,
- Ainsi qu'organiser la solidarité en coordonnant l'ambition de la Constitution de 1946 en matière de santé et le principe de l'Assurance maladie selon lequel chacun doit contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins »<sup>13</sup>.

Le système de santé comprend, dès lors, tous les moyens financiers, organisationnels, structurels, humains qui ont pour objectif de prévenir les maladies, de promouvoir la santé, de guérir, de soulager les souffrances des patients.

Le système de santé français repose sur différentes structures : La prise en charge médico-sociale ou sociale pour les publics en perte d'autonomie, en situation de handicap ou encore dits « fragiles », la prise en charge ambulatoire pour les soins de villes et la prise en charge hospitalière pour le sanitaire. Ce système se caractérise par la liberté de choix laissée aux patients concernant leur médecin traitant, les différents spécialistes qui les suivent ainsi que les établissements qui les prennent en charge. Les patients peuvent donc se diriger vers le secteur public ou se tourner vers des établissements privés de santé.

Le système de santé français est composé de différents acteurs : les Ministères, les Agences Régionales de Santé (ARS), les agences ou établissements de l'Etat, les différents régimes

---

<sup>12</sup> **DHAENE (G.)**, *Santé Internationale*, Presse de Sciences Po, 2011, 586 p.

<sup>13</sup> **MONCONDUIT (M.)**, « Le système de santé français, espoirs et réalités », *Etudes*, 2016, p. 43-56.

d'assurance maladie, les ordres et syndicats des professions de santé ainsi que les bénéficiaires du système de santé. Au niveau national, les pouvoirs publics et notamment les ministères en charge de la santé et des affaires sociales ainsi que l'assurance maladie pilotent les politiques publiques de santé. Au niveau régional, on retrouve les ARS qui doivent s'assurer de la coordination des politiques mises en place nationalement qu'elles vont alors décliner et adapter à leurs territoires. Au niveau local, ce sont les établissements et les professionnels de santé qui effectuent une prise en charge organisée et en cohérence avec les directives nationales des différents types de soins à travers le secteur ambulatoire, le secteur sanitaire et celui du médico-social.

L'assurance maladie est une des caractéristiques du système de santé, elle prend, en partie, en charge certaines prestations. Ces prestations doivent être inscrites au sein de la nomenclature des prestations remboursables. Par exemple, il est possible de retrouver parmi ces prestations les transports sanitaires prescrits par ordonnance, des médicaments également prescrits par ordonnance et présents dans la nomenclature des produits remboursables, les actes de diagnostic, prévention ou soins réalisés par des médecins généralistes, spécialistes etc...

Le système de santé français a 3 objectifs :

- Fournir à chaque citoyen quelles que soient ses caractéristiques économiques, sociales ou géographiques les services de santé dont il a besoin.
- Proposer des services avec la meilleure qualité possible.
- Avoir une utilisation efficiente des ressources à disposition afin de satisfaire la population et les professionnels de santé.

Au sein du système de santé français on retrouve le plan français de Sécurité sociale. Ce plan est l'illustration de ce que la France va retenir de l'influence de Bismarck et Beveridge, tous deux à l'origine de système de protection sociale. C'est à la suite de la libération que vont être rendus possibles ces changements institutionnels. La Sécurité sociale a été créée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, c'est un point important du programme de reconstruction de la France. La création de la Sécurité sociale est une des volontés du Conseil National de la Résistance. L'idée est d'assurer des moyens de protection convenables à tous, y compris dans les cas où certains citoyens ne pourraient se procurer de travail. C'est Pierre Laroque qui est à l'origine de ce système. Il souhaitait un système unique avec une caisse unique qui protégerait les individus de tous les risques et généralisé avec un système ouvert à tous les français qu'ils

occupent un emploi ou non. Il voulait un système géré par les partenaires sociaux. Selon l'ordonnance du 4 octobre 1945, la Sécurité sociale « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »<sup>14</sup>. On retrouve ici la volonté que l'ensemble des français soient protégés tout au long de leur vie des risques de la vie. A sa création en 1945, la Sécurité sociale avait 3 objectifs : être un système unique, généralisé et géré par les partenaires sociaux. Elle repose sur 3 logiques distinctes : d'assurance, d'assistance et de protection universelle. La Sécurité sociale est composée de 4 branches : une branche famille, une branche retraite, une branche maladie et une branche accidents du travail - maladies professionnelles. Elle va alors fournir une couverture de base pour l'ensemble de ces branches. Aujourd'hui quand on parle des comptes de la Sécurité sociale cela comprend le régime général (les 4 branches) ainsi que le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV). La Sécurité sociale a pour but de créer un système national d'entraide collective et obligatoire permettant de consolider la solidarité entre l'ensemble des citoyens qu'ils soient actifs ou non-actif, en bonne santé ou malade ou quelle que soit leur richesse. Au cours des années 70 la Sécurité sociale se généralise à l'ensemble de la population et accompagne les changements sociaux notamment l'émancipation des femmes (droit à la contraception).

Enfin, il est important d'expliquer le terme d'impact.

o Impact :

Un impact est, au sens figuré, « l'effet produit [par une action, un événement etc.] sur quelque chose »<sup>15</sup>. Ici, il est intéressant d'étudier l'impact de la pandémie de Covid-19 sur le système de santé français. Le terme d'impact peut, ici, être remplacé par celui d'effet ou encore par la notion de conséquence. Un effet est « le résultat d'une action ou de ce qui est produit sur quelque chose »<sup>16</sup> et une conséquence représente « une suite logique entraînée par un fait »<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale, J.O du 6 octobre 1945, p. 6280.

<sup>15</sup> *Le petit Larousse illustré*, 2015, 2048 p.

<sup>16</sup> *Le petit Larousse illustré*, 2015, 2048 p.

<sup>17</sup> *Le petit Larousse illustré*, 2015, 2048 p.

Pour finir concernant les définitions du sujet, le terme d'impact et ses synonymes doivent être entendus au pluriel car la pandémie actuelle n'a pas généré qu'un seul impact sur le système de santé mais bien plusieurs à différents niveaux et différentes importances.

Une fois les définitions du sujet expliquées, un bref rappel historique des SSE et crises sanitaires qui ont eu lieu ces dernières décennies en France ainsi que les solutions de gestion de crise qui ont été développées pour y faire face semble essentiel.

La pandémie de Covid-19 n'est pas la première SSE que la France rencontre. Par le passé, des épidémies, des catastrophes naturelles, des catastrophes technologiques ainsi que des attentats ont touché la France. Nous allons revenir sur la gestion de certaines de ces SSE et crises afin de mieux comprendre le contexte au début de la pandémie de Covid-19.

Il est, en effet, intéressant d'observer la gestion des crises précédentes et les réponses qui ont été apportées a posteriori pour que la gestion de ces crises s'améliore.

En 2006 sévit le virus H5N1 qui est un sous-type de virus aviaire. Il est le seul à avoir provoqué des maladies graves ainsi que des décès chez l'Homme<sup>18</sup>. La transmission du virus ne se fait que de l'animal à l'homme. Ce virus est apparu en 1997 à Hong Kong, faisant 6 morts. Il est ensuite réapparu en 2003, toujours en Asie, touchant dans un premier temps uniquement les animaux. Des cas humains ont ensuite été recensés. En 2006, le virus réapparaît, en réponse à celui-ci, a été créé l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS). C'était une agence française de sécurité sanitaire créée par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Il avait pour mission la constitution d'une réserve sanitaire afin de pouvoir apporter une réponse rapide en cas de SSE ou de menace sanitaire grave<sup>19</sup>. La seconde mission de l'EPRUS était la gestion des produits et services nécessaires à la protection de la population. Dans le cadre de cette mission l'EPRUS devait « *gérer les stocks de produits et traitements acquis ou confiés par l'Etat* »<sup>20</sup> dont les masques chirurgicaux et FFP2. L'EPRUS avait été créé suite à la crise H5N1 qui avait révélé des faiblesses dans la gestion de la logistique de la part de l'Etat. Le 22

---

<sup>18</sup> <https://www.cchst.ca>

<sup>19</sup> **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**, « Dossier de presse : L'établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires », 2009, p. 1.

<sup>20</sup> **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**, « Dossier de presse : L'établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires », 2009, p. 4.

janvier 2007, dans un discours à la presse, le Ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand indiquait : « *Nous poursuivons nos efforts de préparation à la survenue d'une éventuelle pandémie, grâce à la constitution de stocks de masques et de vaccins. Nous serions, d'après certains observateurs, parmi les pays les mieux préparés au monde* »<sup>21</sup>. L'EPRUS est donc un des premiers outils développés pour répondre à des situations sanitaires telle que celle que nous rencontrons actuellement. Il n'est toutefois pas le seul.

Le plan blanc fait également parti des dispositifs mis en place par l'Etat français. C'est un plan spécifique aux établissements de santé. Il doit être déclenché en cas de SSE. L'objectif étant de répondre efficacement à un afflux exceptionnel de patients au sein de l'établissement de santé<sup>22</sup>. Cette planification a été créée par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Cette loi a ajouté l'article L3110-7 du Code de la Santé Publique qui dispose que « *Chaque établissement de santé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle* »<sup>23</sup>. Depuis 2014 le plan blanc a été inclus au sein du dispositif ORSAN.

Pour permettre la continuité du service public hospitalier des dispositifs sont élaborés, c'est le cas du dispositif d'Organisation de la Réponse du Système de SANTé (ORSAN). Il a été créé en 2014<sup>24</sup> comme outil de réponse à des SSE. Ce système naît dans une période de risque terroriste. Il a pour but de préparer à des situations impliquant la prise en charge d'un nombre conséquent de victimes. Le dispositif ORSAN doit être une partie de la réponse lors de SSE. Le plan ORSAN a, par le passé, été déclenché en 2014 lors de l'épidémie Ebola, en 2015 lors de l'épidémie de grippe aviaire ainsi que le 13 novembre 2015 et le 14 juillet 2016 suite aux attentats qui ont touché le pays. Le 23 février 2020, Olivier Véran, alors Ministre des Solidarités et de la Santé déclenche le dispositif ORSAN suite à l'épidémie de Covid-19.

Parmi les outils de gestion et prévention de crise il y a également le plan local de gestion d'une épidémie. Il est introduit en 2009 par le plan national stratégique 2009-2013 de prévention des

---

<sup>21</sup> **LE PEN (C.)**, « Coronavirus : en 2007, la France avait su mettre au point un dispositif de protection très ambitieux contre les épidémies », *Le Monde*, 2020.

<sup>22</sup> **RAIMONDEAU (J.)**, « Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles » *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p. 395 – 418.

<sup>23</sup> CSP., art.L.3110-7.

<sup>24</sup> Instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

infections associées aux soins. Ce plan regroupe des informations sur l'organisation mise en place en cas de survenue d'une épidémie au sein d'un établissement de santé<sup>25</sup>.

D'autres plans spécifiques à des territoires et des épidémies sont également construits. C'est le cas pour les épidémies de dengue ou de chikungunya dans les DOM-TOM ou encore pour le virus de la grippe certaines années. Certains de ces plans tiennent compte des difficultés rencontrées par le passé comme le plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale qui a été construit à partir des évaluations qui ont été menées après l'épidémie de grippe 2009-2010<sup>26</sup>. Le plan s'intéresse aux acteurs de toutes les strates du système de santé des acteurs nationaux à ceux locaux. Il se compose de plusieurs éléments :

- Un plan national dans lequel est indiqué le cadre général de préparation à une épidémie grippale ainsi que la réponse à cette pandémie.
- Les différentes stratégies à mener en fonction des stades de la pandémie.
- Un guide de déclinaison du plan pour tous les territoires qui prend en compte les spécificités de chaque zone ainsi que des fiches précisant les éléments de réponse à la pandémie et leur gradation.
- Un guide pour mettre en place l'organisation d'une campagne de vaccination exceptionnelle.
- Concernant l'activité des établissements de santé, un guide d'élaboration de plan de continuité d'activité afin de pouvoir résister à une pandémie<sup>27</sup>.

Le plan se décompose en plusieurs parties qui suivent une logique chronologique. La première partie concerne l'anticipation de la pandémie avec la préparation des acteurs à la vague épidémique. Cette préparation consiste à ce que les acteurs des différents secteurs définissent des outils de réponse à une épidémie à venir. Ainsi, chacun des acteurs connaît son rôle et les pratiques à adopter en amont de la pandémie.

Ce qui est intéressant ici c'est que ces plans sont réétudiés régulièrement afin de toujours correspondre aux réalités du terrain. Cette nouvelle étude permet également de faire un point sur les stocks de produits de santé et de matériels dont les acteurs disposent. Il y a ensuite des indications qui sont données sur des actions susceptibles d'être menées une fois la grippe présente sur le territoire français.

---

<sup>25</sup> RAIMONDEAU (J.), « Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles » *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p. 395 – 418.

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> *Ibid.*

Ainsi, ce plan de prévention démontre bien l'importance d'évaluer les épisodes épidémiques passés afin d'obtenir des résultats plus satisfaisants lors des épidémies suivantes. Il montre également l'intérêt de toujours réévaluer les dispositifs existants ainsi que les stocks mis à dispositions.

Pour finir, après la définition des termes du sujet et la réalisation du rappel historique sur les situations sanitaires qui ont bouleversé le système de santé ces dernières années ainsi que les solutions qui ont été développées, il est capital d'effectuer une chronologie du début de la crise sanitaire jusqu'à l'annonce de la mise en place d'un état d'urgence sanitaire.

Le 17 novembre 2019, une nouvelle forme de coronavirus est signalée, à Wuhan, en Chine. Les semaines suivantes, d'autres cas apparaissent au sein de la province de Wuhan. Le 31 décembre 2019, l'OMS signale pour la première fois un cas de « pneumonie atypique » en Chine (le nom de Covid-19 n'apparaîtra que plus tard). Le 2 janvier 2020, le Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) commence une veille sanitaire<sup>28</sup>. Le Ministère des Solidarités et de la Santé transmet des fiches explicatives des pathologies des patients atteints par le Covid-19, ainsi que détaillant la conduite à tenir aux ARS, urgentistes, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ainsi qu'infectiologues le 10 janvier 2020<sup>29</sup>. Le 11 janvier 2020, l'Etat chinois annonce qu'une première personne est décédée du Coronavirus. Le 13 janvier, l'OMS fait état d'un premier cas de Covid-19 en Thaïlande, quelques jours plus tard un premier cas est signalé au Japon. Le 16 janvier marque l'arrivée du premier cas en France, il s'agit d'une touriste en provenance de Wuhan. Le 22 janvier est déclenchée la procédure de gestion des situations sanitaires à risques élevés<sup>30</sup>. Le 24 janvier, 3 nouveaux cas sont déclarés en France, ce sont les premiers cas européens. Le premier patient hospitalisé en France décède le 14 février. Le 20 février, la pandémie de Covid-19 est considérée comme une situation sanitaire exceptionnelle<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> <https://www.gouvernement.fr>

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> *Ibid.*

Le 23 février, le stade 1 de la lutte contre l'épidémie est déclenché. Le stade 1 a pour but de ralentir l'arrivée du virus sur le territoire<sup>32</sup>. Il s'illustre par la mise en place de quarantaine pour les personnes revenant de zones considérées comme à risque<sup>33</sup>. L'objectif est de détecter les premiers cas afin d'éviter la mise en place de réseaux de contamination. Le 28 février, les représentants de l'Etat déclarent que l'on est au stade 2 du plan de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Le stade 2 a pour objectif de ralentir la propagation du virus une fois qu'il est entré sur le territoire<sup>34</sup>. Pour cela, des zones de circulation du virus sont identifiées tout comme les clusters. Le stade 2 implique ici, la possibilité qu'il y ait des restrictions de visites dans les établissements médico-sociaux et la fermeture des établissements scolaires<sup>35</sup>. Parmi les mesures que cela implique il y a l'interdiction d'organiser, de participer à des rassemblements de plus de 5 000 personnes dans des lieux confinés, l'annulation du dernier jour du salon de l'agriculture et du semi-marathon de Paris<sup>36</sup>.

Le 29 février 2020, la barre des 100 cas est passée en France. Dans un bilan de l'AFP, on découvre que 56 pays sont touchés par le virus, 83853 cas ont été déclarés et 2873 personnes sont décédées<sup>37</sup>. Le gouvernement Philippe, le 4 mars, réquisitionne les stocks de masques et plafonne les prix des gels hydroalcooliques. 4 jours plus tard, le cap des 1000 cas français est franchi. Le gouvernement interdit tout rassemblement de plus de 1000 personnes. Il énonce également un stade 2 renforcé du plan de lutte contre le Covid-19<sup>38</sup>. Les établissements scolaires des départements les plus touchés sont fermés pour 2 semaines. Le 12 mars a lieu l'allocution du Président Emmanuel Macron, c'est dans cette allocution qu'il annonce la fermeture « *dès lundi et jusqu'à nouvel ordre* » des crèches, écoles, collèges, lycées, facultés de l'ensemble du territoire<sup>39</sup>. Le 13 mars, le Premier Ministre déclare l'interdiction de rassemblement de plus de 100 personnes et le lendemain le stade 3 de la lutte contre l'épidémie de Covid-19 est déclenché. Le stade 3 correspond à la circulation active du virus sur l'ensemble du territoire. L'objectif est alors de gérer du mieux possible les conséquences de l'épidémie sur la société et le système de

---

<sup>32</sup> « Coronavirus : 1, 2 et 3 ... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? », *Le Monde*, 2020.

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> « Coronavirus : 1, 2 et 3 ... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? », *Le Monde*, 2020..

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> *Ibid.*

<sup>37</sup> LAFON (C.), « Covid-19 : la chronologie d'une épidémie mondiale apparue en janvier 2020 », *Sud Ouest*, 2022.

<sup>38</sup> <https://www.gouvernement.fr>

<sup>39</sup> *Ibid.*

santé et d'en atténuer les effets<sup>40</sup>. Cela implique la fermeture des commerces non essentiels et de lieux « non indispensables à la vie de la nation ».

Le 16 mars, le Président de la République prend à nouveau la parole lors d'un discours télévisé dans lequel il déclare « *nous sommes en guerre* »<sup>41</sup>. Il annonce que « *les regroupements extérieurs, les réunions familiales ou amicales ne seront plus permises. Se promener, retrouver ses amis dans le parc, dans la rue, ne sera plus possible* »<sup>42</sup>. C'est le début des mesures de confinement qui impliquent une restriction des déplacements individuels sous peine d'amende. Le confinement entre en vigueur le 17 mars à midi pour une durée de 15 jours minimums. Le 24 mars est mis en place un durcissement des modalités de confinement. Désormais, les sorties ne sont autorisées que dans un rayon d'1 kilomètre autour du domicile et pour une durée d'une heure. A cette même date est votée la loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19 qui dispose de la mise en place, dès le 24 mars, de l'état d'urgence sanitaire en France<sup>43</sup>.

Ce sujet est intéressant à traiter car la pandémie est actuelle et qu'elle a marqué les esprits de l'ensemble de la population et ce pour les années à venir. L'intégralité de la société a été bousculée par la crise sanitaire et de nouvelles habitudes ont été prises. Parmi celles en lien avec le sanitaire il y a la mise en place des gestes barrières ou encore du port du masque qui, s'il y a quelques années paraissait anxiogène, est désormais considéré comme protecteur. Il est dès lors attrayant de connaître les effets de la crise sanitaire sur différents pans de la société. Ainsi, comment l'organisation du système de santé a été touchée par la pandémie ? De quelle manière la crise sanitaire a été gérée par les autorités publiques ? Quel a été le rôle des différents secteurs de la santé dans la prise en charge des patients ? Quelles sont les répercussions de la pandémie sur les comptes de la Sécurité sociale ? Comment ont été financées les actions mises en place par l'Etat ? Sont autant de questions qui méritent d'être posées s'agissant de la crise sanitaire.

Il est donc important de se poser la question suivante : **Quels impacts a généré la crise sanitaire sur le système de santé français ?**

---

<sup>40</sup> « Coronavirus : 1, 2 et 3 ... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? », *Le Monde*, 2020.

<sup>41</sup> <https://www.elysee.fr>

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, J.O, 24 mars 2020, texte n°2.

Dans un premier temps, il s'agira d'étudier les effets de la crise sanitaire sur l'organisation du système de santé. Pour cela, les acteurs de la gestion de crise ainsi que les stratégies mises en œuvre par eux qu'elles soient déjà existantes ou nouvelles seront observées. La lutte contre le coronavirus effectuée par les établissements de santé sera également mise en avant tout comme l'importance d'effectuer des évaluations sur la gestion qui a été faite lors de la crise. Cela permettra d'être mieux préparé pour les situations exceptionnelles futures.

Dans un second temps, il s'agira d'étudier les conséquences de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale. C'est la Sécurité sociale qui permet le bon déploiement du système de santé. C'est grâce à cet outil que sont financés les frais médicaux etc. Toutefois cet outil a été fortement impacté par la crise sanitaire à travers ses dépenses et ses recettes. Cet impact va avoir des répercussions importantes sur le déficit de la Sécurité sociale et donc sur les années à venir.

## **Première partie : Les effets de la crise sanitaire sur l'organisation du système de santé**

Le système de santé français est organisé en secteur. Il y a alors le secteur ambulatoire qui se concentre sur les soins de ville exercés par des professionnels de santé libéraux, le secteur sanitaire qui correspond aux soins réalisés au sein des établissements de santé et le secteur médico-social en charge d'un public dit « fragile » qui regroupe les établissements sociaux et médico-sociaux. Le système de santé français a beaucoup évolué ces dernières décennies. Si par le passé, on parlait de paternalisme médical, il n'existe plus aujourd'hui. Ce terme correspond à une période où les médecins avaient un rôle important dans la prise de décision des patients concernant leur santé. Désormais avec l'évolution de la société, et des pratiques le paternalisme médical a pris fin pour laisser sa place à la démocratie sanitaire. Cette notion signifie que le patient est au cœur des décisions médicales le concernant et que son avis prime sur celui des médecins. Ainsi, le système de santé repose sur la liberté de choix du patient en ce qui concerne son médecin traitant, les spécialistes qu'il consulte, le lieu où il souhaite être soigné.

Les décisions prises concernant le système de santé le sont à différents niveaux. Il y a tout d'abord le niveau national avec l'Etat et les ministères. C'est à ce niveau que vont être construites les différentes lois portant sur le secteur ambulatoire, hospitalier et médico-social. Au niveau national, il est également possible de retrouver les agences nationales. Celles-ci vont être spécialisées dans des domaines spécifiques et ne vont pas concerner l'ensemble de l'organisation du système de santé comme l'Agence de la biomédecine ou l'Etablissement français du sang. Au niveau régional se trouvent les Agences Régionales de Santé (ARS). Elles ont été créées par la loi hôpital, patients, santé et territoire à une période où l'objectif était de décentraliser l'organisation du secteur hospitalier. Ainsi elles sont en charge de l'organisation de l'ensemble des secteurs sur la région. Ce sont elles qui vont mettre en œuvre régionalement les politiques nationales de santé. Les ARS sont plus au fait des réalités des territoires et doivent donc y adapter l'organisation des soins. Par exemple, ce sont elles qui délivrent des autorisations de création, d'extension ou de transformation d'établissement de santé. L'objectif est que les citoyens aient un égal accès aux soins et qu'il n'existe pas d'inégalités selon les territoires.

Ces dernières années, le système de santé était déjà confronté à d'importants défis avec le vieillissement de la population et l'inégale répartition des professionnels de santé sur le

territoire français. La pandémie de coronavirus est donc venue bousculer un système en proie à des difficultés.

## **Titre I : De l'avènement de la crise sanitaire vers sa gestion par les différents acteurs**

La crise sanitaire que nous rencontrons actuellement a conduit les autorités françaises à prendre des décisions nouvelles. Cela illustre la gravité de cette crise et l'importance de son impact sur le système de santé français. Dès le début de la crise sanitaire, tous les acteurs de l'organisation du système de santé ont été sollicités pour y faire face. Chacune des cellules de veille sanitaire ont été activées afin de préparer au mieux l'arrivée du virus sur le territoire français et de pouvoir le contrôler. Cependant, celui-ci s'est tout de même répandu sur l'ensemble du territoire.

Pour comprendre le fonctionnement de la gestion de crise et la mise en place des différentes solutions il est important d'en connaître ses acteurs. Ils sont divers et interviennent à différents niveaux du système de santé et du territoire. Chacun va avoir des compétences et des pouvoirs distincts en lien avec le territoire qu'il couvre (Chapitre 1). Une fois les différents acteurs présentés, il est nécessaire de se pencher sur les stratégies de gestion de crise mises en place par les acteurs et les différentes mesures qui en découlent. Il est également important de parler des difficultés qui ont été rencontrées (Chapitre 2).

### **Chapitre I : Les acteurs ayant contribué à la gestion de la crise sanitaire**

Une crise étant imprévisible, le processus de gestion de crise doit être connu de chacun des acteurs afin qu'ils ne soient pas dépassés dès l'arrivée de celle-ci. Pour répondre de façon efficiente à la crise, il faut que les acteurs mènent des actions coordonnées. En France il y a de nombreux acteurs publics qui sont compétents à différentes strates du territoires (Section 1) mais ils ne sont pas les seuls acteurs à lutter contre l'épidémie de Covid-19 (Section 2).

#### **Section 1 : La multiplicité d'acteurs publics**

Le processus de gestion de crise français a été construit par niveau : le niveau national, le niveau régional, le niveau départemental et pour finir le niveau local. Chaque niveau reposera

sur des acteurs différents. Au niveau national va être développée une gestion de crise uniforme (§1) qui sera adaptée au niveau local par les différents acteurs (§2).

## **§ 1 : Au niveau national**

Au niveau national ce sont les ministères (A) ainsi que différentes agences nationales (B) qui participent à la gestion des crises sanitaires.

### A- Le rôle des ministères et des instances qui en découlent

Dans le cadre de la crise sanitaire, ce sont les ministères en charge des questions sanitaires et sociales qui sont les plus concernés. Il y a également le Premier Ministre qui est celui qui va présenter au Parlement ainsi qu'à l'ensemble des citoyens à travers des discours les différentes mesures qui seront mises en place. Par exemple c'est le Ministre de la santé qui va déclencher la mise en place du plan blanc sur l'ensemble du territoire français. Le Premier Ministre va avoir pour mission de présenter la stratégie de déconfinement avec en développant les différents plans qui ont été conçus.

C'est également au niveau national que sont construits les plans qui devront être appliqués à l'ensemble du territoire français. Parmi ces plans il est possible de nommer le plan ORSAN ou encore le plan bleu qui sont ensuite déclinés par les ARS. C'est également à ce niveau qu'ont lieu les évaluations et les modifications de ces plans.

Au niveau national il y a la Cellule Interministérielle de Crise (CIC). Elle est composée des ministères concernés par la crise (celui des solidarités et de la santé en cas de crise sanitaire, celui de l'intérieur en cas d'attentat etc.), d'acteurs de la réponse comme des agences nationales et d'experts. La CIC se décompose en 4 cellules : la cellule situation, la cellule anticipation, la cellule décision et la cellule communication<sup>44</sup>. Une fonction logistique de soutien s'ajoute à ces cellules pour des crises longues. Elle a été activée le 17 mars 2020 par le Premier Ministre<sup>45</sup>.

Parmi les instances nationales qui participent à la gestion de crise sanitaire, il y a le centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et Sociales. Cette instance a pour mission de définir et coordonner la réponse nationale en cas d'urgence sanitaire. Ce sont des professionnels de santé, des ingénieurs spécialisés en gestion de crise sanitaire et santé

---

<sup>44</sup> <http://www.sgdsn.gouv.fr>

<sup>45</sup> <https://www.gouvernement.fr>

publique, des communicants de crise, des juristes spécialisés dans les questions sanitaires ainsi que des experts du Ministère de la santé qui composent le CORRUSS<sup>46</sup>. Pour identifier les cas d'urgence sanitaire le CORRUSS est en constante collaboration avec des partenaires se trouvant sur le terrain. Parmi les partenaires il est possible de retrouver au niveau international certaines institutions comme l'OMS ou encore la commission européenne. En France les partenaires qui informent le CORRUSS sont les ARS, les agences nationales en lien avec la sécurité nationale ou le sanitaire ainsi que les ministères qui traitent du sanitaire et de la sécurité<sup>47</sup>. Le CORRUSS envisage la gestion des crises de manière graduée et propose des solutions adaptées aux situations rencontrées. Le niveau 1 consiste en une « *veille opérationnelle* » et correspond à la gestion courante des alertes<sup>48</sup>. Le niveau 2 s'intitule « *CORRUSS renforcé* » et met en place une équipe travaillant uniquement sur un événement précis qui va avoir des conséquences sanitaires<sup>49</sup>. Le niveau 3 engendre l'activation du Centre de Crise Sanitaire (CCS). Il est déployé en cas de SSE et une équipe entière est mobilisée pour traiter cet événement. Dans le cadre de crise sanitaire comme celle que nous traversons actuellement c'est le stade 3 qui est déclenché. Le CCS a donc été activé le 27 janvier 2020. Le CCS a comme mission de diriger les actions du secteur sanitaire, de déployer des moyens humains pour répondre à la situation de crise, d'organiser et suivre le dispositif santé et de coordonner et suivre la gestion de la crise tout en étant en lien avec les ARS<sup>50</sup>.

## B- L'important rôle des agences nationales dans la gestion d'une crise sanitaire

### 1) L'échec de l'EPRUS :

Cette agence nationale avait pour mission de préparer le système de santé aux menaces sanitaires. L'histoire de l'EPRUS est liée aux épidémies qui ont suivi sa création. La grippe H1N1 de 2008-2009 aura un impact non sans conséquence sur l'établissement. La grippe H1N1 a été déclarée pandémie du fait de sa forte propagation sur l'ensemble de la planète. Lors de l'été 2009, dans le cadre du plan national contre la grippe H1N1, la Ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, énonce que la France a en sa possession un milliard de masques chirurgicaux et 723 millions de masques FFP2<sup>51</sup>. Ce stock, déjà commencé par Xavier Bertrand,

---

<sup>46</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr>

<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> *Ibid.*

<sup>49</sup> *Ibid.*

<sup>50</sup> *Ibid.*

<sup>51</sup> **SENAT**, *Rapport d'information n° 388*, « Chronique d'une pandémie annoncée : la gestion du "stock national santé" par l'EPRUS », 2009.

Ministre de la santé de 2005 à 2007, avait continué d'être approvisionné à la demande de Roselyne Bachelot. Elle programme, dans la foulée, un programme de renouvellement des stocks de ces masques. De nombreuses commandes sont passées au cours du second semestre de l'année 2009 pour aboutir, à la fin de l'année 2009, à un stock de 2,2 milliards de masques<sup>52</sup>. Cependant, l'épidémie, telle qu'annoncée, de grippe H1N1 n'arrivera jamais et les stocks constitués ne seront que peu utilisés. Les dépenses faites pour la grippe H1N1 sont estimées à 1 milliard d'euros, alors que seuls 342 décès seront recensés sur le territoire<sup>53</sup>. Il sera, par la suite, reproché à la ministre d'avoir surestimé la crise et d'avoir généré des dépenses inutiles. Suite à cela le budget de l'EPRUS a été considérablement réduit de 281 millions d'euros en 2007 à 25,8 millions d'euros en 2015<sup>54</sup>. Les différents stocks dont l'EPRUS avait la responsabilité ont également été réduits, notamment, avec le non réapprovisionnement des biens arrivés à péremption. A partir de 2011, les stocks des masques chirurgicaux et des masques FFP2 ne relevaient plus de la même autorité. Les masques chirurgicaux étaient qualifiés de stocks stratégiques et restaient gérés par l'EPRUS tandis que les masques FFP2 étaient des stocks tactiques qui relevaient des établissements de santé<sup>55</sup>. L'année 2016 et l'ordonnance du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique ont été fatales à l'EPRUS. Celui-ci a, en effet, été intégré à Santé Publique France au même titre que l'Institut de Veille Sanitaire et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé<sup>56</sup>.

## 2) La création de Santé Publique France :

Santé Publique France est une agence nationale créée par l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016. C'est le regroupement de l'Institut de Veille Sanitaire, de l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Santé Publique France est investie d'une mission générale en santé publique. C'est donc à ce titre qu'elle intervient dans le secteur de la sécurité sanitaire. Les missions de Santé Publique France sont précisées au sein du Code de la Santé Publique, parmi ses missions en lien avec la pandémie actuelle on retrouve :

---

<sup>52</sup> **LHOMME (F.), DAVET (G.)**, « La France et les épidémies : 2007 – 2010, l'apogée du principe de précaution », *Le Monde*, 2020.

<sup>53</sup> **LHOMME (F.), DAVET (G.)**, « La France et les épidémies : 2010-2011, le changement de doctrine », *Le Monde*, 2020.

<sup>54</sup> **LE PEN (C.)**, « Coronavirus : en 2007, la France avait su mettre au point un dispositif de protection très ambitieux contre les épidémies », *Le Monde*, 2020.

<sup>55</sup> **SENAT**, *Rapport d'information n°625*, « l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? », 2015, p. 33.

<sup>56</sup> Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, JORF n° 0089 15 avril 2016, texte n°40.

- L'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations<sup>57</sup> ;
- La veille sur les risques sanitaires menaçant les populations<sup>58</sup> ;
- La préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires<sup>59</sup> ;
- Le lancement d'alerte sanitaire<sup>60</sup>.

Après avoir vu les acteurs de la gestion de crise au niveau national, il est intéressant de regarder les acteurs pour les autres niveaux.

## § 2 : Au niveau local

L'approche locale permet de prendre en compte les spécificités de chaque territoire grâce à la connaissance de celles-ci par les acteurs régionaux (A) et départementaux (B)

### A- La gestion de la crise sanitaire par les acteurs régionaux

Les acteurs au niveau des régions sont les agences régionales de santé. Les ARS ont eu un rôle important dans la lutte contre le déploiement du virus puis dans la gestion de la crise sanitaire. Au sein de ces ARS il y a des Cellules de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaire (CVAGS). Elles ont pour mission de coordonner les mesures de gestion du risque et suivre leur mise en œuvre. Des missions en lien avec la sécurité sanitaire sont confiées aux ARS en tant qu'acteur au niveau régional dans la gestion de crise. A ce titre les ARS doivent « *définir une stratégie régionale de préparation à la gestion des SSE et de tensions dans les champs sanitaires et médico-social* »<sup>61</sup> et édifier des plans afin d'avoir une activité en continue dans les établissements de santé.

Ce sont les ARS qui sont chargées de l'organisation de la prise en charge des malades au sein du système de santé. Parmi leur mission en temps de crise sanitaire il y a également : veiller à la réorganisation interne des établissements de santé, l'approvisionnements de matériels de

---

<sup>57</sup> CSP., art.L.1413-1.

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> *Ibid.*

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 23.

santé<sup>62</sup>. Ici, elles ont également été en charge de la campagne de tests de dépistage ainsi que du suivi des personnes dites cas contact. Elles ont aussi été sollicitées lors de la mise en place des déconfinements<sup>63</sup>.

Parmi leurs actions, dans le cadre de la crise sanitaire, il y a la délivrance d'autorisation de soins dérogatoires pour les établissements qui ont augmenté leurs capacités d'accueil notamment pour les services de réanimation<sup>64</sup>. Ces autorisations ont également été délivrées pour des établissements qui ont créé des services spécifiques pour les patients atteints de coronavirus. Cela a particulièrement eu lieu dans les établissements privés de santé qui accueillent peu de patients ayant besoin de soins de réanimation. Les ARS ont eu un rôle important dans les transferts intra régionaux de patients car elles étaient en charge de communiquer avec les différents établissements de santé et de planifier les transferts<sup>65</sup>.

#### B- La gestion de la crise sanitaire par les acteurs départementaux et locaux

Le préfet est l'incarnation de l'Etat, au niveau local, sur le territoire français. Traditionnellement, en cas de crise sur son territoire, le préfet de département a pour rôle de coordonner et de mettre en œuvre les solutions développées par l'Etat sur leur territoire. Ce rôle reste inchangé en cas de crise sanitaire. Dès lors, il va décliner les mesures prises au niveau national et régional pour son département<sup>66</sup>. Il va également décider de l'activation des différents plans de gestion de crise et peut prendre des mesures adaptées à son département dans le cadre de la crise. Les pouvoirs des préfets ont été renforcés avec l'instauration de l'état d'urgence. Ce sont principalement les pouvoirs de police qui sont augmentés comme avec la possibilité d'interdire des rassemblements sur la voie publique, l'interdiction de réunions publiques ou encore la fermeture de lieux de culte<sup>67</sup>.

Au niveau local, ce sont les établissements de santé qui vont être acteurs de la gestion de crise. Ils ont, en effet, la possibilité de solliciter le préfet de département pour le déclenchement de leur plan blanc. L'objectif de chacune des actions est de ne pas mettre l'hôpital sous tensions et de réduire au maximum l'impact de la crise sur celui-ci.

---

<sup>62</sup> « Dix ans après leur création, les agences régionales de santé face au Covid-19 », *Vie publique*, 2020.

<sup>63</sup> *Ibid.*

<sup>64</sup> *Ibid.*

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> **BOUILLON (H.)**, « Le préfet et la pandémie : comment le coronavirus relève les transformations de l'Etat », *The conversation*, 2021.

<sup>67</sup> <https://www.vie-publique.fr>

Les acteurs publics ne sont pas les seuls à avoir participé à la lutte contre la crise sanitaire, c'est également le cas de bénévoles ou de réservistes.

## **Section 2 : La présence d'autres acteurs dans la lutte contre le Covid-19**

Les associations ont joué un rôle important dans la lutte contre la crise sanitaire (§1), notamment en tentant de limiter l'isolement des personnes. C'est également le cas de la réserve sanitaire qui a permis de renforcer les effectifs dans les établissements de santé en tension et de mener à bien la campagne de vaccination (§2).

### **§ 1 : Le rôle des associations dans la lutte contre la pandémie**

Les associations ont également subi les conséquences de la crise sanitaire (A) mais elles ont, néanmoins, réussi à développer des outils qui leur ont permis d'apporter une aide à la population (B).

#### **A- L'impact de la crise sanitaire sur les associations**

Les associations ont eu un rôle important pendant les périodes de confinement. Il y a eu une inquiétude de ces associations concernant l'isolement des personnes vulnérables en période de confinement. Au début de l'épidémie, le nombre de bénévoles a diminué de façon conséquente. En effet, 40% des bénévoles ont mis en pause leur activité. Ces bénévoles étaient, pour la plupart, souvent âgés et pour certains considérés comme un public fragile. Néanmoins, les associations ont connu une forte mobilisation de la jeunesse pendant l'épidémie. L'armée du salut déclare qu'avant la pandémie 28% de leurs bénévoles avaient moins de 30 ans, que ce chiffre est passé à 40% en 2020 et s'est stabilisé à 35% pendant l'année 2021<sup>68</sup>. La jeunesse s'est donc fortement mobilisée pendant le confinement et cet engagement a perduré une fois cette période terminée. Cela a permis de pallier, en partie, la diminution des bénévoles de plus de 65 ans.

C'est principalement le secteur de l'aide à domicile qui a dû s'adapter<sup>69</sup>. Une réorganisation de l'activité de travail a été nécessaire. Les activités d'aide à domicile ont été classées comme activité prioritaire dès le début du confinement<sup>70</sup>. Cela a permis aux équipes de recevoir du

---

<sup>68</sup> <https://www.france24.com>.

<sup>69</sup> COTTIN (J.), « Covid-19 : l'aide à domicile en première ligne », *UNIOPSS*, 2020, p. 18.

<sup>70</sup> *Ibid.*

matériel de protection notamment des masques et d'avoir une possibilité de mettre leurs enfants dans les écoles. Pour les personnes isolées et non prioritaires pour recevoir une aide à domicile des appels téléphoniques réguliers ont été programmés<sup>71</sup>. Ces appels permettaient de prendre des nouvelles des personnes et de vérifier comment elles se sentaient.

#### B- Le développement de nouveaux outils pour venir en aide à la population vulnérable

Au cœur de la pandémie, la Croix Rouge a développé un nouveau système de conciergerie solidaire<sup>72</sup>. « Croix Rouge chez vous » permet donc aux personnes vulnérables isolées qui sont dans l'incapacité de sortir de chez elle de se faire livrer de la nourriture ainsi que des médicaments sur ordonnance médicale<sup>73</sup>. Ce sont ensuite les volontaires de la Croix Rouge qui seront chargés de la livraison. Pour cela, la Croix Rouge a créé un numéro vert ouvert du lundi au samedi de 9 heures à 19 heures. Il est à destination des personnes vulnérables désirant se faire livrer. Ce numéro permet également aux personnes vulnérables et isolées de communiquer avec des bénévoles formés et de bénéficier d'une écoute attentive<sup>74</sup>.

La plateforme téléphonique mise en place le 20 mars 2020 a reçu de son lancement à début juin 2020 près de 170 000 appels pour l'ensemble du territoire national<sup>75</sup>. Le directeur de la Croix Rouge, Jean Christophe Combe déclare que « *cet outil permet de repérer des situations sociales parfois dramatiques* »<sup>76</sup>.

Les bénévoles ne sont pas les seuls à avoir apporté leur concours lors de la crise sanitaire. C'est également le cas des professionnels de santé qui se sont inscrits au sein de la réserve sanitaire.

### **§ 2 : L'important apport de la réserve sanitaire au cours de la crise**

La réserve sanitaire est un des outils de gestion qui peut être utilisé en temps de crise sanitaire (A), elle s'est particulièrement développée pendant la pandémie (B).

---

<sup>71</sup> COTTIN (J.), « Covid-19 : l'aide à domicile en première ligne », *UNIOPSS*, 2020, p. 18.

<sup>72</sup> <https://www.croix-rouge.fr>

<sup>73</sup> « Coronavirus : les associations en première ligne contre l'exclusion », *France Culture*, 2020.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> *Ibid.*

## A- La réserve sanitaire avant la crise

La réserve sanitaire est un ensemble de professionnels du secteur de la santé (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire, cadre de santé, directeur d'hôpital etc.) volontaires qui peuvent être appelés par l'Etat<sup>77</sup>. Ces volontaires peuvent être en activité, à la retraite depuis moins de 5 ans, sans emploi ou étudiants. C'est à la suite de l'épidémie de Chikungunya sur l'île de la Réunion, en 2007, que la réserve sanitaire a été créée<sup>78</sup>. Cette réserve est appelée en renfort lors de SSE. Elle peut intervenir sur le sol français ou à l'étranger. Pour rentrer dans la réserve sanitaire il faut respecter certains critères comme avoir ses vaccins à jour ou encore fournir un certificat médical d'un médecin agréé et en faire la demande à Santé Publique France. Les réservistes signent un contrat de 3 ans, ils seront ensuite informés des différentes missions proposées auxquelles ils pourront candidater. La réserve sanitaire peut être mobilisée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, le Directeur Général de l'ARS ou encore le Ministère des Affaires Etrangères dans l'hypothèse où des ressortissants français seraient concernés<sup>79</sup>. Ce sont ces autorités qui établissent les missions en évaluant les besoins humains qu'il faut sur le territoire. Ces missions durent en moyenne 15 jours et ne peuvent excéder 45 jours par année civile sauf en cas de circonstances exceptionnelles. La durée maximum passe alors à 90 jours<sup>80</sup>.

Différentes missions peuvent être effectuées dans le cadre de la réserve sanitaire. Cela peut être des missions de renfort de l'offre de soins ou médico-sociale, des missions de rapatriement ou d'évacuation lors de troubles politiques ou de catastrophes naturelles, des missions de renfort de plateaux téléphoniques destinés aux victimes, à leur proche et à la population etc<sup>81</sup>...

## B- Le fort développement de la réserve sanitaire dans la lutte contre le Covid-19

Alors qu'en janvier 2020 on dénombrait 3 800 professionnels volontaires au sein de la réserve sanitaire<sup>82</sup>. La crise sanitaire a encouragé de nombreux professionnels à s'y engager. Ainsi, au cours du début de l'épidémie de Covid-19 de nombreuses personnes ont souhaité apporter leur aide dans la lutte contre l'épidémie. 19 000 personnes se sont donc inscrites entre la mi-janvier

---

<sup>77</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr>

<sup>78</sup> **SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, p. 3.

<sup>79</sup> **SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, p. 4.

<sup>80</sup> *Ibid.*

<sup>81</sup> *Ibid.*

<sup>82</sup> **SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, p. 3.

et le mois de mars 2020 pour intégrer la réserve sanitaire<sup>83</sup>. Celle-ci a été mobilisée à deux reprises durant la pandémie de Covid-19. Une première fois avec l'arrêté du 4 mars 2020 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire qui prévoyait à son article 1 qu'« *A compter du 5 mars 2020, la réserve sanitaire est mobilisée : - pour constituer des équipes d'intervention rapide pour apporter un appui aux agences régionales de santé qui en font la demande pour leurs missions de suivi et d'investigation autour des cas de personnes atteintes par le virus Covid-19 ; - pour renforcer les établissements de santé* »<sup>84</sup>. Une seconde fois avec l'arrêté du 3 février 2021 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire qui disposait à son article 1 qu'« *A compter du 3 février 2021, la réserve sanitaire est mobilisée : - afin d'apporter un appui aux agences régionales de santé qui en font la demande pour leurs missions de suivi et d'investigation autour des cas de personnes atteintes par le virus SARS-CoV-2, d'organisation et de mise en œuvre de campagnes de dépistage ou de campagnes de vaccination contre la Covid-19 ; - afin de renforcer les établissements de santé et les établissements médico-sociaux* »<sup>85</sup>.

Pendant l'épidémie de Covid-19, il y a eu 145 476 journées de missions de la réserve sanitaire<sup>86</sup>. Il y a eu plus de 300 appels à la mobilisation, plus de 11 000 mobilisations de réservistes et 20 régions ont été renforcés<sup>87</sup>. Si, dans un premier temps, la réserve sanitaire devait venir en soutien dans les établissements de santé en manque de personnels ; elle a ensuite servi à la campagne de dépistage suite à la création de centres PCR puis à la large campagne de vaccination. Parmi les missions qui ont eu lieu, peuvent être citées : le renfort de services de réanimation, le renfort pour la régulation du SAMU, le renfort auprès de services impactés par l'épidémie etc<sup>88</sup>...

Après avoir rappelé les différents acteurs qui sont intervenus dans la gestion de la crise sanitaire, il est nécessaire de se pencher sur la chronologie de la gestion de l'épidémie menée par le Gouvernement.

---

<sup>83</sup> **SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, p. 3.

<sup>84</sup> Arrêté du 4 mars 2020 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire, J.O 6 mars 2020, texte n°12.

<sup>85</sup> Arrêté du 3 février 2021 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire, J.O 5 février 2021, texte n°41.

<sup>86</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr>

<sup>87</sup> *Ibid.*

<sup>88</sup> *Ibid.*

## **Chapitre II : La chronologie du déroulé de la gestion de la crise**

Lorsque le virus du coronavirus est entré sur le territoire, le Gouvernement a dû mettre en place une stratégie de gestion de crise et donc prendre des décisions en conséquence. Ainsi, vont être mises en œuvre les premières actions nécessaires dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19 (Section 1). Toutefois, la pandémie étant imprévue et importante, sa gestion s'avère être complexe (Section 2).

### **Section 1 : Des premières actions nécessaires dans la gestion d'une pandémie**

Parmi les premières actions mises en place il y a la création d'un nouvel état d'urgence qui va permettre aux autorités publiques d'augmenter leurs pouvoirs et de mettre en œuvre la stratégie de gestion de crise (§1). Le plan ORSAN élaboré pour être mis en œuvre afin de gérer un afflux massif de patients va alors être déclenché (§2).

#### **§ 1 : La création d'un nouvel état d'urgence**

En 1955, a été créée une nouvelle forme de régime exceptionnel de gestion de crise appelée l'état d'urgence (A), ce type de régime a été adapté dans le cadre de la crise sanitaire (B).

##### **A- Le développement d'état d'urgence de droit commun pour répondre à des situations de crises**

L'état d'urgence de droit commun a été créé par la loi du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence. Cette loi a ensuite été modifiée deux fois, une première fois en 1960 et une seconde fois en 2015. L'état d'urgence doit être déclaré par un décret qui précise les territoires concernés par la mesure. Il faut qu'il y ait sur ces territoires une calamité publique ou un péril imminent entraînant des atteintes à l'ordre public pour que l'état d'urgence puisse être déclenché<sup>89</sup>. La durée de l'état d'urgence est de 12 jours, il faut une loi de prorogation votée par le Parlement pour augmenter cette durée. L'état d'urgence est un régime exceptionnel qui permet de renforcer les pouvoirs des autorités tout en restreignant les libertés publiques et individuelles<sup>90</sup>. Parmi les pouvoirs exceptionnels qui sont conférés aux autorités publiques on retrouve la possibilité d'interdire des réunions publiques ou de fermer des lieux publics ou de culte, la

---

<sup>89</sup> Loi n°55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence, J.O. 7 avril 1955, p. 3479.

<sup>90</sup>*ibid.*

possibilité d'interdire des manifestations et rassemblements sur la voie publique. Le régime d'état d'urgence a été déclaré 6 fois depuis 1955<sup>91</sup>. La dernière déclaration date de 2015 à 2017 et fait suite aux attentats du 13 novembre. Il a été prorogé plusieurs fois jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 2017 suite à l'adoption de la loi renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme.

### B- Un état d'urgence sanitaire adapté à la situation épidémique

La pandémie de Covid-19 va entraîner l'adaptation de ce régime en une nouvelle forme de régime exceptionnel de gestion de crise : l'état d'urgence sanitaire. L'état d'urgence sanitaire est donc un régime spécial entré en vigueur le 23 mars 2020 suite à l'adoption de la loi dite d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Cette loi introduit de façon provisoire dans le Code de la Santé Publique la possibilité de mettre en place un état d'urgence sanitaire « *en cas de catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population* »<sup>92</sup>. Les dispositions prises le 23 mars 2020 sont devenues caduques le 1<sup>er</sup> août 2022. Initialement les mesures prises concernant la création de l'état d'urgence sanitaire devaient prendre fin le 1<sup>er</sup> avril 2021, elles ont été prorogées par deux fois.

L'état d'urgence pouvait être déclaré dans un premier temps en conseil des ministres sur le rapport du Ministre chargé de la santé et des solidarités pour une durée d'un mois maximum. Ce décret devait préciser les territoires concernés par l'état d'urgence. Au-delà d'un mois la prorogation de l'état d'urgence doit être autorisée par une loi de prorogation dans laquelle il faut indiquer sa durée. Cependant, à titre dérogatoire, l'état d'urgence sanitaire est déclaré pour 2 mois sur l'ensemble du territoire du fait de l'épidémie de Covid-19.

L'état d'urgence sanitaire permet au Premier Ministre de jouir de pouvoirs exceptionnels. Il peut, dès lors, par décret, prendre des mesures restrictives concernant la liberté d'aller et venir, la liberté d'entreprendre ainsi que la liberté de réunion. Le Premier Ministre peut également prendre des mesures temporaires de contrôle des prix comme cela a été le cas pour le gel hydroalcoolique et prendre des mesures de réquisitions de tous biens et services permettant de lutter contre la crise sanitaire<sup>93</sup>. Le Ministre chargé des Solidarités et de la Santé peut fixer des mesures générales ou individuelles par arrêté. Les préfets sont habilités à prendre des mesures d'applications pour leur territoire. Chacune des mesures prises faisant grief doivent être

---

<sup>91</sup> <https://www.vie-publique.fr/>

<sup>92</sup> Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, J.O, 24 mars 2020, texte n°2.

<sup>93</sup> <https://www.vie-publique.fr>

motivées par la lutte contre la crise sanitaire et proportionnées aux risques encourus par les citoyens concernés. Le gouvernement est également autorisé à prendre des mesures provisoires, par ordonnances, pour répondre aux difficultés engendrées par le confinement. Par exemple, ces mesures peuvent avoir pour but d'aider et soutenir les trésoreries des entreprises dont l'activité a dû cesser afin de limiter les licenciements et d'éviter les faillites de celles-ci. Il y a également le report de la trêve hivernale, la prolongation de l'indemnisation des chômeurs en fin de droit<sup>94</sup>.

L'état d'urgence sanitaire permet aux autorités publiques d'obtenir de nouvelles compétences afin de gérer au mieux la crise, d'autres outils sont prévus en cas de crise comme le dispositif ORSAN qui doit répondre aux risques sanitaires auxquels le territoire français peut être exposé.

## **§ 2 : Le déploiement du dispositif ORSAN**

Le dispositif ORSAN est un outil de réponse lors de l'avènement de risques sanitaires (A), il a été déployé dans le cadre de la crise sanitaire (B).

### A- Le dispositif ORSAN comme outil de réponse lors de situations sanitaires exceptionnelles

Le dispositif ORSAN est une réponse apportée à des risques sanitaires. Il « définit les parcours de soins des patients coordonnés et adaptés aux événements »<sup>95</sup>. Il est propre à chaque région car ce sont les ARS qui sont chargées de les élaborer et de les mettre en œuvre. Leur mise en œuvre doit se faire en collaboration avec les préfets et les professionnels de santé. Ils sont rédigés en lien avec les projets régionaux de santé. Le dispositif ORSAN repose sur 3 types d'outils :

- Un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en cas de SSE. Il a pour but de prédéfinir les parcours de soins des patients et prévoir le processus de gestion des risques entre les différents acteurs pour répondre à toutes les situations à risques possibles<sup>96</sup> ;

---

<sup>94</sup> <https://www.vie-publique.fr>

<sup>95</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr>

<sup>96</sup> **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 23.

- Des mesures d'attribution et de gestion des moyens de réponse<sup>97</sup> ;
- Des orientations relatives à la formation des professionnels de santé<sup>98</sup>.

Le plan ORSAN a pour but « *d'identifier les adaptations à prévoir dans l'organisation de l'offre de soins pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau territorial.* »<sup>99</sup> Il doit permettre de planifier et coordonner la montée en puissance des acteurs de santé lors de risques sanitaires. Dans le but de prévenir au mieux ce genre de cas, des scénarios sont réalisés sur différentes formes de risques qui pourraient apparaître. Il y a donc 5 volets dans le plan ORSAN :

- L'accueil massif de blessés suite à un événement grave ;
- L'apparition de tension dans l'offre de soins suite à un grand nombre de patient en lien avec une épidémie saisonnière ou un phénomène climatique ou environnemental important ;
- La prise en charge d'un nombre inhabituel de patient en lien avec un risque épidémique, connu ou émergent ;
- La prise en charge de patient suite à un événement nucléaire, radiologique ou chimique ;
- La prise en charge médico-psychologique des victimes suite à un événement grave<sup>100</sup>.

#### B- L'application du dispositif ORSAN à la pandémie de Covid-19

Dans ce cas, c'est le volet prise en charge d'un nombre inhabituel de patient en lien avec un risque épidémique connu ou émergent également appelé ORSAN-REB qui a été mis en œuvre. Ce volet est récent car il a été ajouté au dispositif au cours de l'année 2019. Le dispositif ORSAN a été déclenché le 14 février 2020<sup>101</sup>. Sa mise en place a pour but de contenir la propagation du virus sur le territoire français afin de limiter le nombre de personnes atteintes. Puis une fois l'épidémie déclarée, il doit permettre d'en atténuer les effets avec par exemple la mise en place des mesures barrières. Il existe 3 niveaux du dispositif ORSAN-REB. Le premier niveau concerne uniquement des établissements de santé habilités Covid-19, ils vont alors

---

<sup>97</sup> **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 23.

<sup>98</sup> *Ibid.*

<sup>99</sup> *Ibid.*

<sup>100</sup> **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, p. 24.

<sup>101</sup> **COMMISSION D'ENQUETE COVID-19**, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p. 46.

former la première ligne de prise en charge des patients atteints du virus<sup>102</sup>. Le deuxième niveau implique les établissements de santé qui pourront être mobilisés dans un second temps pour améliorer les capacités d'accueil des établissements de la première ligne<sup>103</sup>. Le troisième niveau correspond à la mobilisation de tous les acteurs du système de santé pour atténuer les effets du virus sur la population.<sup>104</sup>

Dans le cadre du dispositif ORSAN-REB, les établissements de santé doivent établir une liste pour chacun de leurs services et spécialités de recours à une hospitalisation qui ne pourrait être reportée sans porter préjudice au patient<sup>105</sup>. Cette liste permet alors de connaître quels types d'hospitalisation peuvent être déprogrammés et reportés à une date ultérieure. Les établissements de santé vont également devoir fixer leurs limites capacitaires. Cela comprend leurs ressources humaines, matérielles et en équipement de protection<sup>106</sup>. A partir de ces chiffres est déterminé un seuil à partir duquel il faudra faire appel à d'autres établissements de santé pour la prise en charge de patients. La réserve sanitaire peut également être mobilisée dans le cadre du plan ORSAN.

Les mesures prises par le Gouvernement comme la mise en place de l'état d'urgence sanitaire ou le déploiement d'ORSAN-REB rentrent tout à fait dans la gestion de crise mais n'ont que peu permis de réduire les effets de celle-ci. Cela illustre la complexité de la gestion de la pandémie de Covid-19.

## **Section 2 : Une gestion de crise complexe**

Une crise est imprévisible mais il est tout de même possible de l'anticiper à travers la mise en place de certaines mesures. Le manque d'anticipation de la crise ces dernières années par les différents pouvoirs publics a eu de fortes répercussions sur le début de la gestion de celle-ci (§1). Il faut également noter l'importance de préparer la sortie de crise pour que celle-ci se déroule du mieux possible (§2).

---

<sup>102</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation au risque épidémique Covid-19*, 2020, p. 9.

<sup>103</sup> *Ibid.*

<sup>104</sup> *Ibid.*

<sup>105</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, 2020, p. 10.

<sup>106</sup> *Ibid.*

## § 1 : Les fortes répercussions du manque d'anticipation des pouvoirs publics

La mauvaise gestion du stock de masque a été une forte illustration du manque de préparation des pouvoirs publics (A) tout comme le début de la mise en œuvre de la campagne de tests de dépistages (B).

### A- Une pénurie de masques révélatrice du manque d'anticipation

La problématique du stock de masque rencontrée au début de la pandémie de Covid-19 peut être liée au déclin de l'EPRUS. En effet l'évolution du nombre de stocks stratégiques qui était sous la direction de l'EPRUS n'a fait que décroître à partir de 2010. En 2010, l'EPRUS détenait un stock de masque chirurgicaux d'une valeur de 992 millions d'euros, contre 684 millions d'euros en 2012 puis 472 millions d'euros en 2014<sup>107</sup>. Cette diminution est due à une volonté politique des différents gouvernements de faire des économies et de ne pas renouveler les stocks arrivés à péremption.

Au début du quinquennat d'Emmanuel Macron étaient recensés 714 millions de masques chirurgicaux tandis qu'au début de la crise sanitaire, l'Etat indique avoir en stock seulement 117 millions masques<sup>108</sup>. Le journal Le Monde fait état d'une destruction massive du stock de masques qui datait pour une grande partie des années 2005 - 2006. En 2017, avait été lancé un programme de contrôle de la qualité des masques achetés pendant la période 2005 - 2006. L'entreprise qui effectue ce contrôle les juge non-conforme<sup>109</sup>. C'est ainsi qu'une grande partie du stock de masques dont le gouvernement disposait a été détruite entre 2017 et 2020.

La pénurie de masques montre « *un manque complet d'anticipation lourd, avec évidemment des conséquences importantes sur la santé de nos concitoyens. La pénurie de masques et la pénurie d'autres matériels, d'ailleurs, parce que les masques font partie d'un ensemble dans la pénurie, resteront un triste symbole de l'état d'impréparation du pays, à la suite de décisions qui ont quand même été prises bien avant 2018 et bien avant 2019 - puisque les premières décisions prises sur les masques et les premiers rapports sur les masques datent de 2010* »<sup>110</sup> explique Alain Milon Sénateur, Président de la commission d'enquête du Sénat sur la gestion du Covid-19 au micro de France Culture le 14 décembre 2020. Cette pénurie de masque illustre

---

<sup>107</sup> SENAT, *Rapport d'information n°625*, « l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? », 2015, p. 35.

<sup>108</sup> LHOMME (F.), DAVET (G.), « 2017-2020 : Comment la France a continué à détruire son stock de masques après le début de l'épidémie », *Le Monde*, 2020.

<sup>109</sup> *Ibid.*

<sup>110</sup> ERNER (G.), "Pénurie de masques : que s'est-il passé ?", France Culture, 2020.

donc certaines limites de la planification sanitaire. Elle est la démonstration d'un manque de préparation. En effet, l'évaluation et le contrôle des normes des masques n'avaient pas été actualisés depuis la fin de la grippe H1N1. Alain Milon rappelle qu'entre 2011 et 2016 le stock de masque FFP2 a diminué passant de 700 millions à 700 000<sup>111</sup>. Ce stock était, à cette date, dit tactique et donc relevait des établissements de santé. Toutefois, aucun budget ne leur était alloué pour l'achat de stock de masque FFP2.

### B- Le long lancement de la campagne de prévention

L'OMS, au début de la pandémie, recommandait aux pays de tester « *tous les cas suspects de Covid-19* »<sup>112</sup>. Toutefois, en France, le choix a été, dans un premier temps, de ne tester que les cas sévères et le public considéré comme prioritaire à savoir le personnel soignant avec des symptômes ou considéré comme vulnérable au Covid-19<sup>113</sup>.

La campagne de prévention avec les tests PCR a donc mis du temps à se mettre en place. L'objectif de ces tests était de réduire la propagation du virus sur le territoire français en isolant les personnes positives au coronavirus et donc en cassant les chaînes de contamination. Cependant, très peu de tests ont été effectués début mars contrairement à un pays comme l'Allemagne. On dénombre légèrement moins de 50 000 tests réalisés entre le 16 mars et le 22 mars 2020 en France contre 350 000 en Allemagne<sup>114</sup>. Une nouvelle fois, cela illustre un manque de préparation des autorités françaises à un éventuel risque sanitaire. Ce retard s'explique par le manque d'équipement de protection individuelle<sup>115</sup>. La personne effectuant le test doit se munir d'un masque, d'une surblouse, d'une charlotte ainsi que de lunettes. Ces équipements ont vite manqué au début de l'épidémie et ont été réquisitionnés pour les établissements de santé présents en première ligne. Les matériaux de protection ne sont pas les seuls à avoir connu des problèmes de stocks. C'est aussi le cas des produits et matériaux utilisés pour réaliser les tests<sup>116</sup>. Ce sont, en partie, ces raisons qui expliquent la lenteur du début de la campagne de prévention.

---

<sup>111</sup> *Ibid.*

<sup>112</sup> HOREL (S.), « Coronavirus : pourquoi la France ne dépiste pas davantage ? », *Le Monde*, 2020.

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p.9.

<sup>115</sup> HOREL (S.), « Coronavirus : pourquoi la France ne dépiste pas davantage ? », *Le Monde*, 2020.

<sup>116</sup> HOREL (S.), « Coronavirus : pourquoi la France ne dépiste pas davantage ? », *Le Monde*, 2020.

Si le début de la gestion de la crise sanitaire a été complexe sur certains points du fait du manque d'anticipation, il est désormais important de préparer la phase de sortie de crise.

## **§ 2 : La nécessaire phase de préparation à la sortie de crise**

La stratégie de sortie de crise s'est élaborée autour des différents plans de déconfinement (A) ainsi que de la campagne de vaccination (B).

### A- Le développement de plans de déconfinement après la première vague de l'épidémie

Le 13 avril 2020, lors d'un discours télévisé le Président de la République déclare le prolongement du confinement jusqu'au 11 mai. Quelques semaines plus tard, Edouard Philippe tient un discours à l'Assemblée Nationale dans lequel il décrit le plan de déconfinement. Il énonce les 3 principes de la stratégie nationale « vivre avec le virus, agir progressivement, adapter localement »<sup>117</sup>.

Il y aura différentes phases de déconfinement. La première phase débutera le 11 mai 2020 et s'étendra jusqu'au 2 juin 2020. Cette phase doit permettre de constater que les mesures prises permettent une maîtrise de l'épidémie<sup>118</sup>. Cette première phase permet d'alléger les restrictions de déplacement avec la possibilité de se déplacer jusqu'à 100 km autour de sa résidence principale, elle réduit les restrictions de rassemblement à 10 personnes maximum, et prévoit la réouverture progressive des crèches et des écoles primaires.

La seconde phase de déconfinement débute le 2 juin 2020. C'est lors de cette phase que les cafés, restaurants, musées et autres activités touristiques et culturelles ont pu reprendre leurs activités. Il faudra toutefois respecter certaines règles comme le port du masque ou la restriction du nombre de personnes dans ces établissements. Les collèges et lycées vont également rouvrir leurs portes<sup>119</sup>. Concernant les déplacements, la limite kilométrique est levée, il est donc possible de circuler à plus de 100 km sur le territoire<sup>120</sup>.

---

<sup>117</sup> <https://www.gouvernement.fr>

<sup>118</sup> *Ibid.*

<sup>119</sup> <https://www.vie-publique.fr>

<sup>120</sup> <https://www.herault.gouv.fr>

## B- L'organisation de la campagne de vaccination

Le 30 novembre 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS), rend un avis sur la stratégie de priorisation à adopter dans le cadre de la campagne de vaccination. La HAS propose de débiter la campagne de vaccination par les personnes « *les plus à risque de formes grave et les plus exposées au virus* »<sup>121</sup>. Cela correspond au public pris en charge par le secteur médico-social et aux professionnels travaillant dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux. Ce n'est que le 27 décembre 2020 que débitera la campagne de vaccination française. Le 30 décembre, 138 personnes avaient été vaccinées contre 78 000 personnes en Allemagne à la même date<sup>122</sup>. Alain Fischer, le président du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale française explique que la lenteur du début de la campagne « *donne le temps de faire les choses bien en termes de sécurité, d'efficacité, d'organisation et d'éthique avec le consentement* »<sup>123</sup>.

Si dans un premier temps, la France a eu du retard sur la vaccination de sa population par rapport à ses voisins européens, celui-ci étant lié au délai d'approvisionnement des doses de vaccins. Cependant, la campagne de vaccination s'est accélérée et le 11 août 2022, on dénombrait près de 90% des français ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le Covid-19<sup>124</sup>.

L'organisation du système de santé a été perturbée par la pandémie de Coronavirus. Les acteurs publics en charge de l'organisation ont donc dû mettre en place les stratégies préétablies pour ce genre de situations sanitaires et développer de nouvelles solutions de lutte contre la pandémie. Des limites sont apparues concernant l'organisation du système de santé en cas de crise sanitaire notamment à travers le manque d'anticipation et les temps de mise en route des campagnes de dépistage et de vaccination qui ont été jugés trop longs. L'ensemble des acteurs de santé ont été sollicités et c'est également le cas des différents secteurs du système de santé. Le secteur le plus impacté par la pandémie est l'hospitalier car c'est lui qui a été responsable de la prise en charge des patients atteints du coronavirus et que, de ce fait, son fonctionnement a été bouleversé afin de l'adapter à la situation sanitaire actuelle. Toutefois, le secteur des soins

---

<sup>121</sup> <https://www.has-sante.fr>

<sup>122</sup> **HECKETSWEILER (C.), HERZBERG (N.), ROUCAUTE (D.)**, « Rythme, approvisionnement, gestion des priorités... Les questions que soulève la stratégie vaccinale française », *Le Monde*, 2020

<sup>123</sup> *Ibid.*

<sup>124</sup> « Vaccin contre le Covid : deux mois après le début de la campagne, où en est la France ? », *Huffington Post*, 2020.

de ville notamment lors de la campagne de vaccination et celui du médico-social ont également été impactés par la crise sanitaire et ont participé à la lutte contre le virus.

## **Titre II : De la lutte contre la pandémie de Covid-19 sur le terrain vers un bilan de la gestion de crise**

Les établissements publics de santé ont été grandement impactés par la crise sanitaire. Ils ont connu un afflux de patients pendant plusieurs semaines et ont dû prendre des mesures dérogatoires concernant leurs effectifs de personnels et leurs capacités d'accueil. Ils ont pu compter sur les autres secteurs comme le secteur privé de la santé et le médico-social avec lesquels des collaborations ont été mises en place (Chapitre 1). De plus, les difficultés rencontrées et les solutions développées tout au long de cette crise sanitaire sont importantes car elles vont permettre d'améliorer les dispositifs de gestion de crise qui existent à la suite d'évaluations de la gestion de crise (Chapitre 2).

### **Chapitre I : La gestion de la crise au sein des établissements de santé**

La crise sanitaire a grandement impacté les établissements publics de santé qui ont alors déclenché leur plan de gestion de crise appelé plan blanc (Section 1). Les autres secteurs de la santé comme les établissements privés et les établissements sociaux et médico-sociaux se sont également mobilisés pour répondre à la pandémie (Section 2).

#### **Section 1 : L'importance du plan blanc dans la gestion contre l'épidémie de Covid-19 par les établissements publics de santé**

Le plan blanc est un des principaux outils à disposition des établissements publics de santé en cas de mise en tension de l'organisation hospitalière (§1), il a été largement utilisé dans le cadre de la pandémie de Covid-19 (§2).

##### **§ 1 : Le plan blanc lors de sa conception**

Le plan blanc est un outil nécessaire aux établissements publics de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (A), il présente de nombreux intérêts (B).

##### **A- Le plan blanc outil nécessaire de gestion de crise pour les établissements de santé**

Il a été créé suite à des SSE telles que les attentats parisiens des années 80 ou encore l'explosion de l'usine AZF en 2001. Au cours de ces événements des insuffisances ont été

constatées dans la prise en charge des soins. L'objectif était de développer un dispositif d'anticipation et d'action pour ce genre de situation. Chaque établissement de santé doit alors élaborer un plan blanc pour se préparer à des situations exceptionnelles où un flux important de victimes irait à l'hôpital sur une même période et pour les mêmes raisons<sup>125</sup>. La circulaire du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé précise que : « *Tout établissement peut être victime d'une catastrophe ou d'un dysfonctionnement interne porteur de graves conséquences sur son activité. Dans ces circonstances, tout établissement doit assurer la protection de son personnel. Ces dispositions sont prévues dans ce cadre. L'élaboration du plan blanc et sa mise en œuvre impliquent l'ensemble des professionnels de l'établissement* »<sup>126</sup>.

Le plan blanc va mettre en place une coordination entre les services d'urgences de l'hôpital ainsi que le SAMU permettant ainsi une meilleure prise en charge et orientation des patients<sup>127</sup>. Son déclenchement va impliquer l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement, chacun d'entre eux pouvant être rappelé sur leurs vacances et jours de repos, cela va également impliquer un bouleversement du planning et des horaires de travail<sup>128</sup>. Il peut être déclenché par le directeur de l'établissement de santé qui devra ensuite en informer le préfet de département<sup>129</sup>. Si la situation est telle que le système de santé s'apprête à être débordé ou l'est déjà, alors le plan blanc élargi peut être déclenché. A la différence du plan blanc c'est le préfet de département qui va le déclencher<sup>130</sup>. Cela peut également être le Premier Ministre si la nature de la situation exceptionnelle ou l'ampleur de l'afflux de personnes dans les hôpitaux le justifient. Pour être déclenché, le plan blanc doit être approuvé par le directeur de l'établissement de santé ou le cadre administratif de garde après une demande du SAMU ou du préfet. Le déclenchement du plan blanc va entraîner une vérification de la disponibilité des lits d'hospitalisation et une possible réouvertures de lits dans des services complets. Une adaptation des stocks, de la logistique, des équipements et des locaux de l'établissement va également avoir lieu pour permettre un accueil d'un maximum de patient<sup>131</sup>.

---

<sup>125</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O 11 août 2004, texte n°4.

<sup>126</sup> Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

<sup>127</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr>

<sup>128</sup> *Ibid.*

<sup>129</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O 11 août 2004, texte n°4.

<sup>130</sup> **RAIMONDEAU (J.)**, « Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles » *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p. 395 – 418.

<sup>131</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr>

## B- L'intérêt de cette mesure

L'intérêt de cette mesure était d'enclencher une mise en alerte des hôpitaux pour qu'ils puissent prévoir et s'organiser face à un afflux important de victimes<sup>132</sup>. Il est intéressant de regarder les critères de déclenchement du plan blanc. Généralement, celui-ci est déclenché en présence d'une situation de tension qui se lie avec une forte activité dans les hôpitaux et une capacité d'accueil restreinte. Il existe différents indicateurs comme l'augmentation de 20% du nombre de passages aux urgences pendant 3 jours consécutifs. Il faut que 10% des personnes venant aux urgences se retrouvent sans solution d'hospitalisation pendant plus de 8 heures ou encore qu'une situation similaire ait été observé dans le département<sup>133</sup>.

Le plan blanc permet également d'organiser une continuité du service. C'est l'arrêt Dehaene du Conseil d'Etat du 7 juillet 1950 qui impose une continuité des services publics<sup>134</sup>, ici c'est le service public hospitalier qui est concerné. Les hôpitaux doivent alors tout mettre en œuvre pour faire perdurer la qualité des soins et la prise en charge des patients. Le déclenchement du plan blanc permet cette continuité car il peut justifier une modification des plannings et des horaires de travail. En effet, le plan blanc permet de rappeler une partie du personnel soignant d'un hôpital notamment ceux en congé ou repos à travers l'assignation de service du personnel soignant. Pour que l'assignation du personnel soignant soit mise en place, il faut que le directeur de l'établissement de santé assigne uniquement les agents indispensables pour assurer la continuité du service<sup>135</sup> et qu'il démontre qu'il n'a pas d'autres moyens pour faire vivre le service<sup>136</sup>. Pour permettre la continuité du service, le plan blanc prévoit également une augmentation du nombre d'heure de travail celle-ci pouvant passer de 9 à 12h maximum pour les équipes de jour et de 10 à 12h maximum pour les équipes de nuit<sup>137</sup>. Cette augmentation des heures travaillées permet de réduire le nombre d'équipes travaillant à l'hôpital et donc de limiter les contacts entre les différents personnels et la propagation du virus.

---

<sup>132</sup> **ZOLLA (E.)**, *La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Dunod, 2017, 528 p.

<sup>133</sup> **MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, 2006, p. 130.

<sup>134</sup> Conseil d'Etat, 7 juillet 1950, Dehaene, n° 1645, *Lebon*.

<sup>135</sup> Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, n° 92162, *Lebon*.

<sup>136</sup> **MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Coronavirus foire aux questions pour les agents hospitaliers sur les sujets RH récurrents*, 2020.

<sup>137</sup> Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le plan blanc a été largement sollicité lors de la pandémie car dès le 13 mars 2020, il a été déclenché sur l'intégralité du territoire français.

## **§ 2 : Le plan blanc en temps de crise sanitaire**

Le plan blanc a été déployé par l'ensemble des hôpitaux comme réponse à la crise sanitaire (A). Cet outil reste, toutefois, perfectible pour les prochaines crises (B).

### A- La mise en place du plan blanc au cours de la crise sanitaire

Dans le cadre de la crise sanitaire le déclenchement du plan blanc a été important car il a permis de répondre à la situation en mobilisant les personnels de santé tout comme les moyens matériels et en adaptant l'activité médicale de chaque établissement.

Il est intéressant de noter que l'annonce des déclenchements des plans blancs sur l'ensemble du territoire métropolitain a été effectué par le Ministre de la santé le 13 mars 2020<sup>138</sup>. Cela témoigne de l'ampleur de l'épidémie de Covid-19 et notamment de sa difficile maîtrise. En effet, quand le plan blanc a été déclenché par le passé c'était pour permettre une anticipation et une bonne gestion d'un nombre important de patients mais principalement pour des causes déjà connues comme la grippe ou encore la canicule. Ces pathologies étaient alors plus ordinaires et donc moins difficiles à gérer et à soigner.

La nouveauté avec la crise du coronavirus, c'est la durée de celle-ci car même en période de confinement de nombreux patients ont continué d'affluer dans les hôpitaux avec des pathologies importantes. De plus, les durées d'hospitalisation étaient différentes que lors des précédentes SSE. En 2020, la durée moyenne de séjour d'une personne positive au Covid-19 en service Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) est de 10,5 jours contre 5,5 jours en 2019<sup>139</sup>. Pour le service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), le constat est le même avec une durée de séjour passant de 34,7 jours en 2019 à 39,4 jours en 2020<sup>140</sup>. Certains services ont été plus sollicités notamment celui de réanimation dont les équipements et les lits ont vite manqué. Pour répondre à ce problème le Ministre de la Santé a, dès le 16 mars, demandé à travers un guide de préparation à la phase épidémique de Covid-19 transmis aux établissements à ce que soit

---

<sup>138</sup> <https://www.vie-publique.fr>

<sup>139</sup> DREES, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.5.

<sup>140</sup> *Ibid.*

effectuée : « *la déprogrammation de toute activité chirurgicale ou médicale non urgente, et sans préjudice de perte de chance pour les patients* »<sup>141</sup>. Cette mesure permettait de limiter les contaminations au sein même des hôpitaux et de libérer des services et des lits pour faire face à l'afflux de personnes atteintes de la Covid-19.

Ce sont les cellules de crise qui décident des mesures à prendre ainsi que des ajustements à effectuer durant la période de déclenchement du plan blanc. Elles vont assurer le recensement du personnel de santé, décider d'un possible renforcement du personnel de santé et veiller à une adaptation des plannings dans le but de ralentir la circulation du virus dans et en dehors de l'hôpital.

#### B- Un dispositif perfectible pour les situations sanitaires exceptionnelles à venir

Le plan blanc est réétudié chaque année par les établissements de santé et les cellules de crise afin de l'adapter aux évolutions du système de santé et de la société. Pourtant, cela n'a pas permis d'avoir une meilleure gestion des stocks de matériel ou encore de montrer une insuffisance de lit à disposition en cas de crise sanitaire comme cela a été constaté lors du début de la pandémie.

Au début de la crise, si le manque de matériel notamment de lits et de respirateurs a été pointé du doigt, il a également été constaté un manque de personnel. Pour pallier à ce manque de personnel de nouvelles mesures pourraient être prises comme le fait de transmettre les listes de personnels aux établissements aux alentours ou de faire une liste commune du personnel de santé disponible pour un rayon géographique déterminé. Cela permettrait de contacter des personnes ne travaillant pas dans ces établissements habituellement ou encore des personnes retraitées ou exerçant des professions libérales. Il est également possible de s'intéresser aux personnels de santé ayant décidé de se mettre en disponibilité. Ils pourraient se voir proposer un contrat à durée déterminée dans un établissement de santé dans le cadre de la crise sanitaire actuelle.

La place des étudiants en santé peut également être réétudiée. Les étudiants dont les stages ont été suspendus ou raccourcis pourraient être redéployés dans des services qui n'ont pas fermé et en manque de personnel. L'idée est que le plus de personnes possibles diplômées ou dans l'attente de passer leur diplôme se mobilisent pour permettre aux établissements de santé de

---

<sup>141</sup> MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 11.

réaliser des plannings et d'organiser une offre de soins la moins perturbée possible. Les étudiants en médecine de 2ème ou 3ème année pourraient alors être appelé pas nécessairement en première ligne mais il serait peut-être possible de les intégrer dans des services en manque de personnel ou encore au centre d'appel du SAMU pour aider à la gestion des appels.

La situation sanitaire actuelle permettra peut-être une meilleure écoute des personnels hospitaliers concernant leurs conditions et leur moyen de travail et, à l'avenir, une meilleure adaptation pour les crises sanitaires futures.

Le secteur hospitalier n'est pas le seul à avoir été sollicité au cours de la crise sanitaire, les établissements privés de santé ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux ont également participé à la lutte contre l'épidémie.

## **Section 2 : La mobilisation de tous les secteurs lors de la pandémie**

Le Ministère des Solidarités et de la Santé écrit le 16 mars 2020 que « *tous les établissements de santé publics, privés à but lucratif et non lucratif doivent pouvoir être mobilisés* »<sup>142</sup>. La mobilisation des établissements privés permettrait de répartir au mieux les patients dans les différents établissements de santé afin d'assurer une prise en charge et un parcours de soins cohérents et de qualité (§1). Le secteur privé de la santé n'est pas le seul à avoir participé à la lutte contre l'épidémie, le secteur médico-social a également été touché et a dû prendre des mesures en conséquence (§2).

### **§ 1 : La place du secteur privé dans la lutte contre le Covid-19**

Si les établissements publics de santé ont été en première ligne pendant la pandémie. Les établissements de santé privé à but non lucratif (A) et le secteur de la santé privé à but lucratif ont également eut un rôle (B).

---

<sup>142</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 6.

#### A- L'apport du secteur privé à but non lucratif

La Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse, avec ses partenaires, représente un réseau de 44 établissements privés à but non lucratif. La fondation ainsi que ses établissements ont participé activement à la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Dès les premières recommandations des autorités de santé, chaque établissement de la fondation se dote d'une cellule de crise afin de surveiller et suivre les cas suspects présents. Ces cellules se réunissent, au sein de leur établissement respectif, chaque semaine puis chaque jour puis plusieurs fois par jour au point fort de la pandémie. Leur mission est de faire le point sur l'épidémie dans l'établissement, notamment le nombre de cas, les ressources humaines et la gestion des flux de personnes et de matériels au sein de l'établissement<sup>143</sup>. Au cours d'une réunion portant sur la gestion de l'épidémie, organisée par l'ARS, la Fondation se propose en soutien des établissements publics de santé. Elle apportera, suite à cette réunion, un soutien humain et matériel.

A partir du 14 mars, des infirmiers anesthésistes ainsi que des médecins anesthésiste réanimateurs vont apporter leur aide aux établissements du territoire<sup>144</sup>. Dans les réunions qui suivent, il est convenu de créer des *unités de cohorting* au sein des établissements de la fondation. Une unité de cohorting est « *le regroupement de patients infectés par le même agent infectieux afin de confiner leurs soins dans une seule aire* »<sup>145</sup>. Ces unités servent à isoler les patients positifs au Covid-19 tout en protégeant au mieux les autres patients ainsi que les professionnels de santé ne travaillant pas dans l'unité d'une éventuelle contamination. Le lien entre le secteur public et le secteur privé est alors primordial car les unités de cohorting ne permettent pas la prise en charge de patient en réanimation lourde. Alors seuls des patients stabilisés peuvent intégrer les unités et en cas de dégradation de l'état du patient, il sera transféré dans un établissement public de santé. Concernant les ressources humaines, tout comme pour les soignants travaillant dans les établissements publics de santé, les cycles de travail sont augmentés à 12 heures<sup>146</sup>.

---

<sup>143</sup> CALABRO (D.), LOESCH (E.), « Chapitre 4. La mobilisation des établissements du secteur privé non lucratif face à la Covid-19 : l'exemple de la Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse », *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience*, EMS Editions, 2020, p 58-77.

<sup>144</sup> *Ibid.*

<sup>145</sup> *Ibid.*

<sup>146</sup> *Ibid.*

## B- La participation des établissements privés à but lucratif à la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

### 1) Les cliniques

Lors de la première vague de la pandémie, il y a eu une collaboration entre le secteur privé et le secteur public de la santé qui s'est mise en place. Les hôpitaux publics ont été mis en première ligne dans la gestion des patients Covid-19 tandis que les établissements privés de santé formaient en partie la troisième ligne. Toutefois, dans certaines régions comme la Nouvelle Aquitaine, les établissements privés ont pris en charge de nombreux patients positifs au Covid-19. C'est le cas de la polyclinique de Bordeaux nord dont le taux de séjour dû au Covid-19 était de 30%<sup>147</sup>. Pour le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux ce taux de séjour était de 36% mais pour des centres hospitaliers moins importants comme celui de Poitiers ou de Saintes le pourcentage de séjour lié au Covid-19 descend sous la barre des 20%<sup>148</sup>. Dans une interview accordée fin mars 2020 à France Info, le président de la Fédération de l'hospitalisation privée déclarait que pour les régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) 30% des patients en réanimation se trouvaient dans des établissements privés<sup>149</sup>.

### 2) Les laboratoires privés

Le secteur privé de la santé n'a pas uniquement participé à la prise en charge de patient. Il s'est également illustré dans la campagne de prévention. En effet, les laboratoires privés ont également participé à la campagne de test PCR. Si dans un premier temps ils ont été oubliés par les autorités publiques et n'ont pas pu prodiguer les prélèvements<sup>150</sup>. Il existe près de 500 laboratoires d'analyses médicales privés, ils ont ensuite pu effectuer des tests. Suite aux difficultés d'approvisionnement des différents matériaux pour réaliser les tests le gouvernement a mis en place une « Cellule test » qui rassemblait l'ensemble des acteurs qu'ils soient privés ou publics<sup>151</sup>. Le nombre d'analyse et de prélèvement a augmenté de 37,4% en 2020 par rapport

---

<sup>147</sup> **COURS DES COMPTES**, « Les établissements de santé face à la première vague de Covid-19 : exemples néo-aquitains et franc-comtois », *Rapport public annuel tome 1*, 2021 p. 18.

<sup>148</sup> *Ibid.*

<sup>149</sup> « Covid-19 "Nous allons pousser les murs" en réanimation, indiquent les cliniques privées, qui pourraient ouvrir 7 000 lits », *France Info*, 2020.

<sup>150</sup> **HOREL (S.)**, « Coronavirus : pourquoi la France ne dépiste pas davantage ? », *Le Monde*, 2020.

<sup>151</sup> **FOUCART (S.), HOREL (S.)**, « Dépistage du coronavirus : les raisons du fiasco français sur les tests », *Le Monde*, 2020.

à 2019<sup>152</sup>. Cette forte augmentation s'explique en grande partie par la mise en œuvre d'une campagne de tests de dépistage qui étaient analysés, pour beaucoup, au sein de ces laboratoires.

Le secteur privé de la santé a participé à la lutte contre l'épidémie de Covid-19, c'est également le cas du secteur médico-social qui a été durement impacté par la pandémie.

## **§ 2 : La vive réaction du secteur médico-social touché par la pandémie**

Le secteur du médico-social a participé à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 en utilisant d'une part des outils de gestion habituels comme le plan bleu (A), puis en développant des outils de gestion de crise (B).

### **A- Le développement du plan bleu**

Le plan bleu est un « *plan de gestion de crise permettant à l'établissement hébergeant des personnes âgées ou handicapées, la mise en œuvre rapide et cohérente de moyens indispensables (et une organisation opérationnelle) pour faire face efficacement à une crise quelle que soit sa nature* »<sup>153</sup>. Il est prévu, pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les établissements accueillant des personnes en situation de handicap depuis 2007<sup>154</sup>.

Le plan bleu a été créé pour répondre à des risques climatiques notamment la canicule. Il est mis en place par l'établissement ou à la demande du préfet de département. Chaque établissement crée son plan bleu, il est écrit sous la responsabilité du directeur de l'établissement et doit être présenté et à disposition de l'ARS<sup>155</sup>. Il faut retrouver dans le plan bleu : un référent, des conventions prises avec les établissements de santé proches, une liste des actions à mener par l'établissement de santé en cas de déclenchement d'un plan d'urgence<sup>156</sup>. Le plan bleu contient également les procédures et les conduites à tenir en fonction des risques<sup>157</sup>.

---

<sup>152</sup> DRESS, les dépenses de santé en 2020, 2021, p. 65.

<sup>153</sup> ZOLLA (E.), « Chapitre 11. Du plan Vigipirate au plan Orsec ... quelques plans relatifs à la sécurité », *La gestion des risques dans les établissements et services médico-sociaux*, Dunod, 2017, p. 375 – 386.

<sup>154</sup> AGENCE REGIONALE DE SANTE NORD - PAS-DE-CALAIS, *Guide d'élaboration du plan bleu à destination des établissements médico-sociaux*, 2014, p. 9.

<sup>155</sup> ZOLLA (E.), « Chapitre 11. Du plan Vigipirate au plan Orsec ... quelques plans relatifs à la sécurité », *La gestion des risques dans les établissements et services médico-sociaux*, Dunod, 2017, p. 375 – 386.

<sup>156</sup> *Ibid.*

<sup>157</sup> *Ibid.*

Il y a parmi les actions à mener la création d'une cellule de crise qui doit estimer la situation, évaluer les moyens médicaux, matériels et humains dont dispose l'établissement et évaluer ses besoins pour faire face à la situation de crise ainsi que définir des actions pour répondre à la crise<sup>158</sup>.

Les principaux objectifs du plan bleu sont de prévenir les éventuelles conséquences d'un risque sanitaire, d'améliorer la réactivité des établissements une fois le plan d'urgence déclenché ainsi que d'étudier le dispositif afin d'adapter de manière efficiente l'organisation de l'établissement et de préserver la santé et le bien être des résidents pendant la crise<sup>159</sup>.

Le 16 mars 2020, le ministère de la santé et des solidarités, à travers un guide méthodologique rappelle que tous les établissements sociaux et médico-sociaux qui disposent d'un plan bleu doivent l'activer<sup>160</sup>.

Le plan bleu ne sera pas la seule mesure de gestion de crise qui sera prise pour les établissements médicaux sociaux. Ils ont, en effet, développé de nombreux outils de gestion de crise.

#### B- Une gestion de crise nouvelle pour les établissements sociaux et médico-sociaux

La gestion de la crise a débuté par l'instauration des mesures barrières qui ont été appliquées de manière stricte allant jusqu'au confinement dans la chambre pour les résidents dans certains EHPAD. Les visites aux résidents étaient également interdites, sauf dérogation de la direction en accord avec l'ARS et la préfecture. Les activités collectives ainsi que les sorties prévues par les établissements sont annulées<sup>161</sup>.

Au sein de chaque établissement devait être établie une partie dédiée à la prise en charge du Covid-19 en cas de cas positifs au sein de la structure. Une coopération renforcée entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé d'un même secteur a été mise en place<sup>162</sup>. Cela permettait d'avoir un suivi du parcours de la maladie et donc de décider de façon

---

<sup>158</sup>ZOLLA (E.), « Chapitre 11. Du plan Vigipirate au plan Orsec ... quelques plans relatifs à la sécurité », *La gestion des risques dans les établissements et services médico-sociaux*, Dunod, 2017, p. 375 – 386..

<sup>159</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr>

<sup>160</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 34.

<sup>161</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 12.

<sup>162</sup> *Ibid*

efficace d'une hospitalisation d'un patient ou d'un retour en établissement médico-social. Le but étant, toujours, de ne pas surcharger les hôpitaux et donc que la prise en charge d'un patient atteint d'une forme non grave se fasse au sein des structures médico-sociales.

Le rôle du médecin coordinateur est également renforcé dans les EHPAD. Cela signifie qu'il a désormais une possibilité de faire des prescriptions lorsqu'il y a une urgence ou en cas de survenue de risques exceptionnels<sup>163</sup>. Il ne faut plus systématiquement passer par le médecin traitant du résident de l'EHPAD. Le médecin coordinateur peut donc effectuer la prise en charge des résidents atteints de forme non-grave au sein de l'EHPAD. C'est également lui qui va faire le lien entre la structure et l'établissement hospitalier, il va orienter les patients atteints de cas grave vers les établissements de santé et assurer leur retour au sein de la structure<sup>164</sup>.

Un référent Covid-19 a été désigné dans les établissements médico-sociaux. Il était en charge de veiller au respect et au suivi du renforcement des mesures d'hygiène et d'effectuer le lien entre l'établissement et l'ARS. C'est également ce référent qui fera les liens avec les familles en tant que personne contact<sup>165</sup>.

Une fois la gestion de crise au sein des différents établissements étudiée, il semble important de se tourner vers l'avenir et de commencer à évaluer les outils et solutions qui ont été développés et créés lors de la pandémie. Cette évaluation va permettre de déterminer les outils qui ont peu ou pas permis de contrôler la crise ainsi que ceux qui se sont développés au cours de celle-ci. Cette évaluation permettra, pour les crises sanitaires à venir, de retravailler les stratégies de gestion de crise du système de santé afin de le préparer au mieux et de ne pas connaître les mêmes difficultés.

---

<sup>163</sup> MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 12.

<sup>164</sup> *Ibid.*

<sup>165</sup> *Ibid.*

## **Chapitre II : Une évaluation de la gestion de crise nécessaire**

L'évaluation de la gestion de crise est primordiale pour le fonctionnement du système de santé. Elle va permettre de regarder si les plans et outils qui avaient été préparés ont été utilisés lors de la crise et s'ils ont été efficaces. Elle va également permettre de découvrir ce qui a été développé lors de la crise. La gestion de la pandémie de Covid-19 a été fluctuante : si des solutions originales ont été mises en place, des limites dans la gestion de crise ont toutefois été relevées (Section 1). Ainsi, les premières conclusions rendues par la Commission d'enquête Covid-19 du Sénat vont être essentielles (Section 2).

### **Section 1 : Une gestion de crise fluctuante : entre originalités et limites**

La gestion de la pandémie de coronavirus a été marquée par la mise en place de solutions originales (§1), toutefois, la gestion de crise a également rencontré des limites (§2).

#### **§ 1 : Une gestion originale de la crise Covid**

Au début de la pandémie de Covid-19, pour y faire face, de nouvelles stratégies de gestion de crise ont été développées (A), des procédures originales ont également été mises en œuvre durant la pandémie comme les transferts de patient vers d'autres régions (B).

##### **A- La création de nouvelles procédures de gestion de crise**

Le 16 mars 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé publie un guide méthodologique dans le cadre de la gestion d'épidémie. Ce guide est un nouvel outil de gestion de crise. Le souhait, à travers celui-ci, est d'engager une réponse commune et coordonnée des différents acteurs face à la pandémie<sup>166</sup>. Ce guide fait état de la stratégie d'atténuation décidée par le Gouvernement concernant la circulation du virus et la prise en charge des patients atteints par celui-ci. Le guide précise que la médecine de ville sera en charge des patients atteints d'une forme modérée et que les patients atteints d'une forme sévère ou grave seront pris en charge par les établissements de santé<sup>167</sup>. Il y a également une volonté de préserver, les personnes dites « fragiles » au sein des établissements médico-sociaux dans lesquels elles vivent. Cette

---

<sup>166</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 4.

<sup>167</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 6.

répartition devait permettre de ne pas saturer les établissements de santé et de préserver une qualité de prise en charge au sein des établissements. Tous les secteurs du soin sont concernés par la pandémie, les soins de ville sont en première ligne, responsables de la prise en charge des patients qui ne nécessitent pas une hospitalisation ce qui correspond, en mars 2020, à 80% des cas<sup>168</sup>.

Les ARS ont été chargées de mettre en place avec les établissements de santé présents sur leur territoire une stratégie régionale. Cette stratégie reposait sur le fait, pour prévenir le moment où un grand nombre de patients seront atteints d'une forme grave, d'augmenter de façon significative la disponibilité et la capacité pour les soins critiques et ceux de réanimation de la région<sup>169</sup>. Les établissements devaient donc dresser une liste de leurs capacités en lits de réanimation, soins intensifs, pneumologie et surveillance continue. Une liste des équipements biomédicaux qu'ils ont en possession devait également être effectuée par les établissements. L'Etat demandait également à ce qu'un recensement des personnels médicaux et soignants compétents pour travailler en service de réanimation soit fait<sup>170</sup>. Ce recensement permettait, dans l'hypothèse où le personnel travaillant en réanimation serait réduit du fait de contamination au Covid-19, de pouvoir les remplacer et donc ne pas réduire la capacité du service ou effectuer une fermeture temporaire. L'objectif de cette stratégie était de préparer, au mieux, le pic de l'épidémie.

#### B- La mise en place de transferts de patients pour ne pas atteindre les limites des capacités d'accueil

Au cours de la première phase de la pandémie de Covid-19, des transferts de patients entre établissements de santé ont été réalisés. L'objectif était d'éviter la saturation des établissements de santé sur les territoires les plus touchés et donc augmenter leur capacité d'accueil. Les transferts étaient effectués entre des services de soins critiques. Entre le 1<sup>er</sup> mars 2020 et le 21 juin 2020, 2228 transferts inter hospitaliers de patients ayant contracté le Covid-19 ont été dénombrés<sup>171</sup>. Les ARS des territoires concernés ainsi que le Ministère des Solidarités et de la Santé ont supervisé ces transferts. Ces transferts ont été réalisés grâce à la collaboration des

---

<sup>168</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 8.

<sup>169</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, p. 11.

<sup>170</sup> *Ibid.*

<sup>171</sup> DREES, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.8.

équipes administratives et des équipes soignantes des différents établissements ainsi que les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et le Service de Santé des Armées (SSA) qui a permis le transport des malades en mettant à disposition ses véhicules de transport sanitaire.

Concernant les transports, 72% ont été organisés en intrarégional<sup>172</sup>. Pendant la première vague, 39% de ces transports ont été effectués vers des établissements situés à moins de 10 km<sup>173</sup>. Les transferts interrégionaux ont été plus conséquents car 76% d'entre eux ont été réalisés à plus de 200 km de l'établissement d'origine<sup>174</sup>. Ces transferts ont été effectués vers des régions moins touchées par la première vague de l'épidémie comme la Nouvelle Aquitaine ou la région PACA.

Si le développement de nouvelles procédures a été salué dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. Certains points ont également été relevés comme perfectibles. En effet, la gestion de la crise a connu des insuffisances.

## **§ 2 : Les limites rencontrées lors de la gestion de la pandémie**

La gestion de la pandémie est restée centralisée, certains secteurs ont été mis de côté dans la gestion de la crise comme le secteur privé de la santé (A) ou les collectivités territoriales (B).

### **A- La sous-utilisation des moyens du secteur privé**

Alain Fouché, Sénateur de la Vienne, dans une question écrite publiée par le Journal Officiel du Sénat le 9 avril 2020 évoque la « sous-utilisation des cliniques et hôpitaux privés dans la gestion de la crise sanitaire »<sup>175</sup>. Dans sa question il énonce que « *Ces établissements ont déprogrammé plus de 100 000 opérations non urgentes et augmenté leurs capacités en lits afin de pouvoir accueillir des patients atteints du Covid-19. Ils ont également libéré 4 000 places en réanimation et soins critiques. Or, [...] ils sont encore, loin d'être utilisés à leur pleine capacité* »<sup>176</sup>. Le passage au stade 3 du plan de lutte contre l'épidémie de Covid-19 intègre 500 des cliniques et 300 des établissements de soins privés dans la lutte contre le Covid. L'objectif

---

<sup>172</sup> DREES, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.8.

<sup>173</sup> *Ibid.*

<sup>174</sup> *Ibid.*

<sup>175</sup> <http://www.senat.fr>

<sup>176</sup> *Ibid.*

est alors de désengorger les hôpitaux publics. Toutefois, même une fois intégrés au plan de lutte contre le Coronavirus, ce sont des établissements publics de santé, parfois sur des territoires très éloignés, qui ont été privilégiés lors de transfert de patients.

Dans le cadre de la gestion de crise, ce sont toujours les hôpitaux publics qui sont en première ligne et les cliniques en seconde ligne rappelle le président de la Fédération Hospitalière de France<sup>177</sup>. Cela explique pourquoi ce sont d'autres hôpitaux publics qui se sont vu transférer des patients durant le premier confinement. De plus, la répartition des patients se fait habituellement davantage vers le public que vers le privé ce qui a persisté durant la pandémie Covid-19 malgré la surcharge du secteur public. Le secteur public a pris en charge 75% des séjours Covid-19, le secteur privé à but lucratif 14% et le secteur privé à but non lucratif 11%<sup>178</sup>.

Le fait que les secteurs de la santé soient très cloisonnés a sûrement eu un rôle dans les difficultés de coopération entre le secteur privé et le secteur public. Les évaluations qui seront menées sur la gestion de la crise permettront d'en tirer des enseignements pour les crises futures et peut être de travailler plus en détail le soutien du privé en cas de crise. A l'avenir, en période de crise sanitaire, la répartition des patients sera peut-être plus importante que les 25% confiés au secteur privé ce qui permettra de décharger le secteur public.

#### B- Les collectivités territoriales peu utilisées dans la lutte contre la pandémie

Le secteur privé de la santé n'est pas le seul à avoir été peu sollicité dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. C'est également le cas des collectivités territoriales. En France, « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat* <sup>179</sup> ». Cette responsabilité se lie avec la volonté de l'Etat de garantir à chaque citoyen un égal accès à la santé où qu'il soit sur le territoire. Il est donc logique que la gestion d'une crise sanitaire soit menée par l'Etat qui dispose de plus de moyens financiers, humains et matériels. Une stratégie centralisée permet, par exemple, d'avoir une cohérence dans les actions de soins et de prévention sur l'ensemble du territoire. Toutefois, ce n'est pas la collectivité la plus proche du terrain, l'Etat n'est donc pas au fait de toutes les spécificités locales.

Les collectivités territoriales comme les départements et les communes, en revanche, connaissent les réalités locales présentes sur leur territoire. Cependant, elles disposent de peu

---

<sup>177</sup> DREES, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.4.

<sup>178</sup> *Ibid.*

<sup>179</sup> CSP., art.L.1411-1.

de compétences dans le champ de la santé et de peu de liberté dans le cadre de gestion de crise sanitaire. De plus, elles ont été peu associées aux décisions prises pendant la pandémie. Parfois, certaines d'entre elles n'étaient pas informées des connaissances dont disposait l'Etat dans la gestion de crise. Cela a pu freiner l'efficacité des actions publiques qui étaient alors menées par l'Etat. Alors qu'elle est interrogée par le Sénat, Anne Hidalgo, la maire de Paris, rappelle l'importance de « *la nécessité de faire coopérer deux échelles de décision et deux impératifs [...] : d'une part, un commandement centralisé à l'échelle de l'État pour la gestion d'une crise sanitaire majeure à dimension nationale et internationale, et, d'autre part, la nécessité de donner aux collectivités territoriales, plus opérationnelles et plus au fait des réalités locales, la liberté d'agir, de prendre des initiatives, d'aller au-delà des contraintes administratives pour trouver des solutions concrètes* »<sup>180</sup>. Cette participation pourrait se traduire par l'adaptation des mesures prises par l'Etat par les collectivités locales plus proches des territoires.

Il était nécessaire de relever les points originaux de la gestion de crise ainsi que les carences rencontrées dans cette gestion car ils seront importants dans l'évaluation qui sera faite de la gestion de la crise. C'est ce que montrent les premières conclusions de la Commission d'enquête Covid-19 du Sénat.

## **Section 2 : Les importantes premières conclusions de la Commission d'enquête Covid-19 du Sénat**

Le retour d'expérience de la crise sanitaire ainsi que les évaluations qui seront faites sur la gestion de crise une fois la pandémie terminée seront déterminant pour l'évolution du système de santé. Ils vont tous deux permettre de prévenir d'éventuelles nouvelles pandémies et de corriger les dysfonctionnements qui ont été rencontrés lors de la gestion de crise de la pandémie actuelle. C'est pourquoi les conclusions du rapport de la commission d'enquête du Sénat publié le 8 décembre 2020 sont primordiales. Elles vont permettre de voir quels sont les points de la gestion de la crise perfectibles (§1) et ceux qui ont fonctionné (§2).

---

<sup>180</sup> SENAT, *Santé publique : pour un nouveau départ Leçons de l'épidémie de Covid-19*, Rapport n°19, 2020, p 422.

## § 1 : Des points à améliorer dans la gestion de la crise sanitaire

La commission d'enquête concernant la gestion de la crise sanitaire du Sénat a remarqué différents points à améliorer pour la gestion d'une crise future. Elle met en avant, dans un premier temps, un manque d'anticipation de la crise sanitaire (A) puis, dans un second temps, un manque de collaboration avec le secteur médico-social (B).

### A- Un manque d'anticipation remarqué

Les premières évaluations sur la gestion de crise rendues publiques sont celles menées par le Parlement notamment le Sénat et sa commission d'enquête. Le 16 juin 2020, le Président du Sénat demande la création d'une commission d'enquête sur le volet sanitaire du Covid-19 et notamment la gestion de crise<sup>181</sup>. Cette commission explique dans son rapport avoir fait un triple constat : un défaut de préparation, une stratégie de gestions de crise non constante et une communication non adaptée<sup>182</sup>. Si la commission relève une « réaction précoce » du ministère de la santé concernant la mise en place, dès début janvier, des dispositifs de prévention face aux menaces sanitaires. Elle pointe, toutefois, du doigt un manque de coordination interministérielle ainsi qu'une réponse nationale lente à se mettre en place une fois les premiers cas déclarés comme avec la mise en place de la CIC le 17 mars 2020. Il est également énoncé que le changement de Ministre de la Santé, le 15 février, au début de la campagne de gestion de crise n'a pas été positif.

Concernant la gestion de crise une fois le virus présent sur l'ensemble du territoire, la commission évoque une « gestion de crise centralisée » qui ne prend pas en compte les spécificités de chaque territoire notamment pour la région Grand Est qui a été l'une des plus touchée<sup>183</sup>. Cette gestion de crise n'a pas permis de doter les établissements de santé des moyens dont ils avaient besoin pour lutter contre la pandémie (respirateurs, matériels pour le service de réanimation etc.).

---

<sup>181</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p.1.

<sup>182</sup> *Ibid.*

<sup>183</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p.3.

## B- Les établissements sociaux et médico-sociaux grands oubliés de la gestion de crise

La commission d'enquête fait état d'un retard de communication avec les établissements médico-sociaux sur les risques encourus par leurs résidents. En effet, si dès janvier 2020 il avait été établi que les personnes âgées étaient plus susceptibles de contracter une forme grave du coronavirus c'est seulement le 21 février que les établissements médico-sociaux en ont été informés officiellement. De plus, il faudra attendre le 11 mars pour que soit prise la décision de suspendre toute visite extérieure au sein de l'établissement<sup>184</sup>. Dans le même temps, si les statistiques concernant les patients atteints de coronavirus au sein du système hospitalier étaient très observées ce n'était pas le cas de celles des résidents ayant contracté le virus au sein des EHPAD. Ce n'est que mi-mars qu'a été mis en place un système de surveillance du nombre de cas au sein de ces établissements<sup>185</sup>.

La synthèse de l'enquête évoque également le long délai avant que les établissements médico-sociaux puissent bénéficier, à leur tour, d'équipement de protection. Toujours selon la commission d'enquête du Sénat, ce serait la double tutelle du secteur médico-social qui aurait posé des limites pendant la gestion de la crise sanitaire. Le secteur du médico-social est sous la tutelle, pour le volet sanitaire, des ARS et pour le volet social des départements<sup>186</sup>. En temps de crise, ce commandement à deux têtes ne permet pas de générer des solutions de manière rapide et efficace.

La commission d'enquête du Sénat n'a pas uniquement fait état des points de gestions de crise à améliorer ; elle a également mis en avant des aspects positifs de la gestion de la pandémie.

### **§ 2 : Des points de la gestion de crise épidémique mis en avant**

La commission du Sénat a salué la capacité d'adaptation des établissements en temps de crise (A). Une proposition de loi a ensuite été déposée à l'Assemblée Nationale pour faire perdurer cette capacité d'adaptation (B).

---

<sup>184</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19, L'essentiel*, 2020, p.3.

<sup>185</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, 2020, p. 197.

<sup>186</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19, L'essentiel*, 2020, p.8.

#### A- L'adaptation des établissements de santé saluée

La commission d'enquête ne relève pas uniquement des points négatifs dans la gestion de la crise sanitaire. Elle note qu'entre le déclenchement du plan blanc le 12 mars et le pic de la première vague arrivé mi-avril, les capacités d'accueil au sein des services de réanimation sont passés de 5 130 lits à 10 705 lits<sup>187</sup>. La planification sanitaire a donc été simplifiée dans le cadre de la pandémie. Cet accroissement de leur capacité d'accueil a été possible grâce à la mobilisation de leurs unités de soins intensifs et unités de soins continus. Cela a également impliqué d'augmenter le nombre de personnel soignant dans les services car un patient en réanimation demande beaucoup de surveillance et de soins. Ce sont les déprogrammations des actes non-urgents qui ont permis aux personnels soignant d'être présent dans les services de réanimation et de libérer des lits. Cela illustre une forte capacité d'adaptation des établissements de santé en temps de crise. Cette adaptation a également été possible par un allègement des contraintes administratives concernant la transformation et l'agrandissement des services. Par exemple, à partir du 23 mars 2020, les ARS ont eu la possibilité d'octroyer des autorisations exceptionnelles de soins ainsi, 213 autorisations exceptionnelles de soins ont été accordées à des établissements privé, ce qui a permis d'ouvrir 94 services de soins de réanimation<sup>188</sup>.

#### B- Une proposition de loi pour encourager l'adaptation

Toujours dans l'objectif de faciliter l'adaptation des services dans le cadre de la crise sanitaire, une proposition de loi a été déposée à l'Assemblée Nationale le 2 juin 2020. L'objectif de cette loi était de « *mettre en place une autorisation immédiate et dérogatoire donnée aux directeurs d'établissement de procéder à toutes les créations de lits, de postes ou de spécialités rendues nécessaires par la sortie de crise sans habilitation préalable des ARS* »<sup>189</sup>. La proposition de loi prévoyait une autorisation pour une durée de 12 mois. Le choix des adaptations serait fait en concertation avec le comité stratégique des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et après un avis conforme de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)<sup>190</sup>.

---

<sup>187</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p.7.

<sup>188</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, 2020, p. 180.

<sup>189</sup> ASSEMBLEE NATIONALE, Proposition de loi n°3041 visant à élargir de manière provisoire le champ de compétences de la gouvernance des établissements publics de santé, 2020.

<sup>190</sup> *Ibid.*

C'est la souplesse des autorisations prévue dans cette loi qui est inédite. Elle permettrait aux établissements de s'adapter plus facilement aux besoins que connaît la population en sortie de crise et permettrait de réduire les cas de renoncement aux soins. La proposition de loi prévoyait également, qu'une fois les 12 mois d'autorisation dérogatoires écoulés, les adaptations prises par les établissements de santé soient intégrées d'office au Schéma Régional de Santé (SRS) après avoir demandé un avis consultatif au conseil territorial de santé<sup>191</sup>. Bien que correspondant aux solutions d'adaptation évaluées comme positives pendant la crise sanitaire, cette proposition de loi n'a pas été adoptée par le Parlement.

La gestion de la crise sanitaire a mis en avant certaines des limites de l'organisation du système de santé. L'une des principales limites est celle de la sectorisation du système de santé. Lors de la gestion de la crise sanitaire il y a eu une communication à plusieurs vitesses entre les autorités et les différents secteurs. Si le secteur hospitalier a rapidement été inclus dans les cellules de crises et a rapidement été au fait de la situation épidémique ce n'est pas le cas du secteur médico-social ou du secteur privé de la santé. Ils ont été mis de côté au début de la gestion de la pandémie ce qui a ensuite eu des répercussions sur l'ensemble de l'organisation. Les établissements publics de santé se sont retrouvés subjugués alors que dans le même temps les établissements privés qui avaient tous déprogrammé leurs interventions se retrouvaient sans activité. Les établissements médico-sociaux ont mis bien plus de temps que les hôpitaux à recevoir des matériaux de protection comme les visières et les masques ce qui a permis au virus de continuer de se déployer dans ce secteur et de le mettre également sous tension.

Le manque d'anticipation peut également être pointé du doigt. Depuis de nombreuses années les personnels soignants informent sur les difficultés qu'auraient les établissements à fonctionner en cas de fort afflux de patients. Ils mettaient en avant le manque de matériel médical et de personnel. Ce constat a été fait de nouveau pendant la crise. Et si des solutions comme l'augmentation des capacités d'accueil ou la mobilisation de la réserve sanitaire ont été mises en place au cours de la pandémie, il faut noter que celle-ci ne sont pas pérennes. Il faut donc faire un réel travail d'anticipation pour les crises à venir afin de ne pas se retrouver confronter aux mêmes difficultés.

La commission d'enquête sur la gestion de la pandémie du Sénat a émis des propositions afin d'améliorer la gestion des crises futures. Parmi ces propositions se trouvent « *la constitution au*

---

<sup>191</sup> **ASSEMBLEE NATIONALE**, Proposition de loi n°3041 visant à élargir de manière provisoire le champ de compétences de la gouvernance des établissements publics de santé, 2020.

*plus près des besoins de stocks ‘de crise’ de masques chirurgicaux et FFP2 et se doter des moyens de contrôle et d’en suivre le niveau »<sup>192</sup>. Cette proposition illustre parfaitement le besoin d’anticiper les crises à venir.*

Tirer les conclusions des difficultés rencontrées lors de cette pandémie est essentiel pour que le système de santé, tel qu’il existe aujourd’hui, perdure.

Toutefois, l’organisation du système de santé n’est pas la seule à avoir été perturbée par la crise sanitaire. C’est également le cas du financement du système de santé et des comptes de la Sécurité sociale.

---

<sup>192</sup> COMMISSION D’ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l’épidémie de Covid-19*, L’essentiel, 2020, p.13.

## Seconde partie : Les conséquences de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale fait partie intégrante du système de protection sociale. La protection sociale correspond à « *tous les mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux* »<sup>193</sup>. Ces risques sociaux sont susceptibles d'engendrer une perte de revenu ou une hausse des dépenses du foyer. La protection sociale est donc là pour soutenir les citoyens à propos des conséquences financières de ces risques. Les risques qui sont couverts dans le cadre de la protection sociale sont : la maladie et l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la famille qui comprend la maternité, l'enfance et la jeunesse, la vieillesse avec la retraite, le veuvage et la perte d'autonomie, la perte d'un emploi, le handicap, la pauvreté ainsi que le logement<sup>194</sup>.

La protection sociale propose 3 formes de solutions face aux besoins et aux risques sociaux :

- Les prestations monétaires, qui sont versées directement aux ménages après qu'ils aient rencontré un risque (retraite, allocation chômage etc.).
- Les prestations de services qui permettent à tous de façon égalitaire d'accéder à des services (financement des établissements de santé, des structures sociales et médico-sociales etc.)
- La prévention qui permet de réduire le risque notamment dans le cadre des maladies.

La protection sociale se compose de 4 niveaux et la Sécurité sociale est l'un d'entre eux. La Sécurité sociale est composée de différents régimes qui regroupent les assurés sociaux en fonction de leurs activités professionnelles. Il y a le régime général, le régime agricole, les régimes spéciaux et les régimes des professions libérales<sup>195</sup>.

Le régime général de la Sécurité sociale va prendre en charge, au titre d'une couverture de base, certains des risques de la protection sociale qu'elle va classer en branche à partir de 1967.

Il y a la branche famille, la branche vieillesse, la branche maladie, la branche autonomie, la branche recouvrements ainsi que la Fédération des employeurs du Régime général<sup>196</sup>. C'est la branche maladie qui va être la plus impactée par la pandémie de Covid-19. En effet, cette branche couvre les risques de maladie, maternité, invalidité, décès ainsi que maladies

---

<sup>193</sup> NEZOZI (G.), *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 7.

<sup>194</sup> NEZOZI (G.), *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 8.

<sup>195</sup> NEZOZI (G.), *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 49.

<sup>196</sup> NEZOZI (G.), *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 57.

professionnelles et accidents du travail. Ce sont ces risques qui ont le plus touché les français durant la pandémie. Ainsi, seuls les impacts de la crise sanitaire sur la branche maladie du régime général seront étudiés dans cette partie.

## **Titre I : Le financement classique de notre système de santé et l'arrivée de la crise sanitaire**

Pour comprendre les conséquences de la pandémie de coronavirus sur le financement du système de santé, et particulièrement celui de la Sécurité sociale, il faut savoir comment celle-ci est financée (Chapitre 1). Ainsi le financement de la Sécurité sociale repose sur une logique de solidarité et toutes les personnes résidant en France y participent. Celle-ci, en retour, couvre l'intégralité de la population. Le montant de la contribution versée par chaque personne ne dépend pas de ses risques mais de ses revenus c'est ce qui est appelé le principe de solidarité. Chaque fin d'année, des prévisions concernant les comptes de la Sécurité sociale pour l'année à venir sont effectuées. Les prévisions portent sur les dépenses et les recettes à venir. L'objectif est de les respecter afin que les comptes restent à l'équilibre. Cependant, la pandémie de coronavirus est venue ébranler ces prévisions (Chapitre 2).

### **Chapitre I : Comment est financée la Sécurité sociale**

Le financement de la Sécurité sociale repose sur ses recettes, celles-ci contribuent à financer les dépenses liées aux risques et vont être redistribuées au sein des différentes branches. Elles sont la principale source de financement de la Sécurité sociale (Section 1). Cependant, depuis plusieurs décennies, il existe un déséquilibre entre les recettes et les dépenses des comptes de la Sécurité sociale. Ainsi, il y avait déjà des difficultés de financement avant l'arrivée de la crise sanitaire (Section 2).

#### **Section 1 : Les principales sources de financement de la Sécurité sociale**

Il existe différentes sources de financement des comptes de la Sécurité sociale, la plus importante est la plus ancienne correspond aux cotisations des actifs et des entreprises. C'est la source originelle de financement (§1). Néanmoins, de premières difficultés sont apparues et des nouvelles sources de financement ont été créées afin de pallier au déséquilibre naissant des comptes de la Sécurité sociale (§2).

## § 1 : La source originelle de financement

Lors de la création de la Sécurité sociale, les cotisations étaient l'unique source de financement (A), toutefois, les évolutions de la société ont rapidement engendré des difficultés de financement (B).

### A- Les cotisations versées par les actifs et les entreprises

A la création de la Sécurité sociale, le principe était que chaque français cotise selon ses revenus, chacun pourra ensuite être aidé selon ses besoins. Les cotisations sociales représentaient, pour l'année 2020, 47,6% du financement du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse<sup>197</sup>. En 2019, elles avaient atteint 55% des ressources<sup>198</sup>. On peut voir ici un des effets de la crise sanitaire sur le financement des comptes de la Sécurité sociale. Une partie des cotisations sociales correspond à des parts du salaire des salariés fixé en amont par décret, c'est l'écart entre le salaire brut et le salaire net<sup>199</sup>. Les employeurs participent également aux cotisations à travers le versement de cotisations sociales et patronales. Enfin les personnes travaillant à leur compte comme les artisans, commerçants ou les personnels soignants libéraux versent également une part de cotisation. Les cotisations sociales sont financées à 61% par les employeurs, à 33% par les salariés et à 6% par les non-salariés à savoir les personnes à leur compte<sup>200</sup>. Ce type de financement repose sur l'activité économique du pays et sa production de richesse. Il n'est donc pas stable car, en cas de fort taux de chômage, le nombre de personnes qui cotisent va diminuer alors que le taux de cotisation va rester stable. Il y aura donc moins de recettes.

Depuis quelques années, il y a eu une diminution de la part des cotisations sociales dans le financement de la Sécurité sociale au profit d'autres ressources fiscales. Le but de cette évolution est de ne pas concentrer la majeure partie du financement sur les revenus d'activité. Cela permet également de diversifier les sources des recettes de la protection sociale et de distinguer l'origine du financement des prestations<sup>201</sup>.

---

<sup>197</sup> **DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020, 2021, p. 8.

<sup>198</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 71.

<sup>199</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 74.

<sup>200</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 72.

<sup>201</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 71.

## B- L'apparition de premières difficultés de financement

Depuis la fin des trente glorieuse, les comptes de la Sécurité sociale rencontrent des difficultés. Elles sont liées en partie à l'allongement de l'espérance de vie et aux progrès de la médecine. Ainsi, les français vivent plus longtemps, mais pas nécessairement en bonne santé. De plus, il y a proportionnellement moins de français qui cotisent qu'à sa création car, il y a plus de retraités que lors de sa création et cela ne cesse de s'accroître car l'espérance de vie augmente. Les progrès de la médecine ont permis de créer de nouvelles techniques médicales sauf que celles-ci engendrent des soins plus coûteux et des investissements plus importants pour les établissements de santé. Les dépenses de Sécurité sociale sont donc plus importantes que les recettes.

En 1967 est développée par le Gouvernement la première mesure pour rétablir l'équilibre au sein des comptes de la Sécurité sociale. Cette mesure consiste à réduire le remboursement de certains médicaments. C'est d'ailleurs en 1967 que le terme de « trou de la Sécu » sera employé pour la première fois<sup>202</sup>.

En 1979, le déficit des comptes de la Sécurité sociale a continué de se creuser c'est pourquoi est créée la Commission des comptes de la Sécurité sociale. Les mesures sociales prises au cours des années 80 comme l'abaissement de la retraite à 60 ans, la création du revenu minimum d'insertion vont participer à l'aggravation du déséquilibre des comptes. En 1993, le Gouvernement décide alors d'augmenter la durée de cotisation pour l'obtention d'une retraite à taux plein de 2 ans et demi. Cette mesure avait pour objectif de faire perdurer les cotisations des travailleurs et de réduire le déséquilibre entre les recettes et les dépenses de la Sécurité sociale. Toutefois, en 1995, le déficit de la Sécurité sociale atteint la somme record de 10,3 milliards d'euros<sup>203</sup>.

A partir des années 90 des mesures fortes vont donc être mises en place afin de résorber le déficit de la Sécurité sociale. De ce fait vont apparaître de nouvelles sources de financement de la Sécurité sociale.

---

<sup>202</sup> SUPERTINO (G.), « 70 ans de la Sécu : et le trou, quel âge a-t-il ? » *Europe 1*, 2015.

<sup>203</sup> *Ibid.*

## § 2 : Les solutions apportées pour pallier au déséquilibre du financement

Pour faire face au déséquilibre des comptes de la Sécurité sociale, de nouvelles sources de financement vont être développées. C'est le cas de la Contribution Sociale Généralisée (A) et des impôts et taxes affectés aux comptes de la Sécurité sociale (B).

### A- La Contribution Sociale Généralisée

La Contribution Sociale Généralisée (CSG) est un impôt créé par la loi de finances de 1991 qui a pour objectif de participer au financement des recettes de la Sécurité sociale. La CSG s'élevait à 24,5% du financement du régime général de la Sécurité sociale et du FSV en 2020<sup>204</sup>. Cet impôt est né d'une volonté de diversifier le financement des comptes de la Sécurité sociale. La CSG est prélevée sur différents revenus :

- Les revenus d'activité ce qui correspond aux salaires, aux primes etc<sup>205</sup>.
- Les revenus de remplacement comme les indemnités journalières, pensions de retraite<sup>206</sup>.
- Les revenus de patrimoine tel que les revenus fonciers<sup>207</sup> ;
- Les revenus de placement qui correspondent à des revenus mobiliers<sup>208</sup> ;
- Les revenus issus de gain ou de mise de jeux<sup>209</sup>.

Ses taux ont progressivement augmenté, notamment celui des revenus d'activité qui est passé de 1,1% en 1991 à 9,2% en 2018<sup>210</sup>. Avant la crise sanitaire, c'était la troisième source de financement des comptes de la Sécurité sociale. C'est devenu la seconde source de financement après les cotisations sociales pour l'année 2020.

### B- Le développement des impôts et taxes affectés

Dès 1967, des taxes sur des produits de la consommation sont mises en place. Ce sont des d'Impôts et Taxes Affectés (ITAF), ils sont explicitement affectés au financement des comptes de la Sécurité sociale. La part des impôts et taxes hors CSG dans le financement du régime

---

<sup>204</sup> **DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020, 2021, p. 8.

<sup>205</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 79.

<sup>206</sup> *Ibid.*

<sup>207</sup> *Ibid.*

<sup>208</sup> *Ibid.*

<sup>209</sup> *Ibid.*

<sup>210</sup> *Ibid.*

général de la Sécurité sociale et du FSV pour l'année 2020 était de 21,8%<sup>211</sup>. En 2019, il y avait près de 50 ITAF différents. Parmi les ITAF il y a la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA), la contribution sociale de solidarité des sociétés, la taxe sur les salaires et toujours les taxes sur le tabac et l'alcool.

Les taxes sur le tabac et l'alcool sont apparues en 1983 elles sont dites comportementales<sup>212</sup>. L'objectif ici est d'inciter les personnes achetant ces produits à adopter un comportement plus sain et donc à ne pas développer par la suite de maladies en lien avec la consommation de ces produits. C'est une forme de prévention pour réduire les dépenses de santé sur du long terme.

Les ITAF sont hétérogènes car les techniques de prélèvements ne sont pas les mêmes, leur origine est différente (certaines ITAF proviennent de la consommation des citoyens alors que d'autres sont issues de leur activité professionnelle). De plus, les ITAF ne sont pas affectés à des dépenses particulières. Leur utilisation va donc dépendre des besoins de financement<sup>213</sup>.

La création de nouvelles sources de financement, l'allongement du temps de cotisation et l'augmentation des taux de cotisations n'ont toutefois pas réussi à mettre un terme au déséquilibre des comptes de la Sécurité sociale. Par conséquent, ils présentaient déjà des difficultés de financement avant la pandémie de Coronavirus. Il faut, cependant, noter que le déséquilibre qui existait en 2019 avant le début de la crise sanitaire est totalement différent de celui qui sévit actuellement.

## **Section 2 Les difficultés de financement déjà présentes avant le Covid-19**

Suite à la présence de difficultés de financement, un outil a été développé pour mettre un terme au déséquilibre des comptes. Cet outil c'est l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). C'est la branche maladie de la Sécurité sociale qui connaît le plus de difficultés, de ce fait, l'ONDAM va être chargé de contrôler ses dépenses (§1). L'ONDAM se trouve au sein de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), il est alors intéressant de voir les prévisions qui avaient été réalisées au sein de la LFSS pour l'année 2020 (§2).

---

<sup>211</sup> **DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020, 2021, p. 8.

<sup>212</sup> **NEZOZI (G.)**, *La protection sociale*, La documentation française, 2021, p. 78.

<sup>213</sup> *ibid.*.

## **§ 1 : la création de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour résoudre le déséquilibre des finances**

A sa création l'ONDAM avait un objectif : réguler les dépenses de l'assurance maladie afin de parvenir à un rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale (A). Ce rééquilibrage était en train de se réaliser car le déficit des comptes de la Sécurité sociale diminuait ces dernières années (B).

### A- La création de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

Ces dernières décennies, le budget de la Sécurité sociale connaît un déséquilibre. En effet, les dépenses de Sécurité sociale sont plus importantes que les recettes, leur évolution ne s'étant pas faite de manière proportionnelle. Les dépenses de Sécurité sociale notamment dues à l'allongement de la durée de vie et donc à des retraites plus longues ainsi qu'à des techniques de soins plus coûteuses vont augmenter plus rapidement que les recettes de Sécurité sociale et créer un déficit. Les différents gouvernements en place ont tenté de réduire ce déficit à travers différentes mesures. Après avoir mis en place la CSG et développé des taxes pour rehausser les recettes de la Sécurité sociale. Une nouvelle solution est trouvée : la mise en place d'une loi de financement de la Sécurité sociale introduite dans la Constitution par la révision constitutionnelle du 22 février 1996. Elle a pour objectif de déterminer les conditions générales de l'équilibre financier et de fixer, en fonction des prévisions de recette, les objectifs de dépenses de la Sécurité sociale pour chaque année. Elle est précédée d'un Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) et doit être votée par le Parlement avant la fin de l'année. Au sein de la LFSS, il y a l'ONDAM. Il a pour but de ramener progressivement les comptes de l'assurance maladie à l'équilibre. Il doit davantage se concentrer sur les dépenses afin qu'elles soient en cohérence avec les prévisions faites pour les recettes. Il y a donc une prévision des recettes et un objectif de dépenses pour le secteur des soins de ville, celui des établissements de santé, les établissements médico-sociaux ainsi que les autres types de prise en charge<sup>214</sup>. Ces lois de financements peuvent rectifier l'exercice en cours tout comme être pour l'exercice à venir. D'autre part, vont être mis en avant des médicaments génériques moins onéreux que les médicaments de base ou encore le déremboursement de certains d'entre eux. Ces mesures permettent tout comme celle de la LFSS et de l'ONDAM de réduire le déficit de Sécurité sociale en limitant les dépenses. Ces mesures vont permettre, à la fin des années 90,

---

<sup>214</sup> <https://www.securite-sociale.fr>

aux comptes de la Sécurité sociale de revenir à l'équilibre avant de redevenir déficitaire au début des années 2000.

### B- Un déficit en passe de se résorber

Créé avec les ordonnances de Juppé de 1996, l'ONDAM était, depuis 2010, sous exécuté. Ainsi les dépenses de l'assurance maladie étaient inférieures à celles votées par le Parlement. C'est grâce à cet outil et l'attention portée aux dépenses de Sécurité sociale qu'il était espéré un retour à l'équilibre des comptes pour 2023. En effet, si le déficit du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse était de 7,8 milliards en 2016, il n'était plus que de 1,2 milliards en 2018<sup>215</sup>. Cette évolution à la baisse du déficit des comptes de la Sécurité sociale laissait donc présager un retour à l'équilibre des comptes pour la première fois depuis des décennies et illustre parfaitement l'intérêt de la création de l'ONDAM. De plus, la LFSS pour 2019 avait estimé un déficit à 5,4 milliards d'euros et celui-ci s'était élevé à 1,9 milliards d'euros<sup>216</sup> ce qui était encourageant pour le retour à l'équilibre attendu dans les années à venir.

Néanmoins, il faut noter que ce déficit était plus important en 2019 qu'en 2018. Il s'est effectivement alourdi de 700 millions d'euros entre ces deux années<sup>217</sup>. De plus, la crise du Covid-19 que nous traversons actuellement a rendu impossible ce retour à l'équilibre pour les années à venir et a provoqué une forte aggravation du déficit. On ne pourra donc jamais savoir si, en l'absence de crise sanitaire, les comptes de la Sécurité sociale seraient revenus à l'équilibre, dans les années à venir.

Il est, dès lors, intéressant de regarder les prévisions qui avaient été réalisées par la LFSS et l'ONDAM ainsi que les mesures qui devaient être mises en place au cours de l'année 2020.

## **§ 2 : Les prévisions pour l'année 2020**

Lors de l'élaboration de la LFSS pour 2020 et de l'ONDAM pour cette même année, rien ne laissait présager l'arrivée de la crise sanitaire la plus importante du XXI<sup>e</sup> siècle. Voici les

---

<sup>215</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, 2020, p. 1.

<sup>216</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

<sup>217</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, 2020, p. 1.

prévisions pour l'années 2020 (A), ainsi que les mesures importantes qui avaient été mises en avant par le PLFSS (B).

#### A- Les prévisions pour l'année 2020 en quelques chiffres

Les dépenses pour l'année 2020 étaient estimées à 415 milliards d'euros pour le régime général de la Sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse<sup>218</sup>. Cette prévision correspondait à une augmentation de 2,3% des dépenses de la Sécurité sociale<sup>219</sup>. C'est la branche maladie qui prévoyait le plus de dépenses avec une prévision de 222,6 milliards d'euros<sup>220</sup>, ce chiffre représentait 52% des dépenses du régime général de la Sécurité sociale pour 2020. Ensuite venait la branche vieillesse avec une prévision de 141,7 milliards d'euros de dépenses correspondant à 33% des dépenses globales et pour finir la branche famille qui représentait 12% des dépenses et la branche accident du travail maladie professionnelle avec 3% des dépenses du régime général<sup>221</sup>.

Concernant les recettes, elles étaient estimées à 409,6 milliards d'euros<sup>222</sup>. C'est également la branche maladie qui devait utiliser une grande part des recettes avec la somme de 219,2 milliards d'euros.

L'objectif présent dans la LFSS pour 2020 était d'atteindre les 5,4 milliards d'euros de déficit pour espérer revenir à l'équilibre en 2023 ou 2024. Les prévisions de l'ONDAM de la PLFSS 2020 se décomposaient ainsi : une évolution de 2,4% pour les soins de ville, un accroissement de 2,4% pour les établissements de santé et une hausse de 3% pour les établissements et services médico-sociaux<sup>223</sup>.

Comme il est possible de l'imaginer, ces prévisions ont été revues à la hausse avec l'arrivée de la pandémie. Toutefois, comme prévu initialement, c'est la branche maladie qui a concentré la plupart des dépenses. Ce qui s'explique par le fait que la crise soit sanitaire et que les établissements de santé ainsi que le système de soins ont été très sollicités.

---

<sup>218</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

<sup>219</sup> Dossier de presse PLFSS 2020, 2019, p. 5.

<sup>220</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

<sup>221</sup> *Ibid.*

<sup>222</sup> *Ibid.*

<sup>223</sup> *Ibid.*

## B- De nouvelles mesures présentes dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020 en lien avec les problématiques rencontrées par le système de santé

Le PLFSS pour 2020 fait état de 6 mesures phares pour l'année à venir. Parmi ces mesures il y avait : encourager et valoriser le travail, simplifier les démarches des employeurs, soutenir les familles monoparentales, renforcer l'accès aux soins dans tous les territoires, prévenir, soutenir et accompagner la perte d'autonomie ainsi que revaloriser les prestations sociales<sup>224</sup>. Parmi ces mesures, certaines correspondent aux problématiques rencontrées ces dernières années par le système de santé. C'est le cas des déserts médicaux ou du vieillissement de la population et donc l'accroissement de la perte d'autonomie.

Concernant les déserts médicaux, ce sont des territoires sur lesquels il y a un manque de médecins et autres professionnels de santé et qui rencontrent des difficultés pour les faire venir. En 2018, près de 3,8 millions de français vivent dans une zone sous dotée en médecin<sup>225</sup>. Cela explique donc le choix de la LFSS pour 2020 de renforcer l'accès aux soins dans tous les territoires. Cela impliquait des aides à l'installation prévues pour les médecins souhaitant exercer dans des zones peu dotées en professionnels de santé. La LFSS prévoyait également une aide financière pour les hôpitaux de proximité<sup>226</sup>.

S'agissant du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie, des aides pour les proches aidants étaient prévues par la LFSS 2020. La LFSS prévoyait également la mise en œuvre d'investissements dans des structures d'accueil et dans des formations pour les professionnels de santé<sup>227</sup>.

Il était important de revoir les modes de financements des comptes de la Sécurité sociale ainsi que les difficultés qui existaient déjà avant l'avènement de la crise sanitaire. Cela permet de constater que l'équilibre des comptes était déjà précaire et que le financement du système de santé semblait incompatible avec l'arrivée d'une pandémie. Le coronavirus a donc mis à mal les prévisions qui avaient été établies pour l'année 2020 et celles à venir.

---

<sup>224</sup> Dossier de presse PLFSS 2020, 2019, p. 35.

<sup>225</sup> **BEGUIN (F.)**, « Près de 3,8 millions de français vivent dans un désert médical », *Le Monde*, 2020.

<sup>226</sup> Dossier de presse PLFSS 2020, 2019, p. 35

<sup>227</sup> *Ibid.*

## **Chapitre II : Le bouleversement des prévisions liées au Covid-19**

Ces deux dernières années ont été fortement impactées par la crise sanitaire. Cet impact a été notamment mesuré sur les comptes de la Sécurité sociale. 38,7 milliards de d'euros de déficit ont été enregistrés pour le régime général et le fond de solidarité vieillesse en 2020<sup>228</sup>. Les prévisions de l'ONDAM ont également été dépassées de 14 milliards d'euros en 2020<sup>229</sup>. C'est la branche maladie du régime général qui a été la plus touchée. Elle a enregistré 208,3 milliards d'euros de recettes contre 238,8 milliards d'euros de dépenses ce qui engendre un solde de 30,4 milliards d'euros pour elle toute seule<sup>230</sup>. Toutefois, ce déficit est moins important que celui qui avait été prévu dans la LFSS pour 2021, les prévisions estimaient un déficit à 49 milliards d'euros<sup>231</sup>. Il semble donc logique de s'intéresser au processus de financement en temps de crise (section 1) et aux impacts qu'ont eu les décisions prises par l'Etat sur le financement du système de santé au cours de la crise sanitaire (section 2).

### **Section 1 : Le financement en temps de crise**

Le financement du système de santé est mis à mal lors de la présence de crise. C'est pourquoi, des solutions de financement ont été développées ces dernières décennies pour être déployées en cas de crise (§1). Le Gouvernement a lui préféré adopter des lois de finances rectificatives (§2).

#### **§ 1 : Les outils de financement de crise déjà existants**

Parmi les outils existant pour répondre à une crise il y a la mise en place de décrets d'avance (A) ainsi que la méthode des crédits globaux (B).

##### **A- La possibilité de mettre en œuvre des décrets d'avance**

Le Gouvernement dispose d'outils qui lui permettent de développer des moyens dans le cadre d'une situation d'urgence sanitaire. Parmi ces outils il y a le décret d'avance introduit à l'article

---

<sup>228</sup> COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SENAT, Rapport d'information Sécurité sociale : après la tempête retrouver un cap, p 2.

<sup>229</sup> *Ibid.*

<sup>230</sup> *Ibid.*

<sup>231</sup> COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SENAT, Rapport d'information Sécurité sociale : après la tempête retrouver un cap, p 3.

13 de la loi organique relatives aux lois de finances de 2001<sup>232</sup>. Ce décret d'avance peut être décrété en cas d'urgence qu'elle soit suivie ou non d'une « nécessité impérieuse d'intérêt national »<sup>233</sup>. Ces décrets permettent au Gouvernement d'ouvrir des crédits supplémentaires au sein du budget de l'Etat. Il peut le faire sans vote préalable du Parlement. Lorsqu'un décret d'avance est adopté par le Gouvernement, un décret d'annulation doit également l'être. Le but est ici de maintenir l'équilibre financier de la LFSS. Les décrets d'avance sont pris en conseil des ministres et sont ainsi signés par le Président de la République. Il faut également demander un avis sur ces décrets au Conseil d'Etat et aux commissions des finances de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Ce décret d'avance a, par le passé, été utilisé pour financer des opérations militaires notamment des opérations militaires de la France à l'étranger appelées OPérations EXtérieures (OPEX). Il a également été employé dans le cadre d'urgence sanitaire comme en 2006 au moment de l'épidémie de chikungunya à l'Ile de la Réunion.

#### B- La technique des crédits globaux

Le décret d'avance n'est pas le seul outil existant, il y a aussi les crédits globaux<sup>234</sup>. Ce sont des crédits particuliers correspondant à des dépenses accidentelles ou imprévisibles, ils font partie d'enveloppes budgétaires non spécialisées. Ces crédits globaux sont ensuite ouverts à travers un décret. Cet outil permet à la loi de financement prévue initialement d'ouvrir des crédits qui n'ont pas été répartis et de les utiliser, si besoin, au cours de l'année. Pour l'année 2020, le Gouvernement a, à sa disposition, 424 millions d'euros d'autorisation d'engagement et 124 millions d'euros de crédit de paiement<sup>235</sup>. Ces crédits pourront être utilisés pour augmenter les capacités financières des acteurs publics dans la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Ces crédits globaux sont là pour combler des dépenses impossibles à prévoir. Ils permettent d'avoir une réserve de précaution. Ce genre d'outil correspond donc à la situation rencontrée par le Gouvernement au début de la crise sanitaire. Il paraît évident qu'aucun budget n'avait été prévu pour faire face à la pandémie, celle-ci n'étant pas encore apparue en Europe au moment du vote de la LFSS pour 2020. Ces crédits globaux peuvent donc être utilisés par le

---

<sup>232</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

<sup>233</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

<sup>234</sup> *Ibid.*

<sup>235</sup> *Ibid.*

Gouvernement pour financer les premières réponses mises en place pour lutter contre le coronavirus.

Le Gouvernement a préféré retravailler les prévisions qui avaient été réalisées lors de la LFSS pour 2020 à travers des lois de finances rectificatives.

## **§ 2 : La loi de finances rectificative : l'outil utilisé par le Gouvernement pour obtenir de nouveaux crédits**

La loi de finances rectificative comporte un intérêt majeur qu'est la possibilité de modifier les dispositions adoptées par le Parlement dans la LFSS (A). Cet outil a été beaucoup utilisé au cours de la première année de pandémie (B).

### A- L'intérêt de la loi de finances rectificative

Les décrets d'avance et les crédits globaux ne sont pas les seules solutions possibles pour obtenir de nouveaux crédits en temps de crise. Il existe également la loi de finances rectificative. Elle est également appelée collectif budgétaire. Cette loi permet de modifier au cours de l'année les dispositions de la LFSS initiale en particulier le plafond des dépenses du budget de l'Etat et les données générales de l'équilibre budgétaire. Cet outil permet donc de corriger à la hausse ou à la baisse les recettes ou dépenses prévues dans la LFSS. Cet outil est utilisé notamment en cas de crise financière lorsque celle-ci a un impact sur les finances de l'Etat. La loi de finances rectificative va donc prendre en compte la nouvelle conjoncture économique. C'est ce qu'il s'est passé ici avec la crise sanitaire. Au moment du vote de la LFSS, il n'était pas possible d'imaginer les conséquences du virus du Covid-19 qui se trouvait principalement en Asie. Les comptes de la Sécurité sociale n'avaient donc pas anticipé l'arrivée de cette pandémie dans les prévisions établies pour 2020. Les montants débloqués au sein de cette loi sont plus importants que ceux possibles en décret d'avance et en crédits globaux ce qui explique, en partie, le choix de ne pas les avoir utilisés<sup>236</sup>. C'est pourquoi, le Gouvernement, dans le cadre de la pandémie de Covid-19, a fait le choix de modifier la LFSS de 2020 pour intégrer les prévisions de l'impact budgétaire de la crise sanitaire sur le système de santé<sup>237</sup>. Ce projet de loi de finances

---

<sup>236</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

<sup>237</sup> *Ibid.*

rectificative a été déposé le 18 mars 2020 à l'Assemblée Nationale et c'est le 23 mars 2020 que la loi de finances rectificative est adoptée<sup>238</sup>. Celle-ci sera la première d'une série de loi de finances rectificative.

#### B- L'utilisation accrue des lois de finances rectificatives pendant la première année de la pandémie

Au cours de la pandémie, de nombreuses lois de finances rectificatives ont été adoptées. Cette loi consiste en un outil de réponse aux conséquences économiques de la crise sanitaire et du confinement de la population.

La première loi de finances rectificative a été adoptée le 23 mars 2020. Elle prévoyait une nette baisse des recettes ainsi qu'une forte augmentation des dépenses liées à la santé ou à l'aide apportées à différents secteurs de la société suite à l'arrêt d'une grande partie de l'activité durant le premier confinement. Au sein de cette loi de finances rectificative a été ajouté une mission temporaire intitulée « *plan d'urgence face à la crise sanitaire* »<sup>239</sup>. Cette mission prévoit la prise en charge du dispositif exceptionnel de chômage partiel et la création d'un « *fond de solidarité pour les entreprises à la suite de la crise sanitaire* »<sup>240</sup>. L'intérêt de ces mesures était d'accompagner les entreprises pendant la baisse de l'activité économique afin de préserver l'emploi des français.

La seconde loi de finances rectificative a été adoptée le 25 avril 2020. Comme la première, elle prévoyait des mesures de soutien pour les entreprises avec une estimation du financement du chômage s'élevant à 25,8 milliards d'euros<sup>241</sup>. Le secteur de la santé est également concerné par cette loi de finances rectificative car elle prévoit une augmentation de 8 milliards d'euros des dépenses exceptionnelles, ce qui permettrait d'acheter des matériels médicaux et des masques ainsi que de financer les indemnités journalières de Sécurité sociale<sup>242</sup>.

La troisième loi de finances rectificative a été adoptée le 30 juillet 2020. Elle s'est davantage concentrée sur des secteurs touchés de façon directe par les conséquences de la crise sanitaire. Une fois de plus, les dépenses liées au chômage partiel ont été augmentées. La loi a également prévu la mise en place de plans de soutien d'urgence pour les secteurs les plus touchés comme

---

<sup>238</sup> Loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 24 mars 2020, texte n°1.

<sup>239</sup> Loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 24 mars 2020, texte n°1.

<sup>240</sup> *Ibid.*

<sup>241</sup> Loi n°2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 26 avril 2020, texte n°1.

<sup>242</sup> *Ibid.*

le tourisme, la culture, l'automobile. Cette loi de finances rectificative prévoit également des aides pour les personnes en situation précaire ainsi que les étudiants. Ainsi, une aide de 200€ à destination des moins de 25 ans bénéficiant de l'aide personnalisée au logement et sans personne à charge a été débloquée<sup>243</sup>.

Une quatrième loi de finances rectificative a été adoptée au cours de l'année 2020. Elle est construite au cours de la seconde vague de l'épidémie et donc pendant le second confinement. Elle prévoit une dépense de plus de 20 milliards d'euros supplémentaire pour venir en aide aux entreprises, aux personnes en situation précaire et aux salariés qui sont confrontés au second confinement<sup>244</sup>. Des dépenses supplémentaires sont également prévues dans le cadre de la mise en place de la seconde partie du Ségur de la santé<sup>245</sup>.

Ces différents outils de financement ont permis d'apporter des solutions dans la lutte contre le coronavirus. Toutefois, d'autres décisions prises par les acteurs de santé ont eu de fortes répercussions sur les comptes de la Sécurité sociale.

## **Section 2 : Les conséquences des décisions prises par l'Etat**

Parfois les décisions prises lors de la pandémie ne peuvent pas effacer le manque d'anticipation de la crise, ici ce manque d'anticipation va engendrer des frais importants (§1). La décision exceptionnelle de confiner l'ensemble de la population avec pour objectif de restreindre la propagation du virus sur le territoire aura également un effet conséquent sur les comptes de la Sécurité sociale (§2).

### **§ 1 : Une non anticipation de la crise qui coûte cher**

Parmi les mesures très coûteuses pour l'Etat lors du début de la pandémie qui auraient pu être évitées, il y a l'achat d'un stock de masques (A). Cette mesure n'a pas été la seule à constituer parmi les dépenses exceptionnelles. C'est également le cas de la campagne de prévention déployée à travers les tests de dépistage et la campagne de vaccination (B).

---

<sup>243</sup> Loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 31 juillet 2020, texte n°1.

<sup>244</sup> <https://www.vie-publique.fr>

<sup>245</sup> Loi n°2020-1473 du 30 novembre 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 1<sup>er</sup> décembre 2020, texte n°1.

### A- Un stock de masques établi dans l'urgence

Le Gouvernement a dû répondre dans l'urgence aux besoins de protection et de matériels médicaux au début de la crise sanitaire. La survenue d'une grosse épidémie avait été peu anticipé par les différents gouvernements ces dernières décennies. Les stocks de matériaux de protection comme les masques, les visières ou les surblouses n'étaient pas suffisants au début de la crise et de grosses commandes ont été effectuées. Ce manque de planification sanitaire a abouti, en juin 2020, à l'achat de 3,9 milliards de masque pour un coût de 2,8 milliards d'euros<sup>246</sup>. La commission d'enquête du Sénat précise que si la décision de reconstituer les stocks avait été prise dès 2018, le coût pour un milliard de masque aurait été de 27 millions d'euros contre 450 millions d'euros dépensés au cours de la crise<sup>247</sup>. C'est donc l'impréparation des différents gouvernements tout au long de la dernière décennie qui a abouti à payer à un prix élevé des matériaux de protection nécessaire en temps de crise. Il faut noter que lors de la mise en place du stock de masques à la fin des années 2000 des entreprises françaises spécialisées dans leur conception avaient été créées. Toutefois, suite à l'arrêt des commandes passées par les autorités publiques et le manque d'intérêt de la société en général pour les masques, elles ont fini par fermer ou modifier leur activité. Au début de la crise sanitaire, alors qu'il était complexe d'obtenir des masques dans les pharmacies, de nombreuses personnes se sont alors mises à fabriquer leurs propres masques.

### B- Une campagne de prévention qui rencontre des difficultés

Certaines dépenses ont été mises en place de façon exceptionnelle, d'autres semblent être plus pérennes pour les années à venir. C'est le cas du coût des tests de dépistage et de la campagne de vaccination. La crise sanitaire étant imprévisible et soudaine, il a fallu mettre en place la stratégie tester, isoler, tracer qui repose comme son nom l'indique sur la réalisation de tests de dépistage. Ces tests ont été pendant de nombreux mois pris en charge à 100%. Cela permettait de ne pas créer d'inégalité en santé entre les citoyens. Toutefois, le nombre de tests effectués a largement dépassé les attentes et prévisions du Gouvernement. Ils constituaient donc une dépense plus importante que prévu et il a été décidé de ne plus les prendre en charge intégralement pour les cas des tests de confort. Ce changement illustre les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics concernant les stratégies mises en place pour lutter contre

---

<sup>246</sup> COMMISSION D'ENQUETE COVID-19, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel, 2020, p.6.

<sup>247</sup> *Ibid.*

la pandémie. En effet, les tests de dépistage ont été particulièrement appréciés par les personnes n'ayant pas un pass vaccinal lorsque celui-ci était encore en vigueur. Les tests PCR leur permettaient d'obtenir un pass sanitaire pour les 24 heures suivantes.

Le déroulé de la campagne de vaccination démontre également la difficile anticipation des pouvoirs publics. Si, dans un premier temps elle a été longue à se mettre en place, elle a également créé une forme d'inégalité. En effet, les premiers mois, il était uniquement possible de se faire vacciner au sein d'un centre de vaccination et pour prendre rendez-vous il fallait passer par des plateformes numériques telle que Doctolib. Une partie de la population n'a pas accès à internet ou ne le maîtrise pas assez pour pouvoir prendre ce type de rendez-vous. Toutefois, ce problème a été résolu lorsque les médecins généralistes, infirmiers et pharmaciens ont été autorisés à vacciner dans le cadre de leur activité principale et non au sein des centres de vaccination.

Si le manque de préparation à l'arrivée d'une crise a eu un fort impact sur les dépenses de la Sécurité sociale, c'est la mise en place de confinement qui a le plus impacté les recettes.

## **§ 2 : Les fortes répercussions du confinement sur les comptes de la Sécurité sociale**

Comme vu précédemment, les recettes de la Sécurité sociale sont composées des cotisations. Lors des différents confinements décidés par le Gouvernement les cotisations ont fortement chuté (A). Ces mesures ont également entraîné une augmentation des aides de l'Etat augmentant de ce fait les dépenses (B).

### A- Une baisse logique des cotisations

Les divers confinements annoncés et notamment le premier ont eu de lourdes conséquences sur le financement du système de santé. Le financement reposant en partie sur les cotisations, l'arrêt d'une partie de l'activité économique lors du premier confinement a fait chuter le financement du système de santé. Ainsi, les cotisations sociales brutes pour les régimes de base de la Sécurité sociale ont diminué de 4,7% entre l'année 2019 et l'année 2020. Lors du premier confinement environ 5 millions de français ont été mis au chômage partiel<sup>248</sup>.

---

<sup>248</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

L'activité partielle engendrée par les confinements a été indemnisée d'une part par l'indemnité d'activité partielle que paye l'employeur et d'autre part par l'allocation d'activité partielle versée par l'Etat à l'employeur<sup>249</sup>. Le problème qui se pose avec ce type d'indemnisations est qu'elles sont exonérées de cotisations sociales<sup>250</sup>. Seules la CSG et la CRDS seront prélevées sur ces indemnités. Ainsi, en plus des travailleurs qui ne cotisaient pas du fait de ne pas avoir d'emploi au cours de cette période, les travailleurs en activité partielle, n'ont pas cotisés non plus entraînant un bouleversement dans les comptes de la Sécurité sociale.

#### B- Une augmentation des aides de l'Etat avec l'activité partielle

Le Gouvernement, pour soutenir l'activité économique et l'emploi, a pris des mesures pour aider les entreprises travaillant dans les secteurs les plus touchés par la crise ainsi que les travailleurs indépendants. Parmi ces mesures, on retrouve le financement renforcé de l'activité partielle, l'annulation de certaines charges sociales à hauteur de 3,5 milliards d'euros et un étalement du paiement des cotisations qui ont été reportées pour l'ensemble des entreprises<sup>251</sup>. Ce report des échéances sociales ainsi que la suspension des procédures de recouvrement forcé ont constitué un manque à gagner pour les recettes de la Sécurité sociale et des dépenses imprévues. Un renforcement des dispositifs d'exonération a été décidé dans la 3<sup>ème</sup> loi de finances rectificative de 2020. Ce renforcement concernait les entreprises qui avaient connu une interdiction d'ouverture du fait de leur activité comme les restaurants, les cinémas, les salles de spectacles mais également les entreprises dont le chiffre d'affaires avait diminué d'au moins 50% par rapport à la même période pour l'année 2019<sup>252</sup>.

Pour l'année 2020, les cotisations prises en charge par l'Etat ont augmenté de 21,1%<sup>253</sup>. A travers ce chiffre il faut constater le manque à gagner pour les comptes de l'Etat. En effet, en plus de recevoir moins de cotisations que ce qui avait été prévu initialement du fait de l'activité partielle, c'est également à l'Etat de compenser une partie de l'activité partielle. Des dépenses imprévues se rajoutent donc à la perte de recette. Bien sûr, cette organisation permet de soutenir les entreprises et donc de leur permettre de reprendre leur activité une fois le confinement ou

---

<sup>249</sup> C.,trav. Art.L.5122-1.

<sup>250</sup> **MINISTERE DU TRAVAIL**, Dispositif exceptionnel d'activité partielle : précisions sur les évolutions procédurales et questions réponse, 2020, p. 7.

<sup>251</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

<sup>252</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 46.

<sup>253</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 15.

les restrictions liées à la crise sanitaire levées. Toutefois, sur un temps court ces décisions ont un impact non sans conséquences sur les comptes de la Sécurité sociale.

Les recettes de la Sécurité sociale sont diverses mais dépendent en grande partie de l'activité économique. Les différentes dispositions mises en place par le Gouvernement concernant la lutte contre la propagation du Coronavirus ont donc fortement impacté les comptes de la Sécurité sociale. Les différentes prévisions qui avaient été réalisées pour l'année 2020 ont été totalement réévaluées à travers des lois de finances rectificatives. De plus, certaines stratégies mises en place par l'Etat ont entraîné des frais importants comme l'activité partielle.

Ainsi, les dépenses et recettes de la Sécurité sociale ont fortement évolué depuis le début de la crise sanitaire. Cette évolution est la conséquence des effets de la crise sanitaire qu'ils soient à court, moyen ou long terme.

## **Titre II : L'évolution du financement et des dépenses de la Sécurité sociale suite à la pandémie de Covid-19**

La pandémie de Covid-19 a produit de nombreux effets sur les comptes de la Sécurité sociale. Certains d'entre eux ont été immédiats (Chapitre 1) notamment ceux sur les dépenses et les recettes de la Sécurité sociale qui ont été directement impactées par les différentes mesures mises en place dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. Pour d'autres effets on parle de long terme (Chapitre 2). C'est le cas du bouleversement des prévisions de l'ONDAM qui ont entraîné un fort accroissement du déficit déjà présent. Ainsi, les prévisions pour les années à venir estiment que l'impact du coronavirus sera encore visible de nombreuses années sur les comptes.

### **Chapitre I : Les effets immédiats de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale**

Le budget de la Sécurité sociale se construit en deux parties. Il y a d'une part les recettes prévisionnelles pour l'année à venir et d'autre part les dépenses prévisionnelles. Le budget doit s'équilibrer entre ces recettes qui vont alimenter le budget et les dépenses qui vont le réduire. Ces deux dernières années, la crise sanitaire a fortement impacté ces deux pans du budget en réduisant les recettes tout en augmentant de manière importante les dépenses (section 1). L'écart entre les recettes et les dépenses constitue un déficit et l'année 2020 a connu un déficit record des comptes de la Sécurité sociale. Le financement du système de santé a donc été contraint à s'adapter à la crise à travers des financements exceptionnels et dérogatoires (section 2).

#### **Section 1 : Les comptes de la Sécurité sociale perturbés par la pandémie**

Si les recettes du budget de la Sécurité sociale avaient augmenté en 2018 de 3,1% et en 2019 de 1,9%, la LFSS pour 2020 prévoyait une progression de 2,3%<sup>254</sup>. Cependant, l'épidémie de Covid-19 est venue bousculer ces prévisions en impactant de manière directe les comptes de la Sécurité sociale. Ainsi, les prévisions pour l'année 2020 ont été réévaluées et il est estimé une diminution des recettes de 4,2%<sup>255</sup> pour l'ensemble des régimes de base. Le confinement a

---

<sup>254</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

<sup>255</sup> **COUR DES COMPTES**, Les Comptes de la Sécurité sociale résultats 2019 – prévisions 2020 et 2021, 2020, p. 15.

constitué un frein pour les recettes du système de santé (§1) et les dépenses de santé ont logiquement augmenté en ces temps de crise sanitaire (§2).

### **§ 1 : Une diminution des recettes de la Sécurité sociale en majeure partie due aux confinements**

Les recettes de la Sécurité sociale, pour l'année 2020, ont été inférieure de 27,3 milliards d'euros par rapport à l'estimation faite dans la LFSS pour 2020<sup>256</sup>. Cette diminution des recettes s'explique par la baisse de la masse salariale du secteur privé (A) et l'effet de la pandémie sur différentes sources du financement des comptes de la Sécurité sociale (B).

#### **A- La baisse de la masse salariale du secteur privé**

Cette contraction des recettes s'explique compte tenu de leurs origines. Elles reposent à 66%<sup>257</sup> sur les revenus d'activité. Le budget de la Sécurité sociale voté pour chaque année comprend une prévision des recettes ainsi que des dépenses. Les recettes de la Sécurité sociale ont diminué de 2,8% en passant de 402,1 milliards d'euros pour 2019 à 390,8 milliards d'euros pour 2020. Parmi les recettes il y a les cotisations sociales des travailleurs et des entreprises ainsi que des impôts et taxes.

Ce sont ces recettes du secteur privé qui ont le plus été impactées. En effet, la masse salariale du secteur privé a diminué fortement notamment dans certains secteurs durement impactés par l'épidémie comme celui de la culture, du tourisme et de la restauration. Suite aux nombreuses mesures restrictives, les restaurants tout comme les hôtels ont été fermés plusieurs mois en 2020, de nombreux événements culturels ont dû être annulés et les salles de spectacles et de cinémas sont restées closes durant de longs mois. Le PLFSS pour 2022 indique que le confinement et donc la hausse de l'activité partielle ou la mise au chômage de certains travailleurs a fait diminuer de 5,7% la masse salariale soumise à cotisation<sup>258</sup>. Il y a eu de nombreux arrêts de travail, un gel des embauches, la mise en chômage partiel d'une grande partie des travailleurs durant le premier confinement et des licenciements, ce qui explique cette diminution de la masse salariale.

---

<sup>256</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, 2020, p. 2.

<sup>257</sup> COUR DES COMPTES, Les Comptes de la Sécurité sociale résultats 2019 – prévisions 2020 et 2021, 2020, p. 15.

<sup>258</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 5.

## B- Les conséquences de la crise sanitaire sur différentes sources du financement

Parallèlement à la diminution de la masse salariale les cotisations sociales ont été moins importantes que prévues, elles ont diminué de 4,6%<sup>259</sup> par rapport aux prévisions. Cette baisse s'explique également par les différents confinements qui ont eu lieu, la mise en place de l'activité partielle ou encore l'arrêt de certains pans de l'activité économique comme le tourisme ou la culture. Lors du premier confinement environ 5 millions de français ont été mis au chômage partiel<sup>260</sup>. Pour l'activité partielle, les indemnités sont exonérées de cotisations sociales<sup>261</sup>. Ainsi, sur l'ensemble des travailleurs au chômage partiel sur l'année 2020, aucune cotisation sociale n'a été relevée. Cette diminution des cotisations sociales s'explique également par le report de paiement mis en place par le Gouvernement pour les travailleurs indépendants. L'objectif étant de réduire l'impact du confinement sur les entreprises ayant eu peu d'activité économique et donc de ne pas alourdir leurs finances. Le coût de ce report de 5 milliards d'euros s'ajoute aux cotisations non touchées pour l'année.

Les cotisations sociales ne sont pas la seule source de financement sur laquelle la crise sanitaire a eu des conséquences. C'est également le cas de la CSG. Pour l'année 2020, la CSG a diminué de 3,5% par rapport à 2019<sup>262</sup>. Cette baisse s'explique une fois encore par la mise en place de l'activité partielle. Le taux de revenu étant moins élevé que le salaire de base alors un taux réduit de la CSG est appliqué<sup>263</sup>. La diminution de la masse salariale privée a également eu un impact car aucune CSG n'est prélevée.

Si les recettes de la Sécurité sociale pour l'année 2020 ont été fortement impactées par la crise sanitaire, c'est également le cas de ses dépenses. De nombreuses dépenses dérogatoires et exceptionnelles ont été effectuées au cours de l'année 2020.

---

<sup>259</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 15.

<sup>260</sup> **GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

<sup>261</sup> **MINISTÈRE DU TRAVAIL**, Dispositif exceptionnel d'activité partielle : précisions sur les évolutions procédurales et questions réponses, 2020, p. 7.

<sup>262</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 41.

<sup>263</sup> *Ibid.*

## § 2 : Une logique augmentation des dépenses de santé en lien avec la pandémie

La LFSS pour 2020 prévoyait 415,1 milliards d'euros de dépenses pour le régime général de la Sécurité sociale et le fond de solidarité vieillesse<sup>264</sup>. Toutefois, avec les nombreuses hospitalisations, les tests, la campagne de vaccination ou encore les aides et primes apportées aux professionnels de santé, les dépenses ont été plus importantes. Elles devraient ainsi atteindre 429 milliards d'euros<sup>265</sup> pour 2020. Parmi l'augmentation des dépenses on retrouve celles liées aux soins (A) mais également celles liées à la prévention avec les dépistages et la mise en place de la campagne de vaccination (B).

### A- Les dépenses liées aux soins engendrées par la pandémie

Parallèlement à la diminution des recettes de Sécurité sociale, les dépenses vont, elles, augmenter de 3,7%<sup>266</sup> dont 15 milliards correspondant au surcoût brut de la pandémie. L'année 2020 a été marquée par une augmentation de 3,7% des dépenses de consommation de soins hospitaliers par rapport à 2019<sup>267</sup>. Ainsi, la pandémie a engendré de nombreuses dépenses. D'un côté ces dépenses sont liées aux soins comme l'achat de respirateurs ou de machines pour les services de réanimations et ceux spécialisés pour l'accueil de patients Covid. Les dépenses ont augmenté suite aux durées d'hospitalisation des personnes atteintes de la Covid-19 qui ont été plus élevées que les années précédentes. En outre, il faut noter que 3,4% des séjours d'hospitalisation complète en 2020 sont des prises en charge de patient Covid-19<sup>268</sup>. ¼ des journées d'hospitalisation en réanimation sur l'année 2020 était des prise en charge de patients atteints de Covid-19<sup>269</sup>. Il faut ajouter à cela l'augmentation de 13,5% de l'activité des services de réanimation<sup>270</sup>. Les services dans lesquels se trouvaient les patients sont généralement les plus coûteux car ils nécessitent la présence de machines tel que des respirateurs, l'octroi de nombreux soins et le déploiement de plus de personnel. Ainsi, parmi ces 15 milliards d'euros, 4,8 milliards ont été affecté à l'achat de matériel de protection contre le virus notamment de masques, de blouses, ou de visières de protection<sup>271</sup>. 4,7 milliards correspondent aux dotations

---

<sup>264</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

<sup>265</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2021, 2020, p. 26.

<sup>266</sup> **COUR DES COMPTES**, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2020, p.16.

<sup>267</sup> **DREES**, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.10.

<sup>268</sup> **DREES**, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.1.

<sup>269</sup> *Ibid.*

<sup>270</sup> **DREES**, *Synthèse Covid-19*, 2022, p.5.

<sup>271</sup> **COUR DES COMPTES**, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2020, p. 55.

supplémentaires versées aux établissements hospitaliers et médico-sociaux pour les soutenir dans la lutte contre la pandémie<sup>272</sup>. Cette somme comprend des primes et l'indemnisation des heures supplémentaires ainsi que l'achat de matériels comme des respirateurs.

#### B- Une augmentation des dépenses liées à la pandémie en dehors des soins hospitaliers

Différentes parts des dépenses ont été touchées par les effets du coronavirus. Dans un premier temps, il y a eu un nombre beaucoup plus important d'arrêts de travail. Des indemnités journalières à titre dérogatoire ont été mises en place pour les personnes gardant leurs enfants pendant les périodes de confinement ou étant contraintes de s'isoler après avoir été déclarées cas-contact d'une personne positive au virus. Ces indemnités journalières dérogatoires ont été chiffrées à 2,2 milliards d'euros<sup>273</sup>.

Dans un second temps, une aide financière de 1,3 milliards d'euros a été apportée aux professionnels de santé libéraux exerçant dans les soins de ville<sup>274</sup>. En période de confinement, de nombreuses personnes ont cessé de consulter leurs professionnels de santé libéraux impactant fortement l'activité des professionnels libéraux. Si l'activité des médecins généraliste a diminué de 30% pendant la période du confinement, ce sont les masseurs-kinésithérapeutes avec une diminution de 80% de leur activité et les chirurgiens-dentistes avec une contraction de 90% de leur activité qui ont le plus souffert sur cette période<sup>275</sup>.

Les tests de dépistage ont ensuite été encouragés par les autorités : entre mars 2020 et décembre de cette même année, près de 30 millions de test PCR ont été effectués<sup>276</sup>. C'est bien plus que ce qu'avait imaginé le gouvernement qui avait fixé un objectif de 700 000 tests PCR au début de leur mise en place. Ce nombre important de tests représente un coût d'environ 2,2 milliards d'euros pour l'année 2020<sup>277</sup>.

Il faut également ajouter à cela la mise en place des premières mesures du Ségur de la santé. Parmi ces premières mesures, il y a la revalorisation des revenus des personnels soignants des

---

<sup>272</sup> **COUR DES COMPTES**, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2020, p. 55.

<sup>273</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 74.

<sup>274</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 75.

<sup>275</sup> **SENAT COMMISSION D'ENQUETE COVID-19**, Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19, 2020, p. 190.

<sup>276</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 75.

<sup>277</sup> *Ibid.*

établissements de santé et des EHPAD. Ces revalorisations correspondent à 1,4 milliards d'euros des dépenses de santé pour l'année 2020<sup>278</sup>.

Les comptes de la Sécurité sociale ont été mis à mal par la pandémie. Des mesures dérogatoires ont donc été développées afin d'adapter le financement du système de santé à la pandémie et pour permettre de financer les solutions de gestion de crise mises en place.

## **Section 2 : L'adaptation du financement du système de santé à la crise sanitaire**

Au sein des adaptations mises en place dans le cadre de la situation sanitaire il y a l'introduction de décisions dérogatoires (§1). Ces décisions dérogatoires devaient permettre à tous les citoyens d'être le moins impacté possible par la crise sanitaire sur le plan financier ou même sanitaire. Pour financer les stratégies de réponse à la crise sanitaire des dépenses exceptionnelles ont été développées (§2).

### **§ 1 : Le développement de décisions dérogatoires dans le cadre de la pandémie de Covid-19**

Pour permettre à l'ensemble des travailleurs actifs de bénéficier des indemnités journalières de Sécurité sociale notamment pour des arrêts de travail en lien avec la pandémie, il a été décidé, de manière dérogatoire, un allègement des conditions d'octroi (A). Afin de ne pas augmenter les effets à court et long terme de la crise sanitaire sur l'état de santé français la téléconsultation a été encouragée (B).

#### **A- L'allègement des conditions pour bénéficier d'indemnités journalières de Sécurité sociales**

Le 31 janvier 2020 est adopté un décret relatif aux indemnités journalières de Sécurité sociale versées aux personnes qui doivent respecter des mesures d'isolement pour endiguer la propagation de l'épidémie. Ce décret dispose que « *les assurés qui se trouvent dans l'impossibilité de continuer à travailler, y compris à distance [...] peuvent bénéficier, au titre*

---

<sup>278</sup> **COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, p. 77.

*de cet arrêt de travail, des indemnités journalières* »<sup>279</sup>. Au sein de ce décret on retrouve également la suppression du délai de carence prévu, ainsi les assurés pouvaient recevoir leurs indemnités et le complément versé par l'employeur dès le premier jour de leur arrêt maladie<sup>280</sup>. Le décret initial a été modifié par un décret du 9 mars 2020 qui ajoute que les assurés parents d'enfant de moins de 16 ans qui font également l'objet de mesure d'isolement ou de maintien à domicile suite à la fermeture des établissements scolaires peuvent aussi bénéficier des indemnités journalières<sup>281</sup>. Cette mesure permet aux parents devant garder leurs enfants à domicile et ne pouvant se rendre à leur travail d'être indemnisés pendant cette période. Toutefois, ce sont les finances du système de santé qui sont impactés par cette mesure. Ce texte a depuis été abrogé par un décret du 8 janvier 2021.

D'autres dérogations en lien avec les indemnités journalières ont été mises en place pendant l'épidémie. L'ordonnance du 25 mars 2020 prévoit que les salariés qui seront en possession d'un arrêt de travail pourront bénéficier de l'indemnité complémentaire légale sans avoir besoin d'un an d'ancienneté comme le prévoit le Code du Travail<sup>282</sup>. Ce texte permet de mieux protéger les travailleurs pendant la période de crise sanitaire. Ainsi, ils pourront tous bénéficier des mêmes droits s'ils sont touchés par le Covid-19 ou une autre maladie quel que soit leur ancienneté au sein de l'entreprise. Cette même ordonnance va supprimer d'autres conditions jusqu'à maintenant nécessaire pour bénéficier de la complémentaire de l'entreprise. Le salarié n'aura plus besoin de justifier d'une carence de 48h pour toucher l'indemnisation complémentaire de son employeur ni besoin de se justifier sur le pays dans lequel il est soigné<sup>283</sup>. De plus, des employés de secteurs d'activité non bénéficiaires, en temps normal, d'indemnisations complémentaires pourront désormais en bénéficier. C'est le cas, par exemple, des saisonniers ou des intermittents<sup>284</sup>. Ainsi, un plus grand nombre de travailleurs sont couverts en cas de maladie.

---

<sup>279</sup> Décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus, JO 1<sup>er</sup> février 2020, texte n°10.

<sup>280</sup> *Ibid.*

<sup>281</sup> Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au Covid-19, JO 10 mars 2020, texte n°8.

<sup>282</sup> Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation, JO 26 mars 2020, texte n° 50.

<sup>283</sup> *Ibid.*

<sup>284</sup> **DERUE (A.)**, « Le droit de la protection sociale et l'état d'urgence sanitaire Covid-19 », *BJT*, 2020, p. 82.

## B- Le développement de la téléconsultation

La téléconsultation est un des actes médicaux de la télémédecine. La télémédecine est définie dans le Code de la Santé Publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* »<sup>285</sup>. La téléconsultation consiste en une consultation médicale réalisée par un médecin généraliste ou spécialiste à distance par l'intermédiaire d'un écran. Cet acte permet aux médecins de s'entretenir avec leurs patients même lorsqu'ils sont dans l'incapacité de se déplacer au cabinet. Jérôme Salomon, le directeur général de la santé, a, dès le début de la crise, invité les français à privilégier la téléconsultation à une consultation classique chez le médecin. Le Gouvernement a également décidé d'encourager la téléconsultation en mettant en place, dès le 18 mars 2020 leur prise en charge à 100%<sup>286</sup>. Auparavant ces actes étaient remboursés à 70%<sup>287</sup>.

Cette décision provisoire s'est étendue jusqu'au 31 juillet 2022<sup>288</sup>. L'objectif de cette mesure était que les personnes malades notamment pendant les confinements ne se déplacent pas chez leur médecin et ne prennent pas le risque de contaminer d'autres personnes. Cela permettait d'une part aux médecins travaillant dans le secteur des soins de ville de ne pas voir leur activité totalement diminuée et d'autre part de protéger le plus possible la population. Les personnes vivant dans des déserts médicaux ont également été favorisées par cette mesure : la télémédecine étant une des solutions pour avoir une prise en charge de qualité au sein des déserts médicaux. La téléconsultation a, dès lors, connu un essor fulgurant. Leur nombre a été multiplié par 100 entre février et avril 2020<sup>289</sup>. La semaine du 6 au 12 avril 2020, les téléconsultations représentaient 28% du total des consultations en France<sup>290</sup>. Cela illustre l'importance qu'a pris ce type de consultation lors du confinement.

---

<sup>285</sup> CSP., Art.L.6316-1.

<sup>286</sup> **FAGOT (V.)**, « Face au coronavirus, la téléconsultation médicale est encouragée », *Le Monde*, 2020.

<sup>287</sup> **ROSIER (F.)**, « Covid-19 : l'essor fulgurant de la télémédecine », *Le Monde*, 2020.

<sup>288</sup> <https://www.ameli.fr>

<sup>289</sup> **ROSIER (F.)**, « Covid-19 : l'essor fulgurant de la télémédecine », *Le Monde*, 2020.

<sup>290</sup> **CHERMANN (E.)**, « La crise liée au coronavirus consacre la télémédecine », *Le Monde*, 2020.

Pour faire face à la crise sanitaire des mesures dérogatoires ont été prises concernant les dépenses de santé. Celles-ci ont été accompagnées du développement de dépenses exceptionnelles pour financer certaines des réponses apportées à la pandémie.

## **§ 2 : l'apparition de dépenses exceptionnelles**

Pour répondre aux difficultés rencontrées au cours de la pandémie, de nombreuses actions vont être mises en place. Le caractère soudain et imprévisible de la crise ne permettant pas de prévoir les dépenses liées à celle-ci va engendrer la mise en place de dépenses exceptionnelles pour l'année 2020 (A). L'année 2021 va également connaître des dépenses exceptionnelles notamment pour couvrir le secteur de la prévention dans la lutte contre l'épidémie (B).

### A- Dépenses exceptionnelles 2020

Au cours de l'année 2020, 18,3 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles ont été débloqués<sup>291</sup>. Cette somme se décompose selon les types de dépenses :

- 4,8 milliards d'euros pour les équipements de protection des soignants, l'achat des masques, les molécules utilisées dans les services de réanimation, des respirateurs ainsi que les réactifs pour les tests PCR<sup>292</sup> ;
- 2,6 milliards d'euros pour les tests de dépistage qui étaient encore pris en charge à 100%<sup>293</sup> ;
- 3,7 milliards d'euros versés aux établissements de santé, ils correspondent à la réorganisation des soins effectuées par ces établissements pendant la pandémie. Cette somme permet de compenser les coûts imprévus qu'ont connu les établissements et notamment l'ouverture de plus de lits ou des coûts de personnels en hausse<sup>294</sup> ;
- 2,4 milliards d'euros qui correspondent au paiement des heures supplémentaires effectuées par le personnel soignant pendant la pandémie<sup>295</sup> ;

---

<sup>291</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 7.

<sup>292</sup> *Ibid.*

<sup>293</sup> *Ibid.*

<sup>294</sup> *Ibid.*

<sup>295</sup> *Ibid.*

- 2,4 milliards d'euros pour la prise en charge exceptionnelle d'arrêts maladie dérogatoires. Ces arrêts maladie étaient établis pour des gardes d'enfant pendant la fermeture des écoles ainsi que pour les cas-contact qui devaient s'isoler une semaine<sup>296</sup> ;

- 1,3 milliards d'euros pour les professionnels de santé exerçant en libéral, lesquels ont rencontré une forte baisse de leur activité pendant les périodes de confinement<sup>297</sup>.

Ces différentes dépenses exceptionnelles témoignent d'un manque d'anticipation sur certains points comme les équipements de protection mais également d'une adaptation rapide des établissements de santé avec l'augmentation des plages horaires des soignants et l'augmentation de leurs capacités d'accueil.

### B- Dépenses exceptionnelles pour l'année 2021

Au cours de l'année 2021, 14,8 milliards de dépenses exceptionnelles ont été engagées par l'assurance maladie<sup>298</sup>. Comme pour l'année 2020, cette somme se décompose selon les types de dépenses :

- 4,3 milliards d'euros de dotation pour l'achat de tests, vaccins et médicaments par l'agence Santé Publique France<sup>299</sup> ;

- 1,5 milliards d'euros pour la réalisation de la campagne de vaccination dans tous les secteurs de la santé<sup>300</sup> ;

- 6,2 milliards d'euros pour le financement des tests de dépistage qui ont été dans un premier temps pris en charge à 100%, puis, à partir du 15 octobre, pris en charge uniquement sur prescription d'un médecin ou lorsque les personnes sont déclarées comme cas-contact<sup>301</sup> ;

- 0,6 milliard d'euros pour la prise en charge des arrêts de travail dérogatoire correspondant à la garde d'enfant lors de la fermeture des écoles pendant le confinement ou aux cas contact covid devant s'isoler<sup>302</sup> ;

---

<sup>296</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 7.

<sup>297</sup> *Ibid.*

<sup>298</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 8.

<sup>299</sup> *Ibid.*

<sup>300</sup> *Ibid.*

<sup>301</sup> *Ibid.*

<sup>302</sup> *Ibid.*

- 2 milliards d'euros pour soutenir financièrement les établissements de santé et les établissements médico-sociaux dans leur lutte contre la pandémie<sup>303</sup>.

Entre l'année 2020 et l'année 2021, les dépenses restent sensiblement les mêmes. Ces dépenses montrent que le système de santé commence à s'habituer à la pandémie. Les dépenses sont globalement en baisse par rapport à 2020 notamment la prise en charge des arrêts de travail dérogatoires, le soutien financier aux établissements pour les aider dans la lutte contre la pandémie, l'achat de matériel de protection.

Toutefois, pour l'année 2021, certaines dépenses ont fortement augmenté. C'est le cas des tests de dépistage qui ont coûté 4 milliards d'euros de plus qu'en 2020. C'était la volonté du Gouvernement de *tester - alerter – protéger* dès la sortie du premier confinement. Le but étant de réduire le nombre de personnes atteintes en cassant les chaînes de contamination. La structure de la campagne de dépistage est l'une des plus performante d'Europe avec 12 000 sites où peuvent être effectués les tests avec un délai de réponse de moins de 24 heures<sup>304</sup>. Cela illustre également l'habitude prise par les français de se faire tester en cas de symptômes mais également pour le confort comme avant ou après des rassemblements ou pour des voyages. C'est pourquoi, le Gouvernement a fait le choix de mettre un terme à la gratuité totale des tests. Ces tests étaient également effectués, à la suite de la mise en place du pass sanitaire, par les personnes n'ayant pas de schéma vaccinal complet. Parmi les nouvelles dépenses, il y a la campagne de vaccination qui a été mise en place tout au long de l'année 2021 dans les différents secteurs de la santé et qui a nécessité d'importantes dépenses.

Si dans un premier temps, ce sont les effets à court terme sur les dépenses et les recettes qui ont entraîné la mise en place de financements dérogatoires et qui ont été mis en avant, la crise sanitaire a également eu des conséquences à plus long terme sur les comptes de la Sécurité sociale et notamment son déficit.

---

<sup>303</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 8..

<sup>304</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 10.

## **Chapitre II : Les effets à long terme de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale**

Le coronavirus comme expliqué précédemment est venu perturber les prévisions qui avaient été faites pour l'année 2020 et les suivantes. Si par le passé l'ONDAM avait été créé pour permettre de réguler les dépenses de santé et permettre de remettre les comptes à l'équilibre. Aujourd'hui, l'intégralité de ses prévisions ont été ébranlées (Section 1). Par conséquent, les comptes de la Sécurité sociale connaissent actuellement un déficit record et aucune date de retour à l'équilibre n'est prévue pour le moment. Il est donc nécessaire de se tourner vers la fin de la crise afin de permettre sur du long terme aux comptes de se rééquilibrer (Section 2).

### **Section 1 : Le bouleversement des prévisions de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie**

L'ONDAM de 2020 a été fortement perturbé par la crise sanitaire et les décisions politiques qui en ont découlé (§1). Pour l'année 2021, la pandémie étant toujours présente sur le territoire, il a été difficile d'établir des prévisions (§2).

#### **§ 1 : L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour 2020 très perturbé**

Le taux de l'ONDAM a été beaucoup plus élevé que ce qui avait été prévu dans la LFSS initiale pour 2020 (A), cela est en partie dû aux lois de finances rectificatives qui ont été adoptées au cours de l'année (B).

##### **A- L'accroissement élevé de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour l'année 2020**

Pour l'année 2020, il était prévu une augmentation de l'ONDAM de 2,3%. Il faut toutefois noter que l'ONDAM était la plupart du temps sous-exécuté. Toutefois, l'avènement de la crise sanitaire, non-anticipée lors de la création des estimations de l'ONDAM pour 2020, vient totalement bouleverser ses prévisions. L'ONDAM à la fin de l'année 2020 connaît donc un écart important par rapport aux prévisions faites dans la LFSS pour 2020. Au total, c'est 14 milliards d'euros de dépenses en plus de celles initialement prévues. Ce chiffre correspond à une augmentation de 9,5% de l'ONDAM ce qui est nettement supérieur aux 2,3% prévus dans la LFSS pour 2020.

Ce sont majoritairement les dépenses des établissements de santé qui se sont élevées à 8,4 milliards d'euros dont 4,5 milliards d'euros de dotation pour des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire ainsi que les dotations versées à Santé Publique France d'environ 4.8 milliards d'euros qui ont amené à ce déséquilibre<sup>305</sup>. Cette dotation a permis l'achat d'équipements de protection individuel, de masques, de respirateurs, de composants pour les tests PCR etc. Ces dépenses étaient imprévisibles fin 2019 quand les estimations pour l'ONDAM 2020 ont été étudiées ce qui explique l'écart important qui en résulte.

#### B- Les conséquences des lois de finances rectificatives pour l'année 2020 et autres mesures du Gouvernement sur l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

L'année 2019 a été importante pour l'ONDAM car elle correspondait à la dixième année consécutive au cours de laquelle l'ONDAM était sous exécuté. Le taux de l'ONDAM pour l'année 2020 était fixé à 2,3%. Ce taux a été réévalué à de nombreuses reprises à travers les lois de finances rectificatives qui ont été adoptées au cours de l'année 2020. Le bond de l'ONDAM est en lien avec l'augmentation des dépenses de la branche maladie. En effet, les prévisions pour l'évolution des dépenses des branches accident du travail et maladie professionnelle, famille, et vieillesse ont été respectées. Ce sont en partie les décisions prises lors des lois de finances rectificatives qui ont amené à ce décalage. Il y a par exemple les premières mesures du Ségur de la santé qui ont été prévues dans les lois de finances rectificatives. Les revalorisations salariales des personnels soignant sont donc prises en charge au sein de l'ONDAM. Celles-ci s'élèveraient à 1 milliard d'euro<sup>306</sup>. On retrouve également les dotations supplémentaires versées à Santé Publique France qui s'élèvent à 4,8 milliards d'euro pour 2020<sup>307</sup>. Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie indique dans ses différents avis sur le respect de l'ONDAM publié en 2020 que l'activation de l'état d'urgence sanitaire puis des mesures de confinements ont largement affecté les dépenses couvertes par l'ONDAM comme avec l'augmentation du nombre d'indemnités journalières de la Sécurité sociale. Ce comité évoque la possibilité dans la prochaine LFSS de rectifier les prévisions de

---

<sup>305</sup> COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SENAT, Rapport d'information Sécurité sociale : après la tempête retrouver un cap, p 5.

<sup>306</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, Annexe 7 : l'ONDAM et dépenses de santé, p. 9.

<sup>307</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, Annexe 7 : l'ONDAM et dépenses de santé, p. 12.

l'ONDAM pour 2020 afin d'y intégrer les dépenses imprévues qui ont été générées par la pandémie<sup>308</sup>.

Si lors de la conception de la LFSS pour 2021 et de l'ONDAM le Gouvernement ainsi que le Parlement avaient espoir que la crise sanitaire ait des conséquences moins importantes sur la société il en a été différemment. C'est pourquoi il a été complexe d'établir des prévisions concernant les dépenses de la Sécurité sociale.

## **§ 2 : Le difficile établissement des prévisions de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie en temps de crise**

Les prévisions pour les années à venir sont difficiles à faire. Les prévisions de l'ONDAM l'illustrent parfaitement car depuis deux ans les prévisions qui sont faites pour l'année (A), sont retravaillées au cours de celle-ci (B).

### A- Les prévisions faites pour l'année 2021 ...

L'ONDAM, pour l'année 2021, a été construit sur l'hypothèse que la circulation du virus serait active sur le territoire mais davantage maîtrisée qu'en 2020. Cette hypothèse comprenait également une reprise d'activité pour les différents secteurs du soin notamment celui des soins de ville qui a été affecté sur le premier semestre de l'année 2020. Pour l'année 2021, 4,3 milliards d'euros étaient prévus pour couvrir les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie<sup>309</sup>. Les 4,3 milliards d'euros se décomposaient de la façon suivante :

- 2 milliards d'euros qui correspondaient à la prise en charge à 100% des tests biologiques<sup>310</sup>,
- 1,5 milliards d'euros pour couvrir la campagne de vaccination qui a débuté au début de l'année 2021<sup>311</sup>,

---

<sup>308</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du Comité d'alerte n°2020-2 sur le respect de l'ONDAM, 2020, p. 2.

<sup>309</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, p. 1.

<sup>310</sup> *Ibid.*

<sup>311</sup> *Ibid.*

- 0,7 milliard d'euros qui correspondaient à la distribution gratuite de masques à destination de certaines personnes fragiles atteintes d'affection longue durée par exemple<sup>312</sup>.

Au sein des prévisions on ne retrouvait donc pas de budget à destination des établissements de santé afin de les aider dans la lutte contre la pandémie. De plus, les 1,5 milliards d'euros prévus pour la campagne de vaccination devait couvrir à la fois les doses de vaccins et le paiement des professionnels de santé effectuant des heures de vaccination. Enfin, au cours de l'année 2021, un nouveau confinement a été mis en place tout comme des couvre-feux en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Cela illustre que le virus était encore bien présent sur le territoire et parfois peu maîtrisé. Ainsi, il était prévisible que ces estimations soient réétudiées à la hausse en cours d'année.

#### B- ... une nouvelle fois réétudiées

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie précise, toutefois, dans un avis sur le respect de l'ONDAM publié en juin 2021, que dès le premier semestre de l'année 2021, les prévisions faites pour les dépenses exceptionnelles dans l'ONDAM tendaient à être dépassées. Une nouvelle trajectoire des dépenses de santé pour l'année 2021 a été transmise à la commission européenne au mois d'avril 2021. Celle-ci estimait les dépenses exceptionnelles à 13,4 milliards d'euros pour l'année 2021. Cette nouvelle estimation s'analyse ainsi :

- 4,6 milliards d'euros pour la campagne de vaccination dont une dotation de 3,2 milliards d'euros pour Santé Publique France afin de couvrir les besoins en vaccins<sup>313</sup>. Ce budget permet d'obtenir une couverture vaccinale de 70% de la population<sup>314</sup>. En cas de couverture vaccinale plus importante, celui-ci devra être réévalué. Au 31 décembre 2021, le site du Ministère des Solidarités et de la Santé annonçait que 76,8% de la population avaient un schéma vaccinal complet<sup>315</sup>. Cela signifie que la somme allouée à la campagne de vaccination a été revue à la hausse. La première estimation sur le coût de la campagne de vaccination avait été faite avant même que celle-ci ne commence, ce qui explique l'écart conséquent entre les prévisions initiales et celles faites en avril.

---

<sup>312</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, p. 1.

<sup>313</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, p. 2.

<sup>314</sup> *Ibid.*

<sup>315</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr>

- 4,9 milliards d'euros pour la campagne de dépistage du Covid-19. Le nombre de tests effectués au cours de l'année 2021 a largement dépassé les prévisions établies lors de la conception de l'ONDAM. Ainsi, le budget alloué à la campagne de test a été dépassé dès les premiers mois de l'année 2021 s'élevant à 2,6 milliards d'euros dépensés dès avril<sup>316</sup>. Les contrats passés entre l'Etat et les entreprises fournissant les tests ont été renégociés au cours de l'année 2021. De plus, à compter du 15 octobre 2021, la gratuité systématique des tests de dépistage a pris fin<sup>317</sup>. Cette mesure a permis de ralentir la hausse des dépenses de l'Etat concernant les tests de dépistage.

- 1,4 milliards d'euros de surcoûts au sein des établissements de santé qui se rapportent à des dépenses de personnel, une baisse des recettes au cours du premier semestre de 2021<sup>318</sup>.

- 1,1 milliards d'euros de dotations versée à Santé Publique France qui correspondent à des dépenses exceptionnelles de crise ne rentrant pas dans la campagne de vaccination pour laquelle Santé Publique France a déjà obtenu une autre dotation<sup>319</sup>.

- 1,4 milliards d'euros qui se réfèrent à la réalisation d'autres mesures comme les indemnités journalières liées à la pandémie, à l'achat de masque ou à des aides apportées au secteur médico-social<sup>320</sup>.

Le comité, en plus de constater une hausse des prévisions des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie pour 2021, s'inquiète pour les dépenses non liées au Covid-19 qui pourraient également augmenter plus que prévu. Il indique qu'il faut rester vigilant concernant toutes les strates des dépenses du système de santé et pas uniquement se concentrer sur les dépenses liées à la pandémie.

Comme vu précédemment, les dépenses exceptionnelles seront plus importantes que celles réévaluées au mois d'avril. C'est en partie ce bouleversement des prévisions de l'ONDAM et les dépenses exceptionnelles qui en découlent qui ont creusé le déficit des comptes de la Sécurité sociale. Celui-ci a atteint, au cours de l'année 2020, un déficit record.

---

<sup>316</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, p. 2.

<sup>317</sup> <https://www.service-public.fr>

<sup>318</sup> **COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, p. 2.

<sup>319</sup> *Ibid.*

<sup>320</sup> *Ibid.*

## **Section 2 : D'un déficit record vers la sortie de crise**

L'augmentation des dépenses, la baisse des recettes ainsi que le bouleversement inquiétant des prévisions faites pour l'ONDAM ont engendré un déficit record des comptes de la Sécurité sociale (§1). Celui-ci mettra des années à se résorber et le retour à l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale semble être une utopie. Pourtant, il est important de réfléchir au financement du système de santé pour la sortie de la crise (§2).

### **§ 1 : La présence d'un déficit jamais atteint pour les comptes de la Sécurité sociale**

Le déficit des comptes de la Sécurité sociale n'a jamais été aussi important que ces deux dernières années, il a été estimé à un taux record à la fin de l'année 2020 (A), avant d'être réévalué à la baisse en 2021 (B).

#### **A- Un déficit record estimé à 46,6 milliards d'euros fin 2020**

La crise sanitaire actuelle a des effets sur les finances publiques en général et sur les finances sociales en particulier. C'est la situation la plus grave que la France ait connu depuis la seconde guerre mondiale concernant les finances publiques. Notamment par la généralisation de la crise sanitaire (aucun secteur n'est épargné) et par son ampleur (l'ensemble du territoire français est impacté par la Covid-19 depuis plus d'un an et pour une durée indéterminée). Le PLFSS pour 2021 fait état d'une augmentation du déficit du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2020 de 44,7 milliards d'euros faisant atteindre au déficit un taux record de 46,6 milliards d'euros<sup>321</sup>. A titre de comparaison, le précédent record de déficit avait été atteint en 2010 et s'établissait à 28 milliards d'euros<sup>322</sup>. C'est la branche maladie, qui a été la plus sollicitée pendant la crise sanitaire, qui engendre une grosse partie de ce déficit. Cela s'explique par les nombreuses dépenses exceptionnelles qui ont été délivrées tout au cours de l'année pour lutter contre la pandémie. La pandémie a eu un effet ciseau sur les comptes de la Sécurité sociale faisant accroître les dépenses et réduire les recettes. C'est cet effet qui a contribué à l'aggravation du déficit. De plus, la difficile reprise de l'activité économique, notamment du secteur du tourisme, de la restauration et de la culture, avec la mise

---

<sup>321</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, 2020, p. 2.

<sup>322</sup> *Ibid.*

en place d'un second confinement fin octobre 2020 et l'instauration de couvre-feu à différents moments de l'année, n'a pas permis de réduire les effets de la crise sanitaire.

#### B- Des estimations revues à la baisse au cours de l'année 2021

Le PLFSS pour 2022 indique que le déficit pour l'année 2020 du régime général de la Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse s'élève à 38,7 milliards d'euros soit 7,9 milliards d'euros de moins que ce qui avait été annoncé un an plus tôt<sup>323</sup>. Le déficit des comptes de la Sécurité sociale estimé pour la fin de l'année 2021 était de 34,6 milliards d'euros. Ces chiffres semblent rassurants car ils montrent une diminution du déficit alors même que la pandémie de Covid-19 a eu de grandes conséquences sur l'année 2021. Des dépenses non-prévues en 2020 ou dans des proportions moins importantes ont eu lieu en 2021 comme la campagne de vaccination et le développement des tests de dépistage. Le fait que le déficit soit moindre laisse espérer qu'un possible retour à l'équilibre des comptes est envisageable bien que ce ne soit qu'à moyen ou long terme. Ce déficit moins élevé s'explique par des recettes plus importantes que celles prévues dans la LFSS pour 2021. Sur l'année, elles ont augmenté de 3,4% alors qu'une période de confinement a eu lieu au cours du mois d'avril<sup>324</sup>. Cela laisse présager une reprise économique et donc un impact moins important sur les cotisations sociales et patronales notamment dans le secteur privé. Néanmoins, il faut rester prudent pour le déficit de l'année 2022 car les dépenses de la Sécurité sociale n'ont pas cessé d'augmenter au cours de l'année 2021 : elles sont en hausse de 6,3% par rapport à 2020<sup>325</sup>. Ainsi, pour l'année 2022, il faudra que les recettes continuent d'augmenter mais également que les dépenses de la Sécurité sociale diminuent par rapport à ces deux dernières années pour que le déficit continue de régresser.

Si l'on sait, d'ores et déjà, qu'un déficit important sera présent pour les prochaines années dans les comptes de la Sécurité sociale. Il est néanmoins important de préparer la sortie de crise afin de ne pas accroître ce déficit et de se préparer à l'arrivée potentielles de futures situations sanitaires complexes.

---

<sup>323</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, 2021, p. 1.

<sup>324</sup> *Ibid.*

<sup>325</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, 2021, p. 2.

## § 2 : Le financement d'après crise

Si, lors des années 2020 et 2021, le système de santé a été fortement impacté par la crise sanitaire notamment le financement des comptes de la Sécurité sociale, l'adaptation du système de santé à la pandémie laisse espérer une atténuation des effets de la crise sur ce même système. C'est pourquoi les prévisions des finances de la Sécurité sociale et de l'ONDAM pour l'année 2022 sont encourageantes (A). Néanmoins, pour réduire les conséquences d'une future crise sanitaire il semble nécessaire d'anticiper les crises futures (B).

### A- Les prévisions pour l'année 2022

Pour la première fois depuis sa création, l'ONDAM est estimé à la baisse dans la LFSS pour 2022. Lorsque l'on regarde le taux de l'ONDAM hors dépenses liées au coronavirus, celui-ci augmente de 6,8% par rapport à 2021<sup>326</sup>. Quand on ajoute les dépenses liées à la pandémie de Covid-19, alors les prévisions estiment une diminution de 1% de l'ONDAM pour 2022<sup>327</sup>. Cela est rassurant pour l'équilibre financier du système de santé. Cela signifie que les dépenses engendrées et notamment celles liées à la pandémie seront moins importantes cette année. Il est possible que cette baisse soit liée au fait que certains stocks ont été refaits ces deux dernières années comme pour les matériaux de protection et donc que les commandes qui seront effectuées cette année seront moins importantes et donc moins chères. De plus, l'année 2022 est envisagée comme une continuité de 2021 et donc il est espéré qu'il n'y ait pas de regain épidémique poussant le Gouvernement à instaurer, de nouveau, un confinement. Le fait qu'il n'y ait pas de nouveau confinement permettrait de faire des économies concernant certaines dépenses exceptionnelles comme les arrêts maladie dérogatoires pour les parents qui gardent leurs enfants lors de la fermeture des écoles. Cela impliquerait également une diminution des heures supplémentaires réalisées par le personnel soignant et un appui financier moins important pour les établissements de santé et médico-sociaux. Le déficit pour l'année 2022 est estimé en baisse de 37,5% par rapport à 2021 avec un total de 21,6 milliards d'euros<sup>328</sup>. La PLFSS prévoit une importante progression des recettes du régime général de la Sécurité sociale

---

<sup>326</sup> LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022n J.O du 24 décembre 2021, texte n°1.

<sup>327</sup> *Ibid.*

<sup>328</sup> COMMISSION DES FINANCES SENAT, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, 2021, p. 2.

et du fonds de solidarité vieillesse et des dépenses qui évolueraient moins rapidement que ces deux dernières années.

Concernant les dépenses exceptionnelles pour l'année 2022. Le projet de loi de financement pour 2022 estime 4,9 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles en lien avec la pandémie actuelle<sup>329</sup>. Parmi ces 4,9 milliards d'euros 3,3 milliards correspondent à la prise en charge de la campagne de vaccination de l'achat de doses de vaccins à la réalisation de celle-ci<sup>330</sup>. Les 1,6 milliards d'euros restant sont attribués au remboursement des tests de dépistage qui seront prescrits aux personnes malades et cas contact<sup>331</sup>.

### B- L'importance d'anticiper les crises futures

Les mesures qui ont été prises au cours de ces deux dernières années illustrent parfaitement l'intérêt de se préparer à de futures crises. Bien qu'il soit impossible de prédire l'émergence d'une crise sanitaire, il est possible de préparer au mieux le système de santé et son financement à la possibilité d'une mise en tension du système de santé français.

Les différentes mesures financières prises lors de la crise montrent que le système n'était pas prêt à lutter contre une pandémie et donc cela a induit de nombreux coûts. Il est donc important d'anticiper à travers la gestion de stocks qui doit être réévaluée chaque année et sous une surveillance régulière afin de ne pas se trouver dépourvu en cas de besoins et d'en payer le prix fort lors des premières commandes. La recherche doit également être encouragée notamment financièrement afin de préparer à un éventuel développement de vaccin en cas de nouvelle épidémie.

Les capacités d'accueil doivent également être réévaluées régulièrement selon les besoins du territoire et dans l'optique qu'il est possible qu'une crise sanitaire survienne. Il serait dès lors intéressant de garder une capacité d'accueil pour les services de réanimation proche de celle atteinte lors de la première vague de l'épidémie. En effet, une fois la première vague finie les autorisations dérogatoires délivrées ont pris fin et le nombre de lit a logiquement diminué. Cependant, en cas de regain de l'épidémie il faudra de nouveau créer de nouveaux services éphémères ce qui va de nouveau engendrer des coûts.

---

<sup>329</sup> Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, p. 9.

<sup>330</sup> *Ibid.*

<sup>331</sup> *Ibid.*

Concernant les comptes de la Sécurité sociale, la crise sanitaire a démontré les limites de la répartition des recettes. Si la volonté de solidarité mise en avant lors de la création de la Sécurité sociale est respectée par ce mode de financement il ne permet pas d'être effectif en cas de crise affectant l'ensemble de la société. En effet, si pour les SSE et crises sanitaires passées ce type de financement n'avait pas posé de problème. Ici, dans le cadre des différents confinements mis en place, le fait que le financement repose en grande partie sur les cotisations pose problème car toute une partie du financement est alors suspendue. Alors l'équilibre des comptes qui était déjà déstabilisé par l'augmentation logique des dépenses l'est d'autant plus car les recettes sont en baisse. Dans l'objectif d'anticiper de nouvelles crises sanitaires il serait intéressant de mettre en place un mode de financement qui ne serait que peu affecté par une crise paralysant l'ensemble de la société.

## **Conclusion :**

Pour conclure, les limites qui ont été rencontrées à la fois dans l'organisation du système de santé pendant la pandémie et dans la conception des comptes de la Sécurité sociale en temps de crise sont similaires. Le point principal est le manque d'anticipation. Celui-ci a engendré la mise en place de mesures exceptionnelles qui ont entraîné une forte hausse des dépenses. Ces dépenses n'avaient pas été prévues lors de l'établissement des prévisions ce qui a abouti sur la conception de loi de finances rectificatives qui ont largement rehaussé l'ONDAM.

Ainsi ce sont les décisions prises dans l'organisation du système de santé qui ont participé à la perturbation des comptes de la Sécurité sociale. Ces deux pans du système de santé doivent donc examiner les différentes parties de la gestion de la crise afin d'en tirer des leçons pour l'avenir.

La crise sanitaire étant encore présente sur le territoire, cette évaluation est difficile à établir. Toutefois, elle est nécessaire pour ne pas continuer de déstabiliser le système de santé pour les années à venir. Les prévisions concernant les comptes de la Sécurité sociale pour l'année 2021 ont été revues à la hausse. Cette réévaluation est la conséquence d'une évolution moins favorable de la pandémie que celle estimée. Cela illustre la difficulté d'évaluer les recettes et les dépenses de Sécurité sociale pour les prochaines années. Ces dépenses sont toutefois nécessaires dans le cadre de la crise et ne sont, pour la plupart, pas pérennes ce qui laisse espérer une baisse des dépenses pour l'année 2022 et les suivantes. Certaines des dépenses effectuées dans le cadre de la pandémie s'avèrent être positives pour l'avenir comme la reconstitution des stocks de matériaux de protection ou encore les revalorisations salariales des soignants.

Dans le même temps, le système de santé va devoir faire face à des défis présents de longue date. Parmi ces défis, il y a l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire français qui entraîne des déserts médicaux. Au cours du confinement, la téléconsultation a été largement plébiscitée et celle-ci est une des solutions envisagées pour les territoires sous-dotés. Depuis le début de la crise sanitaire, de plus en plus de personnes effectuent des actes de télémédecines. De ce fait, la crise a peut-être permis de mettre en avant ce nouveau type de consultation. Le vieillissement de la population fait également partie des défis qui attendent le système de santé. C'est pourquoi, le 7 août 2020, a été créée une nouvelle branche de la Sécurité sociale en charge de la vieillesse et de la perte d'autonomie. La création de cette nouvelle branche va créer, à nouveau, des difficultés lors de la constitution des comptes de la Sécurité

sociale car il faudra revoir la part des recettes pour chacune des branches. De plus, de nouvelles dépenses vont s'ajouter à celles déjà existantes.

## **Bibliographie :**

### **Ouvrages :**

**BONNET (X.), PONCHON (F.),** *L'usager et le monde hospitalier*, Fondamentaux, 2018, 288 p.

**DE GIRARDIN (E.),** *La politique universelle : décret de l'avenir*, 1852, 344 p.

**DHAENE (G.),** *Santé Internationale*, Presse de Sciences Po, 2011, 586 p.

**LAGADEC (P.),** *Cellule de crise : Les conditions pour une conduite efficace*, Edition d'organisation, 1995, 176 p.

**NEZOZI (G.),** *La protection sociale*, La documentation française, 2021, 357 p.

### **Articles d'ouvrage :**

**BONNET (X.), PONCHON (F.),** « Fiche 36. Les dépenses hospitalières et les dépenses de santé. », *L'usager et le monde hospitalier*, Fondamentaux, 2018, p.190-193.

**CALABRO (D.), LOESCH (E.),** « Chapitre 4. La mobilisation des établissements du secteur privé non lucratif face à la Covid-19 : l'exemple de la Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse », *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience*, EMS Editions, 2020, p 58-77.

**RAIMONDEAU (J.),** « Chapitre 14. Veille et sécurité sanitaires, gestion des situations sanitaires exceptionnelles » *Manuel de santé publique*, Presses de l'EHESP, coll. « Références Santé Social », 2020, p. 395 – 418.

**ZOLLA (E.),** « Chapitre 11. Du plan Vigipirate au plan Orsec ... quelques plans relatif à la sécurité », *La gestion des risques dans les établissements et services médico-sociaux*, Dunod, 2017, p 375 – 386.

### **Articles de revue :**

« Coronavirus : 1, 2 et 3 ... que veulent dire les différents stades de l'épidémie ? », *Le Monde*, 2020.

« Covid-19 '‘Nous allons pousser les murs’' en réanimation, indiquent les cliniques privées, qui pourraient ouvrir 7 000 lits », *France Info*, 2020.

« Dix ans après leur création, les agences régionales de santé face au Covid-19 », *Vie publique*, 2020.

« La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19. », *Sante Publique*, n°32, 2020, p.5-7.

« Vaccin contre le Covid : deux mois après le début de la campagne, où en est la France ? », *Huffington Post*, 2020.

**BEGUIN (F.)**, « Près de 3,8 millions de français vivent dans un désert médical », *Le Monde*, 2020.

**BONNICI (B.)**, « Le système de santé français à l'épreuve de la pandémie. », *Gestions Hospitalières*, n°607, 2021.

**BOUILLON (H.)**, « Le préfet et la pandémie : comment le coronavirus relève les transformations de l'Etat », *The conversation*, 2021.

**BRUAT (C.)**, « Les institutions publiques dans la gestion de la crise : Qui a fait quoi ? » *ADSP*, n°116, 2021, p.23-26.

**CAYRE (V.)**, « La crise nous a montré qu'il faut que nous soyons capables de réactivité, d'adaptabilité », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2021, p.85-89.

**CHAMPEIL-DESPLATS (V.)**, « Qu'est-ce que l'état d'urgence sanitaire ? D'un état d'urgence à l'autre, ou l'intégration des régimes d'exception dans les États de droit contemporains », *Revue française d'administration publique*, n°176, 2020, p.875-888.

**CHERMANN (E.)**, « La crise liée au coronavirus consacre la télémédecine », *Le Monde*, 2020.

**COTTIN (J.)**, « Covid-19 : l'aide à domicile en première ligne », *UNIOPSS*, 2020, p. 18.

**DAB (W.)**, « Nous avons des institutions de sécurité sanitaire, mais pas de politique de sécurité sanitaire », *Revue française des affaires sociales*, n°2, 2021, p.91-96.

**DAGME (M.)**, « Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde*, 2020.

**DERUE (A.)**, « Le droit de la protection sociale et l'état d'urgence sanitaire Covid-19 », *BJT*, 2020, p. 82.

**DERUE (A.)**, « Le droit de la protection sociale et l'urgence sanitaire Covid-19 », *Bulletin Joly Travail*, La base Lextenso, n°5, 2020, p.82.

**DHAENE (G.)**, *Santé Internationale*, Presse de Sciences Po, 2011, 586 p.

**DUARTE (A.-P.)**, « Apprenance en situation de crise : L'expérience de la pandémie de Covid-19 », *ADSP*, n°116, 2021, p.59-61.

**ERNER (G.)**, "Pénurie de masques : que s'est-il passé ?", France Culture, 2020.

**FAGOT (V.)**, « Face au coronavirus, la téléconsultation médicale est encouragée », *Le Monde*, 2020.

**FESSLER (J.-M.)**, « Gestion de crise », *Gestion hospitalière*, n°439, 2004.

**FOUCART (S.), HOREL (S.)**, « Dépistage du coronavirus : les raisons du fiasco français sur les tests », *Le Monde*, 2020.

**GALLET (L.)**, « Un modèle de gestion structuré et responsabilisant », *Regards*, 2018, p. 37-44.

**GODELUCK (S.)**, « Budget 2022 : Des dépenses de santé toujours généreuses », *Les Echos*, 2021.

**GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : la loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, 2020, p. 5.

**GUILLET (N.)**, « L'épidémie de Covid-19 et les finances publiques : La loi de finances rectificative du 23 mars 2020 », *Petites affiches*, La base Lextenso n°098, 2021, p.5.

**HECKETSWEILER (C.)**, **HERZBERG (N.)**, **ROUCAUTE (D.)**, « Rythme, approvisionnement, gestion des priorités... Les questions que soulève la stratégie vaccinale française », *Le Monde*, 2020

**HOREL (S.)**, « Coronavirus : pourquoi la France ne dépiste pas davantage ? », *Le Monde*, 2020.

**KOUCHNER (J.)**, **LEFORT (L.)**, **CLAUSENER (M.)**, « Les effets d'une communication dans l'urgence, dans un contexte d'incertitude », *ADSP*, n°116, 2021, p.53-55.

**LAFON (C.)**, « Covid-19 : la chronologie d'une épidémie mondiale apparue en janvier 2020 », *Sud Ouest*, 2022.

**LE PEN (C.)**, « Coronavirus : en 2007, la France avait su mettre au point un dispositif de protection très ambitieux contre les épidémies », *Le Monde*, 2020.

**LHOMME (F.)**, **DAVET (G.)**, « 2017-2020 : Comment la France a continué à détruire son stock de masques après le début de l'épidémie », *Le Monde*, 2020.

**LHOMME (F.)**, **DAVET (G.)**, « La France et les épidémies : 2007 – 2010, l'apogée du principe de précaution », *Le Monde*, 2020.

**LHOMME (F.)**, **DAVET (G.)**, « La France et les épidémies : 2010-2011, le changement de doctrine », *Le Monde*, 2020.

**MANSOUR (Z.)**, **LEPELLETIER (D.)**, « Covid-19 : Une crise sanitaire inédite. », *ADSP*, n°116, 2021, p.1.

**MONCONDUIT (M.)**, « Le système de santé français, espoirs et réalités », *Etudes*, 2016, p.43-56.

**PARNEIX (P.)**, **PITTET (D.)**, « Regard sur la gestion de la crise. », *ADSP*, n°116, 2021, p.26-28.

**ROSIER (F.)**, « Covid-19 : l'essor fulgurant de la télé-médecine », *Le Monde*, 2020.

**ROUSSELLIER (N.)**, « L'État à l'âge de la crise sanitaire. *Etudes*, n°9, 2020, p.33-44.

**SENECLAT (A.)**, **FERRER (M.)**, « Covid-19 : les limites du calcul des taux d'occupation des lits de réanimation », *Le Monde*, 2020.

**SUPERTINO (G.)**, « 70 ans de la Sécu : et le trou, quel âge a-t-il ? » *Europe 1*, 2015.

**TABUTEAU (D.)**, « Législations et épidémies. », *Les Tribunes de la sante*, n°66, 2020, p.75-88.

**TRUCHET (D.)**, *L'urgence sanitaire*, RDSS, 2007, n° 3, 14 Mai 2007, p.411 – 412.

## Avis, Rapports, Dossiers de presse, Guides :

**AGENCE REGIONALE DE SANTE NORD - PAS-DE-CALAIS**, *Guide d'élaboration du plan bleu à destination des établissements médico-sociaux*, 2014, 98 p.

**COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du comité d'alerte n°2021-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 2021, 7 p.

**COMITE D'ALERTE SUR L'EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE**, Avis du Comité d'alerte n°2020-2 sur le respect de l'ONDAM, 2020, 2 p.

**COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SENAT**, Rapport d'information Sécurité sociale : après la tempête retrouver un cap, 12 p.

**COMMISSION DES FINANCES SENAT**, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, 2020, 6 p.

**COMMISSION DES FINANCES SENAT**, L'essentiel sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022, 2021, 4 p.

**COUR DES COMPTES**, « Les établissements de santé face à la première vague de Covid-19 : exemples néo-aquitains et franc-comtois », *Rapport public annuel tome 1*, 2021, 32 p.

**COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultat 2020 prévisions 2021 et 2022, 2021, 328 p.

**COUR DES COMPTES**, Les comptes de la Sécurité sociale résultats 2019 – prévisions 2020 et 2021, 2020, 312 p.

**COUR DES COMPTES**, Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation, 2021, 194 p.

**COUR DES COMPTES**, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2020, 420 p.

**DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2020, 2021, 44 p.

Dossier de presse PLFSS 2020, 2019, 40 p.

**DREES**, « Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie », *Les dossiers de la DREES*, n°27, 2020, 39p.

**DREES**, *Les dépenses de santé en 2020*, Edition 2021, 224 p.

**DREES**, *Synthèse Covid-19*, 2022, 14 p.

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**, Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé, 2006, 184 p.

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES**, Guide de l'établissement de santé en tension, 2005, 26 p.

**MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS**, « Dossier de presse : L'établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires », 2009, 5 p.

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, Guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et de situations sanitaires exceptionnelles, 2019, 222 p.

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Guide méthodologique de préparation à la phase épidémique de Covid-19*, 2020, 54 p.

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Guide méthodologique de préparation au risque épidémique Covid-19*, 2020, 42 p.

**MINISTERE DU TRAVAIL**, Dispositif exceptionnel d'activité partielle : précisions sur les évolutions procédurales et questions réponse, 2020, 65p.

**SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, 15 p.

**SANTE PUBLIQUE FRANCE**, Guide pédagogique : la réserve sanitaire un renfort en cas de situations sanitaires exceptionnelles, 2020, 15 p.

**SENAT COMMISSION D'ENQUETE COVID-19**, *Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19*, L'essentiel 2020, 16 p.

**SENAT COMMISSION D'ENQUETE COVID-19**, Santé publique : Pour un nouveau départ, leçons de l'épidémie de Covid-19, 2020, 486 p.

**SENAT**, *Rapport d'information n° 388*, « Chronique d'une pandémie annoncée : la gestion du "stock national santé" par l'EPRUS », 2009.

**SENAT**, *Rapport d'information n°625*, « l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires : comment investir dans la sécurité sanitaire de nos concitoyens ? », 2015, 72 p.

## **Législation :**

### Loi constitutionnelle :

Loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République, J.O du 24 juillet 2008, p. 10.

### Lois :

Loi n°55-385 du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence, J.O. 7 avril 1955, p. 3479.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O 11 août 2004, p.43.

Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019, JO du 30 décembre 2018, texte n°1.

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, J.O du 26 juillet 2019, texte n°3.

Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020, J.O du 27 décembre 2019, texte n°1.

Loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 24 mars 2020, texte n°1.

Loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 24 mars 2020n texte n°1.

Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid-19, J.O, 24 mars 2020, texte n°2.

Loi n°2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 26 avril 2020, texte n°1.

Loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 31 juillet 2020, texte n°1.

Loi n°2020-1473 du 30 novembre 2020 de finances rectificative pour 2020, J.O du 1<sup>er</sup> décembre 2020, texte n°1.

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, J.O du 15 décembre 2020, texte n°1.

Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la Sécurité sociale pour 2022n J.O du 24 décembre 2021, texte n°1.

### Ordonnances :

Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale, J.O du 6 octobre 1945, p. 6280.

Ordonnance n°2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, JORF n° 0089 15 avril 2016, texte n°40.

Ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 adaptant temporairement les conditions et modalités d'attribution de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail et modifiant, à titre exceptionnel, les dates limites et les modalités de versement des sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation, JO 26 mars 2020, texte n° 50.

#### Jurisprudences :

Conseil d'Etat, 7 juillet 1950, Dehaene, n° 1645, *Lebon*.

Conseil d'Etat, 7 janvier 1976, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, n° 92162, *Lebon*.

#### Décrets :

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus, JO 1<sup>er</sup> février 2020, texte n°10.

Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au Covid-19, JO 10 mars 2020, texte n°8.

#### Arrêtés :

Arrêté du 4 mars 2020 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire, J.O 6 mars 2020, texte n°12.

Arrêté du 3 février 2021 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire, J.O 5 février 2021, texte n°41.

#### Circulaires :

Circulaire n°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

#### Instructions :

Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Instruction DGS/DUS/SGMAS n° 2014-153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

### **Emissions de radio et podcasts:**

« Coronavirus : les associations en première ligne contre l'exclusion », *France Culture*, 2020.  
<https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/grand-reportage/coronavirus-les-associations-en-premiere-ligne-contre-l-exclusion-2170187>

**De Rocquigny (T.)**, « Système de santé : Le boulet du COVID », *Entendez-vous l'éco ?*, France Culture, 3 septembre 2021 <https://www.franceculture.fr/emissions/entendez-vous-l-eco/systeme-de-sante-le-boulet-du-covid>

### **Sites internet :**

<http://www.senat.fr/questions/base/2020/qSEQ200415125.html>

<http://www.sgdsn.gouv.fr/missions/reagir-en-cas-de-crise/>

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous>

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/mission-generale/mission-generale>

<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/vaccination-contre-la-covid-en-france-au-31-decembre-2021-24-311-919-doses-de>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-de-crise-des-etablissements-de-sante>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-preparation-du-systeme-de-sante-aux-situations-sanitaires-exceptionnelles>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-des-alertes-et-des-crisis-sanitaires>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

<https://www.ameli.fr/indre-et-loire/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>

<https://www.anfh.fr/thematiques/ressources-gestion-de-crise/definition-de-la-crise>

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3041\\_proposition-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3041_proposition-loi)

[https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/avian\\_influenza.html](https://www.cchst.ca/oshanswers/diseases/avian_influenza.html)

<https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france.html>

<https://www.croix-rouge.fr/Actualite/Coronavirus-COVID-19/COVID-19-Croix-Rouge-chez-vous-livraison-de-medicaments-sur-ordonnance-2360>

<https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-15345-fr.pdf>

<https://www.france24.com/fr/france/20210521-avec-la-crise-du-Covid-19-de-plus-en-plus-de-jeunes-s-engagent-comme-b%C3%A9n%C3%A9voles>

<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/pandemie-crise-sanitaire-19283/>

<https://www.gouvernement.fr/discours/11518-discours-de-m-edouard-philippe-premier-ministre-presentation-de-la-strategie-nationale-de>

<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement>

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3221237/fr/vaccins-Covid-19-quelle-strategie-de-priorisation-a-l-initiation-de-la-campagne](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221237/fr/vaccins-Covid-19-quelle-strategie-de-priorisation-a-l-initiation-de-la-campagne)

<https://www.herault.gouv.fr/Actualites/INFOS/Deconfinement-ce-qui-a-change-depuis-le-2-juin#:~:text=Une%20nouvelle%20%C3%A9tape%20du%20d%C3%A9confinement,etc.%2C%20vont%20pouvoir%20rouvrir.>

<https://www.msmanuals.com/fr/accueil/infections/virus-respiratoires/grippe-pand%C3%A9mique-h1n1-grippe-porcine>

<https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/65532/download?inline>

<https://www.paca.ars.sante.fr/plans-blancs-dans-les-etablissements-de-sante>

<https://www.paca.ars.sante.fr/plans-bleus-dans-les-etablissements-medico-sociaux>

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/quoi-sert-lars#:~:text=Son%20champ%20d'intervention%20couvre,dans%20les%20structures%20m%C3%A9dico%2Dsociales.>

<https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/nos-principes-fondateurs/reserve-sanitaire>

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-Covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-Covid-19-en-france-et-dans-le-monde>

<https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-Covid-19/Covid-19-reserve-sanitaire>

<https://www.securite-sociale.fr/home/la-secu-en-detail/gestion-pilotage-et-performance/l'objectif-national-des-depens-1.html>

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15235#:~:text=Annonc%C3%A9e%20par%20le%20Pr%C3%A9sident%20de,%25%20par%20l'Assurance%20maladie.>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F573>

<https://www.vidal.fr/maladies/voies-respiratoires/grippe-a-h1n1.html#:~:text=La%20grippe%20H1N1%20est%20une,celui%20de%20la%20grippe%20saisonn%C3%A8re.>

<https://www.vie-publique.fr/discours/274818-olivier-veran-13032020-situation-sur-lepidemie-du-nouveau-coronavirus>

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/274408-deconfinement-le-premier-ministre-presente-la-phase-2>

<https://www.vie-publique.fr/fiches/273947-quest-ce-que-letat-durgence-sanitaire>

<https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>

<https://www.vie-publique.fr/loi/274104-2e-loi-de-finances-rectificative-2020-budget-de-crise-Covid-19>

<https://www.vie-publique.fr/loi/274508-loi-du-30-juillet-2020-de-finances-rectificative-3e-budget-rectificatif>

<https://www.vie-publique.fr/loi/277070-loi-30-novembre-2020-finances-rectificative-2020-4e-budget-rectificatif>

<https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/269427-etat-durgence-et-autres-regimes-dexception-article-16-etat-de-siege>

<https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---Covid-19>

### **Autres :**

**ASSEMBLEE NATIONALE**, Proposition de loi n°3041 visant à élargir de manière provisoire le champ de compétences de la gouvernance des établissements publics de santé, 2020

**GELLY (M-L.)**, Cours de finances publiques à l'Université de Tours, 2018.

*Le petit Larousse illustré*, 2015, 2048 p.

**MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE**, *Coronavirus foire aux questions pour les agents hospitaliers sur les sujets RH récurrents*, 2020.

**MINISTERE DU TRAVAIL**, Dispositif exceptionnel d'activité partielle : précisions sur le évolutions procédurales et questions réponse, 2020, 65p.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2021, 2020, 75 p.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022, 2021, 48p.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, Annexe 7 : l'ONDAM et dépenses de santé, 119 p.

## Table des matières

Remerciements :	2
Tableau des abréviations :	3
Sommaire :	5
Introduction :	6
Première partie : Les effets de la crise sanitaire sur l'organisation du système de santé.....	20
Titre I : De l'avènement de la crise sanitaire vers sa gestion par les différents acteurs .....	21
Chapitre I : Les acteurs ayant contribué à la gestion de la crise sanitaire.....	21
Section 1 : La multiplicité d'acteurs publics .....	21
§ 1 : Au niveau national.....	22
A- Le rôle des ministères et des instances qui en découlent.....	22
B- L'important rôle des agences nationales dans la gestion d'une crise sanitaire .....	23
§ 2 : Au niveau local.....	25
A- La gestion de la crise sanitaire par les acteurs régionaux.....	25
B- La gestion de la crise sanitaire par les acteurs départementaux et locaux.....	26
Section 2 : La présence d'autres acteurs dans la lutte contre le Covid-19 .....	27
§ 1 : Le rôle des associations dans la lutte contre la pandémie .....	27
A- L'impact de la crise sanitaire sur les associations .....	27
B- Le développement de nouveaux outils pour venir en aide à la population vulnérable.....	28
§ 2 : L'important apport de la réserve sanitaire au cours de la crise .....	28
A- La réserve sanitaire avant la crise .....	29
B- Le fort développement de la réserve sanitaire dans la lutte contre le Covid-19 .....	29
Chapitre II : La chronologie du déroulé de la gestion de la crise .....	31
Section 1 : Des premières actions nécessaires dans la gestion d'une pandémie .....	31
§ 1 : La création d'un nouvel état d'urgence .....	31
A- Le développement d'état d'urgence de droit commun pour répondre à des situations de crises .....	31
B- Un état d'urgence sanitaire adapté à la situation épidémique.....	32
§ 2 : Le déploiement du dispositif ORSAN.....	33
A- Le dispositif ORSAN comme outil de réponse lors de situations sanitaires exceptionnelles.....	33
B- L'application du dispositif ORSAN à la pandémie de Covid-19.....	34
Section 2 : Une gestion de crise complexe.....	35

§ 1 : Les fortes répercussions du manque d'anticipation des pouvoirs publics.....	36
A- Une pénurie de masques révélatrice du manque d'anticipation .....	36
B- Le long lancement de la campagne de prévention.....	37
§ 2 : La nécessaire phase de préparation à la sortie de crise .....	38
A- Le développement de plans de déconfinement après la première vague de l'épidémie .....	38
B- L'organisation de la campagne de vaccination.....	39
<b>Titre II : De la lutte contre la pandémie de Covid-19 sur le terrain vers un bilan de la gestion de crise .....</b>	<b>41</b>
<b>Chapitre I : La gestion de la crise au sein des établissements de santé.....</b>	<b>41</b>
Section 1 : L'importance du plan blanc dans la gestion contre l'épidémie de Covid-19 par les établissements publics de santé .....	41
§ 1 : Le plan blanc lors de sa conception.....	41
A- Le plan blanc outil nécessaire de gestion de crise pour les établissements de santé .....	41
B- L'intérêt de cette mesure .....	43
§ 2 : Le plan blanc en temps de crise sanitaire .....	44
A- La mise en place du plan blanc au cours de la crise sanitaire .....	44
B- Un dispositif perfectible pour les situations sanitaires exceptionnelles à venir .....	45
Section 2 : La mobilisation de tous les secteurs lors de la pandémie.....	46
§ 1 : La place du secteur privé dans la lutte contre le Covid-19.....	46
A- L'apport du secteur privé à but non lucratif .....	47
B- La participation des établissements privés à but lucratif à la lutte contre l'épidémie de Covid-19.....	48
§ 2 : La vive réaction du secteur médico-social touché par la pandémie .....	49
A- Le développement du plan bleu.....	49
B- Une gestion de crise nouvelle pour les établissements sociaux et médico-sociaux .....	50
<b>Chapitre II : Une évaluation de la gestion de crise nécessaire.....</b>	<b>52</b>
Section 1 : Une gestion de crise fluctuante : entre originalités et limites .....	52
§ 1 : Une gestion originale de la crise Covid.....	52
A- La création de nouvelles procédures de gestion de crise .....	52
B- La mise en place de transferts de patients pour ne pas atteindre les limites des capacités d'accueil .....	53
§ 2 : Les limites rencontrées lors de la gestion de la pandémie.....	54
A- La sous-utilisation des moyens du secteur privé .....	54

B- Les collectivités territoriales peu utilisées dans la lutte contre la pandémie ..	55
Section 2 : Les importantes premières conclusions de la Commission d'enquête Covid-19 du Sénat .....	56
§ 1 : Des points à améliorer dans la gestion de la crise sanitaire.....	57
A- Un manque d'anticipation remarqué .....	57
B- Les établissements sociaux et médico-sociaux grands oubliés de la gestion de crise .....	58
§ 2 : Des points de la gestion de crise épidémique mis en avant.....	58
A- L'adaptation des établissements de santé saluée .....	59
B- Une proposition de loi pour encourager l'adaptation .....	59
Seconde partie : Les conséquences de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	62
Titre I : Le financement classique de notre système de santé et l'arrivée de la crise sanitaire .....	63
Chapitre I : Comment est financée la Sécurité sociale .....	63
Section 1 : Les principales sources de financement de la Sécurité sociale .....	63
§ 1 : La source originelle de financement.....	64
A- Les cotisations versées par les actifs et les entreprises.....	64
B- L'apparition de premières difficultés de financement .....	65
§ 2 : Les solutions apportées pour pallier au déséquilibre du financement .....	66
A- La Contribution Sociale Généralisée .....	66
B- Le développement des impôts et taxes affectés .....	66
Section 2 Les difficultés de financement déjà présentes avant le Covid-19 .....	67
§ 1 : la création de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour résoudre le déséquilibre des finances .....	68
A- La création de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie .....	68
B- Un déficit en passe de se résorber .....	69
§ 2 : Les prévisions pour l'année 2020 .....	69
A- Les prévisions pour l'année 2020 en quelques chiffres .....	70
B- De nouvelles mesures présentes dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2020 en lien avec les problématiques rencontrées par le système de santé.....	71
Chapitre II : Le bouleversement des prévisions liées au Covid-19 .....	72
Section 1 : Le financement en temps de crise .....	72
§ 1 : Les outils de financement de crise déjà existants .....	72
A- La possibilité de mettre en œuvre des décrets d'avance.....	72
B- La technique des crédits globaux.....	73

§ 2 : La loi de finances rectificative : l’outil utilisé par le Gouvernement pour obtenir de nouveaux crédits .....	74
A- L’intérêt de la loi de finances rectificative .....	74
B- L’utilisation accrue des lois de finances rectificatives pendant la première année de la pandémie .....	75
Section 2 : Les conséquences des décisions prises par l’Etat .....	76
§ 1 : Une non anticipation de la crise qui coûte cher.....	76
A- Un stock de masques établi dans l’urgence .....	77
B- Une campagne de prévention qui rencontre des difficultés.....	77
§ 2 : Les fortes répercussions du confinement sur les comptes de la Sécurité sociale .....	78
A- Une baisse logique des cotisations .....	78
B- Une augmentation des aides de l’Etat avec l’activité partielle.....	79
Titre II : L’évolution du financement et des dépenses de la Sécurité sociale suite à la pandémie de Covid-19.....	81
Chapitre I : Les effets immédiats de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	81
Section 1 : Les comptes de la Sécurité sociale perturbés par la pandémie .....	81
§ 1 : Une diminution des recettes de la Sécurité sociale en majeure partie due aux confinements.....	82
A- La baisse de la masse salariale du secteur privé.....	82
B- Les conséquences de la crise sanitaire sur différentes sources du financement.....	83
§ 2 : Une logique augmentation des dépenses de santé en lien avec la pandémie ....	84
A- Les dépenses liées aux soins engendrées par la pandémie .....	84
B- Une augmentation des dépenses liées à la pandémie en dehors des soins hospitaliers .....	85
Section 2 : L’adaptation du financement du système de santé à la crise sanitaire .....	86
§ 1 : Le développement de décisions dérogatoires dans le cadre de la pandémie de Covid-19 .....	86
A- L’allègement des conditions pour bénéficier d’indemnités journalières de Sécurité sociales.....	86
B- Le développement de la téléconsultation.....	88
§ 2 : l’apparition de dépenses exceptionnelles .....	89
A- Dépenses exceptionnelles 2020 .....	89
B- Dépenses exceptionnelles pour l’année 2021 .....	90
Chapitre II : Les effets à long terme de la crise sanitaire sur les comptes de la Sécurité sociale .....	92

Section 1 : Le bouleversement des prévisions de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie.....	92
§ 1 : L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour 2020 très perturbé .....	92
A- L'accroissement élevé de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie pour l'année 2020 .....	92
B- Les conséquences des lois de finances rectificatives pour l'année 2020 et autres mesures du Gouvernement sur l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie .....	93
§ 2 : Le difficile établissement des prévisions de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie en temps de crise .....	94
A- Les prévisions faites pour l'année 2021 ... ..	94
B- ... une nouvelle fois réétudiées .....	95
Section 2 : D'un déficit record vers la sortie de crise .....	97
§ 1 : La présence d'un déficit jamais atteint pour les comptes de la Sécurité sociale97	
A- Un déficit record estimé à 46,6 milliards d'euros fin 2020 .....	97
B- Des estimations revues à la baisse au cours de l'année 2021 .....	98
§ 2 : Le financement d'après crise .....	99
A- Les prévisions pour l'année 2022 .....	99
B- L'importance d'anticiper les crises futures .....	100
Conclusion :.....	102
Bibliographie :.....	104
Table des matières .....	114