

France

Une gestion étatique centralisée et désordonnée

Renaud GAY et Monika STEFFEN¹

Du sommet de l'État aux acclamations de rue quotidiennes, les professionnels de santé ont été érigés en « héros en blouse blanche »² dont l'abnégation, l'efficacité et le dévouement sont célébrés face à l'épidémie de Covid-19. Cette héroïsation peut cependant être une manière de dépolitiser la mobilisation des institutions sanitaires et de leurs personnels dont les ressorts paraissent alors essentiellement moraux, sans considération des interventions publiques sur le système de santé. Plusieurs études portent pourtant un regard critique sur la réaction sanitaire à l'épidémie des autorités publiques françaises qui ont pu être rangées parmi les « *poor performers* » d'Europe continentale en raison de taux de mortalité et d'infection élevés (Paton, 2020). Dans une étude plus étayée portant sur les réponses politiques à l'épidémie dans 24 États, la France est située parmi « les pays intermédiaires » qui sont parvenus

à compenser la faiblesse de leurs « politiques proactives » (*i.e.* le nombre de lits d'hôpitaux, la qualité des soins intensifs, etc.) par des « mesures réactives » strictes de contrôle de l'épidémie, contenant ainsi leur niveau de mortalité (Rosental, 2020). L'architecture du système de santé français façonne ainsi en partie les difficultés posées par l'épidémie et les formes d'intervention déployées pour y faire face.

Souvent jugé inclassable par les comparaisons internationales, le système de santé français est marqué par la complexité originelle de la protection sociale conçue en 1945, qui suit « les principes de Beveridge avec les méthodes de Bismarck³ » (Palier, 2005:101) et donne à l'État un rôle ambivalent mais renforcé par les réformes successives affectant le secteur sanitaire. Représentant une part du PIB parmi les plus élevées des pays de l'OCDE (11,3 % en 2018), les dépenses de santé sont très largement financées

1. Chercheur postdoctoral à l'Ires ; directrice de recherche émérite au CNRS, Pacte, Université Grenoble Alpes.

2. Adresse aux Français du président de la République Emmanuel Macron, 12 mars 2020.

3. Les systèmes bismarckiens de protection sociale sont fondés sur les assurances sociales (financement par la cotisation, couverture sociale liée à l'emploi avec des prestations contributives et proportionnelles aux revenus, gestion des caisses d'assurance par les partenaires sociaux), tandis que les systèmes beveridgiens sont organisés par les principes d'universalité, d'unité et d'uniformité (financement par l'impôt principalement, accès assis sur la citoyenneté à des prestations sociales identiques pour tous les individus, gestion par l'État de la protection sociale).

par l'assurance maladie (78,2 % de la consommation des soins et biens médicaux – CSBM – en 2019), dont les ressources dépendent désormais davantage des contributions fiscales que des cotisations sociales (61 % contre 35 % pour 2020) (Drees, 2020a:38)⁴. D'abord lié au statut professionnel, l'accès à l'assurance maladie est désormais fondé sur la résidence depuis la mise en place en 1999 de la couverture maladie universelle, devenue en 2016 la protection universelle maladie, dont bénéficient toutes les personnes à revenus modestes. L'universalisation de la protection maladie se limite toutefois à la couverture de base qui laisse des restes à charge financés par les ménages ou leurs assurances complémentaires (20,3 % de la CSBM en 2019). La couverture maladie donne accès à une offre de soins publics (hôpitaux essentiellement) et privés (professionnels libéraux, cliniques). Leur régulation est cloisonnée entre des soins de ville pilotés par l'assurance maladie et un secteur hospitalier géré par l'État, bien que ce dernier exerce un contrôle croissant sur celle-là et que leurs services aient fusionné au niveau territorial au sein d'agences régionales de santé (ARS) en 2010. Ces formes de soins dits curatifs dominent par ailleurs un système de santé dans lequel la santé publique s'est trouvée marginalisée jusqu'à l'épidémie de Sida et la succession de crises sanitaires, celles-ci contribuant au renouvellement de ses savoirs et au renforcement de son administration étatique sous la forme d'agences sanitaires à partir des années 1990 (Benamouzig, Besançon, 2005 ; Buton, Pierru, 2012).

L'évolution du système de santé est ainsi marquée par un renforcement des

capacités étatiques d'intervention dont il s'agit de questionner l'usage et l'efficacité durant l'épidémie de Covid-19. Les trois premières personnes porteuses du virus sur le territoire national et européen sont recensées le 24 janvier 2020, toutes ayant séjourné récemment à Wuhan, épicentre de l'épidémie en Chine. Le 15 février, un premier décès est annoncé sur le sol français et européen, un touriste chinois de 80 ans. Dix jours plus tard, un deuxième mort est déclaré, sans lien direct avec les foyers épidémiques chinois et italien. Plusieurs foyers sont identifiés entre le début du mois de février et le mois de mars en Haute-Savoie, dans l'Oise, le Morbihan et le Haut-Rhin. La dynamique épidémique s'accélère durant la première quinzaine de mars, ce qui conduit à la décision de confiner la population. Le nombre de malades hospitalisés du Covid-19 atteint son maximum au milieu du mois d'avril (plus de 32 000 personnes, dont près de 7 000 en réanimation), avant que celui-ci ne diminue continûment jusqu'en septembre. À la fin de ce dernier mois, les autorités publiques comptent au total près de 32 000 décès liés au Covid-19 dans les hôpitaux et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et médico-sociaux, soit environ 48 décès pour 100 000 habitants. Si le virus est observé dans l'ensemble des régions métropolitaines début mars, le grand quart nord-est du pays concentre une large majorité des cas. Estimé à 26 % en France, le surcroît de décès sur la période du 2 mars au 19 avril est particulièrement fort en Île-de-France (+96 %), dans le Grand Est (+59 %) et secondairement en Bourgogne-Franche-Comté (+28 %) et dans les Hauts-de-France (+22 %), par rapport à la même période

4. Voir aussi l'annexe C de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020.

évaluée sur les cinq années précédentes (Gascard *et al.*, 2020) ⁵.

La France, pays de Pasteur dont le système de santé était qualifié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de « meilleur au monde » en l'an 2000, était-elle préparée à faire face à une telle épidémie infectieuse ? Nous montrons que l'action gouvernementale cherche d'abord à préserver l'accès aux soins aigus des individus par le recours à une mesure inédite, celle du confinement. Celle-ci est complétée par des interventions concentrées sur le système hospitalier, que nous analysons dans un deuxième temps. Si cette action vise à augmenter les capacités d'accueil des établissements, elle révèle aussi une situation matérielle dégradée dont les causes sont autant économiques que politiques et qui suscite diverses interventions étatiques sur la production et la distribution de biens médicaux, comme nous le verrons dans un dernier temps.

Comment garantir l'accès aux soins face à l'épidémie ?

Afin d'empêcher une saturation des services sanitaires qui aurait des conséquences sur la qualité de leur fonctionnement et leur accessibilité, une mesure d'exception a été prise : le confinement de la population. Si celui-ci a pu freiner l'incidence de la maladie, il n'a pas empêché la reproduction d'inégalités d'accès aux soins, voire les a aggravées.

« Il n'y a pas d'alternative » : le confinement de la population

Le confinement de la population du pays apparaît comme une mesure qui

n'est pas initialement planifiée par les autorités publiques mais qui s'impose progressivement à eux, dans la succession des événements, comme solution légitime et efficace pour résoudre la crise sanitaire. En réaction aux alertes de l'OMS, le ministère de la Santé déclenche dès le 13 février sur l'ensemble du territoire le stade 1 du plan Orsan (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles), institué en 2014, qui prévoit une réorganisation des services de soins lors d'événements graves ou inhabituels à l'origine d'un afflux de malades. Tandis que la phase 2 du plan est mise en œuvre le 29 février, toujours dans une « stratégie d'endiguement » du virus dont la circulation paraît alors peu active (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020), des premières mesures de limitation des rassemblements et de fermeture d'écoles sont prises *localement*. Alors que des mesures de restriction de circulation sont peu à peu adoptées au plan national (interdiction de tout rassemblement de plus de 1 000 personnes le 9 mars, seuil abaissé à 100 le 12 mars, etc.), la gestion politique de l'épidémie continue à se référer au plan Orsan dont le stade 3, annoncé le 14 mars, consiste à atténuer la propagation du virus tout en assurant « la continuité de la vie économique et sociale du pays, y compris la vie scolaire » (le Premier ministre Édouard Philippe, le 6 mars). Le 16 mars, le confinement de la population, sans modulation régionale, est pourtant annoncé par le président de la République, codifié juridiquement par la loi du 23 mars 2020 instaurant l'état d'urgence sanitaire. Il ne sera levé qu'à partir du 11 mai.

5. Voir aussi M. Deshaies, « Géographie de la pandémie de Covid-19 en France et en Allemagne : premiers enseignements », *The Conversation*, 26 mai 2020, <https://bit.ly/3khgHoy>.

La décision de confiner marque une centralisation au niveau du sommet de l'exécutif de la gestion étatique de l'épidémie, supervisée depuis la fin janvier par le ministère de la Santé mais qui revient officiellement le 17 mars à la cellule interministérielle de crise placée sous l'autorité du Premier ministre. Déjà visible dans la convocation régulière par le président de la République d'un Conseil national de défense et de sécurité nationale consacré à la situation sanitaire à partir du 29 février, cette évolution institutionnelle s'observe en particulier sur le plan de l'expertise. À l'initiative du président de la République, un conseil scientifique composé de 13 membres à forte coloration médicale est créé le 10 mars, complété peu de temps après par un « comité analyse, recherche et expertise ». Ce dispositif *ad hoc* s'ajoute aux nombreuses instances administratives d'expertise qu'il marginalise plus qu'il ne coordonne, comme l'agence Santé publique France créée en 2016, pourtant chargée de la préparation aux crises sanitaires (Bergeron *et al.*, 2020). Car le Conseil scientifique, malgré sa fonction formellement consultative, sert au début de la crise sanitaire d'appui régulier aux décisions politiques, y compris celle de confiner la population qu'il promeut sur la base d'au moins deux motifs. D'une part, des modèles mathématiques annoncent « des centaines de milliers de morts en France avec une surmortalité importante due à la saturation des services de réanimation » en cas d'absence de réduction des contacts entre

individus (avis du 12 mars). D'autre part, les mesures de confinement prises en Chine et en Italie sont présentées, dans un contexte de fortes incertitudes scientifiques, comme une solution susceptible d'être imitée du fait de son efficacité et des dynamiques épidémiques présumées similaires entre ces pays.

Visant à aplanir la courbe épidémique, la décision de confiner est pour partie contrainte par l'insuffisance des réserves de matériel de protection individuelle et par l'incapacité des autorités à mener une politique de dépistage massif et d'isolement des cas à laquelle appellent l'OMS et plusieurs responsables scientifiques nationaux ⁶. Cette situation tient à un faisceau de facteurs qui relèvent de temporalités plus longues que celle de l'épidémie de Covid-19 et dont les effets se cumulent durant celle-ci : réduction des capacités productives nationales de matériels médicaux, déclin des moyens attribués à la préparation des risques épidémiques (voir *infra*), cloisonnement et sous-financement de la santé publique ⁷. Ce dernier point s'observe dans la lenteur des autorités à mobiliser l'ensemble des organisations sanitaires capables de réaliser des tests (laboratoires hospitaliers, vétérinaires, de recherche publique, etc.) ainsi que dans leur difficulté à centraliser les données sur le nombre de personnes dépistées, conduisant le gouvernement à demander l'appui de sociétés de conseil pour la réalisation de ces tâches ⁸. À partir du mois de mai, le dépistage devient une composante importante de la

6. L. Lagrost (directeur de recherche à l'Inserm), D. Payen (professeur d'anesthésie-réanimation), « Coronavirus. Tester, tester, tester : cap ou pas cap ? », *Quotidien du médecin*, 19 mars 2020, <https://bit.ly/2lW340l>.

7. Les dépenses de prévention institutionnelle ne représentent que 1,8 % des dépenses courantes de santé en 2018, contre 71,9 % pour les soins hospitaliers, de ville et les biens médicaux (Drees, 2020a).

8. Cellule investigation de Radio France, « Covid-19 : enquête sur les ratés du dépistage massif », *France inter*, 11 mai 2020, <https://www.franceinter.fr/covid-19-enquete-sur-les-rates-du-depistage-massif>.

gestion de la crise dans le but de contrôler les foyers locaux, avec notamment le déploiement par l'assurance maladie de « brigades sanitaires » chargées d'identifier les chaînes de contamination, ce qui pose toutefois de nouveaux problèmes d'organisation pour l'accès aux tests et pour leur analyse.

Des inégalités d'accès aux soins persistantes, aggravées et plurielles

Si la politique de confinement a pour objectif affiché de réduire l'afflux de cas graves vers les services hospitaliers et de permettre une prise en charge des patients sans discrimination, elle reproduit, voire aggrave les inégalités d'accès aux soins qui s'observent en période ordinaire. Plusieurs enquêtes sociologiques portant sur des services d'urgence ont montré que les contraintes budgétaires et gestionnaires à l'hôpital mais aussi des enjeux internes à la profession médicale nourrissent un travail de catégorisation des patients qui se réalise à partir de critères cliniques mais aussi sociaux, économiques et moraux et qui peut avoir des conséquences sur l'accès aux soins spécialisés et le type de soins dispensés (Dodier, Camus, 1997 ; Morel, 2016 ; Vassy, 2001). Ainsi, l'application d'un critère d'âge informel pour le bénéfice de soins de réanimation, observée en temps ordinaire, pourrait avoir été durcie durant la crise sanitaire, sans que des enquêtes permettent pour l'instant d'objectiver le constat. C'est ce que suggèrent les données du ministère de la Santé qui montrent une diminution de la part des plus de 75 ans dans les admissions en réanimation au pic de l'épidémie, en

particulier en Île-de-France⁹. Ces données indiquent aussi une forte proportion de décès liés au Covid-19 dans les Ehpad (environ 33 % au 6 octobre 2020), qui sont mal équipés pour faire face à la maladie du fait de leur sous-encadrement médical et de leur rang secondaire dans la distribution publique des matériels de protection individuelle.

Les inégalités d'accès aux soins ne s'arrêtent pas à ces phénomènes de sélection. Elles expriment aussi des inégalités territoriales de santé qui correspondent à des disparités géographiques dans l'offre de soins, ainsi qu'à des contrastes spatiaux dans l'état de santé des populations, eux-mêmes corrélés à des facteurs économiques et sociaux (Vigneron, 2013). Ces inégalités territoriales de santé se manifestent face à l'épidémie de Covid-19, au-delà de l'inégale exposition des territoires au virus. C'est ce qu'illustre la surmortalité observée en Seine-Saint-Denis par rapport au reste de l'Île-de-France, qui est de 134 % sur la période du 1^{er} mars au 19 avril contre 99 % pour la ville de Paris (Brun, Simon, 2020). À l'instar de plusieurs régions ultramarines particulièrement touchées par l'épidémie (Mayotte, Guyane), il s'agit de territoires moins denses en équipements sanitaires et dans lesquels sont surreprésentées les populations défavorisées et présentant plus fréquemment des comorbidités (obésité, diabète, etc.) qui augmentent la probabilité de formes sévères de Covid-19¹⁰. Loin de réduire ces inégalités territoriales, le confinement les a même aggravées en raison des conditions de logement et de travail dans ces territoires pauvres qui rendent

9. C. Hecketsweiler, S. de Royer, « Coronavirus : des personnes âgées écartées des hôpitaux pendant la crise sanitaire en France », *Le Monde*, 29 juillet 2020, <https://bit.ly/37tRp32>.

10. S. Laacher, M. Knobel, « Mayotte au temps du coronavirus, un "département" de la République ? », *Libération*, 23 mai 2020, <https://bit.ly/3jn2DbY>.

la restriction des contacts entre individus plus difficile (exiguïté des habitations, forte proportion d'individus exerçant des métiers sans possibilité de télétravail ou de chômage partiel, etc.) (Brandily *et al.*, 2020 ; Bajos *et al.*, 2020). Les inégalités territoriales recouvrent ainsi des inégalités sociales face à l'épidémie, qui ne sont que marginalement prises en compte par les autorités publiques durant l'épidémie.

L'action de l'État sur les inégalités d'accès aux soins se concentre pendant la crise sanitaire sur leur dimension financière, qui ne constitue pas un enjeu mineur du fait de la place accordée aux assurances complémentaires privées dans le financement de certaines catégories de dépenses (ticket modérateur, franchises, dépassements d'honoraires, etc.). En 2019, elles contribuent ainsi à 13,4 % de la CSBM et cette part atteint 21,5 % pour les seuls soins de ville (Drees, 2020a:40-41). Si seulement 4 % de la population est sans couverture complémentaire en 2017, cette situation entretient toutefois des renoncements aux soins pour raisons financières : en 2014, 5,4 % des individus de plus de 18 ans et 19,6 % de ceux sans complémentaire ont renoncé à une consultation médicale pour ce motif durant les 12 derniers mois (Célant *et al.*, 2017:137). Afin de lever les barrières financières dans l'accès aux soins liés au Covid-19, ceux-ci sont en partie soumis à des règles dérogatoires de remboursement qui garantissent une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie publique comme les téléconsultations médicales (décret du 19 mars 2020), les tests virologiques sur ordonnance, puis sans (décrets du 27 mai et du 24 juillet 2020). Cette extension du financement public peut aussi cibler certaines catégories de la population, comme c'est le cas pour les masques de protection que

l'assurance maladie distribue gratuitement aux populations les plus précaires et aux individus fragiles du fait de leur comorbidité à partir du mois d'août. Ces différentes mesures n'empêchent pas la formation de restes à charge liés au Covid-19 qui peuvent atteindre, pour les séjours hospitaliers prolongés de patients sans assurance complémentaire, des niveaux très élevés – jusqu'à plusieurs milliers d'euros – mais dont les effets en termes de non-recours ou recours tardifs aux soins restent encore à investiguer (Dubost *et al.*, 2020:22-23).

Hôpitaux

et hospitaliers en première ligne

La stratégie de confinement est complétée par des interventions étatiques centrées sur le système hospitalier qui visent à assurer la prise en charge des cas les plus aigus nécessitant des soins techniques mais qui sont aussi formatées par les propriétés du système de santé, à savoir sa dominante biomédicale et curative ainsi que les inégales capacités de pilotage étatique de ses différents compartiments.

Accroître les capacités d'un système hospitalier sous tension budgétaire

L'action des autorités étatiques se concentre sur les hôpitaux publics dont elles cherchent à augmenter les capacités d'accueil, entamées par une politique de maîtrise des dépenses de santé initiée dès la fin des années 1970 et pesant davantage sur le secteur hospitalier que sur la médecine de ville (Juven *et al.*, 2019). À partir des années 2000, l'articulation de nouveaux outils financiers et organisationnels (tarification à l'activité, regroupement des services hospitaliers en pôles d'activité, etc.) à cette contrainte budgétaire favorise une mise

en concurrence, organisée par l'État, des établissements de santé publics et privés qui sont conduits à réduire le coût et la durée des séjours pour améliorer leur « rentabilité » et présenter des finances équilibrées. Cette régulation marchande des hôpitaux est censée encourager la réalisation d'un « virage ambulatoire », dans un cadre budgétaire annuel de plus en plus contraint à partir de la fin des années 2000 ¹¹. Promue de longue date par les élites administratives de la santé, cette évolution consiste à réduire les capacités d'hébergement des hôpitaux au profit de soins de courte durée. De fait, ce sont 73 000 lits d'hospitalisation à temps complet qui sont supprimés entre 2003 et 2018 (-15,5 %), alors qu'environ 28 000 places d'hospitalisation à temps partiel sont créées sur la même période (+57 %) (Drees, 2020b:24-28). Cette réduction des capacités d'hébergement concerne inégalement les disciplines. Le nombre de lits en réanimation, utiles dans la prise en charge des cas graves de Covid-19, est ainsi resté relativement stable entre 2013 et 2018 au niveau national mais décroît dans certaines régions fortement touchées par l'épidémie en 2020 comme le Grand Est (-7 %) ¹².

Cette reconfiguration de l'offre hospitalière renforce les risques de saturation qui obligent les autorités étatiques à déployer différents moyens juridiques et techniques pour répondre aux besoins d'hospitalisation. Tout d'abord, une réorganisation des capacités hospitalières existantes est initiée avant la forte

accélération épidémique, à l'aide d'outils et de procédures comme « le guide méthodologique de préparation au risque épidémique Covid-19 », qui décrit la division du travail médical à mettre en place dans les hôpitaux et entre les acteurs du système de santé face à l'arrivée de malades (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Une même logique d'anticipation se retrouve dans l'activation le 12 mars par toutes les ARS du « plan blanc maximal », dispositif créé en 2004 pour la gestion de situations sanitaires exceptionnelles, qui conduit les hôpitaux à déprogrammer toutes les activités non urgentes et à redistribuer leurs lits entre services. Supervisés par les professionnels hospitaliers, ces réagencements permettent de doubler le nombre de lits en réanimation qui atteignent les 10 000 à la fin du mois de mars mais sont parfois sous-équipés (voir *infra*). L'usage uniforme de ces outils sur le territoire apparaît toutefois en partie inadapté à une épidémie qui se révèle très concentrée au plan géographique et conduit les autorités à mobiliser des moyens extraordinaires, notamment militaires, pour désengorger les services hospitaliers les plus sévèrement touchés. Dans le cadre de l'« opération Résilience » lancée le 25 mars, l'armée contribue à l'effort sanitaire avec notamment l'installation d'un hôpital de campagne dans la ville de Mulhouse par son service de santé dont les capacités d'action sont cependant affaiblies par d'importantes réductions de personnel dans les années 2010 ¹³.

11. Alors que le taux de croissance annuel de l'enveloppe budgétaire consacrée aux établissements de santé reste supérieur à 3 % au cours des années 2000, celui-ci oscille entre 1,5 et 2,6 % depuis 2010.

12. <https://bit.ly/3ojX8yc>.

13. N. Guibert, « L'engagement décalé des armées dans la "guerre" contre le Covid-19 », *Le Monde*, 20 mai 2020 ; J. Droff, F. Richter, J. Malizard, « Le monde militaire face au Covid-19 », *The Conversation*, 23 juin 2020, <https://bit.ly/3lx2mVQ>. L'action de l'armée pendant l'épidémie revêt en outre des dimensions logistiques et de maintien de l'ordre (transport de matériels, sécurisation des sites de stockage, etc.).

Elle participe aussi aux opérations ferroviaires, aériennes et maritimes de transfert de patients entre régions (environ 500 personnes) et vers des pays frontaliers (environ 170 personnes) que favorise le travail de coordination des ARS.

Si les autorités étatiques s'appuient principalement sur les hôpitaux publics, elles intègrent aussi à leur politique les établissements privés qui constituent un ensemble hétérogène, représentant de longue date une part importante de l'offre sanitaire. En 2018, on compte 1 000 cliniques lucratives et 682 établissements privés non lucratifs disposant de 38 % des lits recensés sur le territoire (Drees, 2020b:21) (tableau 1). Concernés par l'application du plan blanc, les établissements privés ne font pas pour autant l'objet de mesures spécifiques renforçant leur implication dans la gestion de la crise à l'exception d'autorisations dérogatoires de réanimation délivrées par les ARS, malgré la volonté exprimée d'une plus forte intégration des deux fédérations de l'hospitalisation privée, soucieuses de se montrer à l'égal du secteur public. Dans l'accueil des malades, ces établissements sont ainsi cantonnés à un rôle d'appoint, plus ou moins important selon les régions, qui peut s'expliquer par

la part réduite du secteur privé parmi les lits de réanimation (16 % sur le territoire en 2018, 13 % dans le Grand Est, 0 % en Bourgogne-Franche-Comté) et par le maintien des circuits habituels d'adressage des patients pour des soins médicaux urgents vers les hôpitaux publics ¹⁴.

Le travail de coordination des professionnels de santé apparaît encore plus imparfait en matière de soins primaires. Ceux-ci sont dominés par l'exercice individuel et libéral et leur pilotage revient principalement à l'assurance maladie, les autorités étatiques cherchant cependant de plus en plus à organiser ce secteur par des dispositifs incitatifs (Hassenteufel *et al.*, 2020). Durant l'épidémie, l'action publique au niveau central accorde peu de place à ces professionnels des soins primaires, qui connaissent alors une forte chute de leur activité, préférant confier au Service d'aide médicale urgente (Samu) la fonction d'orientation et d'adressage des patients. Seules des incitations financières aux téléconsultations et des recommandations de soins semblent viser ces professionnels libéraux qui, localement, peuvent toutefois se coordonner à travers la création de « centres Covid-19 » chargés de diagnostiquer et d'orienter les patients, parfois avec le soutien de

Tableau 1. Les capacités d'hospitalisation des établissements publics et privés en France en 2018

	Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Ensemble
Nombre de lits	243 417 (62 %)	56 270 (14 %)	95 983 (24 %)	395 670 (100 %)
<i>Dont lits de réanimation adultes</i>	4 247 (84 %)	542 (11 %)	261 (5 %)	5 050 (100 %)
Nombre de places (sans nuitée)	42 812 (55 %)	14 316 (19 %)	20 169 (26 %)	77 297 (100 %)

Sources : Drees (2020b) ; <https://bit.ly/3ojX8yc>.

14. M. Damgé, « Coronavirus : Pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde*, 10 avril 2020, <https://bit.ly/2TjpXge>.

FRANCE

leur ARS et d'acteurs politiques locaux, voire à leur initiative. Leur place évoluera cependant avec le déconfinement à partir duquel l'État et l'assurance maladie leur attribuent la mission stratégique de contribuer à l'identification des chaînes de contamination.

Intensification du travail soignant et augmentation provisoire des effectifs

L'accroissement des capacités hospitalières d'accueil se double d'une intensification du travail soignant, observée avant l'épidémie et que celle-ci accentue. Cette intensification se manifeste dans des rythmes de travail soumis à des « contraintes industrielles » (normes de production, délais brefs à respecter, etc.) de plus en plus fortes au cours des années 2000, dont rend compte l'enquête « conditions de travail » du ministère du Travail (Benallah, Domin, 2017). L'affirmation de ces contraintes est à relier aux transformations organisationnelles et financières affectant le système hospitalier à la même période, qui cherchent à augmenter la productivité des établissements par l'introduction d'outils de gestion et la standardisation de l'acte de soin et qui, ce faisant, contribuent à une « industrialisation » du travail soignant et à une dégradation de ses conditions d'exercice (Gheorghiu, Moatty, 2013). Celle-ci est aggravée par la politique de maîtrise des dépenses publiques de santé qui s'approfondit après la grande récession de 2008-2009 et porte en premier lieu sur l'emploi et les revenus du travail du secteur hospitalier public (Math, 2017). Si l'emploi hospitalier ne cesse de croître, cette évolution se réalise à un rythme plus faible que dans les années 2000 et inférieur à celle de l'activité des établissements, augmentant ainsi la charge de travail des personnels (Juven *et al.*, 2019:10-12). C'est en réaction à cette situation que

des mobilisations contestataires apparaissent dans les hôpitaux avant l'épidémie de Covid-19. D'abord sporadiques, elles s'élargissent et se structurent autour de collectifs qui se forment en 2019 (collectifs inter-urgences et inter-blocs des personnels paramédicaux, collectif inter-hôpitaux à l'initiative de médecins) et dont l'action culmine le 14 novembre 2019 avec l'organisation d'une manifestation nationale d'ampleur.

Alors que les professionnels mobilisés revendiquent des revalorisations de salaires, estimés parmi les plus bas au sein de l'Union européenne pour certaines catégories paramédicales, et des recrutements de personnels en réponse au surcroît de travail dans les hôpitaux, celui-ci prend une nouvelle dimension avec l'épidémie de Covid-19 à laquelle les autorités étatiques apportent trois types de réponse. La première consiste à allonger provisoirement le temps de travail des personnels de la fonction publique hospitalière grâce au déplaçonnement des heures supplémentaires (décision du 5 mars) ou encore à la possibilité, déjà prévue dans les textes en cas de circonstances exceptionnelles, de refuser une demande de congé. La deuxième correspond à des opérations de réaffectation des personnels dans les établissements, comme le prévoit le dispositif du plan blanc, mais aussi sur le territoire selon des modalités plus ou moins coercitives : mise en place de plateformes par le ministère de la Santé et les ARS dans le but de mettre en relation aux niveaux national ou régional les établissements de santé en attente de renfort et des professionnels hospitaliers volontaires mis à disposition par leur établissement ; réquisitions préfectorales de professionnels de santé (décret du 26 mars) qui s'avèrent cependant limitées (Mission d'information sur l'impact,

la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, 2020:85-90). Troisièmement, les autorités cherchent à accroître le volume global des effectifs hospitaliers par l'intégration de plusieurs catégories de professionnels (professionnels libéraux, étudiants en médecine, médecins retraités, professionnels étrangers). En plus des plateformes déjà mentionnées, d'autres mesures concourent à cet objectif comme l'activation dès le 24 janvier de la « réserve sanitaire », dispositif créé en 2007 pour des interventions en renfort en cas de situation sanitaire exceptionnelle, et comme l'assouplissement des conditions d'exercice pour les médecins étrangers non européens (décret du 31 mars et communication du ministère de la Santé du 8 avril).

En contrepartie de l'engagement des professionnels de santé dans la lutte contre le Covid-19, plusieurs mesures sont prises qui portent spécifiquement sur leurs rémunérations. Tout d'abord, certaines ont pour objectif de sécuriser les revenus professionnels que le confinement et le redéploiement des services de santé ont pu affecter. Sous la pression de plusieurs syndicats médicaux, les médecins libéraux obtiennent une aide forfaitaire de 2000 euros de leur caisse de retraite et une indemnité variable pour compenser leurs pertes d'activité, tandis que le Covid-19 est automatiquement reconnu pour les professionnels de santé salariés et libéraux comme maladie professionnelle ouvrant droit à indemnité en cas d'incapacité (décret du 14 septembre). D'autres mesures financières visent à rémunérer le surcroît de travail des soignants lié à la lutte contre le coronavirus comme la majoration de 30 euros appliquée aux consultations des patients testés positifs pour les médecins libéraux et intégralement remboursée par

l'assurance maladie, afin de valoriser leurs missions d'éducation à la prévention et d'identification des « cas contacts ». Enfin, ces interventions sur les revenus peuvent prendre la forme de gratification compensatoire à l'image des « primes Covid-19 » accordées aux professionnels de santé hospitaliers (décret du 14 mai). Préféré dans un premier temps à une réévaluation des salaires et déjà activé en réponse au mouvement soignant de l'automne 2019, le principe de la prime suscite des critiques de la part de plusieurs organisations professionnelles qui remettent en cause ses modalités d'attribution, à savoir la variabilité de son montant (de 500 à 1 500 euros en fonction de l'implication dans la gestion de l'épidémie) et le périmètre professionnel auquel elle s'applique. Par la suite, cette gratification est amplifiée par les accords du « Ségur de la santé » conclus le 13 juillet. Ceux-ci prévoient un engagement financier de l'État de plus de 8 milliards d'euros par an pour la revalorisation des salaires et indemnités, qui concerne principalement les personnels paramédicaux et techniques exerçant dans les établissements de santé et les Ehpad publics et privés non lucratifs, mais aussi les médecins des hôpitaux publics et étudiants en médecine.

**L'improvisation face aux pénuries :
rationnement, commandes mondiales
et mobilisation domestique**

Si les autorités parviennent à augmenter les capacités d'accueil des établissements de santé, ceux-ci se trouvent cependant dans une indigence matérielle lorsque l'épidémie frappe. Équipements de protection individuelle, appareils médicaux et produits pharmaceutiques viennent à manquer, révélant la faible autonomie d'action des autorités étatiques dans le secteur de l'industrie médicale.

Faible autonomie productive et impréparation politique

Plusieurs types de matériels médicaux et équipements de protection sont concernés par des tensions dans leur approvisionnement, dues en premier lieu aux fortes interdépendances internationales dans la production de ces biens. En effet, l'explosion de la demande mondiale et le ralentissement des échanges liés à la pandémie rendent leur acquisition incertaine, comme l'illustrent les masques de protection dont la demande française est évaluée à 40 millions par semaine pour les seuls soignants pendant l'épidémie. Ceux-ci sont fabriqués essentiellement en Chine, tandis que seules quatre entreprises produisent en France 3 millions de masques par semaine. De fait, l'attention médiatique se concentre sur l'insuffisance de ces équipements que documentent aussi des organisations professionnelles comme le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs (SNPHARe) à l'origine d'une enquête à ce sujet¹⁵. Ces interdépendances internationales se révèlent particulièrement aiguës dans la production des médicaments, qui est organisée en chaînes de valeur impliquant de plus en plus d'acteurs répartis mondialement. Cette fragmentation productive au niveau mondial est à l'origine de tensions matérielles déjà relevées par plusieurs rapports publics avant l'épidémie (Daudigny, Decool, 2018 ; Biot, 2020) et exacerbées par la crise sanitaire pour

certaines produits comme le midazolam, un hypnotique utilisé en réanimation. Ces rapports de dépendance à l'égard de l'étranger sont renforcés dans le cas français par les processus poussés de délocalisation qui participent à la désindustrialisation de l'économie nationale et à l'approfondissement des déficits commerciaux en biens manufacturés à partir des années 2000, en particulier dans le secteur des produits et équipements médicaux¹⁶. Cette situation concerne notamment les matériaux de dépistage (écouvillons, réactifs, machines) dont la production domestique est limitée et qui sont en grande partie importés, à l'inverse de l'Allemagne où plus de 350 000 tests auraient été effectués durant la dernière semaine de mars contre environ 110 000 en France selon les données du Robert Koch-Institut et de l'agence Santé publique France¹⁷.

L'affaiblissement des capacités nationales de production de matériels sanitaires est aussi le résultat d'une dérive de la politique de gestion du risque pandémique (Bergeron *et al.*, 2020). Construite au cours des années 2000 sous l'impulsion de l'OMS et en réponse à plusieurs menaces sanitaires, cette politique est progressivement remise en cause en France à la suite de l'épidémie de H1N1 en 2009 dont la gestion est jugée disproportionnée. Alors qu'un plan « pandémie grippale » est créé en 2004 et actualisé pour la dernière fois en 2011, celui-ci voit ses moyens réduits au cours des

15. SNPHARe, « Protection des soignants, contamination des soignants : où en est-on ? Résultats de l'étude Covid-Pro », communiqué de presse du 21 avril 2020, <https://bit.ly/35ms3S1>.

16. P. Aghion, E. Cohen, T. Gigout-Magiorani, « Coronavirus : pourquoi l'Allemagne dispose de tests et pas la France », *Les Échos*, 30 mars 2020 ; C. Serfati, « France. Les choix industriels amplifient la catastrophe sociale. Contribution au débat pour le "plus jamais ça" », *À l'encontre*, 1^{er} avril 2020, <https://bit.ly/31zF6OP>.

17. S. Horel, « Pourquoi la France ne dépiste pas davantage », *Le Monde*, 26 mars 2020 ; M. Lyan, « Manque d'industriels et marché peu attractif, les handicaps de la France pour dépister le coronavirus », *Industrie et Technologies*, 31 mars 2020, <https://bit.ly/3knBoz4>.

années 2010 et n'est finalement pas activé pendant la crise sanitaire. Les stocks de masques de l'État, prévus par le plan pandémique, passent ainsi de plus d'1 milliard à 120 millions environ entre 2009 et 2019, fragilisant alors la filière nationale de production largement dépendante des commandes publiques¹⁸. En outre, la gestion des réserves de masques et d'autres produits de santé est confiée à l'Établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (Eprus) créé en 2007, dont l'absorption par la nouvelle agence Santé publique France en 2016 semble avoir marginalisé les services. L'affaiblissement des capacités organisationnelles et matérielles de l'État en matière de préparation aux crises sanitaires s'inscrit dans une réorientation de la stratégie de préparation aux risques sanitaires au début des années 2010 qui procède à une redistribution des responsabilités dans la constitution et l'entretien des stocks de masques. Les équipements destinés aux professionnels hospitaliers sont désormais gérés par les établissements de santé eux-mêmes, lesquels sont soumis au même moment à d'importantes contraintes budgétaires rendant la réalisation de ces opérations locales difficile.

Rationner, commander et reconvertir

En réponse aux difficultés d'approvisionnement en matériels médicaux, les autorités publiques multiplient dans l'urgence les interventions sur les processus

de production et de distribution. C'est une logique d'encadrement, voire de rationnement qui structure dans un premier temps l'action de l'État. L'accès à certains produits de santé est encadré par plusieurs mesures relatives à leur prix et à leur répartition dans le but de corriger les effets d'une demande qui croît plus vite que l'offre. Les prix de vente sont rapidement plafonnés pour les gels hydroalcooliques (décret du 5 mars complété par un arrêté du 4 avril) et un peu plus tard pour les masques chirurgicaux (décret du 2 mai). La distribution des produits peut aussi être limitée en quantité comme le paracétamol, ou réservée à certaines catégories de la population comme les masques de protection (arrêté du 23 mars). Dans un premier temps, ceux-ci sont destinés prioritairement aux professionnels de santé et sont distribués de manière différenciée entre catégories de professionnels (personnels hospitaliers, médecins de ville, pharmaciens, etc.)¹⁹. Le rationnement dans l'accès aux équipements de protection est unanimement dénoncé par les organisations médicales et paramédicales dont certaines vont jusqu'à saisir les 21, 23 et 30 mars le Conseil d'État en référé pour demander aux autorités de prendre les mesures d'approvisionnement et de réquisition industrielle nécessaires à la protection des professionnels de santé les plus exposés²⁰. Ces différents référés sont toutefois rejetés au motif que l'État a pris les mesures nécessaires

18. A. Rouquet, « La tragédie industrielle et logistique des masques : récit en cinq actes », *The Conversation*, 5 mai 2020, <https://bit.ly/2HuSWL3>.

19. Ministère des Solidarités et de la Santé, « Communiqué de presse : modalités de mise à disposition des masques pour les professionnels dans les zones où le virus circule activement », 16 mars 2020, <https://bit.ly/35o340D>.

20. Les deux premières procédures sont initiées séparément par deux syndicats professionnels (le Syndicat des médecins d'Aix-en-Provence et région et le syndicat infirmier Infin'idels), tandis que la troisième est portée par une coalition associant des organisations professionnelles (Collectif inter-urgences, Collectif inter-hôpitaux, Coordination nationale infirmière) et des groupes de patients et d'usagers (Act Up-Paris, AIDES, Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, Association de défense des libertés constitutionnelles).

à l'augmentation du volume de masques disponibles, comme la possibilité que se donne le gouvernement de réquisitionner la production de masques sur le territoire national ainsi que les stocks détenus par des personnes morales de droit public ou privé (décrets des 3 et 13 mars).

L'accroissement des volumes d'équipement passe aussi, dès la fin mars, par une politique de soutien aux importations publiques et privées, en provenance principalement de Chine. Plusieurs mesures, parfois prises depuis peu et susceptibles d'entraver les échanges, sont ainsi levées : les réquisitions à l'importation sont finalement limitées aux commandes supérieures à 5 millions de masques (décret du 20 mars), les masques sans marquage CE sont autorisés à l'importation sous réserve d'un contrôle de leur qualité (circulaire du 27 mars), etc. Cette politique d'approvisionnement mondial mobilise à la fois les entreprises, qui sont aidées dans leurs importations par une « cellule masques » au ministère de l'Économie et des Finances, et plus directement par l'État qui procède à des commandes d'envergure, par exemple avec l'achat de plus d'1 milliard de masques à la fin mars et de 20 machines à la firme chinoise MGI capables d'analyser plus de 2 000 tests par jour au début du mois d'avril. Afin d'acheminer ces livraisons, les autorités mettent en place jusqu'à la fin juin un pont aérien avec la Chine, supervisé par la filiale de la SNCF Geodis. Médiatisée par le gouvernement, la politique d'importation produit toutefois des effets qui sont mal anticipés par les autorités publiques et enrayerent le rééquipement en matériels médicaux. Elle

tend en particulier à mettre en concurrence les acteurs nationaux publics et privés dans l'accès à ces biens sur les marchés étrangers, ce qui crée des incertitudes sur la qualité et la quantité des produits livrés²¹. De plus, le défaut de qualité constaté sur certains produits amène les autorités chinoises à durcir leurs contrôles douaniers et à limiter le nombre d'entreprises autorisées à exporter au début du mois d'avril, perturbant les circuits mondiaux d'approvisionnement. Ces dynamiques, amplifiées par les concurrences entre États, entraînent d'importants retards de livraison et une hausse du coût des produits importés que relève notamment la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la gestion de l'épidémie (Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, 2020:99-100).

Les incertitudes autour de la politique de commandes conduisent l'exécutif à défendre le recouvrement d'une « souveraineté nationale et européenne » en se donnant pour « priorité de produire davantage en France et en Europe » (Emmanuel Macron le 31 mars). L'augmentation des capacités nationales de production et la reconversion, en urgence, d'une partie de l'industrie nationale dans une « économie sanitaire » sont ainsi soutenues par les autorités publiques qui adoptent à cette fin une stratégie plus incitative que coercitive. Tout d'abord, les conditions de fabrication de certains produits sont assouplies comme les solutions hydroalcooliques que les pharmacies (arrêté du 6 mars) et les producteurs de cosmétiques

21. L. Folliot Lalliot, « La concurrence entre États sur l'achat de matériel médical et sanitaire aggrave le problème », *Le Monde*, 30 mars 2020 ; Cellule investigation de Radio France, « Inter-médiaires douteux, concurrence entre États : révélations sur le "Far-West" de l'équipement médical », *France inter*, 6 avril 2020, <https://bit.ly/2FR4nwp>.

Encadré

Un regroupement industriel pour produire en urgence des respirateurs sous l'égide de l'État

Dès la fin du mois de mars, le ministère de l'Économie soutient la formation d'un consortium autour d'Air Liquide, seul fabricant de respirateurs sur le territoire, en vue d'accroître ses capacités de production de 3 000 appareils sur l'année à 10 000 entre avril et la mi-mai. L'entreprise bénéficie du renfort matériel et technique d'un spécialiste des équipements électriques, Schneider Electric, et de deux groupes majeurs de l'industrie automobile, PSA et Valeo. Financés par une dotation publique exceptionnelle de 4 milliards d'euros pour l'achat d'équipements sanitaires, ces nouveaux appareils doivent équiper les lits en réanimation dont le nombre a provisoirement triplé. Ils correspondent toutefois pour plus des trois quarts à des ventilateurs de transport, choisis pour leur rapidité de fabrication, qui semblent inadaptes aux prises en charge en réanimation.

et de biocides (arrêté du 13 mars) sont autorisés à fabriquer. En plus de fournir un cadre favorable aux reconversions, les autorités publiques cherchent à organiser les initiatives d'acteurs industriels qui se mobilisent pour répondre aux besoins des établissements et professionnels de santé, notamment en matière de masques. Tandis que les commandes publiques stimulent les capacités productives des usines dédiées à ces équipements de protection – celles-ci passant de 3,5 à 20 millions de masques par semaine entre mars et fin mai (Mission d'information, 2020:25) –, le ministère de l'Économie et des Finances s'appuie dès la mi-mars sur le Comité stratégique de filière « Mode et luxe » pour coordonner les entreprises du textile converties dans la fabrication de masques. Animateur des reconversions productives, le ministère de l'Économie peut enfin être à l'initiative de celles-ci comme c'est le cas, non sans difficulté, pour la fabrication de respirateurs (voir encadré).

Conclusion

La crise sanitaire joue comme un révélateur des propriétés de l'État sanitaire français, qui ont largement façonné la gestion de l'épidémie de Covid-19 par les autorités publiques et ont pu nuire à son efficacité. Trois aspects ressortent de l'analyse, sur lesquels pourrait porter une discussion publique relative aux transformations du système de santé et de son gouvernement.

De l'activation du plan blanc début mars aux accords du « Ségur de la santé » en juillet, la gestion étatique de l'épidémie rappelle la centralité de l'hôpital dans le système de santé français que l'incantatoire virage ambulatoire n'a pas fondamentalement entamée. L'hôpital apparaît comme la principale organisation du secteur sanitaire sur laquelle les autorités publiques ont prise et peuvent agir. C'est d'ailleurs sur ce compartiment du système de santé que l'État exerce une contrainte budgétaire croissante depuis les années 1980, dont la crise sanitaire

FRANCE

actuelle montre les effets néfastes sur les capacités matérielles et humaines d'accueil. La place donnée aux hôpitaux dans la gestion de la crise exprime, en outre, une approche curative et biomédicale qui domine historiquement le système de santé français et qui est particulièrement visible au début de l'épidémie à travers l'attention portée à la distribution de soins aigus plutôt qu'aux actions de prévention et de dépistage.

Ainsi, les autorités étatiques ont mobilisé de manière secondaire les instruments et les organisations de la santé publique, du moins dans un premier temps, alors même que celle-ci s'est profondément transformée à partir des années 1990 pour s'orienter vers la prévention des risques sanitaires, de type pandémique notamment, et que ses moyens administratifs ont été considérablement renforcés. Mais c'est justement la multiplication de ces organisations de santé publique, conjuguée à la faible structuration des soins primaires, qui pourrait expliquer leur relative marginalisation au début de la crise sanitaire, en posant des problèmes de coordination que tant les fusions d'organisations, à l'image de l'agence Santé publique France, que les incitations à la coopération adressées aux professionnels libéraux ne parviennent à résoudre. Internes au champ de la santé publique, ces difficultés de coordination concernent aussi ses relations aux autres services sanitaires, notamment hospitaliers, que complique le persistant fonctionnement en silos du système de santé.

Ces problèmes de coordination n'ont été que partiellement résolus par les ARS qui, en dépit de leur rhétorique territoriale, s'inscrivent dans des lignes hiérarchiques de commandement visibles dans la gestion de la crise sanitaire. De fait, celle-ci est apparue centralisée à la fois dans la mise

en place du confinement, dans le pilotage du système hospitalier et dans la réponse aux pénuries matérielles, reproduisant la logique napoléonienne de l'État sanitaire français. La modulation des mesures en fonction des territoires, telle qu'elle s'affirme depuis le mois de mai, ne se départit d'ailleurs pas de ce schéma d'action verticalisé à l'origine de nombreux conflits entre élus locaux et autorités centrales. Celui-ci soulève un enjeu démocratique d'ouverture de la décision publique qui interroge le rôle des organisations syndicales, tenues à l'écart de la gestion de l'épidémie.

En dévoilant à quel point la santé publique, les institutions de soins et l'économie productive sont reliées, l'épidémie pourrait justement ouvrir la voie à une plus grande implication dans la définition des politiques de santé des acteurs syndicaux confédéraux qui ont l'avantage de la transversalité, c'est-à-dire de ne pas être enfermés dans la seule logique du secteur sanitaire. Cette implication reste à conquérir et appelle d'importants investissements intellectuels dans les enjeux de santé face à un État sanitaire qui, par la technicisation de ses interventions et le renforcement de ses capacités d'action, s'est largement autonomisé.

Achevé de rédiger le 30 octobre.

Sources :

Bajos N., Warszawski J., Pailhé A., Counil E., Jusot F., Spire A., Martin C., Meyer L., Sireyjol A., Franck J.-E., Lydié N. (2020), « Les inégalités sociales au temps du Covid-19 », *Questions de santé publique*, n° 40, IRESP, octobre, https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2020/10/IReSP_QSP40.web_.pdf.

Benallah S., Domin J.-P. (2017), « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital : quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? », *Travail et Emploi*, n° 152, p. 5-31, <https://doi.org/10.4000/travail.emploi.7755>.

- Benamouzig D., Besançon J. (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 3, p. 301-322, <https://doi.org/10.4000/sdt.26600>.
- Bergeron H., Borraz O., Castel P., Dedieu F. (2020), *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Biot J. (2020), *Rapport au Premier ministre. Mission stratégique pour réduire les pénuries de médicaments essentiels*, <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/274702.pdf>.
- Brandily P., Brébion C., Briole S., Khoury L. (2020), « A poorly understood disease? The unequal distribution of excess mortality due to COVID-19 across French municipalities », *Working Paper*, n° 2020-44, Paris School of Economics, juillet, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02895908/document>.
- Brun S., Simon P. (2020), « L'invisibilité des minorités dans les chiffres du coronavirus : le détour par la Seine-Saint-Denis », Dossier, « Inégalités ethno-raciales et pandémie de coronavirus », *De facto*, mai, p. 68-78, http://icmigrations.fr/wp-content/uploads/2020/05/De-Facto-19-Brun_Simon.pdf.
- Buton F., Pierru F. (2012), « Instituer la police des risques sanitaires. Mise en circulation de l'épidémiologie appliquée et agencification de l'État sanitaire », *Gouvernement et action publique*, n° 4, p. 67-90, <https://doi.org/10.3917/gap.124.0067>.
- Célant N., Stéphanie G., Rochereau T. (2017), « L'enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 », *Les rapports de l'Irdes*, n° 566, septembre, <https://bit.ly/35nnAOX>.
- Daudigny Y., Decool J.-P. (2018), *Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, Sénat, n° 737, 27 septembre, <http://www.senat.fr/rap/r17-737/r17-7371.pdf>.
- Dodier N., Camus A. (1997), « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales. Histoire, Sciences sociales*, vol. 52, n° 4, p. 733-763, <https://doi.org/10.3406/ahess.1997.279597>.
- Drees (2020a), *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé*, Panoramas de la Drees, <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/276352.pdf>.
- Drees (2020b), *Les établissements de santé*, Panoramas de la Drees, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2020.pdf>.
- Dubost C.-L., Pollak C., Rey S. (2020), « Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 », *Les Dossiers de la Drees*, n° 62, juillet, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd62.pdf>.
- Gascard N., Kauffmann B., Labosse A. (2020), « 26 % de décès supplémentaires entre début mars et mi-avril 2020 : les communes denses sont les plus touchées », *Insee Focus*, n° 191, 11 mai, <https://bit.ly/37udy11>.
- Gheorghiu M.D., Moatty F. (2013), *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Liaisons sociales/Centre d'études de l'emploi.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (dir.) (2020), Dossier « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0011>.
- Juven P.-A., Pierru F., Vincent F. (2019), *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raisons d'agir.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IRES*, n° 91-92, p. 17-47, <https://bit.ly/2IWzBDu>.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2020), *Préparation au risque épidémique Covid-19. Établissements de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux*, Guide méthodologique, 20 février, <https://bit.ly/37x96yw>.
- Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19 (2020), *Rapport d'information*, Assemblée nationale, n° 3053, <https://bit.ly/3jq2oN3>.
- Morel S. (2016), « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé », *Agone*, n° 58, p. 73-88, <https://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-73.htm>.
- Palier B. (2005), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, Puf.
- Paton C. (2020), « Insouciance and inexperience: A deadly combination when dealing with Covid-19 », *The International Journal of*

FRANCE

Health Planning and Management, vol. 35, n° 5, p. 983-987, <https://doi.org/10.1002/hpm.2991>.

Rosental P.-A. (2020), *Un balcon en forêt 2020 : essai comparatif sur l'épidémie de Covid*, Terra Nova, 6 mai 2020, <https://bit.ly/35AA3AI>.

Vassy C. (2001), « Categorisation and micro-rationing: Access to care in a French emer-

gency department », *Sociology of Health and Illness*, vol. 23, n° 5, p. 615-632, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01275608>.

Vigueron E. (2013), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », *Les Tribunes de la santé*, n° 38, p. 41-53, <https://doi.org/10.3917/seve.038.0041>.