

PROPOSITION DE LOI

**VACCINATION OBLIGATOIRE
CONTRE LE SARS-COV-2**

Première lecture



Réunie le mercredi 6 octobre 2021 sous la présidence de Mme Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de M. Bernard Jomier sur la proposition de loi instaurant la vaccination obligatoire contre le SARS-CoV-2.



Sûre et efficace, la vaccination contre la covid-19 reste le **seul moyen d'atteindre une protection collective suffisante** pour espérer maîtriser durablement l'épidémie et permettre un retour à une vie quotidienne normale. Si l'annonce à la mi-juillet 2021 de l'extension du passe sanitaire a permis de relancer le rythme des vaccinations, **le nombre de premières injections ne cesse de diminuer depuis le 31 juillet**, si bien que la part des personnes entièrement vaccinées, qui s'établit au 5 octobre 2021 à un peu plus de **72 % de la population totale**¹, ne progresse désormais plus que très lentement.

Or le taux d'immunité, vaccinale ou acquise par infection, nécessaire au contrôle de la propagation du virus, initialement évalué entre 70 % et 75 % de la population totale, se situerait désormais entre **90 % et 95 %**, compte tenu du haut degré de transmissibilité du variant Delta. En l'état actuel du rythme des primo-vaccinations, il paraît peu probable d'atteindre ce niveau de protection dans un horizon proche. Outil puissant de **réduction des inégalités sociales et territoriales**, la **vaccination universelle obligatoire** s'impose dès lors, selon le rapporteur, comme la seule solution pour parvenir à une **immunité collective** permettant de transformer l'épidémie en un phénomène à bas bruit avec d'éventuelles résurgences saisonnières, tout en conciliant l'impératif de protection de la santé publique et un traitement égalitaire de nos concitoyens.

¹ 48 848 474 personnes ont reçu une deuxième dose au 5 octobre 2021 (Covidtracker – <http://covidtracker.fr/vaccintracker/>). Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la France compte, au 1^{er} janvier 2021, 67 422 000 habitants.



La commission des affaires sociales a néanmoins jugé que la mise en place d'une obligation vaccinale soulève des difficultés de mise en œuvre dans le contrôle de son effectivité et qu'une politique incitative articulée autour du passe sanitaire et du déploiement de dispositifs d'« aller-vers » reste la plus efficace pour augmenter la couverture vaccinale. Dans ces conditions, **elle n'a pas adopté la proposition de loi. Aussi la discussion en séance publique portera-t-elle sur le texte de la proposition de loi dans sa rédaction initiale.**

1. UNE PROGRESSION DE LA VACCINATION ENCORE INSUFFISANTE POUR PARVENIR À MAÎTRISER DURABLEMENT L'ÉPIDÉMIE

A. LA MISE EN PLACE AU DÉBUT DE L'ÉTÉ 2021 DE MESURES DESTINÉES À RELANCER LA VACCINATION

À la suite du ralentissement du rythme de la vaccination contre la covid-19 observé au mois de juin 2021 et face à la propagation rapide du variant Delta – sensiblement plus transmissible que les précédents variants du SARS-CoV-2 –, le Président de la République a annoncé, lors de son allocution aux Français du 12 juillet 2021, plusieurs mesures destinées à relancer la vaccination au sein de la population. En conséquence, la **loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire** comporte **deux dispositifs** poursuivant cet objectif :

- une **obligation de vaccination contre la covid-19 pour différentes catégories de professionnels au contact de personnes vulnérables dans le cadre de leur activité**, dont en particulier les professionnels de santé hospitaliers et libéraux ;

- **l'extension du périmètre des lieux et établissements dont l'accès est conditionné à la présentation du passe sanitaire¹**, afin d'y inclure notamment les restaurants et débits de boisson, les établissements sanitaires et médicosociaux, les transports publics interrégionaux de longue distance et, sur décision motivée du préfet, certains grands magasins et centres commerciaux.

Le Gouvernement a fait le choix de limiter l'obligation vaccinale aux professionnels de santé, au nom de leur responsabilité éthique et déontologique de protection de la santé des patients, ainsi qu'aux autres professionnels amenés, dans le cadre de leur activité, à entrer en contact avec des personnes susceptibles de développer des formes graves de la covid-19. Afin néanmoins de susciter une nouvelle dynamique dans la vaccination au-delà de ces catégories de personnes, l'extension du passe sanitaire à des lieux de fréquentation relativement courante, combinée avec l'annonce du **déremboursement² à l'automne des tests sans ordonnance**, est censée encourager le recours à la vaccination en population générale plutôt qu'aux tests.

Le déploiement de ces dispositifs est échelonné dans le temps :

- rendue possible par la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, l'exigence du passe sanitaire est entrée en vigueur à compter du 8 juin 2021³ – d'abord essentiellement pour l'accès à des établissements, lieux et événements accueillant plus de 1 000 personnes –, et devait initialement être levée le 1^{er} octobre 2021. La loi du 5 août 2021 a étendu la possibilité d'exiger la présentation du passe sanitaire jusqu'au 15 novembre inclus ;

¹ La condition du passe sanitaire est satisfaite lorsque la personne est détentrice de l'un des trois documents suivants : un résultat de test virologique négatif de moins de 72 heures établi par un dépistage RT-PCR, un test antigénique ou un autotest réalisé sous la supervision d'un professionnel de santé habilité ; un justificatif de statut vaccinal attestant d'un schéma vaccinal complet ; un certificat de rétablissement établissant une positivité à l'infection par le SARS-CoV-2 de plus de dix jours et de moins de six mois.

² Les tests antigéniques coûtent en moyenne 25 euros et les tests RT-PCR entre 40 et 50 euros.

³ Jour de la parution du décret n° 2021-724 du 7 juin 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

- l'obligation vaccinale applicable à certains professionnels est entrée en vigueur à compter du 8 août 2021¹ mais son déploiement a été progressif :

- du 8 août 2021 au 14 septembre 2021 : s'ils ne justifient pas d'une contre-indication médicale, les professionnels soumis à l'obligation vaccinale n'ont pu continuer à exercer leur activité qu'à la condition de présenter l'un des documents suivants : le justificatif de l'administration des doses de vaccin requises, un certificat de rétablissement en cours de validité ou un test virologique négatif de moins de 72 heures ;

- du 15 septembre 2021 au 15 octobre 2021 : à défaut de contre-indication médicale ou de certificat de rétablissement en cours de validité, les professionnels doivent au moins justifier de leur engagement dans une démarche vaccinale en attestant de l'administration d'au moins une des doses requises en cas de schéma vaccinal à plusieurs doses ;

- à compter du 16 octobre 2021 : s'ils ne justifient pas d'une contre-indication médicale, les professionnels ne pourront continuer à exercer leur activité qu'à la condition de présenter un schéma vaccinal complet ou, à défaut, un certificat de rétablissement en cours de validité.

Bilan de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale des personnels des établissements sanitaires et médicosociaux

Selon les données publiées par Santé publique France, au 20 septembre 2021, 92 % des professionnels exerçant dans les établissements de santé avaient reçu au moins une dose – dont 86,6 % présentaient un schéma vaccinal complet –, 96,6 % des agents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) – dont 92,4 % étaient entièrement vaccinés – et 95,5 % des soignants libéraux avaient reçu au moins une dose – dont 93,2 % présentaient un schéma vaccinal complet.

En Île-de-France, les données communiquées par l'agence régionale de santé confirment ces tendances, étant entendu que les chiffres officiels de couverture vaccinale des établissements de santé sont sous-estimés – les données transmises par ces derniers sur la vaccination de leur personnel ne sont alimentées que par les vaccinations effectuées sur le lieu de travail ainsi que par les contrôles du respect de l'obligation vaccinale assurés par les établissements – si bien que le taux de respect de l'obligation serait vraisemblablement plus important que 90 % :

- 82 % des professionnels des établissements de santé en Île-de-France présentent un schéma vaccinal complet, et 86 % ont reçu une première dose. Les suspensions représentent au global 0,6 % des effectifs et les démissions 0,1 % ;

- 94 % des personnels exerçant en établissements sociaux et médicosociaux seraient engagés dans une démarche vaccinale. Les suspensions représenteraient 1,3 % des effectifs et les démissions 0,1 % ;

- concernant les professionnels de santé libéraux conventionnés, on dénombrerait près de 2 700 professionnels de santé non vaccinés au 17 septembre 2021, soit 5 % des effectifs.

Source : Point de Santé publique France sur la couverture vaccinale des professionnels exerçant dans le secteur de la santé (<http://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/quelle-est-la-couverture-vaccinale-contre-la-covid-19-des-professionnels-exercant-dans-la-sante-donnees-au-20-septembre-2021>) et agence régionale de santé d'Île-de-France

¹ Jour de la parution du décret n° 2021-1059 du 7 août 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

B. UNE RELANCE DE LA VACCINATION QUI RENCONTRE DES LIMITES

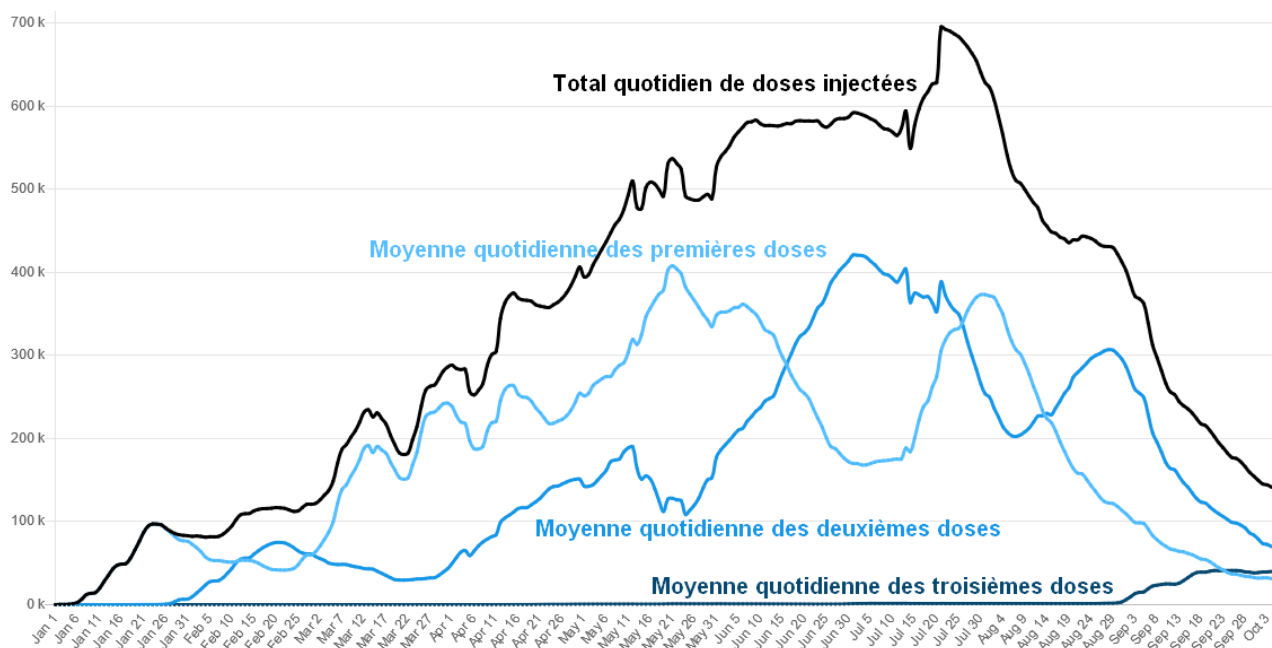
L'annonce de ces mesures lors de l'allocution du Président de la République a contribué, dans une certaine mesure, à relancer le rythme des vaccinations contre la covid-19 au cours de la seconde moitié du mois de juillet 2021. Entre les 13 et 21 juillet 2021, le nombre moyen d'injections quotidiennes réalisées a ainsi augmenté de 17 %. Toutefois, après avoir atteint un pic avoisinant les 700 000 doses injectées le 21 juillet 2021, le nombre moyen d'injections quotidiennes a régulièrement baissé pour atteindre un niveau inférieur à 175 000 doses au 26 septembre¹.

1. Un rythme de vaccinations qui ne permet pas d'atteindre l'immunité collective à court terme

Depuis la fin du mois de juillet, **le nombre de premières doses injectées diminue de façon quasi constante, si bien que le dynamisme de la vaccination est désormais essentiellement alimenté par l'administration des deuxièmes doses et, dans une moindre mesure, des troisièmes doses**. Les troisièmes injections de rappel ont débuté à la fin du mois d'août et leur administration dans les Ehpad s'est accélérée à compter du 13 septembre 2021. Dans ces conditions, le Gouvernement n'a pu remplir à la fin du mois d'août 2021 l'objectif qu'il s'était fixé d'atteindre 50 millions de primo-vaccinés : ce chiffre n'a finalement été atteint que le 17 septembre 2021².

Au 5 octobre 2021, le nombre de personnes ayant reçu au moins une dose s'est élevé à 50 449 214 et le nombre de personnes entièrement vaccinées à 48 848 474, soit **une couverture vaccinale rapportée à la population totale de 74,8 % de primo-vaccinés et de 72,4 % de schémas vaccinaux complets**³. Rapportée à la population éligible, c'est-à-dire âgée de plus de 12 ans, la couverture vaccinale atteint, le 5 octobre 2021, 84,7 % de schémas vaccinaux complets⁴.

Évolution du nombre moyen d'injections quotidiennes de vaccin



Source : Covidtracker, à partir des données du ministère des solidarités et de la santé

¹ Données de Covidtracker, à partir des données du ministère de la santé (<http://covidtracker.fr/vaccintracker/>).

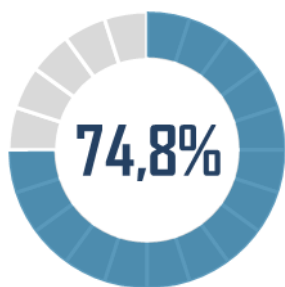
² LCI, « Covid-19 : l'objectif des 50 millions de primo-vaccinés atteint avec 18 jours de retard », 17 septembre 2021 (<http://www.lci.fr/societe/coronavirus-vaccin-covid-19-l-objectif-des-50-millions-de-primo-vaccines-atteint-avec-18-jours-de-retard-2196542.html>).

³ Covidtracker (<http://covidtracker.fr/vaccintracker/>).

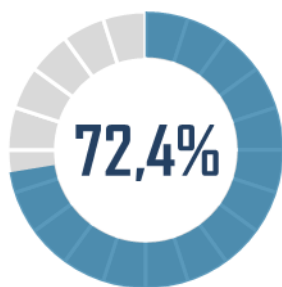
⁴ Application TousAntiCovid (au 5 octobre 2021).

Alors que le taux d'immunité – estimé à plus de 90 % de la population totale face à des variants d'une transmissibilité comparable au variant Delta – n'est toujours pas atteint, **les premières doses ne représentent plus qu'une part minoritaire, qui ne cesse de diminuer, dans la moyenne des injections quotidiennes**. Elles n'ont en effet représenté qu'à peine plus d'un cinquième¹ du total des doses injectées au 26 septembre 2021 et ont même été dépassées en valeur absolue, à compter du 23 septembre 2021, par les troisièmes doses². Si le nombre moyen d'injections de premières doses se maintenait à 35 500 par jour – ce qui n'est pas garanti compte tenu de la tendance baissière observée depuis fin juillet –, la part de la population totale ayant été partiellement vaccinée atteindrait **90 % autour du 15 juillet 2022** et **95 % autour du 23 octobre 2022**.

Les couvertures et dynamique vaccinales au 6 octobre 2021



de primo-vaccinés dans la population totale



de schémas vaccinaux complets dans la population totale

- 91 %

Diminution du nombre moyen d'injections quotidiennes de premières doses depuis le 31 juillet 2021³

15
juillet
2022

Date théorique pour atteindre 90 % de Français partiellement vaccinés au rythme actuel⁴

2. La permanence d'inégalités préoccupantes dans la diffusion de la vaccination

a) Selon les classes d'âge

Dans une note d'alerte en date du 20 août 2021⁵, le conseil scientifique regrette une **proportion de personnes vaccinées parmi les personnes âgées de plus de 60 ans encore « insuffisante, de l'ordre de 85 % »**. La couverture vaccinale des plus de 80 ans, qui constituent la population la plus vulnérable au risque d'hospitalisation, reste ainsi le principal **« talon d'Achille »**⁶ de la campagne vaccinale en France. Au 29 septembre 2021, 84 % des personnes de plus de 80 ans étaient entièrement vaccinées, contre 96 % chez les 70-79 ans et 88 % chez les 60-69 ans⁷. Cette situation tranche avec d'autres pays comme l'Espagne, le Danemark, l'Irlande ou Malte où la part des personnes vaccinées chez les plus de 80 ans atteint 100 %, ou encore le Portugal où cette part s'élève à 98 %.

¹ 36 227 premières doses au 26 septembre 2021 (Covidtracker).

² 39 778 troisièmes doses au 26 septembre 2021 (Covidtracker).

³ Selon Covidtracker, la moyenne quotidienne de premières doses injectées s'établissait à 373 381 le 31 juillet 2021.

⁴ Si le nombre quotidien de premières doses se maintient à un niveau moyen de 35 500 doses par jour (35 179 comptabilisées le 27 septembre 2021, 31 581 comptabilisées le 4 octobre 2021).

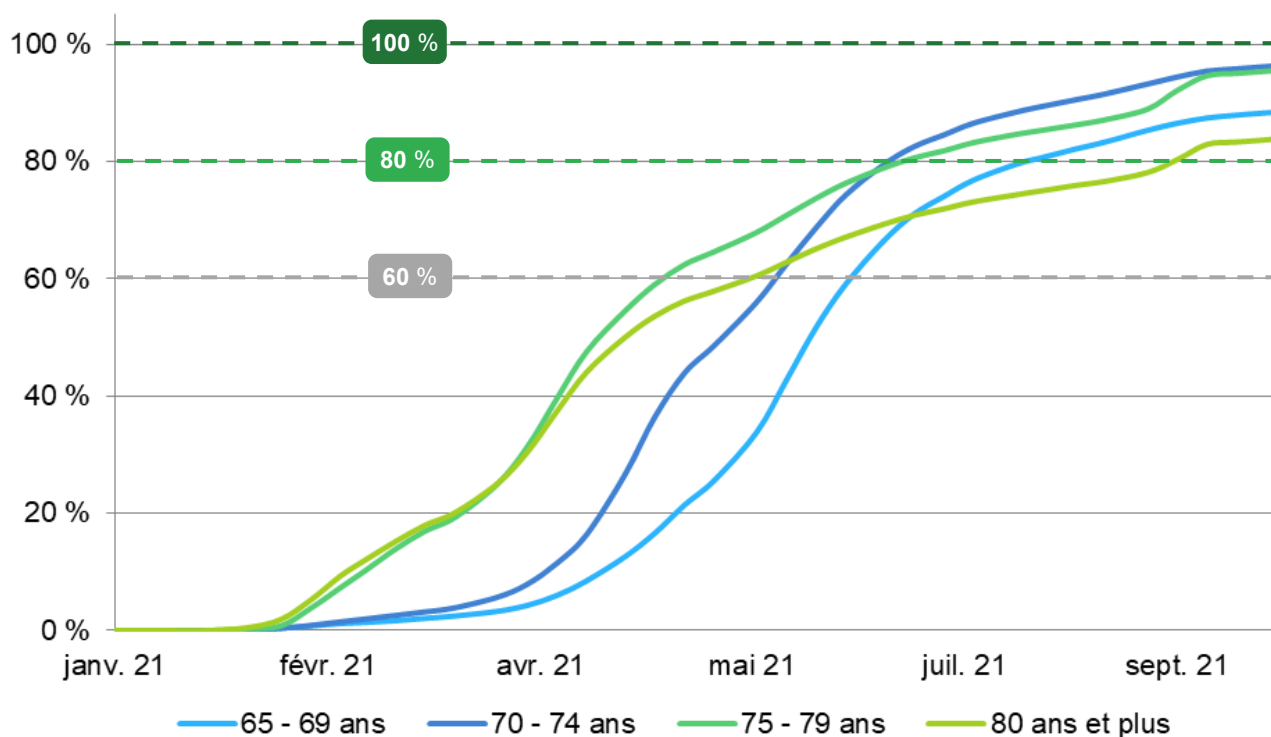
⁵ Conseil scientifique, « Fin de la période estivale et passe sanitaire – Rentrée de septembre 2021 », note d'alerte du 20 août 2021.

⁶ Delphine Roucaute, Chloé Hecketsweiler et Nathaniel Herzberg, « La vaccination des plus de 80 ans, talon d'Achille de la France », *Le Monde*, édition du 8 juillet 2021.

⁷ Tableau de bord de la vaccination du ministère des solidarités et de la santé (<http://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/article/le-tableau-de-bord-de-la-vaccination>).

Une part non négligeable des personnes de plus de 80 ans demeure éloignée de la vaccination, avec des situations d'isolement aggravées par des difficultés d'accès à un médecin traitant et un maillage des points d'information sur la vaccination et des centres de vaccination insuffisant dans certains territoires. Cette situation est d'autant plus préoccupante que, fin septembre 2021, l'association Les petits frères des pauvres a alerté sur l'augmentation du nombre de personnes âgées isolées, qui aurait plus que doublé en quatre ans¹ : ces personnes se retrouvent en grande partie en situation de « mort sociale », coupées des quatre principaux cercles de socialisation que sont la famille, les amis, le voisinage et les réseaux associatifs².

Évolution de la couverture vaccinale (schémas vaccinaux complets) par tranches d'âge chez les personnes âgées de plus de 65 ans



Source : Covidtracker, à partir des données du ministère des solidarités et de la santé

Par ailleurs, **d'importantes marges de progression de la vaccination demeurent au sein des classes d'âge plus jeunes pour atteindre une couverture vaccinale complète supérieure à 90 %** : la proportion de schémas vaccinaux complets atteint 80 % chez les 25-39 ans, 83 % chez les 18-24 ans et 64 % chez les 12-17 ans. Au 29 septembre 2021, le nombre de personnes éligibles non encore vaccinées pouvait être estimé à 9,2 millions, les principaux contingents de personnes non vaccinées étant à rechercher chez les 12-17 ans (environ 1,8 million de personnes), les 30-39 ans (environ 1,75 million de personnes), les 40-49 ans (environ 1,4 million de personnes) et les plus de 80 ans (plus de 660 000 personnes)³.

¹ Deuxième édition du baromètre « Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2021 », par l'association Les petits frères des pauvres.

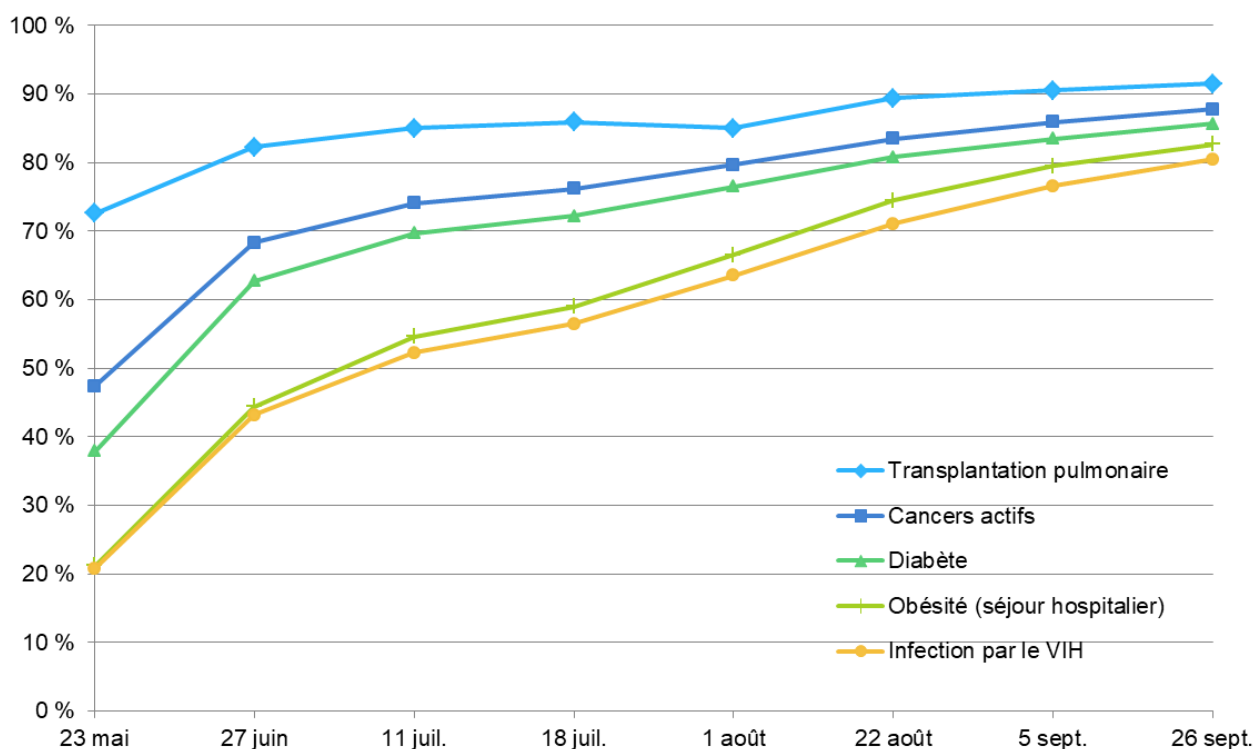
² Agnès Leclair, « Solitude : un demi-million de personnes âgées en situation de "mort sociale" », *Le Figaro*, édition du 30 septembre 2021.

³ Estimations réalisées à partir du tableau de bord de la vaccination du ministère des solidarités et de la santé au 29 septembre 2021 (<http://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/article/le-tableau-de-bord-de-la-vaccination>).

Enfin, la **vaccination des publics fragiles**, présentant des comorbidités aggravant le risque de développer des formes graves ou sévères de la covid-19, reste insuffisante : au 26 septembre, **14,4 % des personnes atteintes de maladies chroniques**¹, notamment d'obésité, de cancer, de diabète ou d'hypertension, **ne justifiaient toujours pas d'un schéma vaccinal complet**, alors que le taux de vaccination de ces publics avoisinerait les 100 % dans d'autres pays comme la Belgique, l'Espagne et le Portugal².

Plus de 15 % des personnes obèses n'ont toujours pas reçu une première dose de vaccin³, alors que l'obésité constitue, après l'âge, le facteur de risque d'hospitalisation et de décès le plus important⁴.

Évolution du taux de couverture vaccinale par pathologies graves ou chroniques



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie

¹ Caisse nationale de l'assurance maladie.

² Grégoire Sauvage, « Covid-19 : 50 millions de Français primo-vaccinés, et maintenant ? », *France 24* (www.france24.com), édition du 5 septembre 2021.

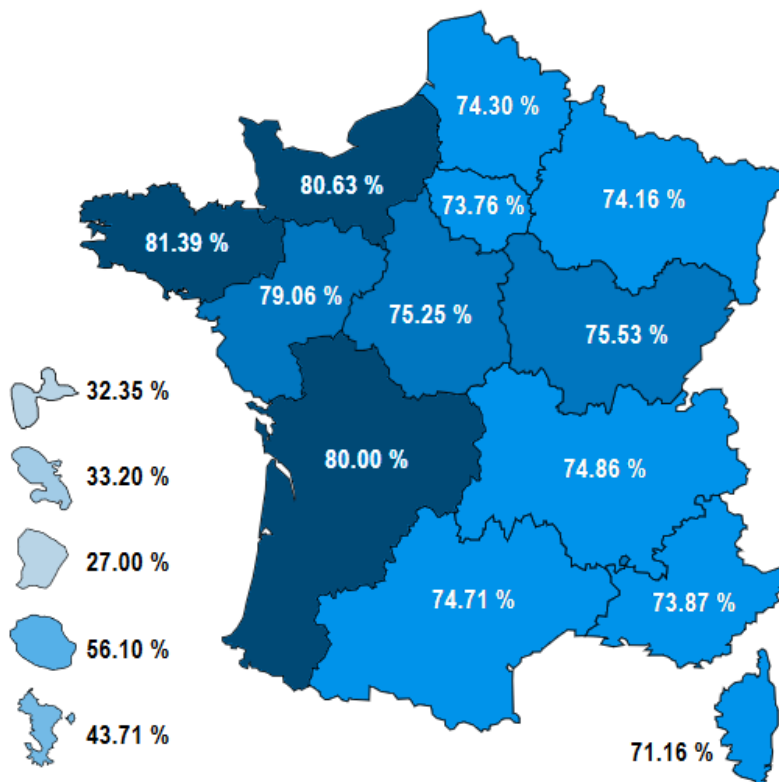
³ Selon les données de l'assurance maladie, 15,5 % des personnes obèses ayant fait l'objet d'un séjour hospitalier par le passé n'ont reçu, au 26 septembre 2021, aucune injection de vaccin contre la covid-19.

⁴ Mélanie Faure, « Covid-19 : la mortalité largement supérieure dans les pays frappés par l'obésité », *LCI* (www.lci.fr), édition du 31 mars 2021.

b) Selon les territoires

La couverture vaccinale reste contrastée selon les territoires, tout particulièrement entre l'Hexagone et les collectivités ultramarines.

Proportion de la population ayant reçu une dose de vaccin contre la covid-19 par région au 29 septembre 2021



Source : Covidtracker, à partir des données du ministère des solidarités et de la santé

Ces écarts de couverture vaccinale sont encore plus problématiques s'agissant des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : la proportion de résidents présentant un schéma vaccinal complet s'établit à 22,3 % en Guadeloupe et à 17,7 % en Martinique, contre 58,6 % en Guyane et 69,7 % à La Réunion, et 99 % en Savoie, dans les Ardennes et les Pyrénées-Orientales¹.

Ces disparités territoriales de couverture vaccinale se recourent aisément avec les écarts observés entre régions en matière d'hospitalisations pour formes sévères de covid-19. Les deux régions affichant la couverture vaccinale la plus élevée, à savoir la Bretagne et la Normandie, présentent des taux d'occupation des lits de réanimation faibles, respectivement à 16 % et 13 %, quand les régions métropolitaines les moins vaccinées que sont la Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur, affichent des taux d'occupation de 33 % et 58 %². La saturation des capacités hospitalières est significativement plus importante dans les collectivités ultramarines qui présentent les taux de vaccination les plus faibles : la Martinique affiche un **taux d'occupation de ses lits de réanimation de 319 %** au 29 septembre 2021, la Guadeloupe **103 %** et la Guyane **84 %**.

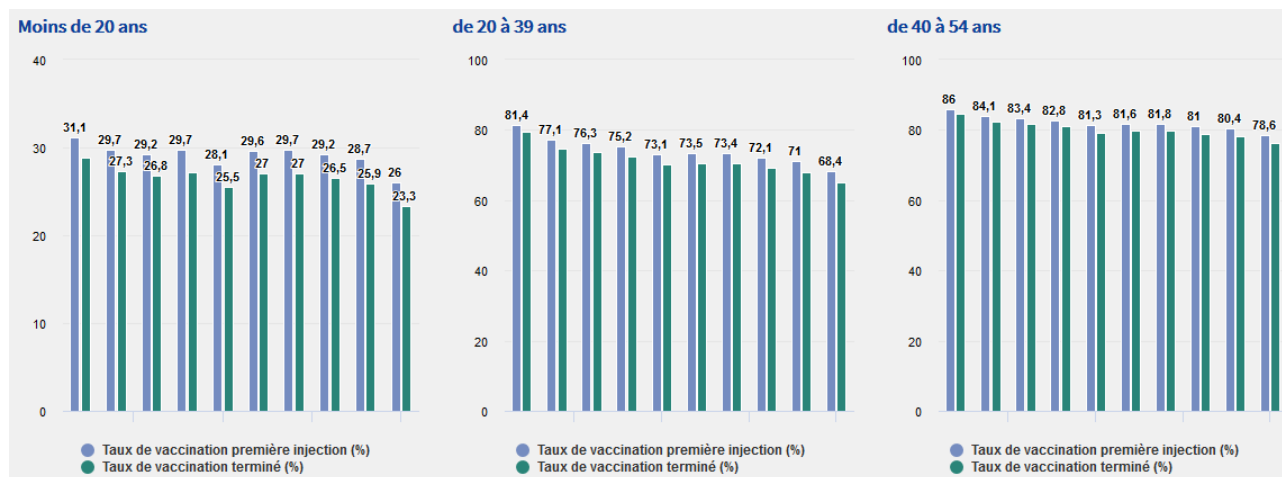
¹ Données disponibles au 29 septembre 2021 sur le site « Covidtracker », à partir des données du ministère des solidarités et de la santé.

² Données disponibles au 29 septembre 2021 sur le site « Covidtracker », à partir des données du ministère des solidarités et de la santé.

Par ailleurs, **les personnes vivant dans les territoires les plus défavorisés présentent les taux de vaccination les moins élevés**. Les taux de vaccination par indice de défavorisation publiés par l'assurance maladie au 26 septembre 2021 montrent ainsi que, chez les moins de 20 ans, la proportion de personnes entièrement vaccinées chez les personnes résidant dans les communes du dernier décile regroupant les 10 % de la population française les plus défavorisés est de plus de cinq points inférieure à celle observée chez les personnes résidant dans les communes du premier décile regroupant les 10 % de la population française les plus favorisés. Cet écart est supérieur à 14 points chez les 20-39 ans et à 8 points chez les 40-54 ans.

Taux de vaccination (en %) par indice de défavorisation au 26 septembre 2021

Sens de lecture de gauche à droite : chaque couple de barres correspond à un décile de défavorisation, le premier couple de barres à gauche représentant le taux de vaccination chez les résidents des communes du premier décile (les plus favorisées) et le dernier couple de barres à droite le taux de vaccination chez les résidents des communes du dernier décile (les plus défavorisées)



Source : Assurance maladie (<https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/>)

3. Des actions d'« aller-vers » encourageantes mais encore insuffisantes

Les agences régionales de santé (ARS), les collectivités territoriales et les associations ont engagé, dans le cadre de **stratégies d'« aller-vers »**, des opérations destinées à sensibiliser les personnes les plus éloignées de la vaccination à l'intérêt de se faire vacciner. Ces actions sont particulièrement précieuses pour inclure dans la campagne vaccinale les populations isolées et rencontrant des difficultés d'accès au système de santé de par leur âge ou en raison de facteurs de précarité, tout particulièrement les **publics ne disposant pas de médecins traitants**, dont des personnes âgées, des personnes défavorisées sur le plan socioéconomique et des personnes issues de l'immigration clandestine.

Dans un certain nombre de territoires marqués par d'importantes inégalités sociales et économiques, les ARS ont veillé à assurer un **maillage dense en centres de vaccination**, comme en Seine-Saint-Denis, certains centres ayant été dédiés aux publics âgés et précaires. Des **barnums et bus de vaccination** ont également été mis en place, bien souvent avec l'appui des **conseils départementaux** et des **centres communaux d'action sociale (CCAS)**. Plusieurs ARS ont également déployé sur leurs territoires des **médiateurs de lutte anti-covid**, chargés d'organiser des opérations de dépistage et de prévention dans le cadre de la stratégie « Tester – Alerter – Protéger » et de sensibiliser la population à la vaccination. Dans la même logique, le département de la Seine-Saint-Denis et d'autres collectivités en France ont mobilisé des **« ambassadeurs » de la vaccination**. De plus, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) a recruté 700 personnes en contrat à durée déterminée pour assurer les campagnes d'« aller-vers » liées à la vaccination.

Le ministère de l'éducation nationale a invité, pour sa part, les **enseignants** à poursuivre leurs actions pédagogiques pour sensibiliser les élèves à la vaccination et **une campagne de vaccination a été lancée à la rentrée dans les collèges et lycées**. Pour rappel, conformément à l'article premier de la loi du 5 août 2021 précitée, les mineurs de 12 à 15 ans n'ont besoin de l'autorisation que d'un seul de leurs parents pour se faire vacciner et les mineurs de plus de 16 ans sont exemptés d'obtenir l'autorisation d'un parent pour se faire vacciner.

La **médecine de ville** a également été mobilisée pour étendre la vaccination. Un décret du 14 juillet 2021¹ a ainsi ouvert la possibilité pour les médecins traitants de recevoir la **liste de ses patients non vaccinés** afin de favoriser l'accompagnement à la vaccination des personnes présentant des vulnérabilités de santé particulières. Afin d'augmenter la vaccination pendant l'été, a été autorisée à la mi-juillet la **mise à disposition de flacons du vaccin Pfizer-BioNTech** non utilisés par les centres de vaccination **au profit de professionnels de santé libéraux** habilités à en commander sur un portail de télédéclaration².

Si les dispositifs d'« aller-vers » sont incontournables pour sensibiliser des personnes éloignées de la vaccination, ils demeurent insuffisants pour atteindre le taux de protection collective recherché à court terme.

2. LA VACCINATION UNIVERSELLE OBLIGATOIRE : SEULE VOIE RÉALISTE POUR VAINCRE L'ÉPIDÉMIE

A. LA NÉCESSITÉ D'UNE EXTENSION DE L'OBLIGATION VACCINALE EN POPULATION GÉNÉRALE

1. Les limites du passe sanitaire

Bien que l'annonce de l'extension du passe sanitaire ait permis une augmentation spectaculaire des vaccinations au cours de la seconde moitié du mois de juillet dernier, il n'est toutefois pas suffisant pour atteindre un niveau de couverture vaccinale permettant de maîtriser durablement l'épidémie, avec en particulier une vaccination des personnes âgées qui ne progresse désormais plus qu'à la marge. Même si l'on peut s'attendre à un rebond des injections de premières doses à compter de la **fin de la gratuité des tests de dépistage hors prescription médicale** prévue le 15 octobre 2021, il devrait être limité dans son ampleur et ne concerner qu'un nombre limité de personnes ayant jusqu'ici préféré se faire tester plutôt que se faire vacciner.

Par ailleurs, le passe sanitaire présente plusieurs inconvénients tant sur le plan socioéconomique que sur le plan des libertés individuelles. **Les personnes défavorisées ou isolées sont en effet représentées de façon disproportionnée chez les personnes les plus éloignées de la vaccination**. Les restrictions d'accès à certains lieux dans le cadre de la mise en œuvre du passe sanitaire sont donc susceptibles de les pénaliser plus fortement dans l'accès à des structures de loisirs, de culture ou de socialisation. De plus, **la mise en œuvre du passe sanitaire pose des difficultés pratiques**, notamment s'agissant des modalités de son contrôle à l'entrée de certains lieux collectifs, comme les établissements de santé, les Ehpad et les restaurants.

Enfin, comme l'a souligné le Pr Arnaud Fontanet, le maintien, au travers du passe sanitaire dans sa configuration actuelle, de la possibilité de se rendre des lieux collectifs en étant seulement testé négatif avec un recul pouvant aller jusqu'à 72 heures, sans disposer d'une immunité vaccinale ou naturelle, reste problématique au regard du **risque de contracter la covid-19 dans des lieux où le respect des gestes barrières se relâche inévitablement**.

¹ Décret n° 2021-930 du 13 juillet 2021 modifiant le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions et le décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la covid-19.

² DGS-urgent n° 2021-68 du 16 juillet 2021, « Mise à disposition de flacons de vaccin Pfizer-BioNTech dans des centres de vaccination pour les professionnels de santé de ville ».

Selon le rapporteur, l'impact du passe sanitaire sur la circulation du virus reste ainsi discutable car, au-delà de ces failles méthodologiques, des personnes non vaccinées et non testées peuvent être tentées de se reporter en plus grand nombre sur des lieux collectifs non soumis au passe sanitaire (transports infrarégionaux, espaces commerciaux...).

2. Un appel à la responsabilité de la part de représentants de la communauté médicale et hospitalière

La mise en place d'une obligation vaccinale pour faire face à une menace épidémique n'est pas nouvelle en France : elle a été instituée contre la variole de 1902 à 1984, contre la diphtérie en 1938, contre le tétanos en 1940, contre la tuberculose en 1950¹ et contre la poliomyélite en 1964.

Dans un communiqué en date du 8 septembre 2021², l'académie nationale de médecine a appelé à « **ne pas renoncer à l'immunité collective** ». Mettant en avant « *la nécessité de compléter rapidement la couverture vaccinale pour atteindre cette immunité collective* », elle préconise de « **remplacer au plus tôt le passe sanitaire par un passe vaccinal** ». La position de l'académie en faveur de l'obligation vaccinale de l'ensemble des Français est constante, puisqu'elle plaide déjà, dans un communiqué en date du 19 juillet 2021³, pour « *ne rendre obligatoire qu'une seule mesure : la vaccination contre la covid-19 de tous les Français âgés de 12 ans et plus.* »

Pour sa part, dans un communiqué en date du 9 juillet 2021, la Haute Autorité de santé (HAS) a insisté sur le fait qu'au-delà de la vaccination obligatoire des professionnels de santé, « **il est nécessaire d'entamer dès à présent la réflexion sur une extension plus importante de cette obligation vaccinale en population générale afin de pouvoir prendre à temps cette décision si elle s'imposait.** » Rappelant que l'obligation vaccinale était un débat politique qu'il n'appartient pas à la HAS de trancher, sa présidente, la Pr Dominique Le Guludec, a souligné en septembre 2021 lors de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat⁴, qu'« *aujourd'hui l'épidémie décroît, mais nul ne sait si cela durera. La couverture vaccinale n'est pas encore suffisante pour garantir que l'hôpital ne sera pas saturé en cas d'apparition d'un nouveau variant virulent.* »

Par ailleurs, le président de la fédération hospitalière de France, Frédéric Valletoux, s'est prononcé, dans un entretien à la presse le 31 juillet 2021, en faveur de la vaccination obligatoire pour tous, en estimant que « **c'est une mesure simple, claire et efficace, quand la mise en œuvre du passe s'annonce, elle, d'une complexité rare, notamment dans les hôpitaux pour tracer une frontière entre les patients pour lesquels il sera demandé à l'entrée, et les autres** »⁵.

Dans un rapport de juillet 2021⁶, la mission d'information du Sénat sur les effets des mesures en matière de confinement a mis en avant, à partir d'une étude réalisée par l'institut Pasteur, le fait que « **la dynamique infectieuse, très majoritairement imputable aux personnes de moins de 60 ans, sera efficacement endiguée par une large diffusion du vaccin** ». Estimant que les dispositifs d'incitation à la vaccination ne permettront pas d'atteindre les niveaux de couverture vaccinale requis pour maîtriser l'épidémie, elle appelle dès lors à **faire le choix d'une obligation vaccinale étendue progressivement par tranches d'âge**. Pourraient ainsi être concernées par l'obligation vaccinale, dans un premier temps, les personnes les plus vulnérables et susceptibles d'être hospitalisées, à savoir les personnes de plus de 60 ans. La vaccination obligatoire pourrait ensuite être étendue vers les classes d'âge intermédiaire de plus de 24 ans.

¹ Cette obligation a été suspendue en population générale en 2007 (décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007).

² Académie nationale de médecine, « Ne pas renoncer à l'immunité collective », communiqué du 8 septembre 2021.

³ Académie nationale de médecine, « Vaccination ou isolement : du bon usage de l'obligation », communiqué du 19 juillet 2021.

⁴ Audition du 22 septembre 2021.

⁵ Zoé Lastennet, « Le président de la Fédération hospitalière de France appelle à la vaccination obligatoire pour tous », *Le Journal du dimanche*, édition du 31 juillet 2021.

⁶ La stratégie vaccinale à mettre en œuvre pour limiter la quatrième vague de la pandémie, rapport d'information n° 727 (2020-2021) de M. Bernard Jomier, fait au nom de la mission d'information sur les effets des mesures en matière de confinement, déposé le 1^{er} juillet 2021.

Interrogé le 15 juillet 2021 sur l'intérêt d'une vaccination obligatoire pour tous, M. Gérard Larcher, président du Sénat, voyant dans la vaccination « *un acte de solidarité collective* », a déclaré que « *si nous voyons que c'est nécessaire, alors il faudra y aller* », estimant que ce sujet devra être réexaminé au dernier trimestre 2021.

3. Une obligation vaccinale pour tous déjà expérimentée en Nouvelle-Calédonie

Avant l'arrivée du variant Delta sur son territoire en septembre 2021, la Nouvelle-Calédonie était parvenue à maintenir une vie quotidienne *quasi*-normale grâce à la mise en place d'un « **sas sanitaire** » imposant à tous les entrants sur le territoire de se soumettre à leur arrivée à une quatorzaine en milieu hôtelier. Ce sas sanitaire, qui avait jusqu'alors permis à la Nouvelle-Calédonie de conserver son statut de « territoire 0 covid », a néanmoins fait l'objet de contentieux qui ont conduit à exempter un certain nombre de personnes d'observer une quatorzaine à leur entrée sur le territoire.

Face au risque que faisait peser cette remise en cause du sas sanitaire pour la maîtrise de la circulation du virus, les autorités de la collectivité ont, dans un premier temps, envisagé de **subordonner toute entrée sur le territoire à la présentation d'un justificatif vaccinal**. Compte tenu du risque contentieux pour motif de rupture d'égalité que courrait cette mesure si elle était prise isolément, l'État, seul compétent pour définir les conditions d'entrée sur le territoire calédonien, a informé les responsables politiques locaux qu'il n'était prêt à considérer cette solution que si le territoire imposait une obligation vaccinale en population générale. Dans ces conditions, un projet de délibération du congrès de Nouvelle-Calédonie a été amendé afin de soumettre l'ensemble des résidents du territoire à une obligation vaccinale qui devra être satisfaite au plus tard le 31 décembre 2021. **Cette délibération a été adoptée à l'unanimité en commission permanente du congrès le 3 septembre 2021¹**.

Dans un premier temps, la mise en place de cette obligation ne s'accompagne pas de sanction en cas de non-respect. Seules certaines catégories de professionnels² s'exposent, en l'absence de justificatif vaccinal à compter du 31 octobre 2021, à une amende administrative légèrement inférieure à 1 500 euros³. En fonction de l'évolution du taux de couverture vaccinale du territoire, il est prévu que le congrès puisse, par délibération ultérieure, décider de sanctions applicables à la population générale.

La courbe des vaccinations en Nouvelle-Calédonie s'est fortement accélérée au début du mois de septembre : dès la semaine suivant l'adoption de la délibération, le nombre d'injections hebdomadaire a augmenté de 16 % par rapport à la semaine précédente, alors qu'il n'avait progressé au mois d'août qu'à un rythme de 4 % par semaine. Il est néanmoins difficile à ce stade de mesurer l'impact direct de cette obligation vaccinale sur l'évolution du taux de vaccination. En effet, **le 6 septembre 2021, le variant Delta a fait son entrée en Nouvelle-Calédonie**, suscitant au sein de la population un sentiment de crainte puissant qui a pu contribuer à l'intensification du recours à la vaccination, au sein d'un territoire dont 67,3 % de la population adulte est en surpoids⁴ – dont 37,7 % est obèse – et qui compte près de 20 000 personnes diabétiques⁵.

¹ Délibération n° 44/CP du 3 septembre 2021 instaurant une obligation vaccinale contre le virus SARS-CoV-2 en Nouvelle-Calédonie.

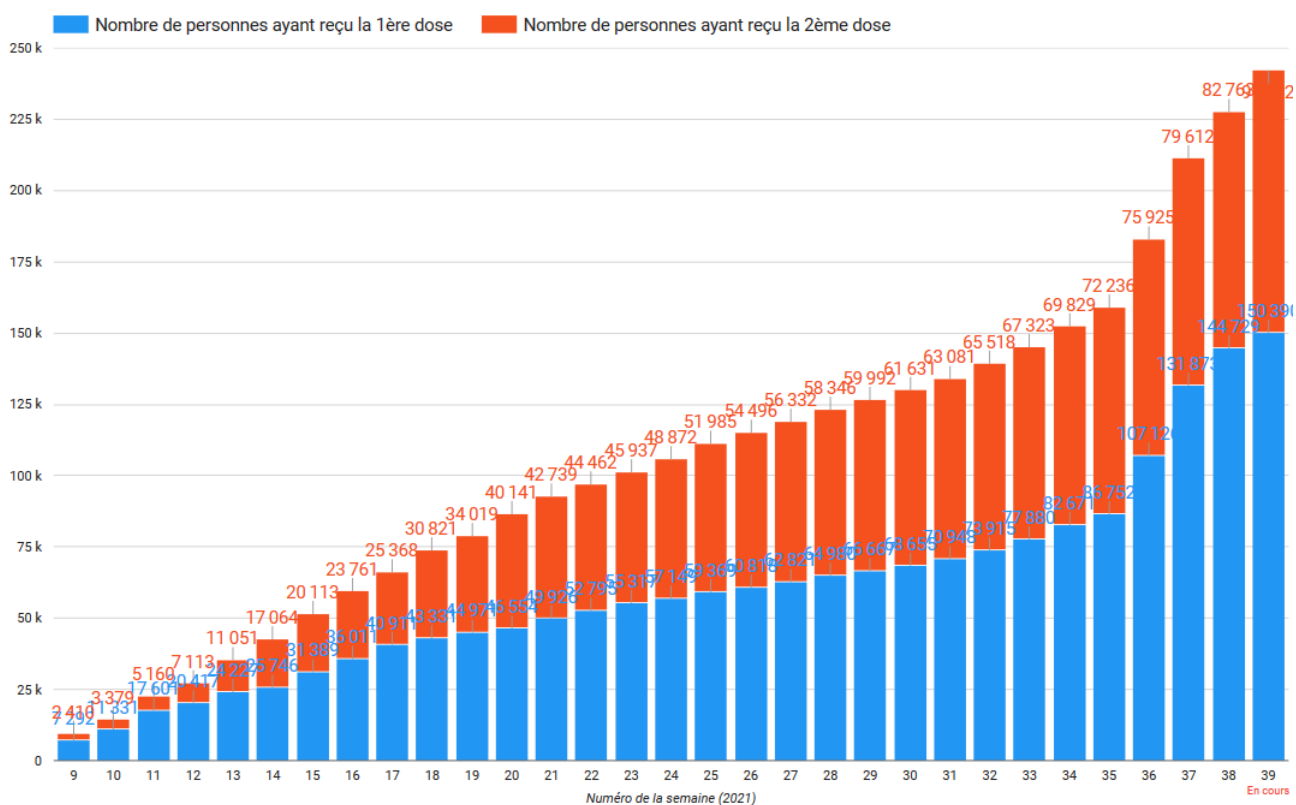
² Personnels du transport maritime et aérien, personnels des établissements de quarantaine, personnels des établissements sanitaires, personnels indispensables au fonctionnement du pays et à la sécurité.

³ 175 000 francs Pacifique (1 458 euros).

⁴ « Baromètre santé » de 2015 de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (<http://www.santepourtous.nc/les-thematiques/mange-mieux-bouge-plus/obesite-en-nc/epidemiologie>).

⁵ <http://www.caledonia.nc/actualite/le-diabete-cette-maladie-silencieuse> (11 juin 2019).

Évolution du nombre de personnes vaccinées en Nouvelle-Calédonie



Source : Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

B. LA PROPOSITION DE LOI : UNE OBLIGATION VACCINALE MÉNAGEANT AU POUVOIR RÉGLEMENTAIRE DE LA SOUPLESSE POUR SA MISE EN ŒUVRE

L'article unique de la proposition de loi complète la liste des vaccinations obligatoires en population générale, inscrite à l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, par une **douzième valence vaccinale**, contre l'infection par le SARS-CoV-2. Pour rappel, les obligations vaccinales prévues par le code de la santé publique peuvent être suspendues par décret¹, pour tout ou partie de la population, afin de tenir compte de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques².

L'impact positif de l'extension des obligations vaccinales pour les enfants en 2018

Dès la première année de sa mise en œuvre, le passage, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, de trois à onze vaccins obligatoires chez les enfants a fait sensiblement progresser les taux de couverture vaccinale contre les pathologies concernées. Selon un bulletin de Santé publique France d'avril 2019, quinze mois après l'entrée en vigueur de cette extension, le taux de vaccination des nourrissons contre l'hépatite B a progressé de cinq points de plus par rapport à 2017, si bien que l'agence estime que « les niveaux très élevés de couverture vaccinale du nourrisson permettent d'envisager à terme l'élimination de l'hépatite B ». L'augmentation de la vaccination contre le méningocoque C avait été encore plus spectaculaire, pour concerner plus de 75 % des enfants, contre 39 % l'année précédente.

¹ Le décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 a ainsi suspendu l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels des établissements de santé et des Ehpad.

² Article L. 3111-1 du même code.

Pour la première dose de vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), le gain de couverture observé sur la période a été de 2,2 points. Dans le bulletin précité, Santé publique France fait état d'une « *majorité de parents favorables aux obligations vaccinales* », d'une « *progression positive des opinions des jeunes parents sur la vaccination et ses bénéfiques* » et d'une « *forte adhésion des professionnels de santé à la vaccination et aux nouvelles vaccinations obligatoires* ». Cette dynamique s'est confirmée les années suivantes. Le 24 novembre 2020, Santé publique France a annoncé que, pour les enfants soumis à l'obligation vaccinale nés après le 1^{er} janvier 2018, l'objectif de 95 % pour la première dose du vaccin ROR était presque atteint, bien que la couverture pour la deuxième dose reste encore bien en-deçà de cet objectif.

Source : Santé publique France, « Vaccination », Bulletin de santé publique, avril 2019 ; communiqué de presse de Santé publique France du 24 novembre 2020 intitulé « Vaccination : les enfants et professionnels de santé sont-ils bien vaccinés ? »

Le droit en vigueur prévoit déjà que les vaccinations listées à l'article L. 3111-2 du code de la santé publique sont obligatoires « **dans des conditions d'âge déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé** ». À l'heure actuelle, les onze vaccins obligatoires¹ doivent être pratiqués dans les **18 premiers mois de l'enfant**² selon les âges fixés par le calendrier des vaccinations arrêté par le ministre chargé de la santé. Le seul moyen prévu par la loi pour garantir leur effectivité est le conditionnement de l'accès des enfants aux structures d'accueil collectif (école, garderie, colonie de vacances ou autres collectivités d'enfants) à la présentation d'une preuve de vaccination³. Il reviendra ainsi au Gouvernement de **déterminer par voie réglementaire, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), les conditions d'âge pour lesquelles la vaccination contre la covid-19 aura un caractère obligatoire**.

Ces critères sont, par exemple, susceptibles d'évoluer en fonction des données scientifiques sur le bénéfice et l'innocuité du vaccin chez les mineurs de moins de 12 ans.

La question de l'extension de la vaccination aux mineurs de moins de 12 ans

L'extension à cette population de l'éligibilité à la vaccination est subordonnée à la mise en évidence des **bénéfices individuel et collectif** de leur vaccination. Si le bénéfice collectif est aisément identifiable – la vaccination contribue à ralentir la circulation du virus au sein de cette tranche d'âge et donc à réduire le risque de sa propagation à d'autres personnes non immunisées –, la détermination du bénéfice individuel y est autrement plus exigeante qu'en population adulte. Compte tenu du faible risque pour les enfants de développer une forme grave de la covid-19⁴, doit ainsi être démontrée une innocuité **quasi** totale du vaccin, des effets indésirables graves, même peu nombreux, étant difficilement acceptables pour ce public. À ce stade, les laboratoires Pfizer et BioNTech ont annoncé leur intention de déposer fin septembre auprès de la « *Food and Drug Administration* » (FDA) américaine un dossier d'autorisation du recours à la vaccination chez les moins de 12 ans, après avoir publié les résultats d'une étude conduite auprès de 2 268 enfants.

¹ Antidiphthérique ; antitétanique ; antipoliomyélitique ; contre la coqueluche ; contre les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b ; contre le virus de l'hépatite B ; contre les infections invasives à pneumocoque ; contre le méningocoque de sérogroupe C ; contre la rougeole ; contre les oreillons ; contre la rubéole.

² Article R. 3111-2 du code de la santé publique.

³ Il de l'article L. 3111-2 du code de la santé publique.

⁴ Selon la base Géodes de Santé publique France, au 29 septembre 2021, seulement six décès ont été recensés chez des enfants de 0 à 9 ans. Selon des informations rapportées par la HAS, « *Santé publique France a identifié, à ce jour, 10 décès d'enfants considérés comme imputables à la covid-19 et 4 dont l'imputabilité a été considérée comme possible par le clinicien* » (Haute Autorité de santé, « Stratégie de vaccination contre la covid-19 – Place du vaccin à ARNm Spike-vax® de Moderna chez les 12 à 17 ans », recommandation vaccinale, 27 juillet 2021.

De même, il reviendra au Gouvernement de déterminer par décret les **contours du schéma vaccinal complet permettant de satisfaire à l'obligation vaccinale**. À l'heure actuelle, bien que l'administration d'une troisième dose ait débuté à la fin du mois d'août chez les personnes de plus de 65 ans et les personnes sévèrement immunodéprimées ou présentant des comorbidités, un justificatif vaccinal d'une dose pour le vaccin Janssen et de deux doses pour les autres vaccins reste suffisant pour disposer d'un passe sanitaire valide¹. En fonction de l'évolution des connaissances sur la durée de l'immunité conférée par la vaccination, se posera la question de l'intégration d'un rappel vaccinal dans les caractéristiques du schéma vaccinal complet.

En outre, le débat sur cette proposition de loi est l'occasion de discuter des **options permettant de garantir l'effectivité de l'obligation vaccinale**. Une sanction administrative ou pénale² – le rapporteur propose, à cet égard, une amende forfaitaire, majorée en cas de récidive – ainsi que la **mise en place d'un passeport vaccinal** pour accéder à certains lieux pourraient, selon le rapporteur, constituer les solutions les plus opérationnelles en mettant l'ensemble de nos concitoyens sur un pied d'égalité.

En conclusion, il ressort des éléments qui précèdent que la vaccination universelle obligatoire reste la **seule solution acceptable et opérationnelle, en complément des actions d'« aller-vers »**, pour garantir une couverture vaccinale suffisamment élevée pour **transformer l'épidémie en un « bruit de fond » maîtrisé sur le plan sanitaire**. Elle présente, en outre, l'avantage de poser une **règle claire et simple applicable à tous**, par opposition à un passe sanitaire qui soulève d'importantes difficultés d'application, aggrave les inégalités sociales et territoriales et dont la prolongation jusqu'à l'été 2022 est envisagée par le Gouvernement. La transformation du passe sanitaire en un passeport vaccinal achèverait ainsi de rassembler l'ensemble de nos concitoyens dans un effort collectif pour vaincre cette épidémie et **tourner la page d'une crise sanitaire qui n'a que trop duré**.

Toutefois, attachée à la poursuite d'une stratégie de conviction pour inciter à se faire vacciner ceux de nos concitoyens qui hésitent encore à franchir le pas de la vaccination, la commission a appelé à renforcer les actions d'« aller-vers » et l'accès à la vaccination des personnes les plus éloignées du système de santé.

En conséquence, la commission des affaires sociales n'a pas adopté la proposition de loi.

En application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion portera en séance publique sur le texte de la proposition de loi dans sa rédaction initiale.

¹ Les caractéristiques du justificatif de statut vaccinal attestant d'un schéma vaccinal complet, précisées à l'article 2-2 du décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, n'ont en effet pas été modifiées à l'occasion du lancement du rappel vaccinal.

² La loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale a supprimé la sanction pénale générale dont pouvaient faire l'objet les titulaires de l'autorité parentale en cas de violation des obligations vaccinales au titre de la protection de l'enfance, autrefois prévue à l'article L. 3116-6 du code de la santé publique.



Catherine Deroche
Sénatrice (LR) de Maine-et-Loire
Présidente



Bernard Jomier
Sénateur (SER) de Paris
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp120-811.html>

