

## **Thématique *Santé***

**Annexe : Présentation des dispositions de la loi du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 et des ordonnances prises pour son application en matière de santé**

## SOMMAIRE

	Pages
<b>Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19</b> .....	5
<i>Article 8</i> : Suppression du délai de carence .....	5
<i>Article 13</i> : Suppression du délai de carence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité des expatriés rentrés en France.....	7
<b>Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale</b> .....	10
<b>Ordonnance n° 2020-311 du 25 mars 2020 relative à l'adaptation temporaire des règles d'instruction des demandes et d'indemnisation des victimes par l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante</b> .....	13
<b>Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux</b> .....	16
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Prolongation des droits à la complémentaire santé solidaire et à l'aide médicale de l'État .....	16
<b>Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19</b> .....	20
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Prolongation des délais d'autorisation temporaire d'exercice des professionnels de santé titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne (PADHUE) .....	20
<i>Article 2</i> : Assouplissement de certaines dispositions applicables aux établissements de santé .....	23
<i>Article 3</i> : Modification du droit applicable à la télésanté, aux indemnités journalières et aux affections de longue durée.....	25
<b>Ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19</b> .....	28



## **Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19**

### *Article 8*

#### **Suppression du délai de carence**

Cet article vise à supprimer le délai de carence pour l'ensemble des régimes général, spéciaux et agricoles en situation d'arrêt de travail pour raison de santé à compter de la publication de la loi (24 mars 2020) et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire. Le délai de carence correspond à la période pendant laquelle l'assuré doit attendre avant de pouvoir bénéficier des indemnités journalières de maladie.

#### **1. Le droit en vigueur avant la loi du 23 mars 2020**

Le délai de carence est applicable à l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie :

– pour le régime général, il résulte des articles L. 323-1 et R. 323-1 du code de la sécurité sociale et couvre trois jours ;

– pour les agents publics, titulaires et non titulaires ainsi que pour les salariés des régimes spéciaux <sup>(1)</sup>, le délai de carence est d'une journée par application de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

– pour les assurés relevant du régime des artisans, industriels et commerçants, l'indemnité journalière est attribuée à l'expiration d'un délai de carence de trois jours en cas d'hospitalisation et de sept jours en cas d'accident ou de maladie (article D. 613-9 du code de la sécurité sociale) ;

– les exploitants agricoles et leur famille, les indemnités sont versées à partir du quatrième jour en cas d'hospitalisation et du huitième jour en cas de maladie ou d'accident ;

– pour les assurés relevant du régime praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), l'indemnité journalière est versée après un délai de carence de trois mois.

---

(1) Article R. 711-1 du code de la sécurité sociale.

### **Le délai de carence pour le secteur public**

La loi de finances pour 2018 a introduit un jour de carence pour la prise en charge des congés de maladie des personnels du secteur public. Le jour de carence signifie que les agents, en cas de congé maladie, ne bénéficient plus du maintien de leur traitement ou de leur rémunération, ou du versement de prestations en espèces au cours de leur premier jour de congé de maladie.

Les agents concernés sont les agents publics et les militaires ainsi que les salariés « *pour lesquels l'indemnisation de ce congé n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale ou est assurée par un régime spécial de sécurité sociale* » soit, selon les travaux parlementaires, les salariés bénéficiant d'un régime spécial de sécurité sociale (entreprises publiques électriques et gazières et de transport en commun, clercs et employés de notaires, marins, ministres des cultes, *etc.*).

Ce délai de carence n'est pas applicable :

- en cas, pour les fonctionnaires civils, d'incapacité permanente résultant de blessures ou de maladies contractées ou aggravées en service, dans l'accomplissement d'un acte de dévouement dans un intérêt public, en exposant ses jours pour sauver la vie d'une ou de plusieurs personnes, ou, pour les militaires, d'infirmités d'un taux au moins égal à 60 % ;
- pour le deuxième congé de maladie, lorsque celui est pris moins de 48 heures après le premier et que la cause est identique ;
- en cas de congé pour invalidité temporaire imputable au service, de congé de longue maladie, de congé de longue durée et de congé de grave maladie ;
- en cas de congé de maladie accordé, dans une période de trois ans, après un premier congé de maladie au titre d'une même affection de longue durée.

## **2. La suppression du délai de carence pour tous les régimes pendant la durée de l'état d'urgence sanitaire**

Le dispositif adopté par le Parlement vise à déroger à l'application d'une journée de carence pour tous les arrêts de travail ou congés à la date de publication de la loi, soit le 24 mars 2020, et jusqu'à la fin de la période d'urgence sanitaire.

Les assurés concernés sont ceux :

- ceux qui bénéficient de prestations en espèces d'assurance maladie versée par régime obligatoire de sécurité sociale, notamment le régime général ;
- les assurés relevant des régimes spéciaux ainsi que les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat.

Pour en bénéficier, l'incapacité physique doit être constatée par le médecin traitant.

La suppression du délai de carence pendant deux mois a été chiffrée à environ 150 millions d'euros de surcoût sur la base des arrêts maladie observés en 2018.

Les référentes ont également voulu obtenir quelques précisions complémentaires relatives aux arrêts de travail délivrés durant la période de l'état d'urgence sanitaire.

Il apparaît qu'aucune projection financière du surcoût occasionné par les arrêts délivrés aux patients atteints du covid-19 ne peut être établie avec précision. Il n'est pas possible d'identifier au sein des arrêts maladie ceux concernant un patient ayant contracté le covid-19. Si « *les données de gestion remontées par la [Caisse nationale de l'assurance maladie] au 16 avril indiquent environ 540 000 demandes d'arrêts en lien avec le Covid-19* », ce chiffrage est aussi partiel que fragile : il ne prend en compte que les avis d'arrêts de travail

dématérialisés à partir d'un système de gestion qui n'est pas calibré pour produire des statistiques financières. En outre, « ces remontées ne donnent pas d'indication quant à la durée des arrêts et aux montants indemnisés ».

Néanmoins, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) procède à un suivi hebdomadaire des remboursements qui a permis de mettre en évidence « la très forte montée en charge de l'ensemble des dispositifs d'arrêts de travail indemnisés (gardes d'enfants, personnes vulnérables, confinement, patients ayant contracté le Covid-19) ». On observe une augmentation « de près de 100 % » des liquidations d'indemnités journalières sur la période courant du 30 mars au 10 avril « ce qui représente en extrapolant à l'ensemble des régimes environ 185 millions d'euros de surcoût par semaine »<sup>(1)</sup>.

### Article 13

## Suppression du délai de carence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité des expatriés rentrés en France

Alors que l'épidémie de covid-19 oblige de nombreux Français en mobilité à rentrer en France de façon inattendue, l'article 13 de la loi du 23 mars 2020 suspend, pendant la période de la pandémie, le délai de carence pour l'affiliation à l'assurance maladie et maternité de ces expatriés.

### 1. Le droit en vigueur avant la loi du 23 mars 2020

- Lorsqu'un Français décide de revenir en France après une mobilité dans l'espace européen, celui-ci relève toujours, au cours des trois premiers mois qui suivent son arrivée, du régime obligatoire de sécurité sociale de son ancien État de résidence.

- Par ailleurs, les personnes ayant adhéré à la Caisse des Français de l'étranger (CFE) bénéficient aussi du maintien de leurs droits les trois premiers mois à compter de leur retour en France. La CFE joue ainsi pleinement son rôle de garant de la continuité de la protection sociale des Français en mobilité internationale.

- Lors du retour en France en provenance d'un pays en dehors de l'espace européen et sans avoir adhéré à la CFE, l'accès à la protection universelle maladie (PUMa) est possible si l'une des deux conditions suivantes est remplie : exercer une activité professionnelle ou résider en France de manière stable et régulière<sup>(2)</sup>.

En vertu de l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale, la condition de stabilité est satisfaite si un justificatif prouvant la résidence ininterrompue en France d'une durée d'au moins trois mois peut être présenté.

---

(1) Le Gouvernement indique que « ce surcoût prend en compte à la fois les dépenses supplémentaires liées au Covid-19, qu'il s'agisse des arrêts dérogatoires (gardes d'enfants, personnes vulnérables) ou des arrêts des personnes malades du Covid-19, mais aussi les économies liées à une baisse des arrêts de travail pour les autres pathologies ».

(2) Conformément à l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, toute personne exerçant une activité professionnelle ou, lorsque ce n'est pas le cas, résidant en France de manière stable et régulière, bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé sous certaines conditions.

**Ainsi, si aucune activité professionnelle n'est exercée lors de son retour en France, un expatrié est soumis à un délai de carence de trois mois avant de pouvoir bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé.**

Certaines catégories de Français sont exonérées de la condition des trois mois de résidence stable et régulière et peuvent bénéficier d'une ouverture immédiate de leurs droits <sup>(1)</sup>. Depuis le décret du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la PUMa, les conjoints d'assurés rentrant en France exercer une activité professionnelle ne sont notamment plus soumis au délai de carence. Cependant, la députée Anne Genetet, dans son rapport de septembre 2018 sur la mobilité internationale des Français <sup>(2)</sup>, note que cette mesure n'est pas toujours mise en œuvre par l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), ce qui a pu donner lieu à des délais de carence injustifiés.

## **2. Les modifications apportées pendant la durée de l'état d'urgence sanitaire**

L'épidémie de covid-19 a contraint de nombreux Français en mobilité à l'étranger à rentrer en France de façon inattendue.

Afin de permettre ce retour des Français expatriés dans les meilleures conditions, l'article 13 de la loi du 23 mars 2020 **suspend le délai de carence de trois mois avant de pouvoir bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé**, délai qui s'appliquait aux personnes sans activité professionnelle.

**Ainsi, les Français expatriés rentrés en France entre le 1<sup>er</sup> mars et le 1<sup>er</sup> juin 2020 et n'exerçant pas d'activité professionnelle sont désormais affiliés à l'assurance maladie et maternité sans que puisse leur être opposé un délai de carence.**

La députée Anne Genetet, dans son rapport précité, souligne toutefois que, d'après la direction de la sécurité sociale, la durée moyenne pour l'affiliation auprès d'une CPAM lors du retour en France est d'environ trois semaines après la soumission d'un dossier complet.

Les référentes se sont inquiétées de ce délai auprès du ministère des solidarités et de la santé, d'autant plus que, s'il semble déjà trop long au regard du risque de voir survenir un problème de santé lors des premières semaines du retour en France, ce délai pourrait être accru en raison du nombre plus important de dossiers reçus par les CPAM.

La direction de la sécurité sociale a indiqué aux référentes que l'affiliation constituait une activité prioritaire de la CNAM dans le cadre du plan de continuité de l'activité pendant la crise. Afin de raccourcir les délais d'affiliation, un circuit spécifique a été mis en place avec la création d'une boîte aux lettres dédiée à ces demandes. À titre d'exemple, la CPAM des Hauts-de-Seine traite actuellement ces demandes en 48 heures. Par ailleurs, la protection universelle maladie (PUMa) peut être ouverte à la date de la demande, en application de l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale, ce qui permet de prendre en charge rétroactivement les soins quelle que soit la durée d'instruction de la demande.

---

(1) Il peut ainsi par exemple s'agir, dans le cas de personnes de retour en France sans emploi après une activité salariée à l'étranger, des ayants droit d'une personne affiliée à l'assurance maladie, d'un ancien volontaire international en entreprise (VIE) ou d'un étudiant.

(2) <https://annegenetet.fr/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-GENETET-La-mobilit%C3%A9-internationale-des-Fran%C3%A7ais.pdf>



## **Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale**

La crise sanitaire actuelle conduit à repenser les modalités de financement des établissements de santé sur cette période.

L'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale vise principalement à neutraliser l'impact de la déprogrammation de certaines activités sur les recettes des établissements de santé.

Cette disposition vise également à sécuriser le financement d'établissements directement mobilisés par la gestion de l'épidémie qui, en raison de cette implication, n'auraient pas été en mesure de renseigner en temps réel les informations nécessaires à la valorisation de leur activité.

### **A. LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS**

La garantie de financement prévue par cette ordonnance concerne tous les établissements de santé – quel que soit leur statut (public, privé d'intérêt collectif ou privé) – qui bénéficient d'un financement à l'activité.

Tous les établissements pratiquant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie pour les établissements en prix de journée, ainsi que les activités de soins à domicile sont donc concernés. Les hôpitaux de proximité bénéficieront également d'une garantie de financement.

Cette garantie concerne uniquement les établissements financés à l'activité, et ne concerne donc pas ceux entièrement financés par dotation, et notamment les établissements publics et privés non lucratifs de SSR et de psychiatrie.

### **B. LE FONCTIONNEMENT DE LA GARANTIE**

L'ordonnance prévoit que cette garantie sera applicable pendant une période qui ne pourra être inférieure à trois mois ni supérieure à un an.

Les modalités de calcul de cette garantie doivent être précisées dans un arrêté qui, selon les informations transmises aux référentes par le Gouvernement, devrait être publié au début du mois de mai, après concertation des fédérations hospitalières et des agences régionales de santé.

Le dispositif devrait *a priori* être appliqué sur l'activité réalisée entre le 1<sup>er</sup> mars et le 31 décembre 2020.

#### **1. Quelles seront les modalités de calcul de cette garantie ?**

L'ordonnance dispose que le niveau mensuel de cette garantie est calculé en tenant compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement, notamment au titre de ses activités.

En pratique, cette garantie devrait être calculée par rapport aux recettes versées par l'assurance maladie à l'établissement en 2019 au titre des prestations d'hospitalisation, majorées du taux d'évolution des tarifs prévus dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2020 <sup>(1)</sup> puis rapportées au mois.

## 2. Quel sera le périmètre de cette garantie ?

Selon les informations transmises par le Gouvernement aux référentes, le périmètre de la garantie de financement couvrira l'ensemble des prestations d'hospitalisation, quel que soit le secteur. En ce qui concerne les actes et consultations externes facturés par les établissements publics de santé, ils seront également intégrés dans le périmètre de la garantie.

En revanche, les produits de la liste en sus ne seront *a priori* pas intégrés dans le mécanisme de garantie de financement. En revanche, un dispositif d'avance sur les recettes des produits de la liste en sus devrait être prévu dans l'arrêté, pour apporter un soutien en trésorerie aux établissements qui pourraient rencontrer des difficultés de transmission de l'information nécessaire au remboursement de ces dépenses.

Les référentes soulignent que cette garantie ne prendra pas en compte les recettes hospitalières habituellement non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire mais par les organismes complémentaires, et en premier lieu le forfait hospitalier. Il conviendra d'être vigilant sur ce point, sur lequel le Gouvernement a indiqué aux référentes que des négociations auraient lieu avec les organismes complémentaires.

## 3. Comment cette garantie sera-t-elle versée ?

La garantie sera versée selon des modalités différentes aux établissements publics et privés non lucratifs, dont la valorisation de l'activité fait l'objet d'un traitement et d'un versement mensuels <sup>(2)</sup>, et aux établissements privés non lucratifs, qui facturent directement et « au fil de l'eau » à l'assurance maladie.

Les établissements publics et privés non lucratifs, selon les informations transmises aux référentes par le Gouvernement, percevront un versement mensuel de leur garantie de financement en lieu et place de leurs ressources liées à l'activité au cours de l'année 2020. Par la suite, *« une fois leur activité réelle remontée et valorisée, une comparaison sera effectuée entre le montant de la garantie et le montant correspondant à l'activité réelle. Si les recettes correspondant à l'activité sont supérieures au montant de la garantie, un complément de recettes leur sera versé. Il est prévu que cette régularisation ait lieu au plus tard en mars 2021, lorsque l'ensemble de l'activité des établissements pour la période concernée sera transmise. Une régularisation intermédiaire pourrait être envisagée avant mars 2021 si cela s'avère nécessaire, en fonction de la durée de la crise. »*

---

(1) + 0,2 % sur le champ MCO, + 1,1 % sur les activités d'hospitalisation à domicile, + 0,1 % pour les établissements privés de soins de suite et de réadaptation, + 0,5 % pour les établissements privés de psychiatrie.

(2) En effet, ces établissements transmettent leurs données d'activité, de façon mensuelle, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'ATIH est alors chargée de contrôler et de valoriser les séjours. Elle transmet ensuite ces informations à l'agence régionale de santé (ARS). Celle-ci procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par application des tarifs relatifs aux prestations. L'ARS arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à l'assurance maladie, qui assure le versement des sommes dues à l'établissement concerné.

En ce qui concerne les établissements privés lucratifs, leurs recettes d'activité continueront donc d'être versées au fil de l'eau par l'assurance maladie. Par la suite, *« en fin de période, une comparaison sera effectuée entre le montant de la garantie et le montant que ces établissements ont perçu au titre de leur activité et des avances en trésorerie. Si ces recettes sont inférieures au niveau de la garantie, un complément de financement leur sera versé. »*

## **Ordonnance n° 2020-311 du 25 mars 2020 relative à l'adaptation temporaire des règles d'instruction des demandes et d'indemnisation des victimes par l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

Cette ordonnance vise à adapter les délais d'instruction des dossiers de demande d'indemnisation relatifs au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et à l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

### **A. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE (FIVA)**

L'article 1<sup>er</sup> **proroge de trois mois** les délais d'instruction des demandes d'indemnisation du FIVA pour tenir compte du contexte lié à l'épidémie de covid-19 et à la difficulté pour le FIVA à effectuer certaines activités à distance.

#### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a institué un régime de réparation intégrale des préjudices liés à l'amiante :

– qu'il s'agisse de travailleurs ayant obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ;

– de travailleurs qui, sans avoir obtenu cette reconnaissance, ont subi un préjudice parce qu'ils ont été directement exposés à l'amiante ;

– de leurs ayants droit.

Le même article institue un fonds d'indemnisation alimenté par l'État et la sécurité sociale et précise par ailleurs les modalités de dépôt de la demande d'indemnisation et d'instruction.

#### **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

L'ordonnance **proroge de trois mois** les délais d'instruction des demandes d'indemnisation lorsqu'ils expirent entre le 12 mars 2020 et une date fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et ne pouvant excéder le 12 juillet 2020. Selon les informations transmises par le Gouvernement, la publication de l'arrêté est subordonnée à la levée du confinement et aux conditions d'activité du FIVA.

L'article 53 prévoit notamment trois délais qui font l'objet de la modification par l'ordonnance :

– le IV prévoit la présentation par le FIVA d'une offre d'indemnisation dans les six mois à compter de la réception de la demande ;

– le délai mentionné à l'alinéa précédent est normalement suspendu lorsque la victime n'a pas fait de déclaration en vue d'une maladie professionnelle auprès de son organisme de sécurité sociale. Le troisième alinéa du III dispose donc que le FIVA transmet

le dossier à l'organisme de sécurité sociale, la transmission valant déclaration de maladie professionnelle. L'organisme dispose d'un délai d'instruction de trois mois, renouvelable une fois. Faute de réponse, le FIVA dispose d'un autre délai de trois mois pour statuer définitivement sur la demande d'indemnisation.

**160 dossiers** sont susceptibles de voir leur délai de présentation d'une offre arriver à échéance sur les mois de mars et avril.

Il a été indiqué que « *le traitement des demandes d'indemnisation a été partiellement maintenu* » notamment à travers la mobilisation des agents disponibles pour traiter les offres d'indemnisation dans les dossiers entièrement numérisés. Malgré les difficultés, le FIVA poursuit son activité. Il n'est pas apparu utile de définir des critères de priorisation des dossiers à examiner.

## **B. L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX (ONIAM)**

Pour les mêmes raisons, l'article 2 **proroge de quatre mois** divers délais relatifs à l'instruction des dossiers d'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

L'ONIAM assure l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales dans le cadre d'une procédure amiable qui repose sur une commission de conciliation et d'indemnisation. Quand la commission estime qu'une des personnes visées à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique <sup>(1)</sup> est responsable des dommages, l'assureur qui garantit la responsabilité civile de la personne responsable adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, une offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis, dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance (article L. 1142-14 du code de la santé publique). En cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, l'ONIAM est substitué à l'assureur (article L. 1142-15).

### **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

L'article 2 modifie les dispositions législatives du code de la santé publique fixant les délais dans lesquels l'ONIAM, ainsi que les différentes instances en son sein doivent statuer sur les demandes d'indemnisation. L'ordonnance proroge ces délais, lorsqu'ils arrivent à échéance entre le 12 mars 2020 et une date fixée par arrêté, sans pouvoir excéder le 12 juillet 2020, de quatre mois. Le rapport de présentation de l'ordonnance indique que « *ce délai, plus long que celui proposé pour le FIVA à l'article précédent, est fixé au regard de la nature de dispositif d'indemnisation amiable, entre la victime et le responsable, de l'ONIAM* ». Comme pour le FIVA, la publication de l'arrêté est subordonnée à la levée du confinement et aux conditions d'activité de l'ONIAM. Environ 340 dossiers sont susceptibles de voir leur délai de présentation d'une offre arriver à échéance sur les mois de mars et avril.

---

(1) *Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins, et toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé.*

**Les délais modifiés par l'ordonnance :**

- en cas de faute, le délai d'émission de l'avis de la commission de conciliation et d'indemnisation (article L. 1142-8) et les délais prévus pour l'offre d'indemnisation émise par l'assureur y compris lorsque l'ONIAM est substitué à l'assureur (articles L. 1142-14 et L. 1142-15) ;
- en cas de dommages ne résultant pas d'une faute ou résultant d'une infection nosocomiale, les délais prévus pour l'offre d'indemnisation (articles L. 1142-17 et L. 1142-17-1) ;
- les délais prévus dans le cadre des demandes d'instruction des dommages imputables au benfluorex (articles L. 1142-24-5, L. 1142-24-6 et L. 1142-24-7), du valproate de sodium (article L. 1142-24-12), à des contaminations liées à la transfusion sanguine (articles L. 1221-1 et L. 3122-2).

L'ordonnance ne prévoit pas de prorogation des délais de paiement des offres prévus aux septième alinéa de l'article L. 1142-14 et sixième alinéa de l'article L. 1142-17. Interrogé par les référentes, le Gouvernement a indiqué que « *l'acte de paiement ne présent[e] pas les mêmes contraintes et difficultés que les décisions sur les demandes d'indemnisation et la présentation des offres* ». Il a également été précisé que « *l'office travaille activement à la mise en place de processus permettant d'assurer le traitement budgétaire et comptable dans des conditions suffisamment sécurisées, les difficultés d'acheminement du courrier postal et de son traitement par l'établissement dégradant le processus* ».

Le traitement des dossiers de demandes d'indemnisation est considérablement ralenti par l'état d'urgence sanitaire. Les séances des commissions d'indemnisation et de conciliation (CCI) et des instances Médiateur et Dépakine sont effet suspendues en raison de l'impossibilité de réunir leurs membres et de conduire des expertises médicales. Les services du ministère indiquent par ailleurs que « *les ressources médicales extérieures [sont] mobilisées par ailleurs [au titre de] la gestion de la crise sanitaire* ». Cela étant, « *les présidents des instances poursuivent la préparation des avis et notifications ainsi que l'instruction des dossiers avec le personnel qui dispose d'un accès en télétravail* » tandis que l'ONIAM « *a engagé par ailleurs un effort particulier pour résorber le stock de dossiers en attente d'offres* ».

Dans ce contexte particulier, le Gouvernement indique que l'ONIAM a par ailleurs ciblé son action sur les publics les plus prioritaires, « *à savoir les victimes bénéficiaires de rentes mensuelles, trimestrielles ou annuelles, afin de leur éviter toute rupture de ressources* ». De fait, l'instruction des dossiers a été quelque peu allégée pour faciliter leur traitement, « *notamment les pièces exigibles à l'appui du paiement (à l'exception d'une modification du RIB pour éviter tout risque de fraude de la victime par des personnes malveillantes)* » conformément aux « *consignes données par la direction générale des finances publiques* ». L'allègement du contrôle *a priori* est par ailleurs contrebalancé par un renforcement des contrôles *a posteriori*.

Enfin, les références ont tenu à demander des précisions sur l'indemnisation des dommages découlant de soins réalisés en application de mesures d'urgence prescrites par le ministre chargé de la santé en cas de menace sanitaire grave.

À ce stade, ces risques ne peuvent être anticipés, leur réalisation étant à la fois aléatoire et imprévisible. Ainsi, les dommages résultant de la campagne de vaccination contre la pandémie grippale de 2009 n'ont été avérés qu'à compter de 2013 « *eu égard à la latence des effets du vaccin notamment chez les enfants* ». Moins de 200 personnes ont été concernées par ces dommages au regard des centaines de milliers de vaccinations pratiquées.

S'agissant des prescriptions d'hydroxychloroquine et des effets secondaires potentiels, le Gouvernement indique que « *l'administration disposera d'éléments chiffrés relatifs au nombre de patients auxquels ce médicament aura été administré* » sans toutefois pouvoir « *anticiper à ce stade les risques liés à l'utilisation de l'hydroxychloroquine sur les patients* ».

## **Ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation des droits sociaux**

### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Prolongation des droits à la complémentaire santé solidaire et à l'aide médicale de l'État**

L'épidémie de covid-19 conduit à devoir adapter les modalités de délivrance des prestations, afin de concilier les garanties des droits des assurés avec le respect des mesures sanitaires prises par le Gouvernement.

L'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2020-312 vise en particulier à éviter des ruptures de droits pour les bénéficiaires des dispositifs suivants :

- la complémentaire santé solidaire ;
- l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) ;
- l'aide médicale de l'État (AME).

#### **A. LA PROLONGATION DES DROITS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET L'AIDE AU PAIEMENT D'UNE ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)**

##### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

Sous condition de résidence stable et régulière en France, les personnes ayant de faibles ressources peuvent bénéficier d'un accès facilité à une protection complémentaire en matière de santé.

● Jusqu'à la mise en place d'une couverture complémentaire unique le 1<sup>er</sup> novembre 2019, cette protection se composait de deux dispositifs :

– la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), une protection complémentaire santé gratuite pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond ;

– l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), destinée aux personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs au plafond permettant de bénéficier de la CMU-C. L'ACS se présente sous la forme d'une attestation ou « chèque santé » ouvrant droit à une réduction de cotisations lors de la souscription de l'un des onze contrats de protection complémentaire homologués.

● Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, **l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019** a étendu, **à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019**, le bénéfice de la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS, moyennant une participation financière.

En pratique, le dispositif reste gratuit pour les personnes dont les ressources annuelles sont inférieures au plafond permettant de bénéficier de la CMU-C. Pour celles dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et le plafond de l'ACS, cette nouvelle

protection complémentaire est accessible grâce au paiement d'une participation financière, comprise entre 100 euros et 360 euros par an, en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, cette nouvelle couverture complémentaire est renommée « **complémentaire santé solidaire** » (C2S), en lieu et place de la « couverture maladie universelle complémentaire » (CMU-C), en application de l'article 32 de la LFSS 2020.

Au 31 janvier 2020, le nombre de bénéficiaire de la C2S sans participation financière est de 5,45 millions et le nombre de bénéficiaires de la C2S avec participation est de 17 168 <sup>(1)</sup>.

Bien que ce nouveau dispositif soit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, les contrats de complémentaires santé ouvrant droit à l'ACS qui étaient en cours à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2019 sont restés éligibles au bénéfice de cette aide jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire. Ainsi, 945 294 d'assurés disposaient d'un contrat ACS en cours au 31 janvier 2020.

• Les aides pour une complémentaire santé solidaire sont, en temps normal, **accordées pour un an et leur renouvellement n'est pas automatique**. Tous les ans, les bénéficiaires doivent adresser une nouvelle demande à leur caisse d'assurance maladie, accompagnée des justificatifs demandés, entre deux et quatre mois avant la fin de leurs droits.

Cette règle connaît néanmoins une exception : la complémentaire santé solidaire sans participation (ex CMU-C) est renouvelée automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) <sup>(2)</sup>.

## 2. Les modifications apportées par l'ordonnance

Afin d'éviter les ruptures de droits des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide au paiement d'une ACS dont le bénéfice expirera au cours des prochains mois, **l'article 1<sup>er</sup>** de la présente ordonnance :

– **prolonge de trois mois les droits des bénéficiaires de la complémentaire solidaire (avec et sans participation)** arrivant à échéance entre le 12 mars et le 1<sup>er</sup> juillet 2020 (**II** de l'article 1<sup>er</sup>) ;

La Caisse nationale de l'assurance maladie a relevé un total de 2,38 millions de bénéficiaires de la C2S avec et sans participations potentiellement concernés par la prolongation de leurs droits. Parmi eux, seuls 56 sont bénéficiaires d'une C2S payante. Il s'agit de personnes anciennement couvertes par un contrat ACS qui ont demandé à pouvoir basculer à la C2S pour la durée de leur droit ACS restant à courir.

De son côté, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole a fait état de 36 706 contrats de C2S avec ou sans participation financière potentiellement concernés par la mesure de prolongation.

– **prolonge également le bénéfice des contrats d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)** en cours le 12 mars 2020 et expirant avant le 31 juillet 2020. Ces contrats sont prorogés jusqu'au 31 juillet 2020, sauf opposition de l'assuré, sans modification de leurs conditions tarifaires. Les bénéficiaires auront accès aux mêmes montants d'aide que ceux auxquels ils ont droit aujourd'hui (**I** de l'article 1<sup>er</sup>).

(1) D'après des données provisoires fournies par la direction de la sécurité sociale.

(2) Les allocataires du RSA bénéficient de plein droit de la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par les caisses primaires d'assurance maladie. Ils sont en effet réputés satisfaire aux conditions ouvrant droit à la CMU-C.

D'après les données les plus récentes transmises par le Fonds de la C2S, le nombre d'entrants dans un droit ACS (douze mois) sur la période de mars à juillet 2019 s'établit à environ 670 000 (renouvellements de droits et primo-demandes confondus). Toutefois, en moyenne 23 % des attributions de droits ne donnent pas lieu à la souscription d'un contrat par l'assuré. On peut donc estimer à environ 515 000 le nombre de contrats ACS arrivant à échéance entre mars et juillet 2020, sous réserve que les assurés n'aient pas basculé par anticipation vers la C2S.

La direction de la sécurité sociale a indiqué aux référentes que les bénéficiaires de la C2S dont le droit arrivait à expiration entre le 12 mars et le 31 juillet recevraient de l'assurance maladie une nouvelle attestation de droits une fois la prolongation enregistrée (que le droit soit géré par leur organisme d'assurance maladie obligatoire ou par un organisme complémentaire). Par ailleurs, la CNAM étudie la faisabilité d'une campagne d'information par mail des bénéficiaires de la C2S disposant d'un compte Ameli. S'agissant des contrats ACS prolongés, c'est l'organisme complémentaire qui assure l'information des assurés concernés.

## **B. L'ADAPTATION DES CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DE L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)**

### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

L'aide médicale de l'État (AME), qui permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, est attribuée sous conditions de résidence stable en France (plus de trois mois) et de ressources, qui doivent être inférieures à un seuil (9 032 euros par an pour une personne seule au 1<sup>er</sup> avril 2020).

L'AME compte 328 728 bénéficiaires en 2019 <sup>(1)</sup>.

Avant la mise en place du confinement, la première demande d'AME devait **être déposée, par le demandeur, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)**. L'AME est accordée pour un an **à partir de la date de dépôt de la demande**.

**Le renouvellement des droits n'est pas automatique** : il doit être demandé chaque année, deux mois avant la date d'échéance mentionnée sur la carte d'admission à l'AME. Cette demande de renouvellement peut se faire auprès de la CPAM, d'un établissement de santé dans lequel le demandeur est pris en charge, d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé, des services sanitaires et sociaux du département de résidence ou des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet. Dans tous les cas, le dossier est transmis à la caisse d'assurance maladie qui l'instruit.

### **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

L'article 1<sup>er</sup> de la présente ordonnance adapte les conditions de délivrance de l'AME afin de tenir compte du fonctionnement perturbé des caisses de sécurité sociale du fait des mesures d'isolement.

---

(1) Estimation réalisée à partir des dernières données disponibles sur les bénéficiaires de l'AME au 30 septembre 2019 (335 483 personnes) et des données des trois premiers trimestres.

Ainsi, **l'obligation de dépôt physique des primo-demandes est suspendue jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2020, les demandes pouvant désormais être expédiées par courrier, comme pour les renouvellements de droits (III de l'article 1<sup>er</sup>).**

**La présente ordonnance** est relative à la suspension de l'obligation de dépôt physique des primo-demandes d'admission à l'AME.

Concernant la remise des cartes d'admission à l'AME, **le décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'État, qui prévoit la remise du titre d'admission à l'AME en mains propres, autorise déjà une transmission par voie postale en cas d'empêchement du bénéficiaire.** Par ailleurs, comme précisé dans une note d'information relative à la prise en charge, durant la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19 des frais de santé des personnes ne disposant pas de droits à la protection universelle maladie diffusée auprès des agences régionales de santé (ARS) le 10 mars, la fabrication des cartes AME étant interrompue, pour les dossiers instruits avant le 16 mars 2020, les bénéficiaires n'ayant pas encore retiré leur carte AME auprès de leur organisme d'assurance maladie ne doivent pas se déplacer mais pourront faire valoir leurs droits à l'aide du courrier les invitant à venir retirer leur carte.

Les dossiers instruits depuis le 16 mars ne donneront quant à eux pas lieu à la délivrance d'une carte AME, mais à l'envoi au bénéficiaire d'un courrier d'information servant de justificatif de ses droits.

Par ailleurs, **les droits à l'AME arrivant à expiration** entre le 12 mars et le 1<sup>er</sup> juillet sont **prolongés de trois mois** à compter de leur date d'échéance. Cette mesure doit permettre de garantir la continuité des droits des bénéficiaires (IV de l'article 1<sup>er</sup>).

Ces nouvelles dispositions ont été relayées par la CNAM auprès de l'ensemble des partenaires associatifs intervenant auprès de personnes bénéficiaires de l'AME. Elles ont également été relayées par le ministère des solidarités et de la santé auprès des établissements de santé susceptibles de prendre en charge des ressortissants étrangers en situation irrégulière non encore bénéficiaires de l'AME.

## **Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19**

### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Prolongation des délais d'autorisation temporaire d'exercice des professionnels de santé titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne (PADHUE)**

L'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance prolonge dans le temps les délais d'autorisation temporaire d'exercice des professionnels de santé titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union européenne (PADHUE).

#### **A. LE DROIT EN VIGUEUR AVANT L'ORDONNANCE**

Les modalités de recrutement des praticiens à diplôme obtenu hors de l'Union européenne (PADHUE) ont été renouvelées par l'article 70 de la loi **n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé**.

##### **1. Les procédures d'autorisation d'exercice des PADHUE avant la loi « Santé » du 24 juillet 2019**

Les PADHUE (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens) peuvent être autorisés à exercer en France grâce à trois procédures :

– le concours de la « liste A ». Il s'agit de la procédure de droit commun, qui permet aux praticiens d'obtenir une autorisation de plein exercice après leur réussite à un concours et une période d'exercice probatoire ;

– l'examen de la « liste B », pour les praticiens ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou de bénéficiaire de l'asile territorial ou de la protection subsidiaire ;

– le dispositif dérogatoire de la « liste C », qui comporte :

- un dispositif dérogatoire d'autorisation temporaire d'exercice, pour les PADHUE recrutés avant le 3 août 2010 et en poste au 31 décembre 2018, valable jusqu'au 31 décembre 2020 ;
- une procédure d'autorisation de plein exercice sur examen, ouverte aux PADHUE ayant exercé des fonctions rémunérées pendant deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 et ayant exercé pendant trois ans en équivalent temps plein à la date de clôture des inscriptions à l'examen.

##### **2. La rénovation des modalités de recrutement des PADHUE par la loi du 24 juillet 2019**

L'article 70 de la loi « Santé » a amélioré de manière structurelle et pérenne les modalités d'intégration des PADHUE dans notre système de santé.

**a. Vers un règlement définitif de la situation des PADHUE en activité mais n'ayant pas obtenu d'autorisation de plein exercice**

**L'article 70 de la loi « Santé » met fin à la procédure dérogatoire d'autorisation de plein exercice sur examen (dite « liste C ») pour créer une procédure *ad hoc* temporaire permettant de résoudre, d'ici la fin de l'année 2021, la situation des PADHUE exerçant sans autorisation de plein exercice.**

**Cette nouvelle procédure temporaire est destinée à la fois** aux praticiens éligibles à l'examen de la « liste C » qui n'ont pas passé ou réussi les épreuves de vérification des connaissances et aux PADHUE non éligibles à cet examen ayant exercé au sein du système de santé français *pendant une certaine période*. Elle s'applique aux PADHUE présents dans un établissement de santé public ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 31 janvier 2019 et qui ont exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux ans en équivalent temps plein depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Cette procédure comporte plusieurs étapes :

– le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation d'exercice, avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020. Les praticiens se voient alors délivrer une attestation permettant l'exercice temporaire, sans plénitude d'exercice, le temps de l'instruction de leur dossier ;

– l'examen de chaque dossier par une commission nationale, ainsi que, pour les médecins, par une commission régionale.

La commission nationale formule, pour chaque candidat, un avis destiné au ministre chargé de la santé. Celui-ci <sup>(1)</sup> peut alors soit délivrer une autorisation d'exercice, soit rejeter la demande du candidat, soit décider d'affecter le praticien dans un établissement de santé, en vue de la réalisation d'un parcours de consolidation des compétences.

L'autorisation temporaire d'exercice, accordée lors du dépôt de dossier de demande d'autorisation d'exercice, prend fin :

- lorsque le candidat se voit délivrer une autorisation d'exercice ;
- à la date de prise d'effet de son affectation dans un établissement de santé en vue de la réalisation du parcours de consolidation des compétences ;
- en cas de refus du candidat de réaliser le parcours de consolidation des compétences qui lui est prescrit ;
- en cas de rejet de la demande du candidat ;
- et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2021.

**b. Les modifications apportées au dispositif pérenne d'autorisation (« liste A »)**

L'article 70 de la loi « Santé » a également apporté diverses améliorations au dispositif pérenne d'autorisation (dit « liste A »), qui deviendra l'unique mode d'accès au plein exercice des PADHUE d'ici la fin de l'année 2021.

---

(1) Ou, sur délégation, le directeur général du Centre national de gestion.

Il est ainsi prévu que les lauréats du concours de la « liste A » effectuent un parcours de consolidation des compétences dans leur spécialité d'une durée de deux ans (contre trois ans auparavant) pour les médecins et les pharmaciens après leur réussite au concours. Cette durée est donc réduite d'un an, mais les fonctions exercées avant la réussite au concours ne sont plus prises en compte dans la détermination de cette durée. Pour les chirurgiens-dentistes, le parcours de consolidation des compétences est d'une année après leur réussite aux épreuves.

Il est également prévu de permettre aux candidats de se présenter quatre fois au concours de la « liste A », contre seulement trois fois auparavant.

## **B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ORDONNANCE**

### **1. La prolongation du dispositif dérogatoire d'autorisation temporaire d'exercice**

Le **a du 1° du I** permet de prolonger le dispositif dérogatoire d'autorisation temporaire d'exercice, encore en vigueur pour les PADHUE recrutés avant le 3 août 2010.

Ce dispositif, désormais ouvert aux PADHUE en poste au 31 décembre 2019, pourra être prolongé au-delà de la date butoir du 31 décembre 2020, jusqu'à « *au plus tard trois mois après la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire* », dans l'hypothèse où cet état d'urgence durerait au-delà du 30 septembre 2020.

### **2. L'assouplissement des conditions de recours à la nouvelle procédure *ad hoc* de recrutement des PADHUE de plein exercice**

Le **b du 1° du I** assouplit les conditions de recours à la nouvelle **procédure *ad hoc* temporaire permettant de résoudre, d'ici la fin de l'année 2021, la situation des médecins PADHUE exerçant sans autorisation de plein exercice :**

– **alors que, pour en bénéficier, les PADHUE devaient notamment être** présents dans un établissement de santé public ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 31 janvier 2019, seront désormais éligibles ceux présents dans ces établissements entre le 1<sup>er</sup> octobre 2018 et le 30 juin 2019 ;

– la date limite de dépôt du dossier de demande d'autorisation d'exercice, permettant la délivrance d'une attestation d'exercice temporaire, sans plénitude d'exercice, le temps de l'instruction du dossier des candidats, reste fixée au 1<sup>er</sup> octobre 2020. Cette date limite pourra toutefois être décalée au-delà, « *au plus tard trois mois après la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire* », dans l'hypothèse où cet état d'urgence prendrait fin après le 1<sup>er</sup> juillet 2020.

Les **a et b du 2° du I** procèdent aux mêmes modifications pour les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, le **b du 1° du I** ne concernant que les médecins.

### **3. Les modifications des conditions du concours de la liste A**

Le **II** modifie la date d'entrée en vigueur des modifications apportées par la loi « Santé » au dispositif pérenne d'autorisation (concours de la liste A).

Ainsi, en application du **1° du II**, les règles en vigueur avant la loi « Santé » continuent de s'appliquer pour les lauréats des épreuves de vérification des connaissances antérieures à

2021 (au lieu de 2020) et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2021. Il s'agit en particulier des règles relatives à la durée du parcours de consolidation des compétences effectué après la réussite au concours.

En revanche, le 2° du II précise que la possibilité, ouverte par la loi « Santé », de passer le concours de la liste A une quatrième fois (contre trois fois maximum auparavant) s'applique aux candidats des épreuves de vérification des connaissances de 2020.

## *Article 2*

### **Assouplissement de certaines dispositions applicables aux établissements de santé**

L'article 2 de la présente ordonnance assouplit, dans le cadre de la crise sanitaire, certaines dispositions relatives aux établissements de santé, et notamment à leur comptabilité.

#### **A. LA DISPENSE DE CERTIFICATION DES COMPTES POUR 2019**

##### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

La loi dite « HPST » <sup>(1)</sup> a posé le principe de la certification obligatoire des comptes des établissements publics de santé, inscrit à l'article L. 6145-16 du code de la santé publique. Le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 a fixé à 100 millions d'euros de produits sur les trois dernières années le seuil à partir duquel les établissements sont soumis à cette obligation de certification, qui est assurée par un ou plusieurs commissaires aux comptes ou par la Cour des comptes.

##### **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

Le I de l'article 2 prévoit que les établissements publics de santé concernés peuvent, à leur initiative, être dispensés de la certification des comptes pour l'exercice 2019, qui doit avoir lieu en 2020. Dans ce cas, ces établissements seront soumis à un dispositif adapté – dont les modalités seront précisées par décret – d'audit de leurs comptes, afin de préparer la certification de l'exercice 2020.

#### **B. UN ASSOUPLEMENT DES RÈGLES D'ENGAGEMENT DES DÉPENSES POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

La présente ordonnance donne plus de latitude aux établissements publics de santé pour procéder à toutes les dépenses nécessaires à leur fonctionnement pendant la période de crise, en dérogeant au caractère limitatif de certaines catégories de crédits.

##### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

Des règles strictes existent aujourd'hui en matière d'engagement des dépenses des établissements publics de santé.

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

En particulier, afin de s'assurer du bon respect de l'ONDAM, l'article L. 6145-4 du code de la santé publique prévoit que lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité de l'établissement ou du niveau de ses dépenses constatées sont manifestement incompatibles avec le respect de son état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur de l'établissement de modifier cet EPRD.

Par ailleurs, les dépenses des établissements publics de santé sont également soumises aux règles de la comptabilité publique, et notamment au contrôle du comptable, qui ne peut accepter l'engagement de dépenses mandatées sur des crédits insuffisants (article L. 6145-8 du code de la santé publique).

## **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

Par dérogation aux deux articles du code de la santé publique précités, le **II** de l'article 2 de la présente ordonnance permet au directeur de l'établissement d'engager, de liquider et de mandater « *toute dépense nécessaire au fonctionnement de l'établissement* ». Cette dérogation concerne toutes les dépenses entre le 12 mars 2020 et la date de cessation de l'état d'urgence sanitaire.

Dans le cas où les dépenses mandatées dépasseraient le montant des crédits prévus par l'EPRD, pour les crédits limitatifs, le directeur de l'établissement public de santé devra en informer l'agence régionale de santé concernée dans un délai maximal d'un mois après le mandatement de la dépense.

Ces opérations devront être régularisées dans un délai d'un mois après la cessation de l'état d'urgence sanitaire (par la modification de l'EPRD ou dans le nouvel EPRD).

## **C. L'AUGMENTATION DU DÉLAI DE PRESCRIPTION POUR LA RECTIFICATION DES DONNÉES DE FACTURATION À L'ASSURANCE MALADIE**

### **1. Le droit en vigueur avant l'ordonnance**

L'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale fixe à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie, à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les actes et consultations externes, à compter de la date de réalisation de l'acte.

### **2. Les modifications apportées par l'ordonnance**

Le **III** de l'article 2 de la présente ordonnance proroge ce délai de prescription pour les établissements qui auront bénéficié de la garantie de financement prévue par l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020.

En effet, il est prévu que la régularisation des recettes des établissements ait lieu au plus tard en mars 2021, lorsque l'ensemble de l'activité des établissements pour la période concernée sera transmis. Ce délai d'un an ne pourra donc pas s'appliquer.

Ce délai est donc prorogé jusqu'au 31 décembre 2020 pour les actions pour le paiement par l'assurance maladie des prestations réalisées au cours de l'année 2019, et jusqu'au 31 décembre 2021 pour les prestations réalisées au cours de l'année 2020.

### *Article 3*

## **Modification du droit applicable à la télésanté, aux indemnités journalières et aux affections de longue durée**

L'article 3 de l'ordonnance vise à supprimer le ticket modérateur pour certains actes de télésanté. Il prévoit un régime particulier pour les indemnités journalières (IJ) versées au titre des arrêts de travail pour raison de santé durant la période de l'état d'urgence sanitaire. Leur durée de versement n'entre pas dans le calcul de la période maximale de versement qui est normalement appliqué aux IJ de droit commun. Il prolonge enfin l'exonération du ticket modérateur pour les ALD qui y ouvre droit et dont le protocole de soins prend fin durant la période de l'état d'urgence sanitaire.

### **A. LE DROIT EN VIGUEUR AVANT L'ORDONNANCE**

#### **1. La télésanté**

##### *a. Le périmètre de la télésanté*

Depuis la loi relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé <sup>(1)</sup>, la télésanté s'entend de la télé médecine et des télésoins.

La télé médecine recouvre les pratiques médicales réalisées à distance par le biais des technologies de l'information et de la communication entre un professionnel médical et un autre professionnel de santé. Ces activités sont réalisées en présence ou non du patient. La téléconsultation constitue une des cinq pratiques autorisées par le code de la santé publique <sup>(2)</sup> et consiste à permettre à un professionnel médical de réaliser une consultation à distance à un patient. Le code de la santé publique prévoit également que la téléconsultation, qui constitue un acte médical à part entière, peut nécessiter des actes d'accompagnement réalisés par un autre professionnel de santé ou un psychologue. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, le médecin peut ainsi être assisté par un infirmier lors des téléconsultations <sup>(3)</sup>.

Le télésoin est pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui « *met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux* » <sup>(4)</sup>. La loi précitée dispose que les actes relevant du télésoin sont définis par décret en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé.

##### *b. Les conditions de prise en charge des actes de télésanté*

Depuis l'avenant n° 6 à la convention nationale du 25 août 2016, les actes de téléconsultation sont pris en charge par l'assurance maladie des actes de téléconsultation à

---

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Article R. 6316-1 du code de la santé publique.

(3) Avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019.

(4) Article L. 6316-2 du code de la sécurité sociale.

compter de septembre 2018 sous réserve du respect du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire d'une orientation initiale du patient par son médecin traitant vers le médecin téléconsultant lorsque le médecin traitant n'est pas téléconsultant. La convention médicale prévoit cependant des exceptions : l'accès direct à certains spécialistes, l'absence de médecin traitant ou la situation d'urgence. Selon le site de l'assurance maladie, « *la téléconsultation est facturée par le médecin téléconsultant au même tarif qu'une consultation en face-à-face, soit entre 23 € et 58,50 € selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin* ».

Les actes d'accompagnement à la téléconsultation font aussi l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie sans qu'une prescription médicale soit nécessaire.

Comme pour tous les actes de la sécurité sociale, cette prestation peut n'être que partiellement prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. La part non prise en charge – « la participation de l'assuré » selon les termes du code de la sécurité sociale ou plus familièrement le « ticket modérateur » – doit être assumée par l'assuré social ou par son organisme complémentaire s'il a souscrit à une assurance complémentaire.

Enfin, à l'instar des autres actes pris en charge par la sécurité sociale, ces actes sont aussi sujets à la participation forfaitaire de 1 euro et aux franchises médicales.

## 2. Les indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail constaté par un médecin, le code de la sécurité sociale <sup>(1)</sup> prévoit le versement d'une indemnité journalière à compter d'un délai de carence, pendant une durée maximale. Des dispositions similaires sont prévues pour les professions non salariées agricoles <sup>(2)</sup>.

Rappelons que la loi n°2020-230 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie a supprimé le délai de carence en cas d'arrêt de travail pour raison de santé à compter de la publication de la loi (24 mars 2020) et jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire pour l'ensemble des régimes général, spéciaux et agricoles en situation d'arrêt de travail (cf. fiche des référentes relative à l'article 8 de la loi).

## 3. Les affections de longue durée

Les affections de longue durée (ALD) couvrent deux périmètres distincts :

– les ALD qui « *nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois* » <sup>(3)</sup>. Elles sont dites « non exonérantes » dans la mesure où elles n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur ;

– les ALD dites « exonérantes » « *dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé* » <sup>(4)</sup>. Il s'agit des affections inscrites sur une liste (dite « ALD 30 ») <sup>(5)</sup>, des affections « hors liste » (dites ALD 31) et des affections entraînant

---

(1) Article L. 323-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 732-4 du code de la sécurité sociale.

(3) Site internet de l'assurance maladie (<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>) ainsi que l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Cf. site internet précité ainsi que l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

(5) Article D. 160-4 du code de la sécurité sociale.

un état pathologique invalidant (dites ALD 32). L'exonération du ticket modérateur est valable pour la durée du protocole de soins.

Enfin, le code de la sécurité sociale prévoit des modalités particulières de calcul pour la durée de versement fait l'objet de modalités particulières de calcul <sup>(1)</sup>.

## **B. LES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ORDONNANCE**

L'ordonnance procède à trois modifications distinctes : suppression du ticket modérateur pour les actes de téléconsultations, leurs actes d'accompagnement ainsi que les actes de télésoin, non prise en compte des IJ d'arrêt de travail versées durant l'état d'urgence sanitaire au titre de la durée de maximale de versement, prolongation de l'exonération du ticket modérateur pour les ALD exonérantes.

### **1. La suppression du ticket modérateur pour certains actes de télésanté**

Le **I** de l'article 3 dispose qu'à compter du 20 mars 2020, et jusqu'à la date de cessation de l'état d'urgence, le ticket modérateur est supprimé pour les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation, ainsi que pour les actes de télésoin. En d'autres termes, l'assurance maladie obligatoire prendra en charge l'intégralité de l'acte hors participation forfaitaire de 1 euro et franchise médicale.

### **2. Les mesures dérogatoires relatives aux IJ versées pendant la durée de l'état d'urgence**

Le **II** du même article vise « à ne pas pénaliser les assurés qui se trouveraient en situation de fin de droit » <sup>(2)</sup>. Il prévoit ainsi que les indemnités journalières versées pendant la période d'état d'urgence sanitaire sont exclues du nombre maximal ou de la période maximale de versement d'indemnités journalières. Ces dispositions concernent le régime général, le régime agricole et les assurés relevant du régime d'assurance maladie de Mayotte.

### **3. La prolongation de la suppression du ticket modérateur pour les ALD « exonérantes »**

Enfin, le **III** « prolonge à titre exceptionnel de la suppression de la participation des assurés pour les patients atteints d'une affection de longue durée » <sup>(3)</sup>. Il s'agit bien entendu des ALD ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30, ALD 31 et ALD 32).

Le périmètre de la disposition est évidemment limité aux ALD dont le protocole de soins arrive à échéance pendant la période comprise entre le 12 mars 2020 et le 31 juillet 2020.

---

(1) Article L. 323-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

(3) Rapport précité.

## **Ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020 instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19**

Cette ordonnance institue un fonds d'aide aux professionnels et structures de santé dont l'activité a été affectée par l'état d'urgence sanitaire. Alimenté par la Caisse nationale de l'assurance maladie et, le cas échéant, une contribution des organismes complémentaires, le fonds versera immédiatement une aide différentielle sous la forme d'un acompte qui fera ultérieurement l'objet d'une régularisation. L'ordonnance précise les modalités de calcul de l'aide ainsi que les professionnels et structures concernés.

### **1. Le fonds d'aide aux professionnels de santé conventionnés avec l'assurance maladie**

L'article 1<sup>er</sup> vise à créer un fonds d'aide aux professionnels de santé dont l'activité a été « *particulièrement* » affectée par l'épidémie de covid-19.

Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), le fonds a pour principal objet la compensation des charges fixes et qui sauraient être difficilement couvertes en raison de la baisse de l'activité.

Pour financer des actions ciblées, la CNAM gère déjà plusieurs fonds d'actions distincts tels que le fonds national d'action sanitaire et sociale, destiné à faciliter l'accès aux soins des personnes en situation difficile, ou encore le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, qui permet le financement de « *programmes de dépistage de grandes affections comme les cancers, programmes de vaccination, programmes de promotion et d'éducation pour la santé (nutrition, lutte contre la consommation d'alcool, sida...)* » <sup>(1)</sup>.

La période de garantie court à compter du 12 mars 2020, début de l'état d'urgence sanitaire, jusqu'à « *une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2020* », même date butoir que celle retenue pour la garantie de financement des établissements de santé instaurée par l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020.

Cette aide est versée aux professionnels de santé et aux structures ayant conventionné avec l'assurance maladie et « *dont les revenus d'activité sont financés pour une part majoritaire par l'assurance maladie* ».

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux professions précitées qui auraient déjà conclu avec l'assurance maladie un accord équivalent.

---

(1) <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-action>.

### Les bénéficiaires du fonds d'aide

Les bénéficiaires sont ceux concluant une convention avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au titre des articles :

- L. 162-5 du code de la sécurité sociale, soit les médecins généralistes et les médecins spécialistes ;
- L. 162-9 du même code, soit les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ;
- L. 162-12-2 du même code, soit les infirmiers ;
- L. 162-12-9 du même code, soit les masseurs-kinésithérapeutes ;
- L. 162-14 du même code, soit les laboratoires privés de biologie médicale ;
- L. 162-16-1 du même code, soit les pharmaciens officinaux ;
- L. 162-32-1 du même code, soit les centres de santé ;
- L. 165-6 du même code, soit les distributeurs de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) ;
- et L. 322-5-2 du même code, soit les entreprises de transport sanitaire.

## 2. Les dispositions relatives au versement de l'aide

L'article 2 précise les paramètres de versement de l'aide instituée par l'article 1<sup>er</sup> de la présente ordonnance.

Quatre paramètres sont ainsi mentionnés au premier alinéa : les charges fixes appréciées au regard du « *niveau moyen* » constaté pour la profession, la spécialisation médicale, les conditions d'exercice et le « *niveau de la baisse des revenus d'activité du demandeur financés par l'assurance maladie* ».

Cette aide est également différentielle puisqu'elle doit également tenir compte des autres aides versées par ailleurs et qui sont mentionnées aux troisième à cinquième alinéas de l'article 2, soit :

- les « *indemnités journalières versées au demandeur par les régimes de sécurité sociale depuis le 12 mars 2020* » ;

- des allocations versées aux éventuels salariés qui ont été placés en position d'activité partielle en application de l'article L. 5122-1 du code du travail ;

- des aides versées par le fonds de solidarité institué par l'ordonnance du 25 mars 2020 précitée en soutien « *des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19* ».

Le dernier alinéa précise enfin que le bénéfice de l'aide est subordonné au respect du règlement n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides *de minimis*. Ces aides, qui peuvent notamment être versées à des entreprises en difficulté, font l'objet d'un traitement particulier en raison de leur faible montant (montant cumulé de 200 000 euros appréciés sur trois exercices fiscaux). Elles sont ainsi exemptées de la procédure de notification ou d'information auprès de la Commission européenne <sup>(1)</sup>.

---

(1) [https://www.adcf.org/files/THEME-Developpement-economique/Instruction-relative-au-reglement-de-minimis-n1407\\_2013-circulaire-CGET-14092015.pdf](https://www.adcf.org/files/THEME-Developpement-economique/Instruction-relative-au-reglement-de-minimis-n1407_2013-circulaire-CGET-14092015.pdf).

### 3. Les modalités de versement de l'aide

L'article 3 précise les modalités de versement de l'aide et de récupération du trop-perçu.

Le rapport annexé à l'ordonnance souligne que ces aides peuvent « être versées rapidement sans connaître le montant exact auquel le professionnel ou la structure est éligible » et que « la régularisation n'intervient que dans un second temps ». Le compte rendu du Conseil des ministres du 2 mai 2020 indique que les aides « donneront lieu à un premier versement à la mi-mai et seront régularisées en fonction du bilan définitif qui pourra être fait de l'activité des professionnels de santé pendant cette période » <sup>(1)</sup>.

C'est la raison pour laquelle le premier alinéa dispose que « l'aide est versée sous forme d'acomptes ».

Le second alinéa précise que le montant définitif est ensuite arrêté par la CNAM « au vu de la baisse des revenus d'activité effectivement subie ». Celle-ci pourra ensuite procéder soit au versement du solde soit à la récupération du trop-perçu conformément à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale relatif au recouvrement de l'indu :

- prescription triennale à compter de la date de paiement de la somme indue ;
- procédure contradictoire, le bénéficiaire étant invité à formuler des observations ;
- récupération du montant effectuée sur les versements de toute nature à venir si le montant n'est pas contesté ;
- en cas de rejet des observations, mise en demeure ou, à défaut, délivrance d'une contrainte.

La régularisation (versement du solde ou récupération du trop-perçu) pourra intervenir jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2021 au plus tard.

### 4. Les modalités de financement du fonds d'aide aux professionnels de santé

L'article 4 précise les modalités de financement du fonds d'aide aux professionnels de santé. Le compte rendu du Conseil des ministres précité mentionne que les aides « seront financées par l'assurance maladie, et le cas échéant par les organismes complémentaires ».

Le premier alinéa prévoit ainsi que le fonds sera d'abord alimenté par une dotation de l'assurance maladie « dont le montant sera fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ».

Le second alinéa prévoit une contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du fonds. Le montant et les modalités de cette participation seront déterminés par voie conventionnelle, à l'issue de négociations.

### 5. Les autres dispositions

L'article 5 prévoit qu'un décret fixera les modalités d'application de l'ordonnance. L'article 6 prévoit l'entrée en vigueur immédiate de l'ordonnance.

---

(1) <https://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2020-05-02/faire-face-a-l-epidemie-de-covid-19>.