

N° 797

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 juillet 2021

AVIS

PRÉSENTÉ

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi,
adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée,
relatif à la **gestion de la crise sanitaire**,*

Par Mme Chantal DESEYNE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Brigitte Devésa, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 4386, 4389 et T.A. 654

Sénat : 796 (2020-2021)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL	5
AVIS	17
1. <i>Une menace de reprise de l'épidémie de covid-19 du fait du variant Delta</i>	17
2. <i>Sur l'article premier – extension du passe sanitaire</i>	22
3. <i>Sur les articles 2 à 4 – mesures d'isolement des personnes détectées positives à la covid-19</i>	25
EXAMEN DES ARTICLES	29
CHAPITRE I^{ER} DISPOSITIONS GÉNÉRALES	29
• <i>Article 1^{er} bis Indemnités journalières des travailleurs indépendants</i>	29
CHAPITRE II VACCINATION OBLIGATOIRE	31
• <i>Article 5 Vaccination obligatoire contre la covid-19 pour les professionnels au contact des personnes fragiles</i>	31
• <i>Article 6 Satisfaction de l'obligation vaccinale par les personnes concernées</i>	52
• <i>Article 7 Conséquences du manquement à l'obligation vaccinale en matière d'activité</i>	59
• <i>Article 7 bis Consultation du comité social et économique sur les modalités de mise en œuvre par l'employeur du contrôle du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale</i>	70
• <i>Article 8 Sanctions pénales prévues dans le cadre de l'obligation vaccinale</i>	73
• <i>Article 9 Autorisation d'absence pour se rendre à un rendez-vous de vaccination</i>	76
• <i>Article 10 Extension à la réparation des préjudices imputables à la vaccination obligatoire contre la covid-19 du régime d'indemnisation des dommages résultant des vaccinations obligatoires existantes</i>	80
• <i>Article 11 Application de l'obligation vaccinale à Wallis-et-Futuna</i>	82
TRAVAUX DE LA COMMISSION	85
I. AUDITIONS	85
• <i>Audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé</i>	85
• <i>Audition du Pr Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique Covid-19</i>	97
II. EXAMEN DU RAPPORT	111
RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)	133
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	135
LA LOI EN CONSTRUCTION	137

L'ESSENTIEL

Réunie le vendredi 23 juillet 2021 sous la présidence de Mme Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a examiné le **rapport pour avis de Mme Chantal Deseyne sur le projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire** sur lequel la commission a reçu de la commission des lois une délégation au fond pour l'examen des articles 1^e bis, et 5 à 11 relatifs à l'obligation vaccinale.

La commission propose d'adopter les articles 5 à 11 tels que modifiés par les amendements du rapporteur.

Alors que le variant Delta provoque dans différents pays une nouvelle flambée épidémique, le Gouvernement a déposé le 19 juillet 2021 un projet de loi visant à renforcer les outils de lutte contre l'épidémie de covid-19 afin de réduire l'impact de la « quatrième vague » annoncée.



I. UNE PRÉOCCUPATION FORTE FACE À LA MENACE D'UNE REPRISE ÉPIDÉMIQUE PORTÉE PAR LE VARIANT DELTA

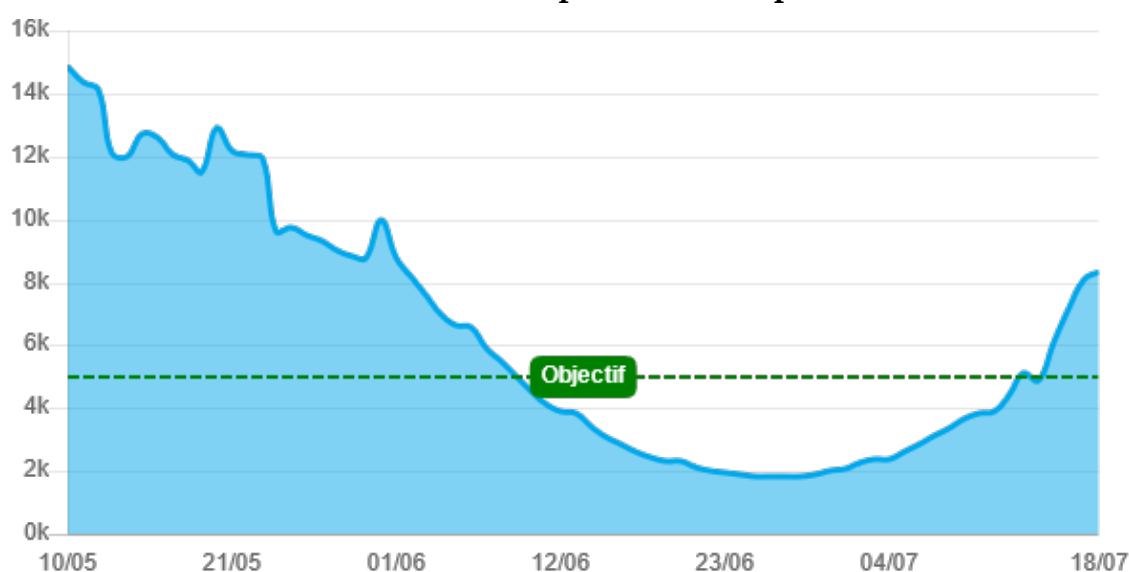
A. UNE REPRISE ÉPIDÉMIQUE BRUTALE DUE AU VARIANT DELTA

La France fait, depuis le début du mois de juillet, face à un risque de nouvelle vague épidémique, d'une ampleur potentiellement inédite. Ce risque coïncide avec la **diffusion rapide du variant Delta, sensiblement plus transmissible que les précédents variants du SARS-CoV-2**, ainsi qu'avec un **ralentissement du rythme de la vaccination au mois de juin**.

La propagation du variant Delta pousse fortement à la hausse le nombre quotidien de nouvelles contaminations, à un rythme encore jamais observé jusqu'ici, après pourtant déjà trois vagues épidémiques.

Le 21 juillet 2021, le ministre des solidarités et de la santé, M. Olivier Véran, a annoncé **plus de 18 000 nouveaux cas positifs enregistrés en 24 heures**, soit « une augmentation de la circulation du virus de l'ordre de 150 % : nous n'avons jamais connu cela, ni avec [la souche historique du coronavirus], ni avec le variant anglais, ni avec le sud-africain ni avec le brésilien »¹. En outre, au 19 juillet 2021, Santé publique France indique que le taux de tests avec présence de la **mutation L452R** (souvent liée au variant Delta) atteint **79,3 % des criblages de PCR**.

Évolution du nombre de cas positifs sur la période récente



Source : CovidTracker, d'après les données Santé Publique France et SI-Dep.

Derniers chiffres : 18 181 tests positifs remontés le 20/07 (SpF), 3 200 tests positifs prélevés le 18/07 (SI-DEP)

En outre, selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) à partir des données disponibles de juin à mi-juillet 2021, en particulier pour la semaine du 28 juin au 4 juillet 2021, « les non-vaccinés représentent 80 % des cas positifs »².

¹ Franceinfo avec l'agence France-Presse, « Plus de 18 000 nouveaux cas de covid-19 dans les dernières 24 heures, une hausse de 150 % en une semaine », 20 juillet 2021.

² Note de la Drees du 14 juillet 2021 sur la ventilation des tests RT-PCR de cas positifs selon le statut vaccinal des personnes testées.

B. LA VACCINATION, PRINCIPALE ARME DE LUTTE CONTRE LA PANDÉMIE

1. Des vaccins sûrs et efficaces

Dans ce contexte, les autorités médicales et scientifiques convergent pour estimer que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de maîtriser durablement l'épidémie. L'efficacité et la sécurité des vaccins autorisés contre la covid-19 reposent en effet désormais sur des données extrêmement solides.

Alors que les vaccins à ARN messenger – qui ont représenté 87,5 % du cumul des doses administrées au 19 juillet 2021 – présentent des **taux de protection avoisinant les 95 % contre les formes symptomatiques de la covid-19 (voire de 100 % contre les formes graves)**, les centres régionaux de pharmacovigilance ont analysé environ 49 000 déclarations d'effets indésirables liés à la vaccination sur un total de plus de 42 millions d'injections au 10 juin 2021, soit une **proportion d'effets indésirables déclarés légèrement supérieure à 0,1 %**. La grande majorité de ces effets sont, précise l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), « *attendus et non graves* »¹.

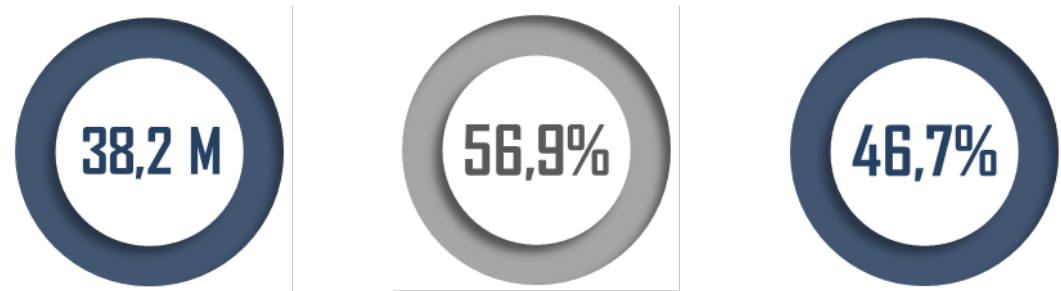
2. Une dynamique vaccinale à soutenir

En dépit de cette balance bénéfices-risques très favorable à la vaccination, un fort **ralentissement du rythme de la vaccination a été observé au mois de juin**. Selon les données du ministère des solidarités et de la santé, reprises par le CovidTracker², la **moyenne quotidienne des premières doses injectées** semble avoir atteint un pic à 400 000 le 21 mai 2021, pour diminuer sensiblement et atteindre un seuil **légèrement supérieur à 160 000 doses au début du mois de juillet**. On peut noter que l'allocution du Président de la République le 12 juillet 2021 et les annonces relatives à l'extension du passe sanitaire et à l'obligation vaccinale ont été suivies d'une immédiate et nette hausse de la prise de rendez-vous de vaccination et une forte reprise des premières injections à la mi-juillet.

¹ Point de situation de l'ANSM sur la surveillance des vaccins contre la covid-19 publié le 25 juin 2021.

² <http://covidtracker.fr/vaccintracker/>.

Couverture vaccinale contre la covid-19 en France



Nombre cumulé
de personnes vaccinées
contre la covid-19
avec au moins une dose

Nombre
de personnes vaccinées
avec au moins une dose

Nombre
de personnes
complètement vaccinées

Données : Santé publique France, au 20 juillet 2021

3. Une vaccination soutenue par des mesures contraignantes au sein du présent texte

- Afin de concilier une reprise durable des activités et la nécessité d'un freinage urgent de la circulation du virus, le Gouvernement fait le choix de miser prioritairement sur la vaccination.

Aussi, il entend s'appuyer sur l'obligation vaccinale de certains professionnels des champs sanitaire et médico-social (articles 5 et suivants du projet de loi) en vue d'assurer une protection maximale des personnes les plus fragiles, mais également sur la très large extension du passe sanitaire (article 1^{er} du texte), dont la finalité est bien de faire repartir la dynamique vaccinale en population générale.

II. UNE EXTENSION DU PASSE SANITAIRE COMME OUTIL D'INCITATION À LA VACCINATION DE LA POPULATION GÉNÉRALE

A. UN TRÈS LARGE DÉPLOIEMENT DU PASSE SANITAIRE COMME STRATÉGIE D'ENCOURAGEMENT À LA VACCINATION

Le périmètre très large de cet outil, initialement circonscrit, correspond désormais à un champ d'activités ou lieux qui, si la situation sanitaire l'imposait à nouveau, seraient fermés.

Il reprend notamment les activités culturelles ou de loisirs, pour lesquelles le Gouvernement a abaissé cette semaine le seuil requis mais intègre aussi les lieux de restauration ou débits de boisson.

- Une telle exigence élargie du passe sanitaire est une forte incitation à la vaccination de la population générale. La commission soutient cette stratégie.

Les concessions apportées par ce dispositif aux libertés individuelles apparaissent malheureusement une **nécessité au regard des libertés et de l'intérêt collectifs**.

« Certaines dispositions prévues dans cette nouvelle loi peuvent générer des limitations des libertés individuelles mais peuvent permettre également de conserver une plus grande liberté pour le plus grand monde. »¹

Conseil scientifique

B. UNE MESURE D'ISOLEMENT CONTRAINT QUI APPELLE À LA VIGILANCE

Les articles 2 à 4 concernent des modalités d'isolement contraint des personnes contaminées par la covid-19.

Le Gouvernement prévoit des dispositions de **contrôle strict du respect de l'isolement** des personnes contaminées quand cet isolement est aujourd'hui prescrit mais volontaire.

La mise en œuvre du dispositif paraît complexe et appelle à la vigilance en matière de libertés. Le rapporteur rappelle la **responsabilité individuelle de chacun à l'égard des conséquences pour la collectivité**.

III. UNE LARGE OBLIGATION VACCINALE DE PROFESSIONNELS AU BÉNÉFICE DE LA PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES

A. UN CHAMP TRÈS LARGE DE PERSONNES CONCERNÉES

Selon le point épidémiologique de Santé publique France du 16 juillet 2021, 81,6 % des professionnels de santé libéraux ont reçu une première dose de vaccin quand 77,1 % ont un schéma vaccinal complet. Pour les professionnels exerçant en Ehpad et USLD, les taux sont plus faibles : respectivement 62,4 % et 52,7 %.

¹ Avis du 16 juillet 2021 sur le projet de loi « relatif à l'adaptation de nos outils de gestion de crise ».

L'article 5 prévoit une vaccination obligatoire pour toute une série de professionnels ou de personnels dans un champ directement lié aux secteurs sanitaire et médico-social.

Sont concernés par l'obligation de vaccination contre la covid 19 :

- l'ensemble des personnels exerçant dans les établissements de santé et de larges catégories d'établissements médico-sociaux, au-delà des seuls soignants au contact des patients ;

- l'ensemble des professions de santé – médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants...- et des personnes travaillant dans leurs locaux d'exercice ;

- d'autres catégories de professionnels au contact de personnes fragiles, en établissement comme à domicile.

Par l'obligation vaccinale de larges catégories de personnes, le Gouvernement entend renforcer la protection des personnes vulnérables par la vaccination des professionnels de leur environnement.

Une obligation vaccinale pour les personnes au contact de publics vulnérables

- Les personnels des établissements de santé et établissements médico-sociaux, recevant des personnes fragiles, malades, âgées ou handicapées
- Les professionnels médicaux ou paramédicaux (médecins, pharmaciens, kinés, infirmiers...), y compris en ville, les personnels travaillant avec eux et les acteurs de la sécurité civile (pompiers)
- Les professionnels employés par des particuliers handicapés ou en perte d'autonomie

JUILLET 2021 www.senat.fr

L'obligation vaccinale proposée a été accueillie et même demandée par les acteurs du monde de la santé, au premier rang desquels les fédérations hospitalières et ordres médicaux.

- **Cette proposition d'obligation suit les avis en ce sens de la Haute Autorité de santé, du conseil scientifique, du conseil d'orientation de la politique vaccinale.**

La commission souligne, conformément à la position du rapporteur, que **l'obligation vaccinale des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social relève bien d'un devoir éthique et d'une exigence d'exemplarité de ces personnes engagées au quotidien pour la protection des personnes vulnérables**

La commission a apporté son soutien à cette vaccination obligatoire contre la covid-19.

Si le rapporteur s'est interrogé sur la pertinence d'une extension du champ des personnes concernées, **le maintien du périmètre initial a été préféré à ce stade.**

La commission a par ailleurs considéré qu'une obligation vaccinale de la population générale, qui pourrait apparaître un moyen efficace de lutte contre l'épidémie, présentait des lacunes importantes de mise en œuvre.

- Enfin, la commission a encadré les dispositions relatives à la vaccination obligatoire en prévoyant **l'intervention de la Haute Autorité de santé concernant les schémas vaccinaux à retenir et les éventuelles suspensions de l'obligation vaccinale contre la covid-19.**

B. UNE OBLIGATION JUSTIFIÉE À L'EMPLOYEUR OU À L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ COMPÉTENTE

L'**article 6** prévoit les conditions de présentation de la satisfaction à l'obligation vaccinale pour la personne concernée.

- Le respect de l'obligation vaccinale sera **présenté par le biais d'un certificat de vaccination.**

Les certificats de rétablissement sont acceptés pour leur durée de validité et les éventuelles contre-indications médicales sont également prises en compte.

Le justificatif devra être présenté à l'employeur, chargé du contrôle des salariés et agents publics sous sa responsabilité. Pour les autres personnes concernées, l'agence régionale de santé pourra interroger la base SI-Vaccin afin de procéder aux vérifications.

La commission a précisé et encadré le dispositif du présent article en **renforçant les garanties apportées en matière de protection du secret médical, concernant notamment le format du justificatif et son éventuelle conservation.**

L'obligation vaccinale des professionnels au contact de publics vulnérables

Pour exercer, le professionnel devra présenter :

- un justificatif de vaccination complète

sont également autorisés, pour satisfaire à l'obligation :

- un certificat de rétablissement en cours de validité
- un certificat de contre-indication médicale à la vaccination, contrôlable par le médecin conseil de l'Assurance maladie

JUILLET 2021 www.senat.fr

Enfin, la commission a précisé les sanctions en cas d'établissement et d'usage de faux certificat de vaccination ou de contre-indication médicale, en prévoyant, dans le cas d'un professionnel de santé, une information, le cas échéant, de son ordre de rattachement.

C. UN NON-RESPECT DE L'OBLIGATION VACCINALE EMPORTANT DES CONSÉQUENCES SUR L'EMPLOI ET ASSORTI DE SANCTIONS PÉNALES

1. Un respect de l'obligation vaccinale comme condition d'autorisation à exercer

L'article 7 précise les conséquences pour l'emploi qui devront être tirées d'une interdiction d'exercer pour défaut de vaccination d'un professionnel salarié ou agent public.

- Il est ainsi prévu qu'à compter du 15 septembre 2021, toute personne soumise à l'obligation vaccinale devra, pour pouvoir continuer à travailler, justifier d'un justificatif vaccinal, d'un certificat de rétablissement ou d'un certificat médical de contre-indication à la vaccination contre la covid-19.

2. Une obligation immédiate aménagée à court terme

Une **souplesse est prévue** : la satisfaction de cette obligation pourra être **appréciée, au 15 septembre 2021, au regard de l'administration des doses requises**, sans justifier du délai nécessaire à l'acquisition d'une immunité complète. En outre, afin de laisser aux professionnels non-vaccinés le temps de se conformer d'ici la mi-septembre à l'obligation vaccinale, une période transitoire, qui court de l'entrée en vigueur de la loi jusqu'au 15 septembre, leur permettra de continuer à travailler en présentant régulièrement un test virologique négatif.

- La commission a adopté des amendements destinés à **compléter ces souplesses**, afin notamment de **permettre aux professionnels de poursuivre leur activité même si leur vaccination n'est pas complète mais qu'ils ont démontré leur engagement à se faire vacciner par l'administration d'une première dose, sous réserve de présenter le résultat négatif d'un test virologique, et ce jusqu'au 15 octobre 2021.**

Ces aménagements semblent justifiés pour tenir compte des difficultés que pourraient rencontrer les professionnels pour se faire vacciner, face à un possible encombrement des demandes de rendez-vous vaccinaux, alimenté par l'extension du passe sanitaire, et d'éventuelles tensions sur la disponibilité des soignants pour administrer les doses en période estivale.



Une obligation immédiate mais avec une période de transition

Une période de transition jusqu'au 15 septembre :

-  • Les critères d'obligation vaccinale sont remplis : autorisation d'exercer
-  • sinon, interdiction d'exercer sauf sur présentation d'un résultat négatif d'un test virologique datant de moins de 48h

Après le 15 septembre : interdiction d'exercer en l'absence du respect de l'obligation

 **Proposition de la commission** : pour les professionnels dont le parcours de vaccination est engagé avec l'administration d'une première dose, prolongation de la tolérance jusqu'au 15 octobre sur présentation d'un résultat de test négatif.

 JUILLET 2021 www.senat.fr

3. Des mesures automatiques en cas de non-respect de l'obligation vaccinale

Attachée à l'acceptabilité comme à l'effectivité du respect de l'obligation vaccinale pour les professionnels concernés, la commission a également souhaité **garantir que les sanctions restent proportionnées** pour ceux qui persisteraient à ne pas se conformer à cette exigence. À cet égard, la suspension des fonctions ou du contrat de travail, assortie d'une interruption du versement de la rémunération, constitue la sanction la plus équilibrée, en étant de nature à inciter les professionnels les plus réticents à rejoindre les rangs de leurs collègues vaccinés.

En revanche, un licenciement, à l'issue de deux mois de suspension, semble disproportionné.

L'absence de rémunération devrait suffire à amener le professionnel à faire, de lui-même, un choix et à l'assumer : soit régulariser sa situation en se conformant à l'obligation vaccinale afin de pouvoir reprendre son activité et retrouver sa rémunération ; soit démissionner. C'est pourquoi la commission est revenue sur la création d'un motif spécifique de licenciement tiré de la persistance du refus de se faire vacciner au-delà d'une période d'interdiction d'exercer de deux mois.

4. Un régime de sanctions pénales prévu également à défaut de contrôle ou en cas d'exercice interdit

L'article 8 définit les sanctions pénales applicables aux professionnels qui méconnaîtraient leur interdiction d'exercer et celles applicables aux employeurs qui méconnaîtraient leur obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale des professionnels placés sous leur responsabilité.

Un amendement de la commission à cet article vise à préciser les agents qui seront chargés de rechercher et de constater les infractions aux prescriptions en matière d'obligation vaccinale.

D. DIVERSES DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À LA VACCINATION

1. Une autorisation d'absence attribuée pour encourager la vaccination

L'article 9 prévoit une **autorisation d'absence pour un salarié ou agent public se rendant à un rendez-vous de vaccination contre la covid-19.**

- La commission a souhaité, par un amendement, étendre également ce régime d'autorisation d'absence au salarié ou à l'agent public qui accompagne le mineur dont il a la charge aux rendez-vous médicaux liés aux vaccinations contre la covid-19.

2. Un régime d'indemnisation aligné sur les autres vaccinations obligatoires

L'article 10 enfin prévoit, sur le modèle des autres obligations vaccinales, l'intervention de l'Oniam dans le cas des dommages directement imputables à la vaccination. La commission a proposé d'adopter cet article sans modification.

Enfin, l'article 11 porte sur l'application dans le territoire des Îles Wallis et Futuna

AVIS

La commission des affaires sociales s'est saisie pour avis sur l'ensemble du projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire ; elle a reçu une délégation d'examen de la commission des lois, saisie au fond, sur l'article 1^{er} *bis* relatif aux indemnités journalières et sur les articles 5 à 11, relatifs à la vaccination contre la covid-19 et particulièrement les règles relatives à l'obligation vaccinale de certains professionnels ou personnes au contact de personnes vulnérables, aux articles 5 à 8.

1. Une menace de reprise de l'épidémie de covid-19 du fait du variant Delta

Les progrès enregistrés par la campagne de vaccination contre la covid-19, désormais bien engagée et ouverte à l'ensemble de la population adulte ainsi qu'aux enfants de plus de douze ans, de même que la diminution rapide et significative du taux d'incidence depuis la mi-mai 2021 laissaient entrevoir, à la fin du premier semestre, l'espoir d'une sortie progressive mais durable de la crise sanitaire à l'été.

Or la France fait, depuis le début du mois de juillet, face à un risque de nouvelle vague épidémique, d'une ampleur potentiellement inédite. Ce risque coïncide avec la **diffusion rapide du variant Delta, sensiblement plus transmissible que les précédents variants du SARS-CoV-2**, ainsi qu'avec un **ralentissement du rythme de la vaccination au mois de juin**.

► *Une vaccination large mais un fort ralentissement des premières injections en juin et juillet*

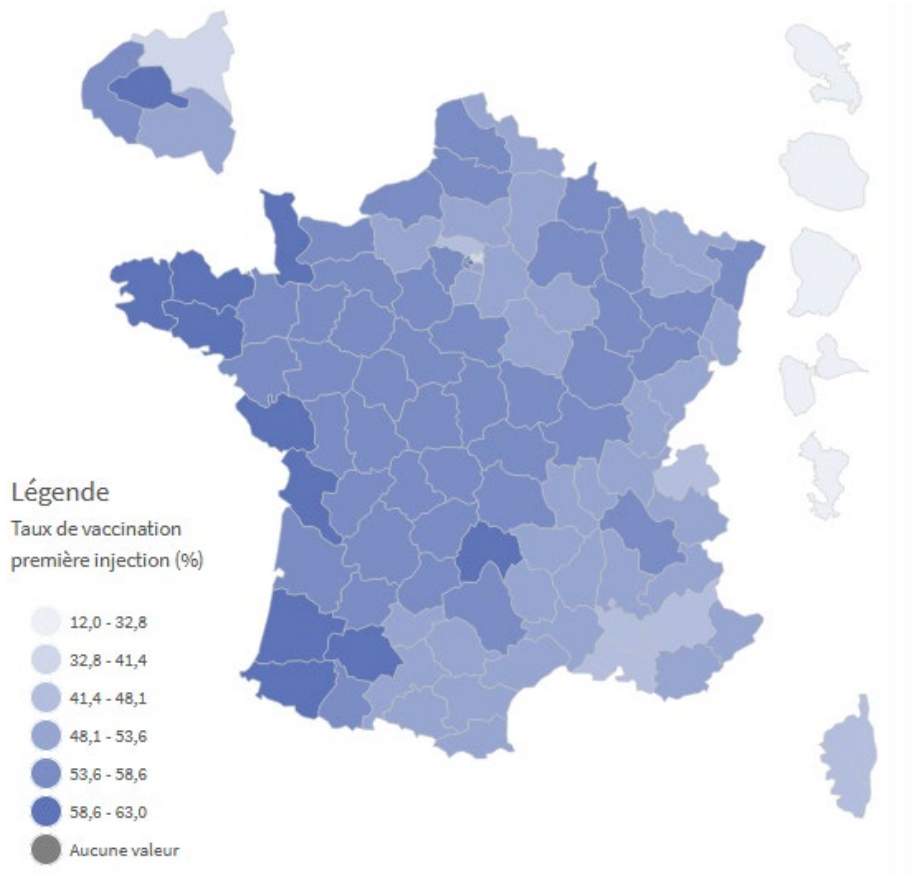
Selon les données du ministère des solidarités et de la santé, reprises par le CovidTracker¹, la **moyenne quotidienne des premières doses injectées** semble avoir atteint un pic à 400 000 le 21 mai 2021, pour diminuer sensiblement et atteindre un seuil **légèrement supérieur à 160 000 doses au début du mois de juillet**.

Quant à la moyenne quotidienne du nombre total de doses administrées, elle semble avoir atteint, début juin 2021, un plateau approchant les 580 000 doses alors qu'elle avait jusqu'alors suivi une trajectoire relativement ascendante. Il est possible d'en déduire que la vaccination est, depuis le mois de juin, majoritairement alimentée par l'administration de deuxièmes doses.

¹ <http://covidtracker.fr/vaccintracker/>.

Par ailleurs, des points de vigilance ont retenu l'attention du rapporteur et de la commission. L'avancée de la campagne vaccinale montre des **disparités territoriales importantes** et le rapporteur s'inquiète à ce titre particulièrement d'un taux de vaccination très bas dans certains départements comme la Seine-Saint-Denis ou les départements d'outre-mer¹.

Taux de vaccination première injection par département

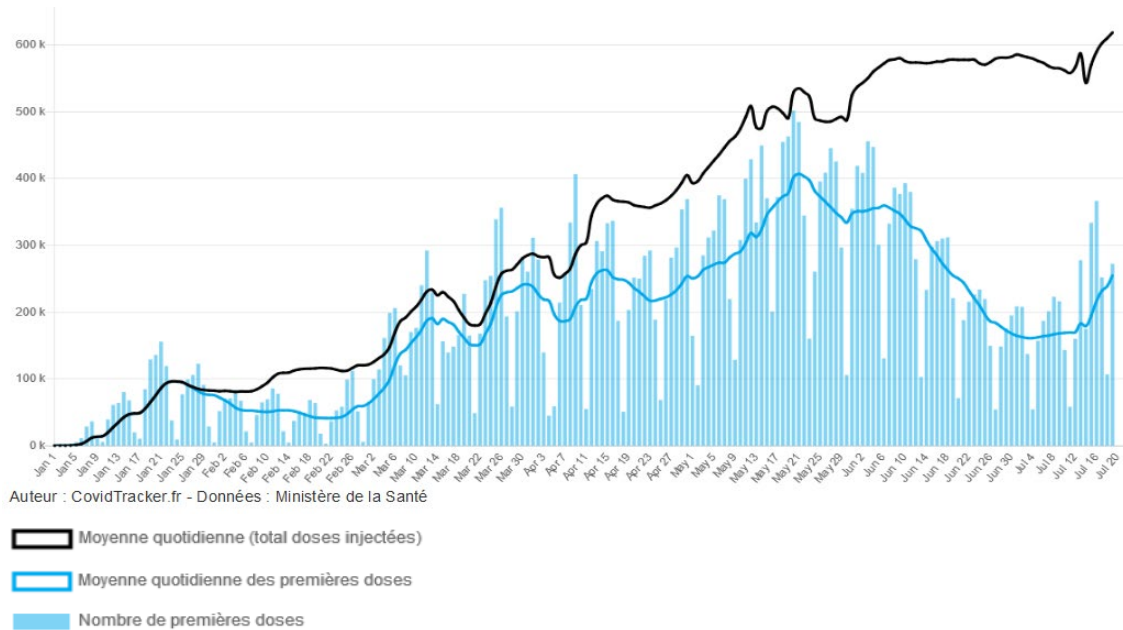


Source : Assurance maladie, d'après les données SI-Vaccin au 11 juillet 2021

Par ailleurs, l'adhésion à la vaccination semble suivre un **gradient socio-économique fort** : la bonne conduite des stratégies d'« aller-vers » et une communication grand public efficace seront déterminants.

¹ Selon les données de Santé publique France, les cinq départements d'outre-mer sont les départements dont la couverture vaccinale d'au moins une dose est la plus faible de France, étant inférieure à 20 % dans les Antilles et en Guyane.

Nombre d'injections de vaccins contre la covid-19 en France depuis le 1^{er} janvier 2021



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

On peut noter que l’allocation du Président de la République le 12 juillet 2020 et les annonces relatives à l’extension du passe sanitaire et à l’obligation vaccinale ont été suivies d’une immédiate et nette hausse de la prise de rendez-vous de vaccination et une **forte reprise des premières injections à la mi-juillet**.

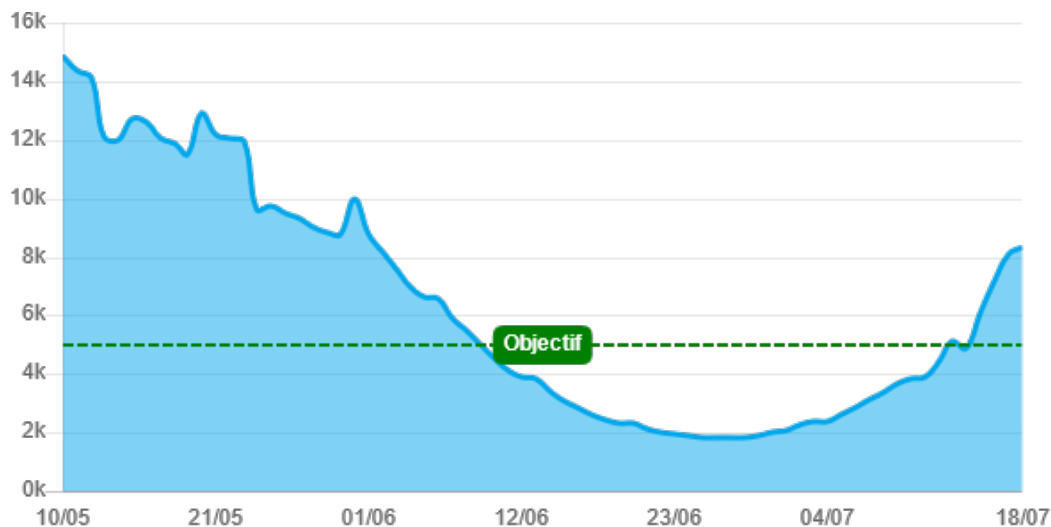
► Une reprise épidémique brutale due au variant Delta

Dans le même temps, la **propagation du variant Delta pousse fortement à la hausse le nombre quotidien de nouvelles contaminations, à un rythme encore jamais observé jusqu’ici**, après pourtant déjà trois vagues épidémiques.

Le **21 juillet 2021**, le ministre des solidarités et de la santé, M. Olivier Véran, a annoncé **plus de 18 000 nouveaux cas positifs enregistrés en 24 heures**, soit « *une augmentation de la circulation du virus de l’ordre de 150 % : nous n’avons jamais connu cela, ni avec [la souche historique du coronavirus], ni avec le variant anglais, ni avec le sud-africain ni avec le brésilien* »¹. Au 19 juillet 2021, Santé publique France indique que le taux de tests avec présence de la **mutation L452R** (souvent liée au variant Delta) atteint **79,3 % des criblages de PCR**.

¹ Franceinfo avec l’agence France-Presse, « Plus de 18 000 nouveaux cas de covid-19 dans les dernières 24 heures, une hausse de 150 % en une semaine », 20 juillet 2021.

Évolution du nombre de cas positifs sur la période récente



Source : CovidTracker, d'après les données Santé Publique France et SI-Dep.

Derniers chiffres : 18 181 tests positifs remontés le 20/07 (SpF), 3 200 tests positifs prélevés le 18/07 (SI-DEP)

En outre, selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) à partir des données disponibles de juin à mi-juillet 2021, en particulier pour la semaine du 28 juin au 4 juillet 2021, « les non-vaccinés représentent 80 % des cas positifs »¹.

Une dynamique importante du variant Delta

Dans les régions de France métropolitaine (hors Corse), le variant Delta connaît **une croissance rapide, avec des nombres de reproduction effectifs R_d régionaux estimés entre 1,5 et 2,8 du 15 juin au 5 juillet**. Cela signifie que dans les régions, il faut actuellement entre 3,5 et 10,4 jours pour voir doubler le nombre de cas Delta. Les estimations de R_d par région peuvent être encore incertaines du fait d'incidences qui restent relativement faibles et du peu de recul temporel.

En analysant les criblages, l'ensemble des données recueillies dans les différentes régions, **le nombre de reproduction effectif moyen R_d du variant Delta est estimé à 2,0 entre le 15 juin et le 5 juillet**. Cela signifie qu'il faut actuellement 5,6 jours en moyenne pour que le nombre de cas Delta double.

Si la dynamique de croissance du variant Delta se poursuit au même rythme dans les semaines qui viennent, les résultats suggèrent que **la pression sur l'hôpital pourrait devenir importante dès le mois d'août**, à un moment où les hôpitaux risquent d'avoir du mal à accueillir un afflux important de patients. Des réductions même relativement faibles du taux de transmission cet été (de l'ordre de 10 à 25 %) permettraient de réduire de façon importante la taille du pic d'hospitalisations et de retarder la survenue de ce pic à un moment où l'hôpital serait en meilleure position pour absorber un afflux de patients.

¹ Note de la Drees du 14 juillet 2021 sur la ventilation des tests RT-PCR de cas positifs selon le statut vaccinal des personnes testées.

Il est possible que les personnes infectées par le variant Delta présentent un risque accru d'hospitalisation par rapport aux personnes infectées par le variant Alpha ; mais les données ne sont pas encore claires sur ce point.

Source : Institut Pasteur, extraits de la page « Dynamique du variant Delta en France métropolitaine », mis à jour le 12 juillet 2021

Il convient de souligner que, comme l'indique la Haute Autorité de santé¹, **l'efficacité des vaccins contre ce nouveau variant est établie** pour ce qui est des vaccins à ARN messager (notamment Comirnaty de Pfizer/BioNTech), mais aussi du vaccin Vaxzeria (AstraZeneca) : « les données recueillies en vie réelle au Royaume-Uni concernant le variant delta du SARS-CoV-2 montrent que **l'efficacité vaccinale sur les formes graves est maintenue à un niveau élevé après un schéma de vaccination complet** ». Surtout « l'efficacité observée sur les hospitalisations associées au variant delta est excellente, à plus de 90 % après une vaccination complète pour chacun des deux vaccins ». Les données relatives au vaccin Janssen sont également jugées « encourageantes ». Une étude de cas-contrôle², publiée le 21 juillet 2021 dans le *New England Journal of Medicine*, conclut à une efficacité de 88 % pour le vaccin de Pfizer contre le variant Delta, contre une efficacité de 93,7 % contre le variant Alpha, et à une efficacité de 67 % pour le vaccin d'AstraZeneca, contre une efficacité de 74,5 % contre le variant Alpha.

► **La nécessité d'une réponse urgente**

Dans ce contexte, les autorités médicales et scientifiques convergent pour estimer que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de maîtriser durablement l'épidémie. **L'efficacité et la sécurité des vaccins autorisés contre la covid-19 reposent en effet désormais sur des données extrêmement solides.**

Alors que les vaccins à ARN messager – qui ont représenté 87,5 % du cumul des doses administrées au 19 juillet 2021 – présentent des **taux de protection avoisinant les 95 % contre les formes symptomatiques de la covid-19 (voire de 100 % contre les formes graves)**, les centres régionaux de pharmacovigilance ont analysé environ 49 000 déclarations d'effets indésirables liées à la vaccination sur un total de plus de 42 millions d'injections au 10 juin 2021, soit une **proportion d'effets indésirables déclarés légèrement supérieure à 0,1 %**. La grande majorité de ces effets sont, précise l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), « **attendus et non graves** »³.

¹ « Covid-19 : adapter la stratégie de vaccination pour faire face au variant delta », Communiqué de presse du 9 juillet 2021.

² Evans Stephen J.W., Jewell Nicholas P., « Vaccine Effectiveness Studies in the Field », *New England Journal of Medicine*, 2021 (DOI: 10.1056/NEJMe2110605).

³ Point de situation de l'ANSM sur la surveillance des vaccins contre la covid-19 publié le 25 juin 2021.

Afin de concilier une reprise durable des activités et la nécessité d'un freinage urgent de la circulation du virus, le Gouvernement fait le choix de miser prioritairement sur la vaccination. Aussi, il entend s'appuyer sur l'obligation vaccinale de certains professionnels des champs sanitaire et médico-social (articles 5 et suivants du projet de loi) en vue d'**assurer une protection maximale des personnes les plus fragiles**, mais également sur la très large extension du passe sanitaire (article 1^{er} du texte), dont la finalité est bien de **faire repartir la dynamique vaccinale en population générale**.

Le Conseil scientifique, dans son avis rendu sur le projet de loi¹ et rappelant ses précédentes alertes² quant à l'émergence d'une nouvelle vague due au variant Delta, a émis un avis favorable aux dispositions proposées.

Le conseil rappelle l'importance de son attachement aux libertés individuelles mais aussi **les conséquences particulièrement fortes qu'aura cette vague sur les populations socialement défavorisées.**

Aussi, il considère que les dispositions du projet peuvent répondre à ses propositions du 6 juillet 2021 et que celles-ci « *peuvent permettre d'anticiper la réponse au variant Delta* ».

2. Sur l'article premier - extension du passe sanitaire

L'article 1^{er} prévoit différentes mesures :

- l'extension du passe sanitaire à une série plus large d'activités ou d'établissements recevant du public ;
- le report du terme du régime de sortie de crise au 31 décembre 2021 contre le 30 septembre initialement prévu³ ;
- la prorogation de l'état d'urgence sanitaire déclaré le 13 juillet 2021 à la Martinique et à La Réunion.

► Concernant l'extension du passe sanitaire

La loi relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire a prévu, pour **certains déplacements et pour certaines activités**, la possibilité pour le Premier ministre de **conditionner leur autorisation à la présentation d'un « passe sanitaire »**.

¹ Avis du 16 juillet 2021.

² Notamment, voir l'avis du 6 juillet 2021, Réagir maintenant pour limiter une nouvelle vague annoncée au variant Delta.

³ Loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Celui-ci peut être satisfait par l'un des documents suivants :

- un **résultat de test virologique négatif** récent ;
- un **justificatif de statut vaccinal** (vaccination complète et durée nécessaire après la dernière injection) ;
- un **certificat de rétablissement** (test positif de plus de 10 jours et moins de 6 mois).

L'article 1^{er} du présent projet de loi prévoit une extension notamment :

- **aux activités de restauration ou de débit de boisson ;**
- **aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, pour les seuls accompagnants et visiteurs, à l'exception des situations d'urgence ;**
- aux grands magasins et centres commerciaux.

Enfin, si les activités de loisirs étaient déjà prévues dans la loi du 31 mai 2021, l'intention est bien d'appliquer le passe à ces activités à des seuils bien plus bas. Depuis le 21 juillet¹, **le passe s'applique aux activités de loisirs et de culture dans les établissements avec une capacité dépassant 50 personnes.**

La logique, revendiquée par le Gouvernement, est de **restreindre l'accès à certaines activités pour permettre aux personnes vaccinées de mener une vie « quasi normale »** et **d'inciter la population générale à se faire vacciner.**

Par ailleurs, il convient de souligner que la mise en œuvre d'un tel outil n'est pas propre à la France, d'autres pays ayant également mis en place des « passes sanitaires », c'est le cas d'Israël depuis le début de l'année 2021, avec des degrés d'application variant selon la situation épidémiologique.

Concernant le champ des activités qui seront concernées par le passe sanitaire, le Gouvernement indique qu'il s'agit de **conditionner à la présentation du passe sanitaire l'ensemble des lieux ou activités qui, si la situation l'imposait, seraient fermés.** En outre, le passe sanitaire serait exigé pour les **visiteurs des établissements de santé et médico-sociaux**, hors situations d'urgence ; la préoccupation est ici d'apporter une protection supplémentaire aux personnes vulnérables présentes dans ces établissements.

¹ Décret n° 2021-955 du 19 juillet 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.

Il convient de signaler que le **schéma vaccinal retenu comme « complet »** par le Gouvernement a été adapté, avec **les vaccins à ARN messager, une immunité estimée suffisante après durée ramenée à 7 jours** contre 14 jours actuellement. Cette décision s'appuie notamment sur l'avis du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale¹ au regard des études cliniques sur le vaccin Pfizer-BioNTech et Moderna.

Si le Conseil d'État a estimé dans son avis que « l'application du "passe sanitaire" à chacune des activités pour lesquelles il est envisagé de l'appliquer doit être justifiée par l'intérêt spécifique de la mesure pour limiter la propagation de l'épidémie, au vu des critères mentionnés précédemment et **non par un objectif qui consisterait à inciter les personnes concernées à se faire vacciner** », force est de constater que le passe sanitaire vise bien à faciliter l'accès à des activités courantes et attractives pour les personnes vaccinées. Cette ligne, revendiquée par le Président de la République et le Gouvernement, est **justifiée** : alors que **la vaccination apparaît l'arme la plus efficace de lutte contre la propagation de l'épidémie**, il est important de **valoriser cet effort collectif** réalisé par plus de la moitié des Français à ce jour.

Ainsi, sans être une obligation vaccinale de la population générale, dont le contrôle serait éventuellement délicat mais dont l'opportunité pourrait être étudiée, **le passe sanitaire apparaît comme une forte incitation vaccinale** : le rapporteur et la commission estiment **cet objectif légitime et ce moyen pertinent**. Cependant, le rapporteur rappelle qu'il est nécessaire, pour soutenir l'ambition d'une vaccination très large de la population, de **renforcer efficacement la communication sur les vaccins disponibles, sur leur efficacité et sur leur innocuité**.

► *Concernant la consultation des données comprises dans le passe sanitaire par les personnes habilitées*

Lors de l'examen du projet de loi créant le passe sanitaire, la commission des affaires sociales, par la voix de sa présidente Catherine Deroche², avait formulé **différentes observations quant à l'encadrement du passe**. Particulièrement, la commission avait déjà été vigilante concernant **l'utilisation ou la présentation de données** qui, quel que soit le document présenté, ont **un caractère personnel et sont des données de santé**.

Aussi, la commission renouvelle sa préoccupation sur **cet outil qui doit être simple, efficace et, pour garantir son bon déploiement, sûr**.

¹ Avis du 15 juillet 2021 relatif au délai nécessaire à l'obtention d'une protection au décours de l'administration de deux doses de vaccins à ARNm anti-spike-CoV-2.

² Voir Communication de Mme Catherine Deroche, présidente, sur le projet de loi relatif à la gestion de la sortie de crise sanitaire – réunion de la commission des affaires sociales du 18 mai 2021.

À ce titre, **la commission rappelle que les personnes chargées du contrôle n'ont pas à connaître de la nature du document servant à la satisfaction de l'un des critères exigés.** En l'espèce, une contamination précédente, une vaccination et, dans ce cas, le nombre de doses nécessaire au schéma vaccinal, n'ont pas à être portées à connaissance. Le Sénat avait ainsi notamment encadré, à l'initiative de Catherine Deroche et du rapporteur Philippe Bas, la présentation des justificatifs.

Cependant, alors que dans le cas des établissements ou activités soumis au passe sanitaire, cette obligation pourrait porter également sur les personnels intervenant, **le justificatif vaccinal présente la facilité notable d'être valable sur la durée,** ne nécessitant pas de contrôle quotidien. Aussi, le texte déposé propose une conservation possible du justificatif de vaccination.

Par ailleurs, si cette garantie est apportée aux documents établis par les services français, il ne doit pas être fait obstacle à ce que des personnes vaccinées à l'étranger puissent faire valoir leur statut vaccinal, qui ne peuvent modifier le certificat pour satisfaire aux règles de présentation requises. Cette preuve de vaccination établie à l'étranger ne peut cependant se concevoir que si et seulement si le certificat édité est reconnu comme fiable et si cette vaccination est réalisée par un vaccin autorisé dans l'Union européenne.

► *Concernant l'impact financier de la mesure pour la sécurité sociale*

Enfin, avec la nouvelle contrainte du passe sanitaire, un nombre important de tests antigéniques ou RT-PCR devrait être réalisé au moins au cours des deux prochains mois, pour les personnes non vaccinées ou dont le schéma vaccinal n'est pas complet.

Si la commission a sollicité auprès du ministère des solidarités et de la santé **l'estimation de l'impact financier que pourrait avoir très rapidement la réalisation de ces tests supplémentaires sur les charges de l'Assurance maladie,** elle n'a pas obtenu de réponse.

3. Sur les articles 2 à 4 - mesures d'isolement des personnes détectées positives à la covid-19

Les articles 2 à 4 visent à élargir le régime de placement à l'isolement des personnes dont le résultat de l'examen de dépistage virologique est positif ou faisant l'objet d'un examen médical probant concluant à une contamination par la covid-19.

Aujourd'hui, **ce régime d'isolement s'applique aux personnes entrant sur le territoire ou voyageant entre l'hexagone et les outre-mer ou en provenance ou à destination de la Corse.** Les articles 2 et 4 visent à permettre également l'application de telles mesures de manière automatique aux personnes déjà présentes sur le territoire.

Le rapporteur rappelle que **l'isolement des personnes contaminées est déjà prescrit mais demeure aujourd'hui volontaire et non contrôlé**. Le respect de cet isolement repose donc à ce jour sur la **responsabilité individuelle de la personne qui est réputée adapter son comportement en limitant au maximum ses sorties au strict nécessaire, afin d'éviter tout contact**.

L'opportunité du dispositif et de son régime de limitation très stricte des sorties – autorisées sauf urgence uniquement entre 10 heures et 12 heures – pour une durée de 10 jours mérite d'être examinée. En effet, l'isolement effectif des personnes infectées est **un moyen efficace de limitation de la propagation de l'épidémie**. Il faut à ce titre insister sur la **responsabilité personnelle de chacun** dans la lutte contre l'épidémie et, sans doute, **renforcer l'information des personnes infectées sur la nécessité d'une bonne observance de l'auto-isolement**.

Cependant, le caractère automatique de la mesure qui ne peut être aménagée qu'après sollicitation du représentant de l'État peut avoir des **conséquences très importantes sur la vie privée** et, surtout, peut souffrir de **difficultés opérationnelles fortes**, tant sur la bonne compréhension par les personnes concernées que par l'effectivité des contrôles au regard des moyens disponibles à cette fin.

Le rapporteur souligne en outre une lacune sur le dispositif proposé qui déclenche la mesure d'isolement sans discernement à l'issue de la communication d'un résultat positif à un test de dépistage. Or, **un portage prolongé du virus est parfois constaté¹**, sans que le nouveau test réalisé dans les semaines suivant le diagnostic initial ne soit considéré comme un risque de contagion ni ne conduise aujourd'hui à une prescription d'isolement. Aussi, le présent projet de loi ne distingue pas le rang du test réalisé par rapport à un éventuel précédent positif et, si la durée d'isolement n'est pas « renouvelable », **une personne réalisant un nouveau test à l'issue de son isolement se trouve aux termes de la rédaction proposée placée automatiquement en nouvel isolement** dans le cas d'un nouveau résultat positif. **Une durée apparaît donc nécessairement à prévoir entre deux éventuelles mesures d'isolement** en raison d'un dépistage positif, durée correspondant aux données médicales connues concernant les risques de réinfection.

¹ Voir *La revue du praticien* « Covid : comment interpréter une PCR positive après guérison ? » (avril 2021), citant notamment "How should a positive PCR test result for COVID-19 in an asymptomatic individual be interpreted and managed?" par C. Esteve, F.X. Catherine, P. Chavanet, M. Blot, and L. Piroth, publié dans *Médecine et Maladies Infectieuses – Volume 50, Issue 8, November 2020*.

Enfin, le rapporteur appelle à la vigilance concernant l'article 3 qui prévoit **une extension du champ des traitements d'informations autorisés pour la gestion de la crise sanitaire au suivi des mesures d'isolement**. Il autorise en outre l'accès des services préfectoraux à ces derniers. Sur ce sujet, si la connaissance de l'identité et des coordonnées des personnes concernées doivent être connues des services chargés du contrôle, il paraît excessif d'accorder des accès nouveaux aux traitements d'information aux services préfectoraux. En l'espèce, **l'information qui serait nécessaire aux services préfectoraux est celle du « flux » de nouvelles personnes positives répertoriées dans le traitement SI-Dep concernant le dépistage** : aucun accès au fichier Contact ni au « stock » de SI-Dep - tests positifs plus anciens et personnes négatives - n'est donc nécessaire ou pertinent.

EXAMEN DES ARTICLES

CHAPITRE I^{ER}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1^{er} bis

Indemnités journalières des travailleurs indépendants

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à renforcer la protection des travailleurs indépendants au regard de la maladie et de la maternité dans le contexte de la crise sanitaire.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article, inséré à l'initiative du Gouvernement, adapte les modalités de calcul des indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants afin de prendre en compte l'impact potentiel de la crise sanitaire sur leur activité en 2020.

Le **I** concerne les travailleurs indépendants bénéficiant du régime des **micro-entrepreneurs** et du régime déclaratif spécial visés à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, pour le bénéfice des seules **indemnités journalières liées à la covid-19** (personne testée positive, cas contact ou faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de mise en quarantaine, etc.). Il s'agit, comme l'indique l'exposé sommaire, de permettre aux personnes ayant de faibles ressources de percevoir ces prestations, même lorsque les règles de calcul de droit commun n'ouvrent pas de droits. Est ainsi ouverte la possibilité, selon des conditions renvoyées à un décret, d'une part, de déroger au paiement d'un montant minimal de cotisations au titre de l'année 2020 pour le bénéfice de ces indemnités et, d'autre part, d'exclure le revenu d'activité de l'année 2020 pour le calcul de ces prestations. La condition de période minimale d'affiliation – d'un an en ce qui concerne la maladie¹ – n'est pas concernée.

¹ Cf. article D. 622-1 du code de la sécurité sociale.

Le **II** concerne l'ensemble des travailleurs indépendants visés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale et le calcul des prestations en espèces au titre de la maladie et de la maternité. Il ouvre la possibilité de **neutraliser**, « si cela lui est favorable » aux termes de l'exposé sommaire, **les revenus d'activité de l'année 2020** du travailleur indépendant pour le calcul de ces prestations. Les modalités, applicables aux arrêts de travail débutant jusqu'au 31 décembre 2021, sont également renvoyées au décret.

A l'heure actuelle, les indemnités journalières équivalent à 1/730^e du revenu d'activité annuel moyen, calculé sur la moyenne des revenus cotisés des trois années civiles précédant la date de l'arrêt de travail, dans la limite, généralement, du plafond annuel de la sécurité sociale¹.

Les dispositions prévues par cet article complètent plusieurs dérogations applicables en matière d'indemnités journalières dans le contexte de la crise sanitaire. C'est notamment le cas de celles prévues par le III de l'article 76 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui a ouvert la possibilité de prévoir par décret, jusqu'au 31 décembre 2021 au plus tard, « *des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces dérogatoires au droit commun* » : l'article 1^{er} du décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021, modifié, permet ainsi de déroger aux « *conditions d'ouverture de droit* » fixées par l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale pour le bénéfice des indemnités journalières liées à la crise sanitaire. Ces dispositions sont applicables à ce jour jusqu'au 30 septembre 2021².

D'après les indications transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, il s'agit par les dispositions introduites par cet article, en l'occurrence celles visant la situation particulière des micro-entrepreneurs, d'adapter une règle de calcul de la prestation plutôt que de déroger à une condition d'ouverture de droits (qui est pour eux la durée d'affiliation).

II - La position de la commission

La commission partage la volonté de renforcer la protection sociale des travailleurs indépendants dont l'activité est susceptible d'avoir été affectée par la crise sanitaire. Elle s'interroge cependant sur la place de ces dispositions dans ce projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire.

Sous réserve de cette observation, la commission propose à la commission des lois d'adopter cet article sans modification.

¹ Cf. article D. 622-7 du code de la sécurité sociale.

² En application du décret n° 2021 657 du 26 mai 2021.

CHAPITRE II

VACCINATION OBLIGATOIRE

Article 5

Vaccination obligatoire contre la covid-19 pour les professionnels au contact des personnes fragiles

Cet article prévoit une obligation de vaccination contre la covid-19 pour différentes catégories de personnes, selon leur activité ou le lieu d'exercice de celle-ci.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une obligation vaccinale rapide pour un champ très large de professionnels de santé ou au contact de personnes fragiles

Le I prévoit une **obligation vaccinale pour un ensemble de personnes mentionnées aux 1° à 8°.**

Celles-ci sont soumises à cette obligation, selon le choix fait par le Gouvernement, au titre du **rattachement de leur activité ou du lieu d'exercice de celui-ci avec le secteur sanitaire ou le secteur médico-social.** Par cette obligation, le Gouvernement entend **renforcer la protection contre la covid-19 des personnes les plus fragiles, particulièrement les personnes âgées, en assurant la couverture vaccinale de leur environnement.**

1. Des personnes soumises à l'obligation au regard de leur lieu d'exercice

Le 1° du I dresse une première liste de personnes soumises à l'obligation vaccinale en visant le **lieu d'exercice de leur activité.**

Le a) couvre les **établissements de santé et ce quel que soit leur statut, publics, privés, ou privés d'intérêt collectif, et intègre les hôpitaux des armées.** Cette absence de distinction entre les établissements ne crée pas de distinction selon l'appartenance au secteur public ou au secteur privé et prend bien comme base la mission de l'établissement.

Pour ces établissements comme pour les établissements des autres *items* suivants, il est important de souligner que l'obligation vaccinale s'applique bien à **l'ensemble des personnes exerçant leur activité dans l'établissement**. Concrètement, cette obligation ne concerne donc pas les seuls soignants mais bien aussi les personnels administratifs, même s'ils n'entrent pas en contact avec les patients ou le public. En outre, sont concernées l'ensemble des personnes exerçant leur activité au sein de l'établissement, et non les seuls personnels de l'établissement : des prestataires extérieurs intervenant régulièrement dans l'établissement, pour des missions d'entretien ou de restauration par exemple, sont dans ce champ.

Les *b), c), d), e)* et *f)* visent différentes structures de santé : centres de santé, maisons de santé, centres et équipes mobiles de soins, centres médicaux et équipes de soins mobiles des armées ou encore les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Les *g), h), i)* et *j)* concernent différentes structures de santé ou de prévention en santé que sont les centres de lutte contre la tuberculose, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic, les services de médecine préventive et de promotion de la santé – en milieu universitaire –, et les services de santé au travail.

Le *k)* vise **certains établissements et services médico-sociaux**, parmi ceux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; les *l), m)* et *n)* concernent les logements-foyers, les résidences services et les habitats inclusifs. Ces derniers établissements sont tous au contact ou **accueillent selon les cas des personnes malades, handicapées, en situation de vulnérabilité, ou des personnes âgées**. Sont notamment inclus dans ce champ **les établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées dépendantes (Ehpad)**.

2. Une obligation vaccinale de l'ensemble des professions de santé

Le 2° couvre un champ très large de professionnels de santé, pour ceux qui ne seraient pas concernés par le 1° au titre du lieu d'exercice de leur activité. Sont ainsi concernés l'ensemble des professionnels de santé, sans distinguer ceux qui exercent en établissement de ceux qui exercent « en ville » en cabinet libéral.

Le 2° renvoie ainsi à la quatrième partie du code de la santé publique relative aux professions de santé, intégrant ainsi :

- les professions médicales, à savoir **médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme** ;

- les professions de la pharmacie, à savoir **pharmacien**, préparateur en pharmacie et physicien médical ;

- les professions paramédicales ou auxiliaires médicaux, à savoir **infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste et orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, de prothésiste, orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien, et enfin les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.**

3. D'autres professionnels du soin ou au contact de personnes vulnérables, concernés par l'obligation au regard de leur activité

Le 3° complète les professionnels du soin au-delà des professionnels exerçant en établissements et des professionnels figurant dans le code de la santé publique. Ainsi, sont concernés par les a) à c) les **psychologues, ostéopathes et psychothérapeutes.**

Le 4° englobe les **étudiants et élèves de l'ensemble des professions mentionnées** au 2° et 3° et détaillées précédemment.

En outre, le même 4° prévoit que **les personnes travaillant dans les mêmes locaux** que ces mêmes professionnels sont également concernées par l'obligation vaccinale. Par cette mention, sont intégrés par exemple les secrétaires médicaux de cabinets médicaux. Aussi, cette rédaction emporte les personnels par exemple chargés régulièrement de l'entretien des locaux de ces mêmes cabinets médicaux, sauf à considérer que cette intervention relève d'une tâche « ponctuelle » exclue par le II du présent article.

Le 5° concerne les professionnels employés par un particulier employeur s'ils effectuent des **interventions au domicile de personnes attributaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap.** Par cet *item*, le Gouvernement intègre donc notamment des professions comme les aides à domicile, mais seulement dans le cas d'une intervention au domicile d'une personne dépendante ou en situation de handicap, condition préférée à un critère d'âge.

Le 6° intègre les **sapeurs-pompiers** et marins-pompiers des services d'incendie et de secours - étant concernés les sapeurs-pompiers militaires, professionnels et volontaires -, des pilotes et personnels navigants de la sécurité civile, des militaires de manière permanente sur des missions de sécurité civile et les **membres des associations de sécurité civile.**

Le 7° vise les personnes assurant les transports sanitaires ou transports pris en charge ;

Enfin, le 8° vise les prestataires et distributeurs de matériels en appui au retour à domicile et à l'autonomie.

4. Une exclusion des intervenants ponctuels

Enfin, concernant ce périmètre, le **II** précise que l'obligation prévue au **I** **ne s'applique pas aux personnes chargées de l'exécution d'une tâche ponctuelle au sein des établissements ou locaux où exercent les professionnels concernés**. L'exclusion est précisée par une non-application pour le champ des 1° à 4° du **I**.

Il s'agit là de permettre par exemple l'intervention occasionnelle de personnels extérieurs de maintenance. Ces derniers relèvent alors, le cas échéant, du passe sanitaire applicable dans certains établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux.

5. Une prise en compte des contre-indications éventuelles

Le **chapeau du I** prévoit, sur le modèle des obligations vaccinales déjà légalement prévues, la vaccination contre la covid-19 est obligatoire pour les personnes mentionnées au **I** **sauf contre-indication médicale reconnue**.

B. Une application immédiate

L'article 5 ne prévoit pas de date d'entrée en vigueur pour cette nouvelle vaccination obligatoire.

Aussi, celle-ci est d'application directe et se trouvera applicable dès le lendemain de la promulgation de la loi.

Cependant, il convient de souligner que l'article 7, qui prévoit les conséquences directes du non-respect de l'obligation vaccinale, à savoir une interdiction d'exercer, ménage une **période transitoire jusqu'au 15 septembre 2021**, que votre rapporteur propose de consolider par une tolérance jusqu'au 15 octobre 2021 pour les personnes dont le schéma vaccinal est engagé mais incomplet.

C. Une possibilité de lever l'obligation vaccinale

Le **III** du présent article prévoit la **suspension possible par décret de l'obligation vaccinale légalement prescrite** par le **I**. Cette décision est prise compte tenu de la situation épidémique et des connaissances médicales et scientifiques.

Cette suspension peut concerner **tout ou partie des personnes concernées par le I**.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des lois de l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

En séance publique, l'Assemblée nationale a précisé **l'exclusion du champ de cet article les travailleurs handicapés accompagnés dans le cadre d'un contrat de soutien et d'aide par le travail.**

Elle a en outre complété cet article par un IV prévoyant **une information régulière du Parlement sur l'obligation vaccinale et un droit d'interrogation du Gouvernement par les commissions compétentes.**

Elle a enfin apporté différents amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur.

III - La position de la commission

A. Des vaccinations obligatoires déjà prévues pour la population générale ou certaines catégories professionnelles

1. Onze vaccinations obligatoires pour la population générale

Pour la **population générale, onze vaccinations sont légalement obligatoires**¹ : antidiptérique, antitétanique, antipoliomyélitique, contre la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, le virus de l'hépatite B, les infections invasives à pneumocoque, le méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

En outre, une obligation vaccinale est prévue contre la fièvre jaune pour les personnes résidant ou voyageant en Guyane.

2. Des obligations vaccinales supplémentaires pour certains professionnels notamment du secteur médical

Des **vaccinations obligatoires spécifiques** sont également prévues, pour des catégories particulières de personnes. C'est notamment le cas des **personnes exerçant « dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées » et exposant ou étant exposée** à des risques de contamination. L'article L. 3111-4 du code de la santé publique prévoit pour celles-ci une **obligation d'immunité contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe**².

¹ Ces obligations ont été étendues pour la dernière fois en 2017.

² Les obligations mentionnées sont applicables aux étudiants en santé effectuant leurs études dans un établissement concerné. Le même article L. 3111-4 prévoit également que les personnes travaillant dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde, cette obligation étant cependant aujourd'hui suspendue. Par ailleurs, les thanatopracteurs doivent, aux termes de l'article L. 3111-3 du même code, être vaccinés contre l'hépatite B.

Cette obligation s'applique aux personnes exposées et non à l'ensemble des personnels des établissements concernés : un personnel administratif peut ne pas être vacciné, s'il n'entre à aucun moment en contact avec les patients.

Un arrêté précise les établissements et organismes concernés.

3. Un encadrement des vaccinations obligatoires et des éventuelles réparations

Par ailleurs, l'article L. 3111-1 du code de la santé publique prévoit que le Gouvernement peut, par décret, « **compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques** », **suspendre les obligations légales de vaccination**. L'obligation de vaccination contre la grippe a ainsi été suspendue en 2006.

Dans le cas des vaccinations obligatoires prévues par le code de la santé publique, **l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) est compétent pour la réparation intégrale des préjudices directement imputables**, au-delà des procédures éventuelles de droit commun.

B. Une obligation de vaccination contre la covid-19 recommandée et mise en œuvre à l'étranger

1. Une situation inégale de vaccination des soignants ou personnes au contact des personnes fragiles

Selon le point épidémiologique de Santé publique France du 16 juillet 2021, **81,6 % des professionnels de santé libéraux ont reçu une première dose de vaccin quand 77,1 % ont un schéma vaccinal complet. Pour les professionnels exerçant en Ehpad et USLD, les taux sont plus faibles : respectivement 62,4 % et 52,7 %.**

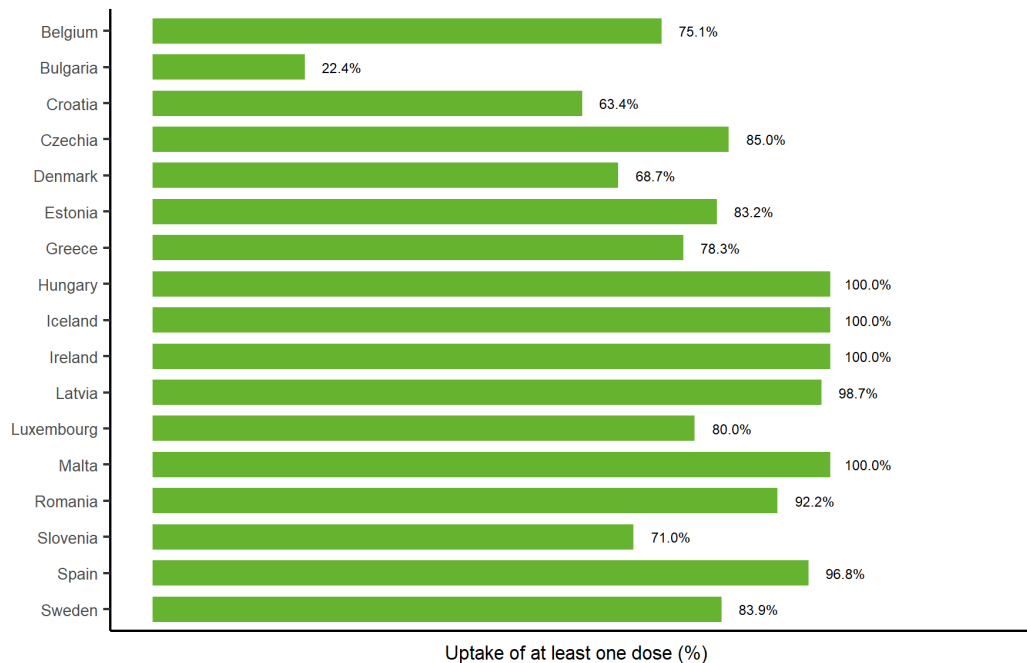
Chez les professionnels exerçant en établissement de santé, la couverture vaccinale est inégale selon les métiers :

Catégories des professionnels	Au moins une dose de vaccin		Vaccination complète	
	Nombre d'ES participants	Couverture vaccinale (%)	Nombre d'ES participants	Couverture vaccinale (%)
Médecin	66	72,2	74	65,1
Infirmier	69	58,7	71	47,2
Kinésithérapeutes	51	65,0	56	54,8
Aides-soignants	65	50,0	65	39,7
Autres paramédicaux	66	54,8	68	40,9
Autres professionnels (hors soignants)	69	52,6	69	43,8
Tout professionnels confondus	181	63,5	181	41,9

Source : Santé publique France, point épidémiologique hebdomadaire n° 68 du 17 juin 2021

À titre de comparaison, plusieurs pays européens font état d'une couverture vaccinale des professionnels de santé significativement plus élevée qu'en France.

Part de professionnels de santé ayant reçu au moins une dose



Missing countries: Austria, Cyprus, Finland, France, Germany, Italy, Liechtenstein, Lithuania, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Slovakia

Source : Centre européen de contrôle et de prévention des maladies, au 18 juillet 2021

2. Un consensus scientifique et des professionnels du secteur sanitaire et médico-social

a) *Des appels à la vaccination de différentes autorités sanitaires et organisations scientifiques*

Dans un avis du 9 juillet 2021¹, la **Haute Autorité de santé** estime que « la lutte contre la transmission du virus impose la réflexion sur l'obligation vaccinale ». Elle recommande ainsi que « **soit envisagée sans délai l'obligation vaccinale de l'ensemble des professionnels en contact avec des personnes vulnérables** ». En outre, elle invite dès à présent à engager une réflexion sur l'extension de cette obligation en population générale afin de prendre une telle décision dans les meilleurs délais si le contexte épidémique le justifiait.

¹ Haute Autorité de santé, Covid-19 : adapter la stratégie de vaccination pour faire face au variant delta, 9 juillet 2021.

Le même jour¹, l'**académie nationale de médecine et l'académie nationale de pharmacie se sont déclarées en faveur d'une obligation vaccinale à l'égard des soignants et des professionnels** en charge des personnes âgées et vulnérables, au nom du **devoir de chaque soignant « de ne pas nuire »**². Elles estiment également que la vaccination de l'ensemble de la population âgée de douze ans et plus constitue la seule voie réaliste pour atteindre l'immunité collective.

Dans le sillage de ces recommandations, deux comités scientifiques mis en place par le Gouvernement se sont prononcés en faveur d'une vaccination obligatoire des soignants et du personnel médico-social :

- dans un avis du 24 juin 2021³, **le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale** estime que plusieurs arguments plaident pour la vaccination obligatoire des soignants :

- des éléments tenant au contexte épidémique : **le risque de transmission aux patients, le risque d'exposition des soignants et la balance bénéfices-risques favorable des vaccins autorisés ;**

- des éléments tenant aux **devoirs des soignants : l'exemplarité de la vaccination des professionnels de santé**, une obligation morale ou déontologique de prévenir tout dommage aux patients et la préservation du système de soins par la protection collective des soins ;

- dans son avis du 6 juillet 2021⁴, **le conseil scientifique appelle à la vaccination obligatoire des soignants et du personnel médico-social**, en rappelant que « le choix d'un métier de santé s'accompagne d'une **responsabilité professionnelle** vis-à-vis des personnes/patients que l'on accompagne ».

¹ Communiqué de l'académie nationale de médecine et de l'académie nationale de pharmacie, Obligation vaccinale contre la Covid-19, un devoir de santé publique et un engagement démocratique, 9 juillet 2021.

² Pour mémoire, l'académie nationale de médecine s'était prononcée en faveur de la vaccination obligatoire des professionnels de santé, du personnel des Ehpad et des auxiliaires de vie pour personnes âgées dès le 8 mars 2021.

³ Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, Obligation vaccinale pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, avis du 24 juin 2021.

⁴ Conseil scientifique, Réagir maintenant pour limiter une nouvelle vague associée au variant delta, avis du 6 juillet 2021.

Pour mémoire, dans un avis du 10 décembre 2020¹, la Haute Autorité de santé avait identifié **trois conditions** justifiant la mise en place d'une obligation vaccinale contre la covid-19 :

- sur le plan éthique, une obligation ne serait justifiée que si l'on dispose des **données et du recul suffisants pour juger de la sécurité des vaccins** et de leur capacité à limiter la contagion ;

- l'ensemble des personnes soumises à l'obligation doivent être **en mesure de se faire vacciner** ;

- l'obligation vaccinale ne peut être envisagée **que si les autres outils de persuasion n'ont pas permis d'atteindre une couverture vaccinale suffisante**.

Le non-respect de ces trois critères fin 2020 avait conduit la HAS à ne pas recommander, à l'époque, le recours à une obligation vaccinale. Force est de constater que ces conditions sont désormais réunies.

b) Une obligation soutenue par les ordres de praticiens et les fédérations hospitalières

Les ordres médicaux et paramédicaux mais aussi les fédérations des établissements de santé ont, par différents communiqués de presse, annoncé leur soutien à une vaccination obligatoire des personnels soignants et plus largement de professionnels exerçant dans les structures sanitaires et médico-sociales.

Le 7 juillet 2021, à l'issue d'une concertation des « acteurs du système de santé » sur l'obligation vaccinale initiée par le ministre de la santé et des solidarités et la ministre déléguée chargée de l'autonomie, une **déclaration commune des ministres, des ordres des professions de santé et des fédérations sanitaires et médico-sociales** a été publiée.

Les signataires² constatent que la vaccination est « **la principale arme disponible pour lutter contre l'épidémie** » et insistent sur **l'exemplarité** à laquelle sont tenus les professionnels de santé.

Ils soutiennent une obligation vaccinale des professionnels de santé, du soin et de l'accompagnement, et ce pour protéger les personnes en contact de ces professionnels.

¹ Haute Autorité de santé, Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination, 10 décembre 2020.

² Les représentants des ordres des professions de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) et des fédérations hospitalières et médico-sociales (Fédération Hospitalière de France, Fédération de l'Hospitalisation privée, Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires, Unicancer, Fédération nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile, Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées, NEXEM et Croix-Rouge).

Trois conditions sont inscrites dans cette déclaration :

- la nécessité d'un **périmètre large** incluant les structures de santé, du soin et de l'accompagnement comprenant **les établissements, services et domicile** ;
- le **respect des indications et contre-indications** médicales ;
- le rappel des conséquences individuelles en cas de non-respect.

Entendus par votre rapporteur, tant les fédérations hospitalières que les ordres ont rappelé leur plein soutien à cette obligation vaccinale qui pour eux relève de **l'exemplarité attendue des professionnels de santé et personnels des établissements de santé**.

c) Pour les comités d'éthique, une exigence déontologique

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) et la conférence nationale des espaces de réflexion éthique régionaux ont publié une opinion concernant la vaccination contre la covid-19¹.

Dans celle-ci, les deux instances jugent les taux de vaccination des soignants et personnels des Ehpad insuffisants et **considèrent que tous les professionnels de santé et les intervenants médico-sociaux, en établissement comme à domicile, doivent être rapidement vaccinés**.

Aussi, ils estiment « *qu'il s'agit d'un enjeu éthique et déontologique fondamental, et que si la liberté individuelle doit absolument être respectée, elle s'arrête à la mise en danger d'autrui : un principe éthique essentiel est de ne pas nuire à autrui* ».

d) Les avis favorables des autorités scientifiques à ce projet

Après l'annonce par le Président de la République d'une obligation vaccinale de certains professionnels, le Conseil scientifique et la Haute Autorité de santé ont été saisis pour avis.

La **Haute Autorité de santé** estime dans son avis du 15 juillet 2021 « *que l'obligation vaccinale inscrite dans le projet de loi et qui concerne l'ensemble des professionnels en contact avec les personnes vulnérables revêt un enjeu éthique autant que de santé publique et que sa mise en place est justifiée au regard de ces enjeux* ».

Dans ce même avis, au-delà de la seule obligation prévue par le texte, la HAS recommande également l'ouverture d'un large débat concernant d'éventuelles obligations vaccinales concernant :

- les personnes vulnérables ;
- les professionnels en contact avec le public ;
- la population générale.

¹ Opinion du 29 mars 2021, faisant suite à l'opinion du 18 décembre 2020.

Le Conseil scientifique a donné le 16 juillet 2021 un avis favorable¹ au projet de loi qui lui avait été transmis.

Enfin, sollicité par la présidente de la commission des affaires sociales Catherine Deroche, **le Haut Conseil de la santé publique** a formulé un avis concernant une vaccination obligatoire contre la covid-19. Aussi, le HCSP indique recommander, dans ce contexte *« que la vaccination des soignants et personnels de santé en contact avec les personnes fragiles ou vulnérables soit obligatoire au motif qu'elle remplit les critères précédemment définis par le HCSP »*².

3. Une vaccination obligatoire de certaines catégories de personnes en cours de mise en œuvre dans d'autres pays, particulièrement en Europe

En **Italie**, l'**obligation de vaccination décidée le 1^{er} avril³ est entrée en vigueur au 1^{er} juin**. Celle-ci s'applique aux professionnels de santé et les personnes exerçant dans les structures sanitaires et sociales, y compris les cabinets libéraux et les pharmacies. **Le non-respect de cette obligation peut conduire à une suspension du professionnel - placé en congé sans solde - jusqu'au 31 décembre 2021**. L'Italie revendique aujourd'hui une vaccination de 87,7 % de ses travailleurs sanitaires (qui représentent 2 millions de personnes) avec particulièrement 99,8 % des médecins.

Le **gouvernement grec** a également annoncé au début du mois de juillet son intention de rendre la vaccination obligatoire pour les **soignants et les personnels des établissements pour personnes âgées**.

En **Grande-Bretagne**, le Gouvernement a annoncé que d'ici au **mois d'octobre 2021**, les personnes travaillant dans les *« care homes »* agréés devront avoir reçu une vaccination complète⁴ contre la covid-19. L'obligation s'applique aux personnes travaillant (à temps partiel ou temps complet) dans les établissements, mais aussi aux personnes déployées dans ceux-ci, même bénévoles. Un délai de 16 semaines est prévu après l'adoption de la loi pour permettre la vaccination des personnes non vaccinées.

¹ Conseil scientifique COVID-19, Avis du conseil scientifique sur le projet de loi relatif à l'adaptation de nos outils de gestion de crise, 16 juillet 2021.

² Courrier adressé le 13 juillet 2021 à Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales du Sénat en réponse à la demande de consultation adressée le 1^{er} juillet en application de l'article L. 1411-4 du code de la santé publique.

³ Décret-loi du 1^{er} avril 2021, n° 44. Misura urgente per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. Ce décret-loi a été ratifié et a désormais force de loi.

⁴ Cette obligation est levée en cas de contre-indication médicale.

Au-delà de l'Europe, d'autres mesures similaires ont été prises ou sont en passe de l'être :

- le **gouvernement australien** a par exemple annoncé une vaccination obligatoire des **travailleurs des résidences de personnes âgées d'ici à la mi-septembre** ;

- entendu par la commission, le Pr Ran Balicer expliquait qu'en **Israël**, les personnes non vaccinées ne pouvaient travailler dans les services au contact des personnes vulnérables ;

- aux **États-Unis**, la commission fédérale de l'égalité d'accès à l'emploi¹ a estimé, le 28 mai 2021, qu'un employeur peut imposer à ses salariés d'être vaccinés contre la covid-19, sous réserve que soient respectées les exemptions de droit au titre des contre-indications médicales ou des croyances religieuses. Dans ce cadre, le groupe hospitalier *Houston Methodist* a ainsi imposé à ses plus de 25 000 employés d'être vaccinés, 180 seulement d'entre eux ayant été suspendu sans rémunération². D'autres systèmes hospitaliers américains ont mis en œuvre cette obligation vaccinale, dont ceux de Penn Medicine, de Johns Hopkins et les 14 établissements hospitaliers du District de Columbia.

C. Une compatibilité réputée aux droits fondamentaux

1. Une compatibilité avec le respect du droit à la santé garanti par la Constitution reconnue par le Conseil constitutionnel

Le **Conseil constitutionnel** a été saisi en 2015 par la Cour de cassation d'une **question prioritaire de constitutionnalité**³ relative à l'obligation vaccinale et, dans le cas d'espèce, aux vaccinations obligatoires pour les enfants.

Les **requérants considéraient** notamment qu'en imposant une obligation de vaccination contre certaines maladies alors que les **vaccins obligatoires peuvent présenter un risque pour la santé, cette obligation portait atteinte au droit à la santé** garanti par la Constitution⁴.

¹ « Equal Employment Opportunity Commission ».

² <http://www.healio.com/news/infectious-disease/20210611/more-hospitals-mandate-covid19-vaccination-for-employees>.

³ En application de l'article 61-1 de la Constitution.

⁴ Aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère [...] la protection de la santé ».

Dans sa décision¹, le Conseil constitutionnel a souligné qu'en rendant les vaccinations visées² obligatoires, le législateur a « **entendu lutter contre trois maladies très graves et contagieuses ou insusceptibles d'être éradiquées** » et qu'il est **loisible à celui-ci de « définir une politique de vaccination afin de protéger la santé individuelle et collective** » et « de modifier les dispositions relatives à cette politique de vaccination pour tenir compte de l'évolution des données scientifiques, médicales et épidémiologiques ».

Le Conseil constitutionnel a aussi considéré qu'il **ne lui appartenait pas « de remettre en cause**, au regard de l'état des connaissances scientifiques, les dispositions prises par le législateur **ni de rechercher si l'objectif de protection de la santé que s'est assigné le législateur aurait pu être atteint par d'autres voies**, dès lors que les modalités retenues par la loi ne sont pas manifestement inappropriées à l'objectif visé ».

La jurisprudence du Conseil constitutionnel, si elle n'a pas traité spécifiquement des obligations faites à certaines catégories professionnelles, a établi une position de principe qui ne semble pas faire obstacle aux mesures envisagées par le Gouvernement.

2. Une compatibilité confirmée à plusieurs reprises par le Conseil d'État avec le droit au respect de la vie privée

Par une décision du 6 mai 2019³, le **Conseil d'État** a jugé que l'extension de la liste des vaccinations obligatoires des enfants à onze vaccins, mise en œuvre en application de la LFSS pour 2018, **ne méconnaît pas le droit à l'intégrité physique et au respect de la vie privée**, dès lors que, **d'une part, elle poursuit un objectif d'amélioration de la couverture vaccinale et, d'autre part, les vaccins en question présentent un très haut niveau d'efficacité et une balance bénéfices-risques satisfaisante**. Il relève, en outre, que le caractère obligatoire de ces vaccinations s'avère nécessaire pour atteindre le seuil nécessaire à une immunité collective, la simple recommandation étant restée insuffisante. Le Conseil d'État en conclut « *qu'en rendant obligatoire la vaccination contre ces onze infections, le législateur a apporté au droit au respect de la vie privée une restriction justifiée par la protection de la santé publique* ».

¹ Décision n° 2015-458 QPC du 20 mars 2015 – Époux L.

² Dans le cas d'espèce, il s'agissait des vaccinations antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique aux enfants mineurs.

³ Décision n° 415694 du 6 mai 2019.

Par une seconde décision du même jour¹, le Conseil d'État a écarté une demande de retrait des vaccins obligatoires contenant des sels d'aluminium, en rappelant l'absence de lien de causalité entre ces sels et les maladies auto-immunes ou l'autisme et en relevant le caractère indispensable de ces composants, en l'état des connaissances scientifiques, pour assurer l'efficacité de la vaccination.

Par ailleurs, par une décision du 8 février 2017², le Conseil d'État avait rappelé au ministre chargé de la santé son obligation de faire usage des pouvoirs dont il dispose pour garantir la disponibilité des vaccins correspondant aux seules obligations de vaccination – en l'espèce, il s'agissait des seules trois vaccinations obligatoires en vigueur en 2017 –, afin de ne pas contraindre les personnes concernées par ces obligations de se soumettre à d'autres vaccinations qui ne seraient pas obligatoires.

3. Un arrêt récent de la Cour européenne des droits de l'homme ménageant une marge de manœuvre ample pour les États dans la définition de leur politique vaccinale

Dans un arrêt du 8 avril 2021³, la **Cour européenne des droits de l'homme (CEDH)** a jugé que l'obligation de vacciner ses enfants contre des maladies graves – dont le non-respect, dans le cas d'espèce en République tchèque, est sanctionné par une amende et l'impossibilité d'être inscrit en école maternelle – **ne méconnaît pas le droit au respect de la vie privée, inscrit à l'article 8 de la convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.**

La Cour a ainsi considéré que la politique de vaccination mise en place en République tchèque, **conforme à l'intérêt supérieur des enfants, poursuit des objectifs légitimes de protection de la santé et des droits d'autrui à la protection de sa santé, notamment les personnes qui ne peuvent, en raison de leur état de santé, se faire vacciner.**

En outre, la mise en œuvre de l'obligation vaccinale en question repose sur des **vaccins dont l'efficacité et la sûreté (innocuité) sont scientifiquement établies.**

Cette obligation est jugée proportionnée dès lors qu'elle n'est pas absolue : une dispense est accordée aux enfants présentant une contre-indication permanente à la vaccination et la Cour constitutionnelle tchèque a reconnu une autre dispense au titre du droit à l'« *objection de conscience séculière* »⁴.

¹ Décision n° 419242 du 6 mai 2019.

² Décision n° 397151 du 8 février 2017.

³ CEDH, 8 avril 2021, *Vavříčka et autres c. République tchèque*, requête n° 47621/13 et cinq autres requêtes.

⁴ *Jurisprudence Vavříčka*.

Par cette jurisprudence, la CEDH a rappelé la **marge d'appréciation « ample » dont disposent les États dans la définition des moyens de parvenir à un taux de vaccination le plus élevé possible.** À ce titre, elle considère que **l'obligation vaccinale constitue l'une des mesures à leur disposition afin de répondre au besoin social impérieux de protéger la santé individuelle et publique.**

La Cour a conclu que les mesures litigieuses étaient *« nécessaires dans une société démocratique »*.

D. Une vaccination sûre et des dérogations encadrées

1. Une vaccination sûre au regard des connaissances acquises

a) Un suivi régulier et vigilant des vaccins autorisés dans l'Union européenne

Concernant les vaccins disponibles en France, la Commission a à ce jour délivré **quatre autorisations de mise sur le marché conditionnelle pour les vaccins mis au point par BioNTech et Pfizer, Moderna, AstraZeneca et Janssen Pharmaceutica SA, à la suite de l'évaluation positive de l'Agence européenne des médicaments (EMA) concernant leur innocuité et leur efficacité.** Plusieurs autres vaccins se trouvent à différents stades de leur évaluation par l'EMA.

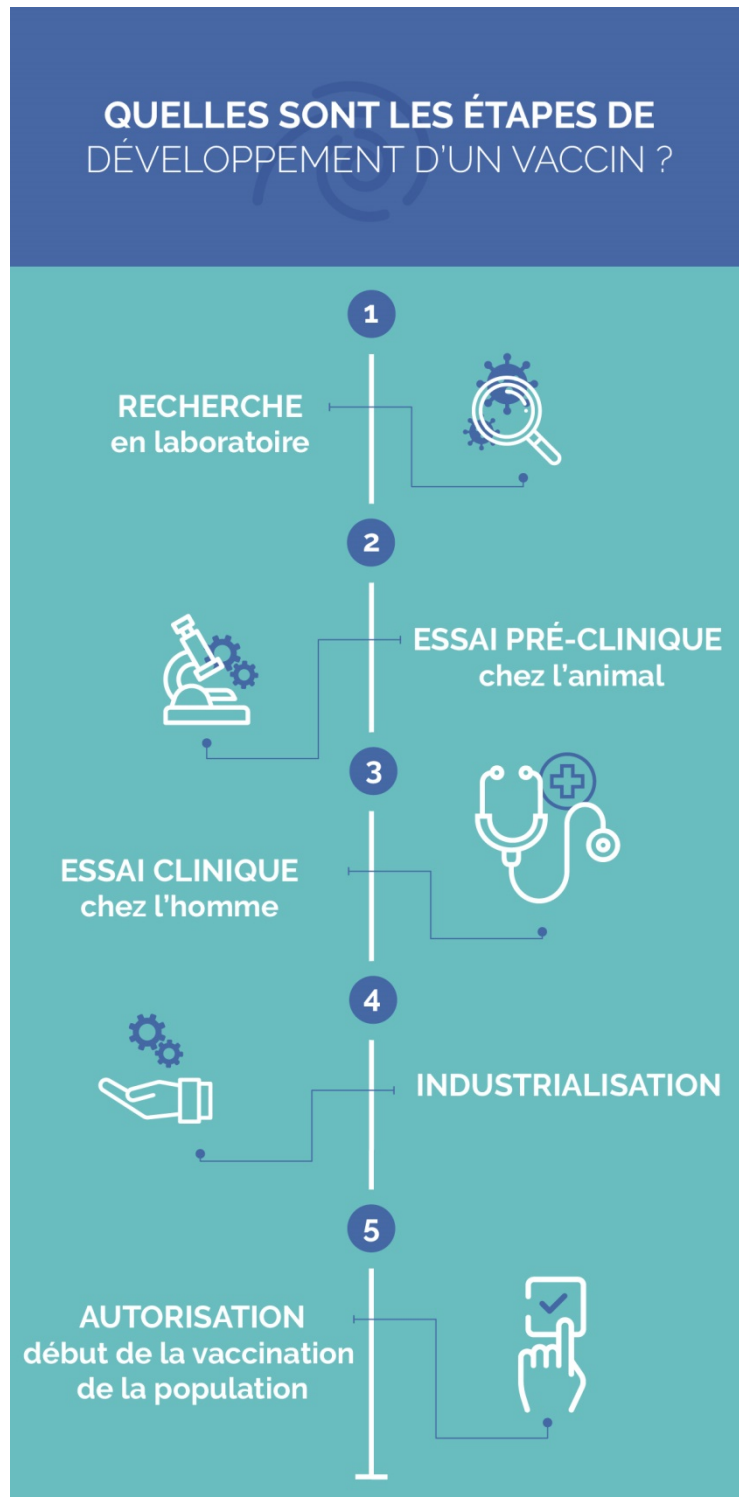


Illustration : CoviReivac – projet Inserm

L'Agence européenne des médicaments publie des informations actualisées sur la sécurité des vaccins contre la covid-19 autorisés dans l'UE, informations publiées mensuellement pour chacun des vaccins.

Autorisation de mise sur le marché conditionnelle

Les Autorisations de mises sur le marché (AMM) seront délivrées par la Commission Européenne à l'issue de cette évaluation et seront valables dans tous les États membres de l'UE. Dans le contexte de la pandémie et de l'urgence de santé publique, les AMM seront dites conditionnelles.

En effet, une AMM conditionnelle permet l'autorisation de médicaments qui **répondent à un besoin médical non satisfait avant que des données à long terme sur l'efficacité et la sécurité ne soient disponibles**. Cela est possible **uniquement si les bénéfices de la disponibilité immédiate du médicament l'emportent sur le risque** inhérent au fait que toutes les données ne sont pas encore disponibles. **L'AMM conditionnelle rassemble tous les verrous de contrôles d'une autorisation de mise sur le marché standard** pour garantir un niveau élevé de sécurité pour les patients.

Une fois qu'une AMM conditionnelle a été accordée, les laboratoires doivent fournir les **données complémentaires** provenant d'études nouvelles ou en cours dans des délais fixés par l'EMA pour confirmer le rapport bénéfice / risque positif.

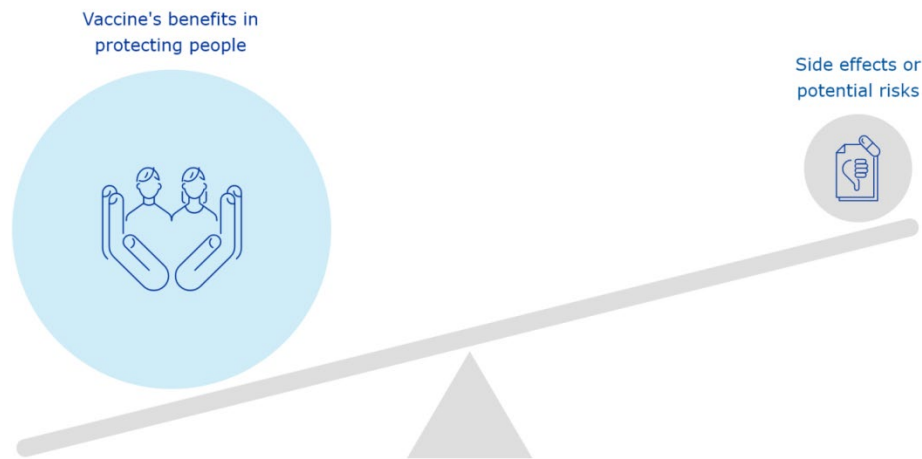
Une AMM conditionnelle est accordée pour un an et peut être renouvelée. Lorsque les autorités européennes ont reçu et évalué toutes les données complémentaires exigées, l'AMM conditionnelle peut être convertie en une AMM standard.

Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Une vaccination obligatoire demeure un acte médical et, en prévoyant une telle obligation, **le législateur doit s'assurer que les vaccins qui seront administrés présentent des garanties suffisantes** tant d'efficacité que d'innocuité, ce même dans des situations d'urgence. En outre, **les doutes ou interrogations à l'égard des produits de santé sont naturels et légitimes** : les balayer d'un revers de main est contre-productif quand ils **appellent une réponse étayée médicalement**. À ce titre, il appartient aux autorités sanitaires, particulièrement **aux autorités scientifiques indépendantes, d'assurer une information lisible et transparente sur l'état des connaissances**, et aux responsables publics de la relayer fidèlement.

En l'espèce, le rapporteur souhaite souligner que les vaccins autorisés dans l'Union européenne et en particulier les deux vaccins disponibles utilisant la technique de l'ARN messenger montrent **des résultats probants à l'issue d'essais cliniques sérieux pour des risques d'effets secondaires extrêmement rares** et, quand ils surviennent, essentiellement peu graves. À ce titre, l'observation « en vie réelle » après un nombre d'injections réalisées qui a dépassé 3,5 milliards de doses dans le monde est un facteur rassurant supplémentaire. Par ailleurs, si la technique de l'ARN messenger est souvent décrite comme nouvelle, il convient de rappeler qu'elle n'a pas été découverte en 2020 mais est issue de plusieurs décennies de recherche scientifique.

Le rapporteur insiste ainsi, comme il est souvent rappelé, sur la balance bénéfices/risque qui est scientifiquement montrée comme considérablement favorable.



Source : Agence européenne des médicaments

La commission souhaite insister à ce sujet sur la nécessité de garantir une information régulière et accessible sur les technologies des vaccins, tant pour les personnels soumis à l'obligation que pour la population générale.

b) Une présentation du schéma vaccinal complet à préciser

Enfin, la **condition de la vaccination mérite d'être précisée** autrement que par simple renvoi au décret prévu dans le cadre du passe sanitaire.

Concernant le statut vaccinal et l'acquisition de l'immunisation, la HAS note que le projet de loi renvoie au décret mentionné au dixième alinéa du A du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

La HAS estime toutefois utile, pour éviter toute confusion, de rappeler dans le projet de loi, les conditions d'acquisition de l'immunité : schéma de vaccination complet en fonction des vaccins, schéma de vaccination à une dose pour les personnes immunocompétentes ayant un antécédent de covid-19, infection par le SARS-CoV-2 (symptomatique ou non) guérie et prouvée par une PCR ou test antigénique datant de moins de 6 mois.

Source : Avis de la HAS du 15 juillet 2021

Aussi, constatant que **les schémas vaccinaux prescrits par les autorités sanitaires sont susceptibles d'évoluer**, notamment sur les délais d'acquisition de l'immunité¹ mais aussi sur le nombre des doses requises selon les situations de santé, la commission a, sur l'initiative de son rapporteur, adopté un amendement COM-205 visant à prévoir, sur le modèle des articles L. 3111-1 du code de la santé publique, que **les conditions de vaccination sont précisées par arrêté du ministre, après avis de la Haute Autorité de santé.**

Surtout, le rapporteur estime qu'alors que **les critères pourraient trouver à être distingués entre les exigences applicables pour la vaccination obligatoire des personnes au contact de personnes vulnérables et pour le « passe sanitaire »**, la commission a choisi de **prévoir un certificat de statut vaccinal sans renvoi à l'article 1er** de la loi du 31 mai 2021 – sans empêcher le cas échéant que ces deux documents soient sur des formats absolument identiques. Le rapporteur souligne d'ailleurs que le passe sanitaire n'a a priori pas vocation à être applicable nécessairement sur une période équivalente à celle de la vaccination obligatoire, ce qui justifie également cette dissociation.

Aussi, elle a précisé à cet article que le **certificat de statut vaccinal qui peut être attendu d'une personne soumise à l'obligation vaccinal répond à des critères pris également après avis de la HAS chargée de définir les schémas vaccinaux admis.** En outre, elle a précisé à cet alinéa le format de ce certificat de statut vaccinal qui doit pouvoir être présenté en ne laissant au lecteur que **la seule indication d'un schéma vaccinal complet.**

En cohérence avec les exigences prévues à cet article et afin de combler ce qui apparaît à la commission comme une lacune et renforcer l'appréciation médicale sur les justificatifs prévus pour le « passe sanitaire », la commission a adopté un amendement COM-263 à l'article 1^{er}² visant à prévoir l'avis de la HAS sur ces derniers.

2. Des contre-indications rares et prises en compte

Les contre-indications médicales à la vaccination contre la covid-19 sont à ce jour, en l'état des connaissances scientifiques, extrêmement limitées.

Interrogé sur cette question lors des questions au Gouvernement, le ministre des solidarités et de la santé a précisé le 20 juillet 2021³ avoir saisi l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale et le conseil scientifique.

¹ À ce titre, comme indiqué dans la première partie du rapport, le Gouvernement a décidé en juillet 2021 de ramener de 14 à 7 jours la durée de validité du justificatif vaccinal à l'issue de la dernière injection dans le cas des vaccins à ARN messenger.

² Cet article ne fait pas l'objet d'une délégation au fond.

³ Questions au Gouvernement, Assemblée nationale, séance du 20 juillet 2021.

Le ministre a indiqué qu'en l'état des connaissances, **les vaccins à ARN messenger ne présentent de contre-indications que dans trois cas :**

- le syndrome PIMS - inflammatoire multisystémique pédiatrique ;
- les réactions de type myocardite, péricardite et hépatite sévère ayant nécessité une hospitalisation et faisant suite à une première injection de vaccin à ARN messenger ;

- l'allergie au PEG 2000 - structure de type polyéthylène glycol spécifique que l'on trouve dans le vaccin, qui concernerait une dizaine de personnes en France.

En outre, le ministre a souligné que la grossesse, quel qu'en soit le stade, ne constitue pas un état de contre-indication.

Enfin, un dernier cas est soulevé, celui d'une contamination trop récente à la covid-19.

Pour rares qu'elles soient, certaines contre-indications existent et la prise en compte de leur existence pour la mise en œuvre de cette obligation vaccinale apparaît nécessaire. Il conviendra de veiller au **contrôle et au suivi de ces éventuelles contre-indications**, les amendements proposés à l'article 6 vont dans ce sens.

3. Une obligation vaccinale qui peut être levée en fonction des besoins et des connaissances scientifiques

La commission estime **pertinente la levée possible, au regard de l'état des connaissances scientifiques et de l'évolution de la situation sanitaire**, sur le modèle des suspensions permises pour les autres obligations vaccinales prévues par des dispositions législatives du code de la santé publique.

Cependant, **il convient de garantir que cette décision s'inscrit dans une démarche scientifique.** Aussi, la commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement COM-206 visant à prévoir que le décret de suspension de l'obligation est pris **après avis de la Haute Autorité de santé.**

E. Un champ pertinent qui pourrait être étendu

La commission estime que le champ proposé par le Gouvernement est justifié : il **correspond à un besoin de protection des personnes vulnérables**, qui se voient couvertes, en complément de leur nécessaire vaccination personnelle, par l'obligation faite aux professionnels rencontrés dans un ensemble d'interactions liées à la santé.

Le rapporteur et la commission insistent également sur le caractère particulier de cette vaccination pour les personnes concernées, estimant qu'elle relève bien aussi d'un **devoir d'exemplarité** et apparaît par surcroît **cohérente avec l'engagement professionnel** de personnels qui ont rejoint un secteur sanitaire ou médico-social dont la **vocation est de protéger les personnes vulnérables.**

Sur ce périmètre, la commission a **rétabli la rédaction initiale** de l'article en levant l'exclusion faite à l'Assemblée nationale de certains travailleurs handicapés accueillis en ESAT (amendements identiques COM-204 du rapporteur et COM-243).

Néanmoins, la commission considère que l'organisation d'un débat sur une obligation vaccinale beaucoup plus large, voire appliquée à la population générale serait légitime.

En outre, le rapporteur estime que le champ de l'obligation vaccinale pourrait, à l'occasion de ce texte ou d'une éventuelle réévaluation du dispositif, être étendu. En effet, si le champ visé par le Gouvernement relève des seules activités sanitaires et médico-sociales, d'autres secteurs pourraient utilement être concernés :

- certains personnels d'administrations publiques ou du secteur social, au contact du public et potentiellement d'utilisateurs vulnérables ;
- dans l'environnement scolaire, les personnels au contact de personnes fragiles ou en situation de handicap ;
- certaines forces de l'ordre ;
- les personnels employés à domicile par des personnes âgées, sans lien avec l'allocation d'autonomie ou la prestation du handicap, l'âge étant dans le cas de la covid-19 un facteur de risque important.

Enfin, par un amendement COM-207, la commission a, à l'initiative du rapporteur, supprimé le IV introduit à l'Assemblée nationale, estimant que **pouvoirs du contrôle du Parlement sont garantis par la Constitution** et qu'un tel ajout dans la loi laisserait penser qu'ils ne sont pas déjà existants.

F. Une mise en œuvre opérationnelle qui interroge

Cette nouvelle obligation vaccinale, d'entrée en vigueur immédiate, se distingue des autres vaccinations obligatoires.

En effet, cette dernière concerne **dans un délai très court une population nombreuse qui doit justifier de sa satisfaction de l'obligation non à l'embauche mais alors qu'elle est déjà en poste.**

Aussi, les articles 6 et suivants ne semblent pas nécessairement de nature à garantir une totale effectivité du respect de l'obligation vaccinale.

Particulièrement, si dans le cas des établissements de santé ou médico-sociaux et dans le cas des professionnels libéraux le contrôle peut être attendu comme réalisé de manière systématique, le respect par les petites structures et, surtout, par les personnes employées par les particuliers, interroge davantage. Pour ces derniers cas, on peut redouter que la relation entre l'employeur et le professionnel concerné conduise à un contrôle relativement lâche par le premier.

En conséquence, le rapporteur insiste sur **la nécessité d'un renforcement de l'information et de la pédagogie dans la mise en œuvre de l'obligation vaccinale**. Cette communication doit s'appuyer sur des éléments rationnels mettant en avant la qualité des vaccins disponibles et sur l'impératif d'exemplarité des professionnels et leur responsabilité à l'égard des personnes vulnérables qu'ils côtoient. **Des créneaux prioritaires doivent en outre demeurer disponibles pour les personnes concernées.**

Enfin, **l'obligation vaccinale devra faire l'objet d'un suivi par les autorités sanitaires** au-delà des seuls contrôles prévus par les articles 6 et 7.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 6

Satisfaction de l'obligation vaccinale par les personnes concernées

Cet article prévoit les modalités de présentation et de contrôle de la vaccination obligatoire prévue par l'article 5.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article modifié par les amendements du rapporteur.

I - Le dispositif proposé

A. La satisfaction à l'obligation vaccinale présentée par un justificatif de vaccination

1. Une satisfaction à l'obligation vaccinale par deux moyens

Le I prévoit les modalités de satisfaction à l'obligation vaccinale. Deux options sont proposées au 1^o, avec la présentation :

- du **justificatif de statut vaccinal** tel que prévu pour le passe sanitaire ;

- pour sa durée de validité, du **certificat de rétablissement** tel que prévu pour le passe sanitaire.

Les justificatifs mentionnés sont prévus par renvoi à ceux exigés pour le passe sanitaire inscrits dans la loi du 31 mai 2020¹.

Le 1^o prévoit également que **le document présenté ne permet pas d'identifier la nature du justificatif** parmi les deux possibilités.

¹ Article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Il convient de noter que le certificat de rétablissement étant nécessairement temporaire, **cette condition de satisfaction ne lève pas l'obligation d'administration des doses requises mais la diffère éventuellement de quelques mois**, en cohérence avec les recommandations des autorités sanitaires. À l'issue de la validité du certificat de rétablissement, le professionnel doit avoir réalisé son schéma vaccinal complet¹.

2. Une possibilité de contre-indication prévue

Une troisième option est prévue. De manière analogue aux autres vaccinations légalement obligatoires, **cette obligation est levée dans le cas d'une contre-indication médicale avérée**. À cette fin, le 2° du I prévoit que les personnes éventuellement concernées devraient **fournir un certificat médical de contre-indication**.

B. Une présentation du justificatif auprès de l'employeur ou de l'agence régionale de santé compétente

Le II précise le destinataire du justificatif de satisfaction à l'obligation vaccinale. Aussi, dans le cas des salariés ou agents publics, celui-ci est l'employeur ; dans les autres cas, l'agence régionale de santé est compétente. Cette compétence subsidiaire des ARS vise à englober l'ensemble des professionnels indépendants, particulièrement les professions libérales.

Le III permet aux personnes soumises à l'obligation vaccinale **d'autoriser leur employeur ou l'agence régionale de santé à conserver le justificatif de statut vaccinal jusqu'à la fin de l'obligation vaccinale**.

Il s'agit de prévoir la capacité pour l'employeur ou l'ARS de conserver un document à caractère médical avec le seul consentement de l'intéressé.

C. Une mission de contrôle des justificatifs donnée à l'employeur

Le IV prévoit que les employeurs sont chargés de contrôler le respect de l'obligation vaccinale par les personnels sous leur responsabilité.

¹ Dans le cas d'un vaccin à ARN messenger, la recommandation actuelle est d'une injection à partir de deux mois après la contamination

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de son rapporteur, la commission des lois de l'Assemblée nationale a modifié le II de l'article 6.

Elle a ainsi **réécrit, pour les salariés et agents publics, la disposition prévoyant la justification à leur employeur** par les personnes concernées de leur respect de l'obligation vaccinale.

Pour les personnes non salariées et ne relevant pas des administrations publiques, que sont donc **principalement les professionnels libéraux, la procédure de transmission du justificatif à l'agence régionale de santé a été supprimée.**

À celle-ci est substituée une **procédure d'accès des agences régionales de santé aux données relatives au statut vaccinal** des personnes concernées, cet accès étant réalisé avec le concours des organismes locaux d'assurance maladie. Concrètement, il s'agit de permettre aux ARS d'effectuer des requêtes au sein du traitement de données « SI-Vaccin » de l'Assurance maladie.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié, ajoutant en séance publique une modification d'ordre rédactionnel.

III - La position de la commission

A. Des modalités de justification cohérentes

1. Concernant les documents permettant de justifier du respect de l'obligation

Le justificatif par défaut est bien identifié comme le certificat de vaccination complète.

Alors **qu'une contamination récente contre-indique une vaccination immédiate, la prise en compte du certificat de rétablissement, pour sa durée de validité**, est bienvenue en permettant à la personne concernée de satisfaire à l'obligation vaccinale et, avant le terme du certificat, de réaliser son schéma vaccinal complet.

Concrètement, cette disposition assure la cohérence de l'obligation vaccinale avec les recommandations médicales d'administration des doses requises en garantissant la sécurité juridique de la situation des personnes infectées récemment ou qui pourraient l'être durant l'été avant d'avoir été vaccinées.

2. Concernant le certificat de contre-indications médicales

Si, comme indiqué dans le commentaire de l'article 5, dans le cas des vaccins contre la covid-19 **les contre-indications médicales sont à ce jour extrêmement rares**, il est nécessaire de prévoir la possibilité pour les personnes concernées d'être en règle au regard de l'obligation vaccinale.

Par ailleurs, **certaines contre-indications sont temporaires et ne doivent pas lever définitivement l'obligation vaccinale**. En conséquence, à l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement COM-209 visant à prévoir, le cas échéant, une **date de validité du certificat médical** de contre-indication.

En outre, le rapporteur appelle à la vigilance sur ces certificats au regard des données disponibles et de la rareté des situations de santé éventuellement incompatibles avec une vaccination disponible et autorisée dans l'Union européenne.

Aussi, à son initiative, la commission a adopté l'amendement COM-212 qui permet au **médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie de rattachement de vérifier le bien-fondé du certificat** de contre-indication médicale. Ce contrôle doit se faire sur la base des avis des autorités sanitaires et au regard de l'évolution de l'état de santé et des dispositions médicales ayant conduit à une contre-indication.

3. Concernant les sanctions en cas de faux

Sur proposition de son rapporteur, la commission a souhaité, par un amendement COM-214, compléter l'article 6 afin d'inscrire dans la loi les peines encourues dans le cas de l'établissement ou de l'usage de faux documents requis dans le cadre des présentes dispositions.

Aussi, sont punis des **mêmes peines prévues par l'article 441-1 du code pénal relatif aux faux et usages de faux le fait d'établir ou de faire usage d'un faux certificat de vaccination ou d'un faux certificat de contre-indication médicale**.

Enfin, dans le cas où une procédure serait engagée à l'encontre d'un praticien de santé en la matière, le présent alinéa ajouté prévoit une **information du conseil de l'ordre compétent**, juge de l'opportunité de procédures disciplinaires en son sein.

B. Un contrôle qui doit être simple et opérationnel

Différents organismes comme les fédérations hospitalières ont mis en avant leur **difficulté de principe en tant qu'employeurs à procéder par eux-mêmes à la vérification des justificatifs de satisfaction à l'obligation vaccinale** contre la covid-19. Ils ont notamment souligné que dans le cas des vaccinations aujourd'hui obligatoires, cette vérification était réalisée à l'embauche par le médecin du travail compétent.

Cependant, si le rapporteur est sensible à cette préoccupation, elle estime que **le recours systématique à la médecine du travail ne serait pas de nature, au regard des moyens des services de santé au travail, à garantir une vérification rapide et effective d'une obligation nouvelle et immédiatement applicable.**

Toujours concernant la mise en application concrète, la modification apportée au II concernant les professionnels libéraux permet, à travers **une vérification des ARS réalisé par requêtage du fichier « SI-Vaccin », une meilleure mise en œuvre opérationnelle du dispositif**, évitant un engorgement des ARS par des déclarations nombreuses à traiter. En outre, les personnels des autorités sanitaires ayant déjà des accès aux traitements de données spécifiques à la gestion de la crise sanitaire, cet accès permis aux fins de vérification de la satisfaction à l'obligation vaccinale n'appelle pas de remarque particulière en matière de protection des données à caractère personnel.

Enfin, la vérification du statut vaccinal ne couvre pas l'ensemble des cas de satisfaction à l'obligation. En conséquence, à l'initiative du rapporteur, la commission a prévu par l'amendement COM-211 qu'**en l'absence de justificatif de statut vaccinal, la transmission à l'ARS du certificat de rétablissement ou du certificat de contre-indication.**

C. Des réserves sur la gestion des documents par les employeurs et les ARS

1. Une dérogation aux règles classiques de transmission de documents de santé à encadrer

Le rapporteur souligne que, quel que soit le document permettant de justifier du respect de l'obligation vaccinale - justificatif de vaccination, certificat de rétablissement ou certificat de contre-indication -, **ces justificatifs sont des documents portant des données à caractère personnel et en partie relatives à l'état de santé passé ou actuel de la personne.**

Aussi, la **présentation de ces documents à l'employeur** directement ou à l'ARS et non à un professionnel de santé doit ici être appréhendée comme une **dérogation aux exigences habituelles en matière de protection médicale qui ne peut se justifier que par l'urgence de la situation et la nécessité de mise en œuvre immédiate de cette obligation.**

Si l'article tel que rédigé prévoit la présentation du justificatif de vaccination ou du certificat de rétablissement sous une **forme ne permettant pas d'identifier la nature du document, cette préoccupation légitime et justifiée conduit à une difficulté opérationnelle.**

En effet, **les certificats établis aujourd'hui par l'Assurance maladie, au format européen**, soit sont lisibles par QR-code et ne permettent pas de savoir si le document est un justificatif vaccinal, soit font mention du type de vaccin et du nombre d'injections, **des données excédant le strict nécessaire** et permettant de reconstituer certains antécédents médicaux. Si la multiplication de formats divers pour satisfaire aux différentes obligations (passe sanitaire activités, passe sanitaire frontières, obligation vaccinale) nuit lourdement à la lisibilité du dispositif pour le citoyen, **il conviendrait de garantir la transmission par l'Assurance maladie d'un feuillet annexe avec comme seule indication la satisfaction d'un schéma vaccinal complet.**

En outre, un certificat vaccinal est aujourd'hui réputé pérenne, même si les conditions de validité pourraient être amenées à évoluer, quand le certificat de rétablissement ne peut excéder une validité de six mois. Aussi, **l'employeur ou l'ARS doit pouvoir savoir si le justificatif adressé a une échéance ou non.** Par ailleurs, si l'employeur ne peut avoir à connaître de la nature du document, cette disposition apparaît **contradictoire avec l'autorisation de conservation du certificat vaccinal donnée à l'employeur au III.**

Enfin, dans le cas d'une vaccination réalisée à l'étranger dans un pays fiable et à l'aide d'un vaccin autorisé dans l'Union européenne, le format exigé peut ne pas pouvoir être satisfait : en l'espèce, l'employeur ne pourrait l'accepter.

En conséquence, la commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement COM-208 visant à réécrire le 1^o de l'article et ainsi :

- renvoyer au certificat vaccinal précisé à l'article 5 ;
- prévoir une adaptation de ce format pour les justificatifs étrangers.

2. Une sécurisation nécessaire de la transmission et de la conservation des documents

Le rapporteur estime **pertinente et pragmatique l'autorisation de conservation du justificatif de statut vaccinal prévue au III du présent article.** Cette conservation assure à l'employeur sa capacité à vérifier dans le temps le respect de l'obligation vaccinale, sans devoir procéder à des contrôles quotidiens de personnes vaccinées.

Cependant, il convient de souligner que **l'employeur comme l'agence régionale de santé ne sont pas habilités à conserver un certificat médical de contre-indication à la vaccination ni le certificat de rétablissement et n'ont pas vocation à le devenir.** Aussi, en conséquence, pour fluidifier la gestion concrète de ces cas en préservant davantage les données relatives à la santé de la personne concernée, la commission a adopté, à l'initiative du rapporteur, un amendement COM-211 visant à préciser que **le certificat de contre-indication est transmis au médecin du travail compétent** qui informe l'employeur de la satisfaction à l'obligation vaccinale et à ouvrir cette possibilité au certificat de rétablissement.

Par ailleurs, en conséquence de la modification apportée à l'Assemblée nationale au II, le rapporteur estime nécessaire d'adapter la rédaction du III du présent article. En effet, les personnes concernées pour lesquelles le contrôle est réalisé par les ARS ne peuvent donner leur consentement préalable à la conservation du document qu'elles ne sont plus tenues de transmettre. Aussi, à l'initiative du rapporteur et suivant les recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), la commission a adopté un amendement COM-210 visant à prévoir la possibilité, pour les ARS et les employeurs, de conserver un relevé des résultats de leurs vérifications du statut vaccinal des personnes concernées. Tirant la conséquence d'un accès ouvert au fichier SI-Vaccin à une fin nouvelle, la commission a précisé l'information des personnes enregistrées dans la base SI-Vaccin de l'usage potentiel de leur statut vaccinal par l'ARS, cette information pouvant à tout le moins être faite sur le site internet de l'Assurance maladie.

En outre, concernant la conservation éventuelle de justificatifs de vaccination, la commission a souhaité, par le même amendement, prévoir une garantie de sécurisation de la conservation et une destruction des documents par l'employeur ou l'ARS à l'issue des obligations vaccinales.

Enfin, à l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement COM-213 visant à préciser, au sein du IV, que les agences régionales de santé sont chargées du contrôle du respect de l'obligation vaccinale des personnes n'étant pas salariés ou agents publics.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

Article 7
**Conséquences du manquement à l'obligation vaccinale
en matière d'activité**

Cet article fixe au 15 septembre 2021 la date à compter de laquelle l'ensemble des professionnels concernés devront s'être conformés à l'obligation vaccinale contre la covid-19 ou, à défaut, justifier d'une contre-indication médicale contre cette vaccination pour poursuivre leur activité.

Du lendemain de la publication de la loi à cette date, ces personnes bénéficieront d'un régime transitoire leur permettant de continuer à exercer leur activité à la condition de présenter le résultat négatif d'un examen de dépistage virologique, à défaut d'un justificatif de statut vaccinal ou d'un certificat de rétablissement valide.

Les personnes qui ne seront pas en mesure de présenter, à compter de l'entrée en vigueur de la loi, les justificatifs requis pour poursuivre leur activité seront suspendues de leurs fonctions ou de leur contrat de travail, sans rémunération. Les personnes qui ne présenteraient toujours pas les justificatifs requis pour exercer leur activité au-delà d'une période de suspension de plus de deux mois pourront être licenciées.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec modification.

I – Le dispositif proposé : les conséquences d'une interdiction d'exercer pour défaut de vaccination sur l'emploi, allant de la suspension des fonctions ou du contrat jusqu'au licenciement

A. Une obligation vaccinale qui doit devenir pleinement effective à compter du 15 septembre 2021, à défaut de contre-indication médicale à la vaccination

Le I de l'article 7 du projet de loi pose le principe selon lequel les professionnels soumis à l'obligation vaccinale contre la covid-19 devront, afin de pouvoir continuer à exercer leur activité à compter de l'entrée en vigueur de la loi, présenter l'un des documents mentionnés au I de l'article 6, à savoir :

- soit le document leur permettant d'établir, auprès de leur employeur, qu'ils satisfont à l'obligation vaccinale, c'est-à-dire soit le justificatif de statut vaccinal attestant d'un schéma vaccinal complet, soit un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19¹.

¹ En application du 3° de 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, ce certificat est délivré sur présentation d'un résultat positif à un test PCR réalisé plus de onze jours et moins de six mois avant la délivrance dudit certificat.

Il convient de rappeler, en effet, qu'il est recommandé aux personnes qui ont été contaminées par le SARS-CoV-2 de réaliser leur vaccination entre trois et six mois après leur infection¹, si bien qu'en cas d'infection intervenue à une date proche de l'entrée en vigueur de la loi, ces personnes ne seront pas en mesure de se voir administrer dans des délais suffisamment rapprochés la dose de vaccin nécessaire à l'obtention d'un statut vaccinal complet ;

- soit un certificat médical attestant d'une contre-indication à la vaccination contre la covid-19².

Afin néanmoins de permettre aux professionnels concernés de disposer du temps nécessaire pour se conformer à l'obligation vaccinale, le **1° du I** de l'article 7 du projet de loi prévoit un régime transitoire autorisant ceux qui n'auraient pas présenté à leur employeur l'un des documents décrits précédemment à continuer à exercer leur activité dans la période allant du lendemain de la publication de la loi jusqu'au 14 septembre 2021 à la condition de présenter le résultat négatif d'un examen de dépistage virologique en cours de validité, à savoir un test RT-PCR ou antigénique d'au plus 48 heures³. Dans son avis sur le projet de loi, le Conseil d'État a en effet recommandé que les mesures envisagées « *n'entrent en vigueur qu'à l'expiration d'un délai adéquat permettant aux personnes concernées de recevoir le nombre de doses requises* ».

Aux termes du **2° du I** de l'article 7 du projet de loi, cette période transitoire prendra fin le 15 septembre 2021, date à compter de laquelle l'ensemble des personnes concernées par l'obligation vaccinale devront, afin de continuer à exercer leur activité, présenter, à défaut du justificatif d'un statut vaccinal complet ou d'un certificat de contre-indication, « *le justificatif de l'administration des doses requises* » par le décret prévu au A du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

¹ Haute Autorité de santé, « Stratégie de vaccination contre le SARS-CoV-2 : vaccination des personnes ayant un antécédent de covid-19 », recommandations du 11 février 2021.

² Ces contre-indications restent très restreintes et ne sont pas, du reste, applicables à tous les vaccins autorisés. L'obtention d'un certificat médical de contre-indication générale à la vaccination suppose donc de cumuler ces contre-indications pour l'ensemble des vaccins autorisés, telles qu'une allergie à l'un des composants du vaccin, des saignements ou caillots à la suite d'une première injection dans le cas des vaccins d'AstraZeneca ou encore des antécédents de syndrome de fuite capillaire pour lesquels les vaccins d'AstraZeneca et de Janssen sont déconseillés.

³ Le 1° de 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 prévoit un résultat d'au plus 72 heures, mais l'article 47-1 du même décret prévoit un résultat d'au plus 48 heures.

Plutôt qu'une référence au justificatif de statut vaccinal attestant d'un schéma vaccinal complet, cette formulation permet ainsi à toute personne justifiant de l'administration des doses requises de continuer à exercer son activité tout en étant exemptée du délai, après l'administration de la dernière¹ dose, au terme duquel le schéma vaccinal est considéré comme complet².

Dans son avis sur le projet de loi, le Conseil d'État confirme la possibilité pour le législateur, dans un objectif de protection de la santé publique, de « *soumettre la poursuite de l'exercice de l'activité professionnelle des personnes [soumises à l'obligation vaccinale] à la transmission des documents établissant qu'elles respectent l'obligation vaccinale contre la covid-19* », en se fondant sur une jurisprudence³ du Conseil constitutionnel validant la conciliation opérée par le législateur entre le droit d'obtenir un emploi et les exigences constitutionnelles des dixième et onzième alinéas du préambule de 1946.

B. Les conséquences du non-respect de l'obligation vaccinale en matière d'activité

Le II de l'article 7 du projet de loi décrit, pour les salariés et les agents publics, les conséquences qu'empportent, pour leurs conditions d'emploi, la non-transmission à l'employeur des documents nécessaires à la poursuite de leur activité à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Dans l'hypothèse où le salarié ou l'agent public n'aurait pas présenté le document requis, il appartiendra à l'employeur de lui notifier, le jour-même où serait constatée cette non-présentation, la suspension de ses fonctions ou de son contrat de travail. Cette suspension s'accompagnera de l'interruption du versement de la rémunération et prendra fin dès que l'intéressé aura régularisé sa situation en présentant les justificatifs requis. Il est prévu que la personne devra être convoquée à un entretien, dans un délai maximal de cinq jours suivant la notification de la suspension, « *afin d'examiner avec elle les moyens de régulariser sa situation* ».

Il est prévu, en outre, que le fait pour un salarié ou un agent public de ne plus pouvoir exercer son activité pendant une durée supérieure à deux mois en raison du non-respect de l'obligation de transmission des documents requis pourra constituer un motif de cessation définitive des fonctions ou de licenciement.

¹ Ou de la dose unique en cas de schéma à une dose (vaccin Janssen ou vaccination à la suite d'une contamination).

² S'agissant du vaccin de Janssen, ce délai est de 28 jours après l'administration d'une seule dose et, s'agissant des autres vaccins, ce délai est de sept jours après l'administration de la seconde dose ou, pour les personnes déjà infectées, après l'administration d'une dose.

³ Conseil constitutionnel, décision n° 2011-119 QPC du 1^{er} avril 2011.

Pour mémoire, le Conseil d'État a rappelé, dans son avis sur le projet de loi, que les dispositions relatives à la suspension et à la cessation des fonctions des agents publics qui ne se seraient pas conformés à leur obligation vaccinale auraient dû, dès lors qu'elles concernent les trois versants de la fonction publique, être soumises pour avis au conseil commun de la fonction publique, en application de l'article 9 *ter* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et au conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, en vertu de l'article L. 6156-5 du code de la santé publique. Relevant néanmoins que la méconnaissance de ces obligations de saisine consultative n'est pas sanctionnée par le Conseil constitutionnel, il a invité le Gouvernement, en cas de maintien de ces dispositions dans le projet de loi, à en compléter la rédaction afin notamment de garantir le respect de la procédure contradictoire et des droits de la défense.

Enfin, le **III** de l'article 7 du projet de loi charge les agences régionales de santé de vérifier que les professionnels de santé libéraux et les professionnels dont l'usage du titre est réglementé – psychologues, ostéopathes, chiropracteurs, psychothérapeutes – qui ne leur auraient pas adressé les documents requis pour continuer à exercer leur activité ne méconnaissent pas l'interdiction d'exercer leur activité. Il est déduit de cette disposition, combinée à celles du I de l'article 7 du projet de loi, que, pour ces professionnels de santé, la non-transmission des documents requis emporte une interdiction immédiate d'exercer, sans qu'il soit besoin pour une autorité, administrative ou ordinaire, de la prononcer. La sanction pénale de la méconnaissance d'une telle interdiction d'exercer est précisée au I de l'article 8 du projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance, outre des amendements rédactionnels du rapporteur de la commission des lois, l'Assemblée nationale a adopté, à l'article 7 du projet de loi, un amendement du Gouvernement ayant reçu un avis favorable de la commission des lois et visant à préciser les conséquences sur la relation professionnelle du refus du professionnel soumis à l'obligation vaccinale de se conformer à cette exigence. Afin de tenir compte des différents régimes d'emploi, salarié ou statutaire, applicables selon que le professionnel est employé par une structure privée ou une personne publique, l'amendement réserve le II de l'article 7 du projet de loi aux conséquences du défaut de vaccination pour le salarié, et introduit un *II bis* consacré aux conséquences de ce défaut pour l'agent public, qu'il soit fonctionnaire ou contractuel.

Dans le souci de faciliter les démarches entreprises par les professionnels qui souhaiteraient régulariser leur situation, il a été précisé qu'ils pourront, avec l'accord de l'employeur, mobiliser des jours de repos conventionnels ou des jours de congés payés. La mobilisation de ces jours de congés est censée leur permettre d'engager ces démarches tout en conservant le bénéfice de leur rémunération en n'étant pas soumis, immédiatement après la constatation de leur impossibilité d'exercer, à une suspension de leurs fonctions ou de leur contrat. Il est prévu, en outre, que l'employeur devra convoquer le professionnel à un entretien destiné à examiner les conditions de sa régularisation dans le cas où l'interdiction d'exercer excède trois jours. Le délai maximal dans lequel cet entretien doit intervenir n'est, en revanche, pas précisé. Ces dispositions, inscrites au II et au nouveau II *bis* de l'article, sont valables aussi bien pour les salariés que les agents publics.

Conformément aux recommandations du Conseil d'État, le Gouvernement avait précisé, dans le projet de loi déposé, les garanties pour la personne concernée en cas de suspension, en prévoyant que celle-ci devait être notifiée sans délai et donner lieu à une convocation de l'intéressé par son employeur à un entretien destiné à examiner les moyens de régulariser sa situation. En revanche, les dispositions du projet de loi initial relatives au motif de licenciement tiré du non-respect de l'obligation vaccinale à l'issue d'une période de suspension supérieure à deux mois n'avaient pas été complétées pour tenir compte des suggestions du Conseil d'État. Celui-ci a en effet estimé indispensable, pour les salariés, « *de rendre applicable à ce nouveau motif de licenciement les procédures prévues pour le licenciement mentionné à l'article L. 1232-1 du code du travail et, pour les salariés protégés, aux dispositions du livre IV de la deuxième partie du code du travail* », et d'étendre les mêmes types de garanties aux agents publics.

En conséquence, l'amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale précise les contours du motif de licenciement tiré du non-respect par le professionnel de l'obligation de présenter les justificatifs requis pour poursuivre son activité, ainsi que les modalités de la procédure de licenciement susceptible d'être engagée au-delà d'une période de deux mois d'interdiction d'exercer son activité.

En premier lieu, il est précisé que la rupture du contrat, dans le cas d'un salarié ou d'un agent contractuel de la fonction publique, ou la cessation définitive de fonctions, dans le cas d'un fonctionnaire, ne peut être envisagée que si le professionnel est interdit d'exercer son activité pour défaut de vaccination « *pour une durée cumulée supérieure à l'équivalent de deux mois de journées travaillées* ».

S'agissant des salariés du secteur privé, cette impossibilité d'exercer pendant une durée supérieure à deux mois *« peut être un motif spécifique constituant une cause réelle et sérieuse de licenciement »*, aux termes de la nouvelle rédaction. Pour mémoire, la cause réelle et sérieuse est nécessaire pour justifier un licenciement pour motif personnel, en application de l'article L. 1232-1 du code du travail. Ce licenciement ne peut alors être prononcé qu'à l'issue de la procédure décrite au chapitre II du titre III du livre II de la première partie du code du travail. Pour les salariés protégés, la procédure de licenciement doit respecter les dispositions du livre IV de la deuxième partie du code du travail. En l'espèce, la rédaction issue de l'amendement du Gouvernement ne prévoit pas, en cas de licenciement d'un salarié en contrat à durée indéterminée (CDI), de dispenser l'employeur d'observer les délais de préavis applicables, qui sont fonction de l'ancienneté du salarié, ni d'exclure le salarié du bénéfice de l'indemnité de licenciement prévu pour tout licenciement non motivé par une faute grave.

L'amendement du Gouvernement prévoit, en outre, par dérogation au principe posé à l'article L. 1243-1 du code du travail selon lequel un contrat à durée déterminée (CDD) ne peut être rompu avant l'échéance du terme, que le CDD du salarié qui se trouvera en situation d'interdiction d'exercer pour défaut de vaccination pour une durée supérieure à deux mois pourra faire l'objet d'une rupture anticipée selon les mêmes modalités que celles prévues pour le salarié en CDI faisant l'objet d'une procédure de licenciement. Toutefois, il est précisé que le salarié en CDD ne bénéficiera pas, en cas de rupture anticipée de son contrat, des dommages et intérêts prévus à l'article L. 1243-4 du code du travail, mais conservera le bénéfice de l'indemnité de fin de contrat prévue à l'article L. 1243-8 du même code, déduction faite de la période pendant laquelle son contrat aura été suspendu en raison de son interdiction d'exercer.

Par parallélisme, le contrat de mission du salarié temporaire pourra, par dérogation à l'article L. 1251-26 du code du travail, être rompu avant l'échéance du terme à l'initiative de l'entreprise de travail temporaire après observation d'une procédure analogue à celle prévue en cas de licenciement d'un salarié en CDI. Le salarié temporaire pourra alors bénéficier de l'indemnité de fin de mission, à l'exclusion de la période de suspension de son contrat consécutive à son interdiction d'exercer.

Le *II bis* de l'article 7 du projet de loi, introduit par l'amendement du Gouvernement, précise les conditions dans lesquelles une impossibilité d'exercer pour non-présentation des justificatifs requis au-delà d'une période de deux mois pourra justifier la cessation définitive des fonctions du professionnel, s'il est fonctionnaire, ou la rupture de son contrat, s'il est agent contractuel. Pour mémoire, la loi dite « Le Pors » du 13 juillet 1983¹, définissant le statut des fonctionnaires, se contente de mentionner, à son article 24, le licenciement comme l'une des situations dont résulte la cessation définitive de fonctions, sans en définir les modalités et la procédure.

En conséquence, le *II bis* prévoit que la mesure de cessation de fonctions ou de rupture du contrat est prononcée après convocation, par tout moyen conférant date certaine, à un entretien préalable et information de l'agent de ce qu'il peut se faire assister par les défenseurs de son choix. L'agent public, qu'il soit titulaire ou contractuel, disposera d'un délai de dix jours francs pour présenter ses observations avant la tenue de l'entretien. À l'issue de cet entretien, la décision devra lui être notifiée par tout moyen, en précisant le motif retenu ainsi que la date à laquelle intervient la cessation définitive des fonctions ou la rupture du contrat.

III - La position de la commission

- La commission a adopté un amendement COM-215 tendant à clarifier la rédaction du I de l'article 7 du projet de loi. Il apparaît en effet nécessaire de rendre plus intelligibles les conditions dans lesquelles les personnes soumises à l'obligation vaccinale pourront poursuivre leur activité professionnelle, selon qu'elles se situent dans la période transitoire comprise entre l'entrée en vigueur de la loi et le 15 septembre 2021, ou après cette période.

Par ailleurs, il convient de tenir compte des tensions d'approvisionnement qui sont susceptibles de peser sur l'accès à la vaccination des professionnels soumis à l'obligation vaccinale et des difficultés que ces derniers pourraient rencontrer pour obtenir un rendez-vous vaccinal afin de se conformer à cette exigence. Ces difficultés ont vocation à s'aggraver face à l'augmentation des demandes de rendez-vous consécutives à l'extension du passe sanitaire et à d'éventuelles tensions sur la disponibilité des soignants pour administrer les doses en période estivale.

¹ Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Selon des données communiquées par la direction générale de la santé à la presse¹, les volumes de livraison à la France de vaccins attendus seraient de 9,6 millions de doses d'ici la fin du mois juillet, et de 14 millions de doses avant la fin du mois d'août. Cumulées avec les stocks disponibles de vaccins, la France devrait disposer, d'ici à la fin de l'été, d'un peu moins de 33 millions de doses. Or 48 millions de doses seraient requises afin de vacciner complètement les personnes éligibles et encore non immunisées. Ces besoins pourraient, en outre, s'accroître dans le cas où une dose de rappel serait requise.

Dans cette logique, l'amendement COM-215 prévoit que :

- pour la période allant de l'entrée en vigueur de la loi jusqu'au 14 septembre 2021, les professionnels pourront continuer d'exercer leur activité, même s'ils ne présentent pas un justificatif de statut vaccinal complet ou un certificat de rétablissement complet, en présentant soit le résultat négatif d'un test virologique - facilité déjà prévue par le projet de loi -, soit le justificatif de l'administration des doses requises sans être tenus d'être testés jusqu'à l'expiration de la période prévue par la réglementation pour bénéficier d'un statut vaccinal complet - en l'espèce, 28 jours après l'administration d'une dose du vaccin Janssen ou sept jours après l'administration de la deuxième dose des autres vaccins autorisés ou de la dose unique requise pour les personnes déjà infectées ;

- à compter du 15 septembre 2021, les professionnels pourront, à titre dérogatoire jusqu'au 15 octobre 2021, continuer d'exercer même s'ils ne justifient pas de l'ensemble des doses requises en cas de schéma vaccinal comprenant plusieurs doses, à la condition de justifier de l'administration d'au moins une des doses requises par la réglementation, sous réserve de présenter le résultat, pour sa durée de validité, d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19. À l'issue de cette période dérogatoire, tous les professionnels concernés par l'obligation vaccinale devront, pour continuer à exercer, justifier soit de l'administration des doses requises, soit d'une contre-indication médicale à la vaccination.

En outre, la commission relève qu'aux termes du I de l'article 6 et du I de l'article 7 du projet de loi dans sa version transmise par l'Assemblée nationale, la présentation d'un certificat médical de contre-indication à la vaccination suffira aux personnes concernées pour continuer à exercer leur activité professionnelle. Or, faute d'obligation de dépistage régulier permettant d'établir l'absence de contamination, ces personnes peuvent présenter un risque d'exposition des personnes fragiles, avec lesquelles elles pourraient être amenées à entrer en contact dans le cadre de leur activité, à une infection par le SARS-CoV-2 pouvant entraîner le développement d'une forme grave ou sévère de la covid-19.

¹ Felicia Sideris, « Ruée sur le vaccin : la France a-t-elle les moyens de fournir des doses à tout le monde ? », article publié le 17 juillet 2021 sur www.lci.fr.

Toutefois, elle rappelle que l'employeur conserve la possibilité, sur proposition du médecin du travail, de mettre en œuvre, pour les salariés ou agents publics justifiant d'une contre-indication à la vaccination, des aménagements, adaptations ou transformations de poste ou des exigences de protection ou de dépistage, proportionnés au risque de contamination par le SARS-CoV-2 de personnes fragiles avec lesquelles ces salariés ou agents publics sont susceptibles d'être en contact.

- Attachée à l'effectivité du respect de l'obligation vaccinale pour les professionnels concernés, la commission entend assurer des sanctions proportionnées pour ceux qui persisteraient à ne pas se conformer à cette exigence. À cet égard, elle estime que la suspension des fonctions ou du contrat de travail, assortie d'une interruption du versement de la rémunération, constitue la sanction la plus équilibrée, de nature à inciter les professionnels les plus réticents à rejoindre les rangs de leurs collègues vaccinés.

À l'heure actuelle, les suspensions du contrat de travail sont :

- soit prononcées en cas de congé pour maladie, maternité, paternité ou adoption, de congé parental d'éducation, de congé pour accident du travail ou maladie professionnelle, de congé au titre de la formation professionnelle continue, de congé de reclassement, de chômage partiel, ou encore de congé de conversion ou de reconversion. Visant à permettre le retour de l'employé sur son poste, les suspensions décidées dans ces hypothèses peuvent, sous conditions, être indemnisées. Lorsqu'elles sont décidées pour permettre le bénéfice d'autres types de congés - tels que le congé pour création ou reprise d'entreprise, le congé sans solde, le congé sabbatique avec projet professionnel, le congé pour enfant malade ou le congé pour intempéries ou catastrophe naturelle -, les suspensions n'ouvrent généralement pas droit à indemnisation ;

- soit assimilées à une sanction dans le cadre d'une mise à pied disciplinaire. Dans cette hypothèse, la suspension, au même titre que d'autres sanctions disciplinaires, est entourée de garanties de procédure précisées aux articles suivants du code du travail :

- o l'article L. 1332-1 du code du travail prévoit qu'aucune sanction ne peut être prise à l'encontre du salarié sans que celui-ci soit informé, dans le même temps et par écrit, des griefs retenus contre lui ;

- o l'article L. 1332-2 du même code contraint l'employeur à convoquer le salarié pour une audition en cas de sanction, immédiate ou non, ayant une incidence sur la présence dans l'entreprise, la fonction, la carrière ou la rémunération. L'entretien doit être l'occasion pour l'employeur d'indiquer le motif de la sanction et de recueillir les explications du salarié. La sanction doit être motivée et notifiée.

La commission considère indispensable de garantir l'information sans délai du professionnel qui, par son refus de vaccination, se place de son propre fait dans l'impossibilité de poursuivre son activité. Par conséquent, l'information doit porter sur les conséquences que cette situation fait peser sur la relation de travail ainsi que sur les moyens permettant au professionnel de régulariser sa situation. Cette information doit, par conséquent, être communiquée au professionnel dès la constatation par l'employeur de l'absence de présentation par le professionnel des justificatifs lui permettant de poursuivre son activité.

En revanche, la commission ne partage pas l'analyse du Conseil d'État qui, dans son avis sur le projet de loi, recommande d'assortir la suspension des fonctions ou du contrat de garanties comprenant, outre l'information sans délai du professionnel, la convocation à un entretien permettant d'examiner les moyens de régulariser la situation. En effet, la commission rappelle que la suspension des fonctions ou du contrat de travail ne peut s'entendre comme une sanction disciplinaire : elle résulte d'une situation extérieure à l'entreprise ou à l'établissement qui s'impose à l'employeur - à savoir le choix du professionnel de ne pas se conformer à une obligation vaccinale légale - et sur laquelle l'employeur n'a aucun moyen d'agir.

Le choix du professionnel de ne pas se faire vacciner ne peut, du reste, être assimilé à une faute. La rédaction de l'article 7 du projet de loi s'inscrit précisément dans le sens de cette lecture : l'impossibilité pour le professionnel d'exercer pour défaut de vaccination pour une durée supérieure à deux mois est en effet assimilée à une cause réelle et sérieuse de licenciement pour motif personnel, et non à une situation justifiant un licenciement pour faute. Or la mise en œuvre d'un entretien au début de l'interdiction d'exercer ne fait qu'entretenir une confusion avec les entretiens préalables qui doivent être mis en œuvre préalablement à un licenciement et qui, eux, doivent permettre au salarié de faire valoir ses explications dans un cadre contradictoire.

Dans ces conditions, la commission considère que la suspension du contrat est une conséquence qui s'impose tant à l'employeur qu'au professionnel, liée à la situation d'interdiction d'exercer résultant du refus de vaccination. À cet égard, la mise en œuvre d'un entretien n'apporte aucune garantie supplémentaire au professionnel et ne peut, dans les faits, donner lieu à un échange contradictoire entre l'employeur et le professionnel. La commission a donc adopté un amendement COM-216 supprimant l'obligation pour l'employeur de mettre en œuvre cet entretien et posant l'obligation pour l'employeur, dès la constatation de la non-présentation des justificatifs requis pour la poursuite de l'activité, d'informer sans délai et par tout moyen le professionnel des conséquences qu'emporte cette situation sur son emploi, notamment la suspension du contrat de travail qui en découle mais aussi les moyens dont dispose le professionnel pour régulariser sa situation.

Par l'amendement COM-216, la commission a également précisé les conséquences qu'emporterait une suspension en termes de droits pour le professionnel. Elle a ainsi rappelé que la suspension ne peut être assimilée à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par les intéressés au titre de leur ancienneté. En outre, elle a souhaité maintenir, pour le salarié ou l'agent public suspendu, le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles il a souscrit, notamment les garanties minimales prévues à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, ainsi que, le cas échéant, les garanties destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès. Ces dispositions seront d'ordre public et il ne pourra y être dérogé par voie contractuelle.

La commission estime, par ailleurs, que la suspension des fonctions ou du contrat de travail, avec interruption du versement de la rémunération, constitue déjà une sanction disciplinaire de nature à inciter fortement les professionnels les plus réticents à se conformer à l'obligation vaccinale. En effet, l'absence de rémunération devrait suffire à amener le professionnel à faire, de lui-même, un choix et à l'assumer : soit régulariser sa situation en se conformant à son obligation vaccinale afin de reprendre son activité et percevoir sa rémunération ; soit démissionner.

En conséquence, par l'amendement COM-216, la commission a supprimé la création d'un motif spécifique de licenciement qui pourrait être tiré de l'impossibilité pour le professionnel d'exercer son activité pour une durée supérieure à deux mois, en raison du non-respect de l'obligation vaccinale.

- La commission rappelle, par ailleurs, que les professionnels de santé qui ne se soumettraient pas à l'obligation vaccinale exposent leurs patients vulnérables à des risques de développer des formes potentiellement graves de la covid-19. De surcroît, par un tel comportement, ils contreviennent à l'obligation déontologique qui est la leur de ne pas nuire¹ - « *primum non nocere* » - et manquent à leur devoir d'exemplarité. Aussi, sur proposition du rapporteur, la commission a-t-elle adopté un amendement COM-217 chargeant l'agence régionale de santé de signaler au conseil de l'ordre de rattachement les professionnels de santé qui feraient l'objet d'une interdiction d'exercer en raison de non satisfaction à l'obligation vaccinale constatée sur plus de trente jours.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Par le serment d'Hippocrate, les médecins s'engagent à intervenir pour protéger les personnes « si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité ».

Article 7 bis

**Consultation du comité social et économique
sur les modalités de mise en œuvre par l'employeur
du contrôle du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale**

Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, prévoit une information sans délai et une consultation par l'employeur du comité social et économique (CSE) sur les modalités de mise en œuvre du contrôle du passe sanitaire pour l'accès à l'entreprise et, le cas échéant, du respect de l'obligation vaccinale, lorsque ces modalités affectent l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé : la possibilité pour l'employeur de consulter le comité social et économique sur les modalités, après leur mise en œuvre, de contrôle du passe sanitaire et du respect de l'obligation vaccinale

Inséré en séance à l'Assemblée nationale à la faveur d'un amendement du Gouvernement ayant reçu l'avis favorable de la commission des lois, l'article 7 bis prévoit que, dans les entreprises dans lesquelles les modalités de mise en œuvre des obligations prévues au 2° du A du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de la crise sanitaire - qui subordonnent l'accès à certains lieux, établissements ou événements impliquant de grands rassemblements de personnes à la présentation du passe sanitaire - et de l'obligation vaccinale prévue au I de l'article 5 du projet de loi affectent l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise, le CSE est informé et consulté sur ces modalités.

Si l'employeur sera tenu d'informer sans délai le CSE de ces modalités, ce dernier pourra être consulté et rendre un avis postérieurement à la mise en œuvre des mesures de contrôle des obligations précitées, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la mise en œuvre desdites mesures.

En l'état du droit en vigueur, dans les entreprises de plus de 50 salariés, le CSE est déjà informé et consulté, en application de l'article L. 2312-8 du code du travail, sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise. L'article 7 bis du projet de loi a donc pour effet d'étendre aux entreprises de onze salariés ou plus et de moins de 50 salariés une obligation d'information et de consultation de leur CSE sur ces sujets dans l'hypothèse où ils seraient affectés par la mise en œuvre de mesures de contrôle du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale.

De manière générale, l'information et la consultation du CSE est soumise à des règles de procédure et de délai. Le CSE dispose ainsi d'un délai d'un mois – porté à deux mois en cas de recours à expert – afin de se prononcer pour avis à compter de la mise à disposition des informations nécessaires à la consultation, sauf délai spécifique prévu par la loi¹. L'avis du CSE doit être préalable à la décision de l'employeur. L'article 7 bis du projet de loi permet par conséquent à l'employeur de déroger au principe de consultation du CSE préalablement à la mise en œuvre des mesures envisagées.

Pour mémoire, pendant la crise sanitaire, certains délais, tels que le délai de communication de l'ordre du jour avant la réunion du CSE, ont été réduits par une ordonnance du 22 avril 2020² et un décret du 2 mai 2020³. En outre, il a été prévu que l'avis du CSE puisse être rendu *a posteriori* lorsqu'un employeur fait usage, sur la base d'un accord d'entreprise, de la faculté d'imposer aux salariés la prise de jours de repos⁴.

II - La position de la commission

S'agissant des établissements publics de santé, les comités sociaux d'établissement ne seront mis en place qu'en 2022, à l'occasion du prochain renouvellement des instances de dialogue social. Quant aux actuels comités techniques d'établissement – qui ont vocation à être remplacés par les comités sociaux d'établissement –, leur fonctionnement est entièrement déterminé dans la partie réglementaire du code de la santé publique⁵. Il appartiendra donc au pouvoir réglementaire de prévoir, le cas échéant, les modalités d'information et de consultation du comité technique d'établissement et de la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

¹ Articles R. 2312-5 et R. 2312-6 du code du travail.

² Ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l'épidémie de covid-19.

³ Décret n° 2020-508 du 2 mai 2020 adaptant temporairement les délais relatifs à la consultation et l'information du comité social et économique afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19.

⁴ Aux termes de l'article 5 de l'ordonnance n° 2020-323 du 25 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière de congés payés, de durée du travail et de jours de repos, « l'employeur qui use de la faculté offerte aux articles 2, 3 ou 4 de la présente ordonnance en informe le comité social et économique sans délai et par tout moyen. L'avis du comité est rendu dans le délai d'un mois à compter de cette information. Il peut intervenir après que l'employeur a fait usage de cette faculté. »

⁵ Article L. 6144-3 du code de la santé publique dans sa rédaction du 29 janvier 2017 au 8 août 2019.

Un aménagement des conditions de consultation du CSE sur des mesures de nature à affecter l'organisation et la marche générale de l'entreprise peut se justifier par l'applicabilité directe des obligations liées au contrôle du passe sanitaire et de l'obligation, notamment pour permettre que cette consultation puisse s'effectuer postérieurement à la mise en œuvre de ces mesures de contrôle.

Pour rappel, les attributions du CSE sont définies en fonction de l'effectif de l'entreprise. Or, aux termes de l'article L. 2312-5 du code du travail, la délégation du personnel au CSE des entreprises d'au moins onze salariés et de moins de 50 salariés a pour mission de présenter à l'employeur les réclamations individuelles ou collectives des salariés relatives aux salaires, à l'application du code du travail et des autres dispositions légales ainsi que des conventions et accords applicables en l'entreprise. Elle contribue également à promouvoir la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail. En revanche, à la différence du CSE des entreprises de 50 salariés ou plus, le CSE des entreprises d'au moins onze salariés et de moins de 50 salariés n'est pas appelé à être informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise.

Dans ces conditions, la commission a clarifié, par un amendement COM-218, la rédaction de l'article 7 *bis* du projet de loi afin de préciser que, dans les entreprises et établissements d'au moins cinquante salariés, l'employeur informe sans délai et par tout moyen le comité social et économique des mesures de contrôle des salariés résultant de la mise en œuvre des obligations en matière de contrôle du passe sanitaire (tant pour les salariés et les personnes extérieures à l'entreprise ou établissement) et de l'obligation vaccinale.

Par ailleurs, elle a ramené de deux à un mois le délai maximal dans lequel le CSE devra se prononcer pour avis sur les mesures communiquées par l'employeur. En effet, en l'absence de disposition législative expresse, l'article R. 2312-6 du code du travail prévoit pour le CSE un délai d'un mois à compter de l'information par l'employeur pour se prononcer¹. Or rien ne semble justifier, au vu de la situation actuelle, de déroger au délai de droit commun d'un mois pour le rendu de l'avis du CSE, dès lors que le fonctionnement des entreprises est moins perturbé que pendant les périodes précédentes de fortes restrictions sanitaires.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Porté à deux mois en cas d'intervention d'un expert, voire à trois mois en cas d'intervention d'une ou plusieurs expertises en cas de consultation se déroulant au niveau du CSE central et de plusieurs CSE d'établissement.

Article 8

Sanctions pénales prévues dans le cadre de l'obligation vaccinale

Cet article définit les sanctions pénales applicables aux professionnels qui méconnaîtraient leur interdiction d'exercer et celles applicables aux employeurs qui méconnaîtraient leur obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale des professionnels placés sous leur responsabilité.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec modification.

I - Le dispositif proposé : des sanctions pénales qui visent à renforcer l'effectivité du respect et du contrôle de l'obligation vaccinale

A. Les sanctions pénales de la méconnaissance de l'interdiction d'exercer : un complément indispensable à l'impossibilité de poursuivre son activité

Le I de l'article 8 du projet de loi détermine les sanctions pénales applicables aux professionnels qui méconnaissent l'interdiction qui leur est faite, en application du I de l'article 7 du projet de loi, de continuer à exercer leur activité s'ils ne présentent pas les justificatifs requis pour la poursuivre. Cette méconnaissance sera punie dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 3136-1 du code de la santé publique pour le fait pour toute personne de se rendre dans un établissement recevant du public (ERP) en méconnaissance d'une mesure édictée sur le fondement du 5° du I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique.

Pour rappel, l'article L. 3136-1 du code de la santé publique punit le fait pour une personne de se rendre dans un ERP faisant l'objet, en application du 5° de l'article L. 3131-15 du même code, d'une fermeture administrative provisoire ou d'une ouverture règlementée de l'amende prévue pour les contraventions de 4^e classe, soit 135 euros. En cas de récidive au-delà de trois violations verbalisées dans un délai de trente jours, cette sanction peut être portée, en application du troisième alinéa de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique, les faits peuvent être punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, ainsi que d'une peine complémentaire de travail d'intérêt général.

B. Les sanctions pénales à l'encontre des employeurs qui méconnaissent l'obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale par les personnes soumises à cette obligation et placées sous leur responsabilité

Le II de l'article 8 du projet de loi détermine les sanctions pénales applicables en cas de méconnaissance, par l'employeur, de l'obligation, qui s'impose à lui en application du IV de l'article 6 du projet de loi, de contrôler le respect de l'obligation vaccinale prévue au I de l'article 5 du projet de loi par les personnes placées sous leur responsabilité. Cette méconnaissance sera punie de l'amende prévue pour les contraventions de 5^e classe, soit un montant de 1 500 euros conformément à l'article 131-13 du code pénal. Toutefois, cette contravention pourra faire l'objet d'une procédure d'amende forfaitaire en application de l'article 529 du code de procédure pénale, qui ramènerait le montant de l'amende à 200 euros. En cas de récidive au-delà de trois violations verbalisées dans un délai de trente jours, les faits seront punis d'un an d'emprisonnement et de 9 000 euros d'amende.

Par ailleurs, il est prévu d'exempter de ces sanctions les particuliers employeurs bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui recourent aux services de professionnels d'aide à domicile.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance, l'Assemblée nationale a modifié l'article 8 du projet de loi par l'adoption d'un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission

- La commission prend acte du choix opéré du Gouvernement de ne pas sanctionner les particuliers employeurs, tributaires de l'APA et de la PCH, qui recourent aux services de salariés à domicile qui seront soumis, en application du 5^o du I de l'article 5 du projet de loi à l'obligation vaccinale contre la covid-19. Il convient de souligner que ces salariés s'exposent, s'ils poursuivent leur activité en méconnaissance d'une interdiction d'exercer, aux sanctions pénales prévues au I de l'article 8 du projet de loi.

- La commission a adopté un amendement COM-219 précisant que les infractions aux prescriptions des articles 5, 6 et 7 du projet de loi seront recherchées et constatées par les mêmes agents que ceux qui sont aujourd'hui chargés de rechercher et constater les infractions aux prescriptions en matière de lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles, notamment s'agissant du respect de l'obligation vaccinale mentionnée à l'article 3111-4 du code de la santé publique¹.

Mentionnés au premier alinéa de l'article L. 1312-1 du code de la santé publique, ces agents comprennent les officiers et agents de police judiciaire, ainsi que les agents mentionnés aux articles L. 1421-1² et L. 1435-7³ du code de la santé publique, ou des agents des collectivités territoriales habilités et assermentés dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Ces fonctionnaires et agents disposent des pouvoirs et prérogatives d'inspection et de contrôle prévus aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3 du code de la santé publique.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ L'article L. 3116-1 du code de la santé publique étend à la constatation des infractions à l'article L. 3111-4 du même code, relatif à l'obligation pour les soignants d'être vaccinés contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, les dispositions du chapitre II du titre I^{er} du livre III de la première partie du même code.

² C'est-à-dire les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les ingénieurs du génie sanitaire, les ingénieurs d'études sanitaires et les techniciens sanitaires.

³ C'est-à-dire les agents, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnels de l'agence, qui sont reconnus aptes à exercer des missions de contrôle et d'inspection.

Article 9

Autorisation d'absence pour se rendre à un rendez-vous de vaccination

Cet article prévoit une autorisation d'absence sans perte de congés ni de rémunération pour un salarié se rendant à un rendez-vous lié à sa vaccination.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article modifié par l'amendement du rapporteur.

I - Le dispositif proposé : un dispositif d'autorisation d'absence pour rendez-vous vaccinal destiné à faciliter la vaccination des travailleurs

Le **premier alinéa** prévoit une **autorisation d'absence accordée aux salariés et agents publics pour se rendre aux rendez-vous médicaux liés aux vaccinations contre le SARS-CoV-2.**

Le **second alinéa** précise la **neutralité de ces absences sur la rémunération, sur le temps de travail** - ces absences étant décomptées comme travail effectif -, sur le droit à congés et sur les autres droits acquis au regard de l'ancienneté.

La rédaction reprend celle prévue à l'article L. 1225-16 du code du travail relatif au régime d'autorisation d'absence dont bénéficient les salariées au titre de la surveillance médicale de la grossesse et prévoyant une autorisation d'absence pour les rendez-vous médicaux obligatoires prévus par le code de la santé publique, et au régime d'autorisation d'absence destiné à la femme et à son conjoint engagés dans un parcours de procréation médicale assistée.

Cet article, dont la rédaction au stade de l'avant-projet ne visait que les seuls salariés, consacre également dans la loi le bénéfice pour les agents publics de l'autorisation d'absence pour motif vaccinal. Concernant la fonction publique, il convient de souligner qu'afin d'encourager la vaccination des agents publics contre la covid-19, deux circulaires en date du 5 juillet 2021¹, diffusées par le ministère de la transformation et de la fonction publiques et le ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, ont précisé les modalités d'octroi d'autorisations spéciales d'absence dans les fonctions publiques d'État et territoriale pour la vaccination contre la covid-19.

¹ Circulaire du 5 juillet 2021 du ministère de la transformation et de la fonction publiques relative aux autorisations spéciales d'absence dans la fonction publique de l'État pour la vaccination contre la covid-19 (NOR : TFPF2120695C) ; circulaire du 5 juillet 2021 du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales relative aux modalités d'octroi d'autorisations spéciales d'absence dans la fonction publique territoriale pour la vaccination contre la covid-19.

Modalités d'octroi d'autorisations spéciales d'absence dans la fonction publique pour la vaccination contre la covid-19

Il est tout d'abord rappelé, dans la circulaire précitée du ministère de la transformation et de la fonction publiques, que **la vaccination peut être organisée directement par l'employeur public** en mobilisant soit les professionnels de santé intervenant habituellement auprès des agents publics – notamment les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail des services de médecine de prévention ou des services de santé au travail conventionnés avec des collectivités territoriales ou des établissements de santé publics –, soit des professionnels de santé salariés de prestataires et intervenant dans le cadre d'opérations de prévention en milieu professionnel. Cette circulaire¹ rappelle que « *la vaccination effectuée dans ce cadre s'opère sur le temps de travail de l'agent et ne donne pas lieu à récupération* ».

En revanche, lorsque la vaccination est effectuée en dehors du cadre professionnel, notamment dans un centre de vaccination ou auprès d'un médecin généraliste, les chefs de service doivent octroyer une autorisation spéciale d'absence à leurs agents « *pour la durée strictement nécessaire à l'accomplissement de cette démarche et sous réserve de présentation d'un justificatif de rendez-vous vaccinal* ».

Il est, en outre, précisé que **des autorisations spéciales d'absence doivent être accordées aux agents qui en font la demande en raison d'effets secondaires importants consécutifs à une vaccination contre la covid-19**. Il n'est pas nécessaire que l'agent présente à son employeur un certificat médical attestant de ces effets secondaires : seule est requise une attestation sur l'honneur indiquant qu'il n'est pas en mesure de travailler.

Enfin, dans un souci de facilitation de la vaccination des jeunes de moins de 18 ans, la circulaire du ministère de la transformation et de la fonction publiques prévoit la possibilité d'**accorder une autorisation spéciale d'absence aux agents publics qui accompagnent leur enfant de plus de 12 ans à leur rendez-vous vaccinal**, pour la durée strictement nécessaire à cette démarche et sous réserve de la présentation d'un justificatif de rendez-vous vaccinal.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

¹ Dont les prescriptions ont vocation à s'appliquer dans l'ensemble de la fonction publique.

III - La position de la commission

La vaccination contre la covid-19 est ouverte **depuis le 31 mai 2021 en France à toute personne de plus de 18 ans, sans critère d'âge ni d'état de santé**. Depuis cette date, le nombre de créneaux de vaccination disponibles permettait à toute personne désireuse de se faire vacciner de réaliser cette vaccination *a priori* sans difficulté en dehors de ses horaires de travail.

En outre, par une ordonnance du 2 décembre 2020¹, les services de santé au travail sont appelés à « *participe[r] à la lutte contre la propagation de la covid-19, notamment par [...] la participation aux actions de dépistage et de vaccination définies par l'État* ». Du reste, l'article L. 3111-1 du code de la santé publique prévoyait déjà que les médecins du travail participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. Dans certaines entreprises, une **vaccination est ainsi proposée par les services de santé au travail**.

En effet, conformément aux recommandations du 2 février et du 12 mars 2021 de la Haute Autorité de santé, les vaccins AstraZeneca, Janssen et Moderna sont utilisés pour la vaccination de la population en dehors des centres de vaccination (« en ville »). Les médecins du travail et infirmiers du travail ont désormais la possibilité de vacciner des salariés volontaires des entreprises adhérentes. Ils se procureront le vaccin AstraZeneca, Janssen ou Moderna auprès d'une officine référente de leur choix. Un protocole de la direction générale du travail, en date du 14 avril 2021, est venu préciser les modalités de la vaccination par les services de santé au travail au moyen des vaccins AstraZeneca et Janssen. Il y est rappelé qu'aucune décision d'inaptitude ne peut être tirée du seul refus du salarié de se faire vacciner.

Aussi, alors que de nombreuses possibilités de vaccination étaient ou sont déjà accessibles, cette disposition n'apparaît pas strictement nécessaire au bon développement de la campagne vaccinale. En outre, il aurait pu sembler utile de préciser que l'autorisation d'absence devra être accordée pour la durée strictement nécessaire à l'accomplissement de cette démarche et sous réserve de la présentation d'un justificatif de rendez-vous vaccinal. Le rapporteur a néanmoins écarté cette option, un tel encadrement n'étant pas prévu pour les autres autorisations d'absence pour rendez-vous médicaux. Surtout, alors que les autorisations d'absence aujourd'hui en vigueur sont liées à des rendez-vous médicaux légalement obligatoires, l'article proposé prévoit une autorisation pour l'ensemble des salariés et non pour les seuls soumis à l'obligation vaccinale ou à l'obligation de présentation des justificatifs prévus à l'article 1^{er} ou « passe sanitaire ».

¹ Ordonnance n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire.

Si la commission estime que le champ de l'article aurait pu utilement **se limiter aux seuls salariés soumis à une contrainte vaccinale - vaccination obligatoire ou passe sanitaire - dans leur activité professionnelle**, elle considère que cette mesure **participe de l'encouragement global à la vaccination de la population générale** dans une période de renforcement des exigences et de tension éventuelle sur les créneaux de vaccination.

Dans cette même logique, le rapporteur s'est interrogé sur la pertinence, par analogie avec les facilités accordées par circulaire aux agents publics, d'étendre aux salariés le bénéfice d'une autorisation d'absence sans conséquence sur leur rémunération et leur temps de travail afin de leur permettre d'accompagner à un rendez-vous vaccinal ceux de leurs enfants à charge qui sont éligibles à la vaccination contre la covid-19 - soit, à l'heure actuelle, les mineurs de plus de douze ans.

En effet, dans son avis précité du 6 juillet 2021, le conseil scientifique insiste sur la nécessité de renforcer la couverture vaccinale des adolescents de 12 à 17 ans, en rappelant que « *la vaccination des adolescents pourrait contribuer de façon importante au contrôle de l'épidémie* »¹ et en soulignant les enjeux sociaux et éthiques que susciterait l'application de protocoles sanitaires en milieu scolaire pour les enfants et adolescents qui retourneraient à l'école à l'automne et qui seraient nécessairement plus stricts que ceux appliqués aux adultes vaccinés.

Aussi, à l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement COM-220 visant à appliquer ce régime d'autorisation d'absence aux rendez-vous de vaccination contre la covid-19 des mineurs dont le salarié ou l'agent public est le parent ou le représentant légal.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

¹ Selon l'avis précité du conseil scientifique du 6 juillet 2021, « pour une couverture vaccinale de 70 % chez les 18-59 ans et 90 % chez les plus de 60 ans, la vaccination de 50 % des adolescents de 12-17 ans permettrait de réduire la taille du pic de 53 % pour un $R_0=4$ et de 33 % pour un $R_0=5$ ».

Article 10

Extension à la réparation des préjudices imputables à la vaccination obligatoire contre la covid-19 du régime d'indemnisation des dommages résultant des vaccinations obligatoires existantes

Cet article prévoit la réparation intégrale des préjudices directement imputables à la vaccination obligatoire contre la covid-19 par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), selon le même mécanisme de réparation aujourd'hui applicable aux préjudices imputables aux autres vaccinations obligatoires auxquelles sont soumis les professionnels de santé.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : l'alignement du dispositif de réparation des préjudices imputables à la vaccination obligatoire contre la covid-19 sur le régime d'indemnisation des dommages liés aux vaccinations obligatoires en vigueur

- À l'heure actuelle, les personnes recourant volontairement à la vaccination contre la covid-19 peuvent bénéficier, en application de l'article L. 3131-20 du code de la santé publique, du mécanisme de réparation intégrale par l'Oniam, prévu à l'article L. 3131-4 du même code, des « *préjudices imputables à des activités de prévention, de diagnostic ou de soins* » réalisées sur le fondement des mesures prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, en application des articles L. 3131-15 à L. 3131-17 qui ont en effet permis le déploiement de la campagne vaccinale¹.

- Par cohérence, le Gouvernement a fait le choix, à l'article 10 du projet de loi, d'aligner le mécanisme de réparation des préjudices liés à la vaccination obligatoire contre la covid-19 non pas sur celui prévu, par la combinaison des articles L. 3131-20 et L. 3131-4 du code de la santé publique, pour les préjudices imputables à cette vaccination pour les personnes y recourant volontairement, mais sur le régime d'indemnisation des dommages résultant des vaccinations obligatoires déjà existantes pour les professionnels de santé, prévu à l'article L. 3111-9 du même code.

¹ C'est en effet sur le fondement des articles L. 3131-15 et L. 3131-16 du code de la santé publique que l'article 55-1 du décret n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire – créé par l'article 1^{er} du décret n° 2020-1691 du 25 décembre 2020 – a institué la campagne de vaccination contre la covid-19.

Par l'extension des dispositions de l'article L. 3111-9 du code de la santé publique à la vaccination obligatoire contre la covid-19, la victime ne sera pas tenue de démontrer la gravité particulière des dommages, ni l'existence d'une faute du praticien ou d'un défaut du produit. La différence de formulation entre l'article L. 3131-4 du code de la santé publique, qui fait référence aux « *préjudices imputables* », et l'article L. 3111-9 du même code, qui fait référence aux « *préjudices directement imputables* », est sans incidence sur le champ des préjudices indemnisables par l'Oniam. En effet, pour les deux mécanismes, les textes d'application précisent bien que l'office est appelé à se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre le dommage subi et la vaccination ou les activités de prévention, de diagnostic ou de soin¹.

- Selon des informations transmises à la commission par l'Oniam, 21 demandes d'indemnisation amiables relatives à des dommages vaccinaux liés à la covid-19 ont été transmises à l'office. Plusieurs de ces demandes évoquent des troubles attendus, brefs et transitoires survenus dans les suites de la vaccination. L'Oniam rappelle que les troubles transitoires attendus de la vaccination sont, par exemple, une douleur au point d'injection, de la fièvre, des nausées, de la fatigue de courte durée, n'entraînant aucune séquelle, et qu'ils ne sont pas, par conséquent, constitutifs de préjudices indemnisables au sens des dispositions de l'article L. 3131-4 du code de la santé publique. L'office dispose, aux termes de la loi, de six mois pour se prononcer sur les demandes d'indemnisation dont les premières ont été reçues en mars.

À ce jour, sur les 21 demandes d'indemnisation :

- deux dossiers ont fait l'objet d'une décision de rejet de la part de l'Oniam ;

- quatre missions d'expertise médicales ont été diligentées ;

- les autres demandes d'indemnisation liées à la vaccination contre la covid-19 sont en cours d'instruction par les services juridiques et médicaux de l'établissement (vérification des pièces transmises par le demandeur, demandes de pièces complémentaires pour examiner la recevabilité ou permettre de finaliser le lettre de mission pour l'expertise médicale...).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance, l'Assemblée nationale a modifié l'article 10 du projet de loi par l'adoption d'un amendement rédactionnel.

¹ Article R. 3111-31 du code de la santé publique en cas vaccination obligatoire, et article R. 3131-3-3 du même code en cas de dommages résultant de mesures d'urgence sanitaire.

III - La position de la commission

La commission estime que l'existence d'un mécanisme de réparation intégrale des préjudices subis, au titre de la solidarité nationale, constitue le corollaire indispensable d'une vaccination que celle-ci soit recommandée ou obligatoire.

La commission propose ainsi à la commission des lois d'adopter cet article sans modification.

Article 11

Application de l'obligation vaccinale à Wallis-et-Futuna

Cet article propose de rendre applicable dans le territoire des Îles Wallis et Futuna les mesures relatives à la vaccination obligatoire.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article modifié par l'amendement du rapporteur.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à **rendre applicable à Wallis-et-Futuna le chapitre II du présent projet de loi, soit les articles 5 à 10 relatifs à la vaccination obligatoire des professionnels** au contact de personnes fragiles ou vulnérables.

Concernant les outre-mer, les articles 5 à 10 sont applicables de plein droit dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution mais aussi, dans le champ de l'article 74, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Les collectivités du Pacifique ne sont pas concernées de plein droit, avec une particularité **dans le cas de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, où le législateur national n'a pas compétence** en matière de santé et où l'applicabilité ne pourrait donc être prévue par la loi. Dans son avis sur le texte, le Conseil d'État a confirmé cette analyse, citant un avis d'assemblée générale dans le cas de Polynésie française¹ et une décision du Conseil constitutionnel dans le cas de la Nouvelle-Calédonie².

¹ Conseil d'État AG, 15 mai 2003, n° 366.040, projet de loi relatif à la santé publique.

² Conseil constitutionnel - Décision n° 2020-869 QPC du 4 décembre 2020 sur les dispositions relatives à l'état d'urgence sanitaire telles qu'issues des lois n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire. Notamment, voir le considérant 14 : « il résulte du 4° de l'article 22 de la loi organique du 19 mars 1999 mentionnée ci-dessus, prise en application de l'article 77 de la Constitution, que les compétences dévolues à la Nouvelle-Calédonie comprennent la réglementation en matière de "Protection sociale, hygiène publique et santé, contrôle sanitaire aux frontières" ».

Dans le cas de Wallis-et-Futuna, la compétence n'a pas été dévolue au territoire et la **présente disposition vise à prévoir l'application expresse.**

Le territoire des Îles Wallis et Futuna, constitué de trois îles distantes les unes des autres mais aussi très éloignées de la Nouvelle-Calédonie et surtout de l'Hexagone, présente des fragilités en matière de couverture sanitaire. Il apparaît donc très justifié d'étendre à ce territoire d'outre-mer des moyens efficaces de lutte contre la propagation de l'épidémie.

Le système de santé y repose sur l'agence de santé qui organise l'offre de soins et propose des services de proximité sur chacune des îles, en l'absence de médecine libérale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement COM-221 à cet article visant à préciser que **la mention de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna se substitue à celle des agences régionales de santé et qu'en tant que de besoin les références à des dispositions non applicables sont remplacées par des dispositions applicables ayant le même objet.**

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article ainsi modifié.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITIONS

**Audition de M. Olivier Véran,
ministre des solidarités et de la santé**

(Jeudi 22 juillet 2021)

*Présidence de Mme Catherine Deroche,
présidente de la commission des affaires sociales,
et M. François-Noël Buffet, président de la commission des lois*

M. François-Noël Buffet, président de la commission des lois. – Je remercie le ministre des solidarités et de la santé, M. Véran, d’être avec nous ce matin pour une audition par la commission des lois et la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. – Je propose d’entrer immédiatement dans le vif du sujet, soulignant que nous souhaitons des dispositifs qui soient vraiment opérationnels.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. – Me voici devant vous pour la neuvième fois, beaucoup plus tôt que prévu, pour vous demander d’accorder les moyens au Gouvernement de lutter avec efficacité contre la pandémie.

Le monde a été confronté à une épidémie qui a imposé, dans la plupart des pays, des confinements pour la freiner. Puis des variants du virus sont apparus, le virus ayant muté pour devenir plus agressif et contagieux : d’abord le variant anglais, renommé ensuite variant Alpha, les variants sud-africain, brésilien, etc. Entretemps, des vaccins efficaces, sûrs, ont été développés pour protéger collectivement les populations des pays qui ont pu s’en procurer, à commencer par les pays d’Europe, dont la France.

L’ombre portée de la pandémie s’est estompée après la troisième vague, avec une réduction très importante du nombre d’hospitalisations et de places occupées dans les services de réanimation. Nous pensions alors entrevoir la fin du cauchemar. C’était sans compter avec la mutation delta, venue d’Inde, qui a envahi l’Europe à partir de la Grande-Bretagne, puis les États-Unis, l’Australie, la Tunisie et sans doute d’autres pays dépourvus de systèmes de veille sanitaire efficaces.

Une toute récente publication dans la revue Nature montre que la charge virale du variant delta, c'est-à-dire la capacité des personnes contaminées à projeter elles-mêmes le virus, serait mille fois supérieure à celle des variants précédents. Cette version du covid est donc beaucoup plus agressive, contagieuse et dangereuse.

À ce jour, nous avons donné au moins une première injection à près de 70 % de la population adulte alors que, entre décembre et janvier, seulement 40 à 50 % des Français déclaraient avoir l'intention de se faire vacciner. Mais cela signifie aussi que 30 % des adultes n'ont toujours pas reçu de première injection.

Est-ce à dire que ce n'est pas grave, que le virus ne fera plus de dégâts ? Il n'en est rien : la première vague a touché 2 à 4 % de la population française, ce qui a suffi à remplir nos hôpitaux. Je vous laisse imaginer ce que cela représenterait avec 30 %...

L'idée qu'une personne non vaccinée serait protégée du virus si elle est entourée de personnes vaccinées – idée comparable à celle que les personnes qui ont une « peau à moustiques » protègent les autres en les attirant – est fautive. Admettons que, dans cette salle, deux personnes ne soient pas vaccinées. Si une personne porteuse du virus entre dans cette pièce, elle ne contaminera très probablement pas les personnes vaccinées – ou sous forme asymptomatique pour ces dernières –, mais elle peut transmettre le virus aux deux personnes non protégées. Ces deux personnes auront un pourcentage de risque non négligeable de développer une forme grave, et de transmettre le virus aux personnes non vaccinées, par choix ou par impossibilité matérielle, qu'elles croiseront par la suite.

Face à un virus qui circule très vite, que faut-il faire ? D'abord, il faut faire en sorte que les 30 % d'adultes non vaccinés se fassent vacciner. Cela nécessite une mise à disposition massive de doses de vaccin. Chaque jour, nous battons des records. La capacité de mobilisation de nos soignants, de nos agents des collectivités, n'est plus à démontrer. Nous avons pu procéder à 820 000 vaccinations sur la seule journée d'hier, dont 400 000 primo-injections, parce que nos centres, nos médecins, nos pharmaciens sont réactifs.

N'oublions pas les adolescents. L'épidémie est portée par les 10-40 ans. Ce sont ceux qui sortent le plus – c'est compréhensible, attendu : n'y voyez aucun jugement de ma part. C'est une épidémie de jeunes et de très jeunes qui développent peu de formes graves, mais parfois des covid longs se traduisant par des symptômes divers : perte d'énergie, troubles du rythme cardiaque, grande fatigue, douleurs chroniques.

En plus de la vaccination massive, notre deuxième objectif est d'éviter un reconfinement, car nous ne pouvons nous permettre d'arrêter à nouveau l'activité sociale, culturelle, sportive, économique de notre pays. D'après les scientifiques, l'arrêt de toute activité pour les personnes non vaccinées aurait le même impact sur la propagation du virus qu'un arrêt global. C'est la logique qui sous-tend le passe sanitaire : protéger les non-vaccinés, et permettre aux personnes vaccinées de mener une vie aussi normale que possible.

Le passe sanitaire n'est pas une punition, ni une réjouissance, mais nous n'avons pas le choix. L'alternative n'est pas entre le passe – ou un passe plus tardif, amoindri, partiel – et rien. Personne ne prétend qu'il sera facile à mettre en place, que nous avons l'expérience nécessaire. Soit nous réussissons son application au plus vite, soit nous nous exposons au risque de reconfiner notre pays.

Ma démarche n'a rien du chantage ou de l'épée de Damoclès. M. Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique, le confirmera lorsque vous l'entendrez : il n'y a pas d'autre option.

Le passe sanitaire n'a de sens que parce que nous ne sommes pas tous vaccinés. Quand nous le serons, il disparaîtra. Je ne peux pas vous garantir que cela arrivera en octobre ou même en novembre. C'est pourquoi je vous demande d'accorder votre autorisation au Gouvernement jusqu'à la fin décembre, et nous réévaluerons la situation autant qu'il le faudra. Il est prématuré de considérer que nous pourrions nous passer de ce dispositif en septembre ou en octobre, et je suis même convaincu du contraire.

Deuxième logique, protéger les publics les plus fragiles : les personnes malades, âgées ou très âgées, au système immunitaire affaibli. Cette population n'est pas assez vaccinée ; et même vaccinée, elle a plus de risques de développer des formes graves. Or près de 40 % de nos soignants et du personnel qui travaille au contact de ces personnes ne sont pas vaccinés. Je veux faire de l'hôpital et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) un sanctuaire où les personnes âgées ne seront pas exposées au virus. C'est la logique de protection, qui fonde la vaccination obligatoire des soignants.

La troisième mesure de ce texte repose sur le constat que l'acceptabilité de l'isolement chez les personnes positives, souvent asymptomatiques, est de moins en moins bonne. Moins de 30 % des personnes concernées respectent l'isolement. Or quand une personne porteuse du virus sort de chez elle, elle expose la population tout entière, et met en péril l'ensemble du dispositif. Ce n'est pas de gaieté de cœur, mais nous vous demandons la possibilité de maintenir l'isolement obligatoire pour les personnes positives au covid, assorti de sanctions en cas de non-respect – celles qui arrivent sur le territoire français, mais aussi celles qui s'y trouvent déjà.

Voilà les principales mesures de ce texte. Il ne s'agit pas de déterminer si le passe sanitaire est une punition, s'il est simple à mettre en place. L'enjeu est de nous donner les moyens de le mettre en place, aussi vite et aussi efficacement que possible.

M. Philippe Bas, rapporteur. – *Je n'ai aucun problème avec la cohérence intellectuelle du dispositif que vous proposez. C'est cela, ou le confinement. Face aux trois précédentes flambées, le confinement a été la seule mesure qui ait permis de donner un coup d'arrêt à l'épidémie – même si le troisième a été mis en place avec retard.*

Nous sommes aujourd'hui face à un nouveau pari, risqué, et dans une certaine mesure déjà dépassé. En effet, dans certains territoires littoraux, les établissements doivent déjà fermer à 23 heures. Le dispositif que vous présentez n'est donc pas exclusif, et d'autres peuvent monter en puissance avant même son application.

Je suis prêt à proposer à nos collègues de souscrire à ce dispositif, mais je ne puis le faire sans exprimer un certain scepticisme.

Cela mérite d'être tenté ; cela montre à quel point notre pays est sur la corde raide, face à ce variant inquiétant. Mais seules l'opérationnalité du contrôle et l'effectivité des sanctions peuvent donner crédit à ces obligations. Il faut que les règles soient claires ; que ceux qui se chargeront des contrôles à l'entrée des établissements sachent quoi faire. Les effectifs mobilisables de policiers et de gendarmes pour contrôler l'isolement et l'accès aux établissements concernés par le passe sanitaire sont-ils suffisants ?

Il y a déjà un retour d'expérience. La précédente loi liée à la situation sanitaire vous donnait la possibilité d'abaisser par décret le nombre de minimal de personnes à partir duquel le passe sanitaire peut être exigé dans un lieu donné. Vous l'avez fait, et la mesure est en vigueur depuis hier. Les premières remontées montrent que le problème est avant tout la perte de chiffre d'affaires, pour les établissements concernés qui accueilleront du public pendant les vacances – parcs zoologiques, centres de loisirs, etc. Je n'ai pas entendu le Gouvernement annoncer une mobilisation du fonds de solidarité pour eux. Vous n'êtes pas chargé de ce dossier, mais votre parole engage le Gouvernement : pouvez-vous nous apporter des garanties, avant que la situation ne devienne intenable pour les établissements concernés ?

Les préposés au contrôle du passe sanitaire dans les restaurants, cafés, etc. pourront-ils exiger la carte nationale d'identité avec le passe sanitaire ? Si la réponse est non, l'efficacité du dispositif n'est pas assurée. Si oui, alors des personnes nullement assermentées ou habilitées pour le faire procèderont à ce qui ressemble à des contrôles de police.

Le retour d'expérience de la journée d'hier a montré que beaucoup d'établissements qui pourraient recevoir 60 ou 70 personnes ont tout simplement fixé la jauge à 49, pour éviter d'avoir à mettre en place le passe sanitaire. Or les établissements accueillant 20, 30 ou 40 personnes, où la promiscuité est possible pendant les repas, sont tout aussi dangereux que les établissements à 100 personnes, où il y a beaucoup d'espace. N'y a-t-il pas là des lignes de fuite très importantes pour l'efficacité du dispositif ?

Combien de temps vous donnerez-vous pour évaluer les résultats du nouveau dispositif, s'il est voté, sur la dynamique des contaminations ? Quand nous direz-vous s'il faut passer au confinement ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales. – *Monsieur le ministre, si l'on oblige les personnels de santé et médico-sociaux à se soumettre à la vaccination contre la covid, ne croyez-vous pas que la question d'une extension du périmètre de la vaccination risque de se poser très rapidement ? Je songe aux enseignants, dans la perspective de la rentrée, mais aussi au personnel qui intervient à domicile pour des personnes qui ne sont pas en perte d'autonomie, comme les policiers.*

L'obligation vaccinale s'applique immédiatement, avec une période de transition jusqu'au 15 septembre. Eu égard aux tensions dans l'approvisionnement et aux difficultés d'obtenir un premier rendez-vous, ne faut-il pas accorder une certaine souplesse aux personnes engagées dans le processus de vaccination ?

L'efficacité de l'obligation vaccinale repose sur l'adhésion à la vaccination ; or l'hésitation voire la réticence demeurent. Quand mettez-vous en place ce que l'on appelle « l'aller vers », en direction des professionnels, mais aussi de la population générale ? Comment allez-vous communiquer efficacement contre la désinformation sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins ?

J'évoquerai enfin un point sur les outre-mer, où le taux de vaccination est particulièrement bas, chez les professionnels de santé comme en population générale.

***M. Olivier Véran, ministre.** – Les mesures de freinage d'urgence auxquelles vous faites référence, monsieur le rapporteur, sont effectives dans les Pyrénées-Orientales : fermeture des établissements à 23 heures et port du masque en extérieur. Ce sont des mesures d'attente avant la mise en place du passe sanitaire et l'accélération de la vaccination. Le Gouvernement n'envisage pas de mesures de freinage général pouvant aller jusqu'au confinement. Nous voulons nous reposer sur la vaccination et le passe sanitaire ; nous ne sommes pas dans un scénario de marche rapide vers un confinement.*

Comment évaluer l'efficacité ? Par la charge de soins. En Grande-Bretagne, le taux de formes graves du covid est passé de 4,6 % à 1,8 %, non parce que le virus serait moins grave, mais parce que, grâce à la vaccination, la population est quantitativement moins touchée qu'auparavant. En Espagne, au Portugal, aux Pays-Bas, la charge de soins n'augmente pas beaucoup. En France, la charge hospitalière, la charge de réanimation, les appels à SOS Médecins et les admissions aux urgences augmentent. Pour le moment, nous ne savons pas si cette charge de soins sera corrélée à la situation du virus, ou décorrélée comme chez nos voisins. Imaginons qu'il y ait cinq fois moins de cas graves et d'hospitalisations : tant mieux, mais rien n'exclut un nombre de contaminations multiplié par cinq... Cela fait partie des projections de l'Institut Pasteur et du Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

Vous avez raison de poser la question du caractère opérationnel des contrôles. Ils sont de deux ordres : le contrôle du passe incombe à l'organisateur chargé de l'établissement recevant du public (ERP), et le contrôle de l'identité revient à la police, comme l'a précisé hier le Premier ministre – il y a donc bien deux niveaux différents de contrôle.

Sur l'accompagnement économique, le fonds de solidarité persiste, je connais la vigilance de Bruno Le Maire pour soutenir l'économie, nous n'allons pas mettre en péril dix-huit mois de soutien à l'économie dans ces semaines cruciales où nous avons bon espoir de sortir de la crise sanitaire.

Faut-il étendre le passe aux petits établissements ? Autant je suis pour la protection, autant je la rapporte au risque de contamination par rapport à la population. Ce risque est faible quand il n'y a que quatre ou cinq personnes, ce n'est pas la même chose, par exemple, pour une discothèque où le passe se justifie pleinement.

Faut-il étendre le périmètre de la vaccination obligatoire ? L'obligation n'a de sens que pour protéger les plus fragiles. Les enseignants, par exemple, sont au contact d'enfants, lesquels développent très peu de cas graves. Je comprends la volonté de ne pas fermer de nouveau les écoles, la couverture vaccinale des enseignants est bonne, il faut aller plus loin, mais il n'y a pas de raison impérieuse pour une obligation vaccinale. Jean-Michel Blanquer présentera ces jours-ci un plan vaccination dans les écoles pour la rentrée, c'est un plan solide.

Faut-il de la souplesse ? Nous en avons déjà prévu, en posant la date du 15 septembre, ce n'est pas en pleine vague que l'on peut se dire que l'on a le temps, nous sommes dans une logique de prévention.

Faut-il accorder le passe dès la première injection ? Le débat a eu lieu à l'Assemblée nationale, je vous invite à poser précisément la question à Jean-François Delfraissy : la protection après une seule injection avoisine les 30 %, c'est insuffisant : avec un variant bien plus contagieux, il faut être rigoureux.

Nous devons lutter contre la désinformation, bien sûr, elle circule plus vite que l'information elle-même. La sphère médiatique a plutôt tendance à aider nos citoyens à y voir plus clair, mais les réseaux nous inondent de fake news. Il faut lutter contre les peurs, il n'y a rien d'inédit, c'était déjà le cas il y a un siècle lorsque Waldeck-Rousseau rendait obligatoire le vaccin contre la variole ; c'était aussi le cas il y a cinquante ans lors de l'obligation vaccinale contre la polio, chaque fois les réticences ont mis en avant le manque de recul, l'incertitude, les rumeurs – dans ma famille, selon une légende, un aïeul serait mort du vaccin contre la grippe, alors que cela n'a rien de factuel.

Enfin, la question de l'outre-mer est spécifique, la situation y est très inquiétante. Nous constatons, par exemple, une incidence très élevée en Martinique, la couverture vaccinale y est très faible et ce n'est pas faute d'avoir fait ce que nous pouvions, les vaccins sont là, les équipes se démènent, nous allons vers les gens, mais il y a encore trop de réticence.

L'opposition au vaccin est multiple. On en parle peu et cela vaut pour le monde entier, il y a des courants religieux qui sont réfractaires au vaccin, des courants spirituels qui voient le virus et la pandémie comme une providence divine ; il y a une opposition politique aussi au nom d'une forme de libertarisme, il y a d'autres mouvements encore, nous devons lutter sur tous les fronts pour aller de l'avant.

M. Philippe Bonnacarrère. – *Quelle est votre stratégie vaccinale à long terme ? Une vaccination généralisée suffira-t-elle à protéger contre le nouveau variant ?*

Mme Laurence Cohen. – J’apprécie votre pédagogie, il faut informer les populations sur la vaccination, mais elle n’est pas une vaccination comme une autre : il y a eu une gestion chaotique de la crise, nous ne disposons pas de recul, et il faut différencier entre les anti-vaccins et ceux qui ont des doutes. En pointant du doigt les personnels soignants, vous divisez la population. Quand vous dites que 40 % des soignants ne sont pas vaccinés, quelle place faites-vous à ceux qui ont contracté le virus et qui doivent tenir compte d’un délai de six mois avant de se vacciner : les comptabilisez-vous parmi les 40 % ?

M. Jean-Yves Leconte. – Que répondre aux personnels soignants partis en mission à l’étranger, qui ont reçu un vaccin non reconnu en France ?

Après avoir dit pendant des semaines qu’il fallait en appeler à l’éthique personnelle plutôt qu’au contrôle policier, mais aussi qu’une politique passant par l’isolement entraînerait du contournement, vous changez d’avis brusquement, alors même que vous n’aurez bientôt plus moyen de contrôler l’extension de l’épidémie puisque les gens ne se testeront plus : vous paraissez paniquer, comment allez-vous contrôler la situation en changeant ainsi d’orientation ?

Mme Victoire Jasmin. – Je me porte en faux contre l’idée que les mouvements religieux seraient responsables des difficultés de la vaccination dans les outre-mer, ils servent de boucs émissaires et je le dis parce que je connais bien la situation sur le terrain, en Guadeloupe : les gens n’ont pas oublié le chlordécone, ils se méfient, vous stigmatisez les personnels soignants alors qu’ils souffrent de ne pas être écoutés, les mesures que vous prenez pour la métropole ne sont pas toujours applicables outre-mer, le taux de chômage est très fort dans nos collectivités, la population souffre, mais vous ne l’entendez pas – il faut prendre en compte et reconnaître la population ! Il faut plus de pédagogie, et traiter véritablement le problème de la continuité territoriale.

Mme Muriel Jourda. – En quoi le variant delta est-il plus agressif ? A-t-il des effets différents ? Quelles sont les conséquences pour l’hospitalisation ?

M. René-Paul Savary. – L’obligation de vaccination pour les soignants ne devrait-elle pas avoir pour corollaire une obligation pour les personnes fragiles, en particulier les plus de 70 ans ? Quel statut auront les personnes contre-indiquées pour la seconde dose : auront-elles le passe ?

M. Patrick Kanner. – Je déplore que le ministre ne puisse pas rester plus longtemps, de façon que notre débat se déroule dans de bonnes conditions. Le décret que le Gouvernement vient de prendre est illégal, parce que la loi du 31 mai avait prévu un passe sanitaire uniquement pour les grands rassemblements, et qu’il est désormais prévu pour les petits rassemblements : des recours ont été déposés au Conseil d’État, qu’en pensez-vous ?

Mme Laurence Rossignol. – Des parlementaires ont proposé l’obligation vaccinale, j’espère que nous pourrions en débattre – il faut pour cela que le Gouvernement lève le gage de l’article 40 de la Constitution, en êtes-vous d’accord ? Patrick Kanner a écrit au Président de la République pour demander un tel débat. Ensuite, comment fait-on pour les centres de vacances pendant l’été ?

Et comment comptez-vous, à la rentrée, expliquer aux jeunes qu'ils ne peuvent pas aller au cinéma sans passe, mais qu'ils peuvent prendre le métro ? Enfin, avez-vous prévu d'adapter le passe pour les pays où les gens sont vaccinés, mais dont le passe n'est pas compatible avec le nôtre, je pense aux Franco-Israéliens ?

Mme Valérie Boyer. – *On peut être pro-vaccin et anti-passe, vous opposez les Français aux uns aux autres avec des décisions qui mettent les Français dans la rue alors que tout le monde veut surmonter cette pandémie. Où en est la situation dans les services de réanimation ? Est-ce que vous formez plus de personnels à la réanimation ? Pourquoi n'autorisez-vous pas davantage de vaccins ? Quelles mesures prenez-vous pour convaincre les personnes les plus fragiles, en particulier les quelque 30 % de personnes fragiles qui ne sont pas vaccinées ?*

Mme Véronique Guillotin. – *Quand pensez-vous parvenir à une harmonisation des règles européennes pour la vaccination ? Comment, ensuite, les Français peuvent-ils se faire vacciner, sachant que, depuis les annonces du Président de la République, les rendez-vous sont bloqués, ce qui revient à dire que nos concitoyens ne peuvent pas se mettre en règle ?*

Enfin, je propose que, pour les petits établissements, comme les petits cafés et restaurants, le gérant ne soit pas tenu pour responsable du fait que sa clientèle ait son passe, mais que la responsabilité soit individuelle, le cafetier ou le restaurateur pouvant difficilement faire davantage, en réalité, qu'afficher les obligations de chacun : qu'en pensez-vous ? Et quel est le fondement scientifique de l'obligation du passe en terrasse, dès lors que la distanciation est respectée ?

Mme Monique Lubin. – *Plutôt que ces mesures qui ressemblent à une usine à gaz, pourquoi ne pas décider une vaccination obligatoire généralisée, sans passe sanitaire, où chacun prendrait ses responsabilités d'être en règle avec cette obligation ?*

M. André Reichardt. – *Dès lors que la date du 1^{er} août est intenable pour que le vaccin soit généralisé et que l'obligation de présenter un passe à l'entrée d'un ERP ait un sens, pourquoi ne pas repousser cette date ?*

M. Jérôme Durain. – *Il semble qu'il y avait des tensions sur les doses, notamment en Bourgogne-Franche-Comté : qu'en est-il ?*

Mme Cathy Apourceau-Poly. – *Le vaccin obligatoire aurait réglé bien des problèmes, alors que vos décisions divisent les Français. Quelle est la responsabilité des élus dans le contrôle des activités qu'ils mettent en place ? Les maires en particulier nous interrogent, mais aussi les présidents d'association, à propos des centres aérés, des centres de loisirs. Quel est, ensuite, votre schéma vaccinal ? Allez-vous mobiliser des moyens supplémentaires, sachant qu'il est devenu très difficile de prendre rendez-vous pour se faire vacciner ?*

Mme Nathalie Goulet. – *A-t-on assez de vaccins, et envisagez-vous d'en stocker pour une éventuelle troisième vaccination ?*

M. Olivier Véran, ministre. – *Je compte 26 questions, je vais donc rester plus longtemps que prévu pour vous répondre, même rapidement.*

Y a-t-il un risque qu'un nouveau variant apparaisse ? Oui. Des études sur le singe montrent que d'autres mutations sont possibles ; c'est bien parce que des mutations plus dangereuses encore sont possibles que l'on recherche à vacciner la planète entière. Les variants sont apparus l'an dernier en Afrique du Sud et en Inde, où il y a une population dense, peu vaccinée, avec, du fait de la pauvreté, plus d'immuno-déprimés. Plus tôt nous aurons vacciné tout le monde, plus tôt nous serons débarrassés du risque de se retrouver avec un variant plus dangereux encore.

Quelles sont les règles pour les soignants qui ont contracté la covid-19 ? S'ils ont contracté le virus entre 11 jours et 6 mois avant la date considérée, ils obtiennent un équivalent du passe sanitaire ; s'il y a plus de 6 mois, ils doivent être vaccinés avec une dose : c'est la même règle pour les soignants que pour le reste de la population française.

Mme Laurence Cohen. – *Ma question portait sur les statistiques : ceux qui obtiennent le passe du fait d'un covid de moins de six mois, les comptez-vous dans les 40 % non vaccinés ?*

M. Olivier Véran, ministre. – *La plupart ayant été contaminés il y a 18 mois, ils sont comptabilisés dans les 40 % s'ils ne se vaccinent pas.*

Sur les soignants qui ont été vaccinés à l'étranger quand ils étaient en mission, la réponse vaut pour l'ensemble des Français de l'étranger qui ont été vaccinés : partout, nos consulats et ambassades ont encouragé les Français à se faire vacciner, avec des vaccins reconnus par l'Agence européenne du médicament...

M. Jean-Yves Leconte. – *Y compris avec des vaccins qui n'étaient pas reconnus...*

M. Olivier Véran, ministre. – *Nous encourageons à la vaccination, mais nous n'avons pas distribué de vaccins Sputnik dans les ambassades en Russie ! Tous les Français vaccinés avec des vaccins non reconnus par l'Agence européenne du médicament ne sont pas reconnus comme vaccinés. Mais nous travaillons d'arrache-pied avec les scientifiques pour qu'avec un seul booster contenant de l'ARN messager, ils puissent être protégés et obtenir le passe après une semaine.*

Pourquoi est-ce que nous ne parlons guère des risques de contournement liés à l'isolement contraint ? Mais parce que le respect actuel de l'isolement est si faible qu'on ne peut plus se contenter d'en rester là.

Nous stigmatiserions les soignants ? C'est votre droit de faire de la politique en le disant, mais pour être de la famille des soignants – j'ai été aide-soignant, j'ai été médecin – je me suis fait vacciner et je ne me suis pas senti stigmatisé pour autant. J'ai réuni les sept ordres professionnels, les huit fédérations professionnelles, tous ont signé une charte appelant à vaccination, y compris à une vaccination obligatoire : pensez-vous que ces organisations stigmatisent les professionnels qu'elles représentent ? Non, nous sommes dans la protection, et dans ce que l'on appelle une obligation déontologique, éthique, professionnelle, individuelle et collective.

Je n'ai jamais insinué que les difficultés de vaccination outre-mer tenaient au facteur religieux, j'ai dit que, partout dans le monde et depuis que les vaccins existent, il y a plusieurs registres d'opposition, certains sont religieux, d'autres politiques – on le constate dans l'histoire de la vaccination et cela revient à chaque épisode. Vous avez raison de citer les problèmes de confiance liés à la chlordécone aux Antilles, on peut aussi citer le scandale du sang contaminé, le Mediator, il y a dans notre pays une perte de confiance envers l'autorité scientifique qui explique une réticence à se faire vacciner. En tout cas, les équipes se démènent pour vacciner outre-mer, nous continuerons à le faire. Je crois qu'une prise de parole des élus plus positive sur la vaccination et moins péjorative envers l'action de l'État contribuerait à donner confiance aux gens.

En quoi le variant delta est-il plus agressif ? Sa charge virale étant multipliée par mille, il est plus contagieux, plus agressif.

Où en sont les admissions en réanimation ? Le stock de patients en réanimation continue de baisser, mais la baisse s'est ralentie dans cinq régions et, surtout, le facteur de reproduction du virus est à 1,3 ; nous sommes repartis à la hausse, le flux augmente à nouveau et cela va se traduire dans les stocks.

Le débat sur la vaccination obligatoire est légitime. Je viens d'interroger le ministre des relations avec le Parlement sur la levée du gage, j'attends sa réponse – vous aurez une réponse rapide, le sujet n'est pas de ma responsabilité ministérielle. Je crois au débat de fond et j'entends les propositions, je vous confirme que la vaccination obligatoire n'est pas notre choix, y compris pour les personnes âgées. La vaccination obligatoire est facile à faire pour les nourrissons, l'acte est contrôlable, en particulier lors de l'administration des aides sociales et familiales, de l'accès à la crèche ou à d'autres modes de garde. Mais pour les adultes, c'est bien plus compliqué, et aucun pays n'a choisi la vaccination obligatoire : vous adresseriez une amende à un adulte chaque fois qu'il sort de chez lui ? Et aux personnes âgées, vous leur diriez qu'elles n'ont plus le droit de sortir de chez elles ?

M. René-Paul Savary (sur le ton de l'humour) – *Pourquoi pas le non-remboursement des soins ?*

M. Olivier Véran, ministre. – *Alors là, je dis non ! Je ne vais pas refuser de soigner un malade, du seul fait qu'il n'est pas vacciné !*

M. René-Paul Savary. – *Certes, mais il y a bien une solution...*

M. Olivier Véran, ministre. – *Il faut être concret, précis, ce sont des mesures très importantes – en tout cas, sachez que je ne suis pas opposé au débat.*

Que faire quand le patient supporte mal la première injection – faut-il poursuivre, ou suspendre ? Attention, la contre-indication à la vaccination n'est pas la douleur à la première injection ni une petite fièvre consécutive, mais elle correspond à des cas très précis et rares : la péricardite, la myocardite, l'hépatite sévère ayant entraîné hospitalisation à la suite d'une injection d'ARN messenger, les antécédents de maladie de Kawasaki chez l'enfant, et l'allergie au polyéthylène-glycol, qu'on trouve dans le vaccin ARN messenger et qui concerne... 8 Français à ce jour.

Si un médecin établit une contre-indication en arguant d'une intolérance à l'Augmentin, elle ne sera pas reconnue, je le précise parce qu'à écouter les médecins, il y aurait dans notre pays 20 % d'intolérants aux antibiotiques, alors que les enquêtes précises montrent que le pourcentage est en réalité de 3 %. Ces contre-indications précises sont étayées par le conseil scientifique, par le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)... La grossesse n'est pas une contre-indication, l'allaitement non plus, ni l'immuno-dépression.

M. René-Paul Savary. – *Quel statut auront les contre-indiqués, au regard du passe sanitaire ?*

M. Olivier Véran, ministre. – *Ils auront un certificat d'expertise et de reconnaissance, nous sommes en train d'arbitrer, avec l'avis des scientifiques, pour savoir s'ils auront un passe sanitaire assorti de la condition de porter un masque FFP2.*

Le décret que nous avons pris est-il illégal ? Le Conseil d'État est saisi, nous verrons ce qu'il dira.

Où en sont les services de réanimation ? Vous vous doutez bien que l'été n'est pas la saison la plus simple pour mobiliser tous les effectifs. J'ai augmenté autant qu'il m'était possible le nombre d'internes, cependant cela représente encore peu de réanimateurs, qui d'ailleurs ne seront parfaitement opérationnels qu'à la fin de leur internat, même s'ils commencent à travailler dès maintenant. Nous avons formé beaucoup de soignants aux techniques de réanimation, comme nous l'avons fait l'été dernier. Cependant, chaque fois qu'on me pose la question sur le nombre de lits en réanimation, je répète que l'objectif, ce n'est pas d'augmenter ce nombre, mais bien de diminuer celui de malades qui peuvent en avoir besoin : nous avons toujours adapté le nombre de lits en réanimation, il ne nous en a pas manqué, notre objectif reste de prévenir la maladie.

Nous continuons d'aller vers, nous menons une campagne pour la vaccination partout dans le territoire, les services ont envoyé des millions de SMS, des courriers, nous déployons des barnums dans les villes, dans les centres commerciaux, tout cela est coûteux et je remercie les ARS, l'Assurance maladie et les quelque 900 associations avec lesquelles nous avons contractualisé.

La coordination européenne est complexe à établir dès lors que tous les pays n'ont pas adopté les mêmes mesures de protection, en tout cas nous sommes convaincus qu'avoir contracté le virus et recevoir une dose de vaccin, c'est déjà plus de protection que de ne pas avoir été malade. Ce matin, 200 000 créneaux ont été ouverts pour la vaccination, dans 30 000 centres et pour les 48 prochaines heures. Ce matin, dans un périmètre de 500 mètres, une vingtaine de créneaux sont disponibles dans l'heure. Je ne prétends pas que des créneaux soient disponibles partout, mais nous continuons à en ouvrir.

Pour employer une expression de joueur de poker que j'ai été, nous allons faire all-in. Je demande aux centres de vaccination, aux pharmaciens, dans les dix jours qui viennent, d'ouvrir un maximum de créneaux, pour que ceux qui avaient pris des rendez-vous en août puissent se faire vacciner plus tôt. Nous allons proposer massivement des vaccinations sans rendez-vous, avec un objectif de 3 à 5 millions de primo-vaccinations. Cinq millions, c'est le nombre de demandes enregistrées à date. Je fais un point régulier avec mes équipes.

Faire appel à la responsabilité individuelle, cela revient à une absence de contrôle ou alors à des contrôles inopinés. Un passe sanitaire sans contrôle systématique, c'est aussi perméable qu'un abonnement Netflix familial... Il faut un encadrement.

Le passe sanitaire sera mis en œuvre à la promulgation de la loi, et non au 1^{er} août. Le Premier ministre a annoncé de la souplesse au cours de la première semaine de mise en œuvre du dispositif, ce qui est totalement inédit. Nous n'allons pas nous mettre à sanctionner en masse.

J'ai été interrogé hier à l'Assemblée nationale sur le courriel envoyé en Franche-Comté, qui a été très vite corrigé. Il pouvait laisser croire à une stratégie de lissage des premières injections entre les mois de juillet et d'octobre. Cela aurait impliqué d'arrêter les rendez-vous. Je vous l'ai dit, nous sommes, au contraire, dans le all-in : il faut réaliser autant de primo-vaccinations que possible dès maintenant, quitte à en avoir moins à la fin août. Des doses supplémentaires ont été envoyées, et nous allons déstocker massivement.

La responsabilité des élus est une responsabilité de l'employeur vis-à-vis des salariés de la collectivité, ou de l'organisateur dans le cadre d'un établissement recevant du public qui accueille un événement. Cette question est traitée dans le texte, et vous aurez l'occasion d'en débattre.

M. François-Noël Buffet, président de la commission des lois. –
Nous vous remercions pour vos réponses.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

**Audition du Pr Jean-François Delfraissy,
président du conseil scientifique Covid-19**

(Jeudi 22 juillet 2021)

**Présidence de Mme Catherine Deroche,
présidente de la commission des affaires sociales,
et Mme Catherine Di Folco, président de la commission des lois**

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. – Nous accueillons pour cette audition le Professeur Jean-François Delfraissy, que je remercie d'avoir répondu à notre invitation avec un faible préavis, pour s'exprimer au nom du conseil scientifique Covid-19 sur le projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire.

Ce projet de loi, que le Sénat est appelé à examiner à partir du 23 juillet 2021, a fait l'objet d'un bref avis du conseil scientifique publié le 19 juillet 2021.

Dans cet avis, le conseil scientifique a résumé le dilemme devant lequel nous nous trouvons, en considérant que certaines dispositions prévues par ce projet de loi pouvaient générer des limitations des libertés individuelles, mais pouvaient également permettre de conserver une plus grande liberté pour le plus grand nombre.

Le conseil scientifique a également souligné que la 4^{ème} vague de l'épidémie était appelée à avoir des conséquences particulièrement marquées pour les populations aux niveaux socioéconomiques les plus défavorisés. Cette question du gradient social demeure effectivement déterminante dans la gestion de l'épidémie – les populations les plus pauvres apparaissant être les plus touchées par l'épidémie, tout en ayant moins accès aux soins et en manifestant la méfiance la plus forte envers les messages sanitaires et la vaccination.

Sur l'isolement, que la commission d'enquête du Sénat avait qualifié « d'impensé de la gestion de l'épidémie », le conseil scientifique a renvoyé à son avis publié en septembre 2020, période à laquelle nous connaissions une forme de répit. Cette position ne devrait-elle toutefois pas évoluer en période de flambée épidémique ou si nous faisons face, un jour, à un virus plus léthal ?

M. François-Noël Buffet, président de la commission des lois. – Je souhaiterais pour ma part excuser le sénateur Philippe Bas, rapporteur de la commission des lois, retenu par un conseil de Questure.

M. Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique Covid-19. – En préambule, je souhaiterais revenir sur les raisons pour lesquelles un certain nombre de dispositions sont aujourd'hui proposées par les autorités politiques et sanitaires.

Depuis une quinzaine de jours, le débat porte principalement, à juste titre, sur la mise en œuvre du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale chez les soignants. Or la raison de fond qui justifie ces mesures est l'arrivée du variant Delta, précédemment identifié sous le nom de variant « indien ».

Le conseil scientifique a déjà eu l'occasion d'insister, dans ses avis d'avril, mai et juillet 2021, sur les conséquences potentielles de l'arrivée de ce variant en Europe. Cependant, les éléments ainsi avancés ne semblent pas avoir été suffisamment compris, y compris au sein de la communauté médicale.

En pratique, ce variant affiche un niveau de transmission plus élevé de 60 %. Avec un tel niveau de transmission, les propositions faites par le passé pour la gestion de l'épidémie s'avèrent obsolètes, ce qui appelle la recherche d'autres solutions.

Dans le cadre de la dernière réunion organisée avec l'ensemble des comités scientifiques européens, nos homologues britanniques ont mis en évidence, avec le variant Delta et en tenant compte de la couverture vaccinale, un décalage entre l'augmentation du nombre de contaminations (chez les populations les plus jeunes et les moins vaccinées) et l'impact de ces contaminations sur le système de soins (en termes d'hospitalisations).

En France, l'impact de la 4^{ème} vague sur le système de soins, qui constitue le seul véritable enjeu, pourrait ainsi intervenir aux environs de la 2^{ème} quinzaine du mois d'août 2021.

Ce décalage entre la progression des contaminations et sa traduction en termes de pression exercée sur le système de soins semble encore mal compris aujourd'hui.

Au Royaume-Uni, avec un niveau de vaccination nettement plus élevé qu'en France, une faible traduction de l'arrivée du variant Delta en hospitalisations aurait pu être rassurante. Cependant, les autorités britanniques constatent aujourd'hui une augmentation des hospitalisations liées au variant Delta, dont le nombre devrait atteindre prochainement 1 500 par jour. Ces hospitalisations ne s'effectuent majoritairement pas en réanimation, du fait de la protection apportée par la vaccination contre la survenue de formes graves. Néanmoins, elles ont un impact sur le système de soins.

En France, avec un niveau de vaccination inférieur, en population générale mais aussi au sein des populations les plus âgées, nous devrions ainsi être confrontés à une situation très complexe à la fin du mois d'août 2021.

Il nous faut aujourd'hui prendre en compte ces éléments dans le débat autour des mesures de gestion de la crise sanitaire. Le variant Delta, par sa capacité de transmission, change aujourd'hui la donne, comme l'arrivée du variant Alpha l'avait fait au Royaume-Uni au mois de janvier 2021.

De fait, nous faisons face à des variants aux niveaux de transmission de plus en plus élevés. Une forme de sélection semble ainsi s'opérer. Il nous faut donc agir en conséquence. Cela étant, à ce jour, nous n'avons pas à faire face à un variant tel que le variant Bêta, détecté en Afrique du Sud, qui pourrait avoir développé une résistance à la vaccination. Il nous faut donc mettre l'accent sur la vaccination, qui demeure efficace.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales. – Monsieur le Professeur, je ne peux que souscrire à vos propos concernant la vaccination. Cependant, on observe toujours des réticences et des réserves à cet égard, y compris parmi les soignants, alors même que leur quotidien est de prendre en charge les malades, les plus fragiles et les plus vulnérables. Comment communiquer en direction de ces milieux professionnels, pour mieux leur expliquer la nécessité de la vaccination ? Comment développer « l’aller vers » pour les personnels potentiellement soumis à l’obligation vaccinale, s’agissant notamment des aides-soignants dont le taux de vaccination demeure plus faible ?

Pour améliorer la couverture vaccinale en population générale, que pensez-vous de la stratégie consistant à instaurer, à travers le passe sanitaire généralisé à une large palette d’activités, une incitation voire une forme d’obligation vaccinale ? Que penseriez-vous d’une obligation vaccinale généralisée ?

Enfin, pourriez-vous nous apporter un éclairage sur le niveau de protection des personnes ayant déjà contracté la covid-19 et des personnes vaccinées, après la 1^{ère} dose et à l’issue d’un schéma vaccinal complet ?

Mme Valérie Boyer. – Monsieur le Professeur, je souhaiterais vous poser un certain nombre de questions auxquelles le ministre de la santé n’a pu apporter de réponses suffisamment précises.

Quelles devraient être les mesures concrètes mises en place pour suivre et aller chercher les plus de 50 ans n’ayant pas encore été vaccinés ? Comment est-il envisagé d’associer les pharmaciens, les médecins traitants et les services de l’assurance maladie à ce suivi ?

Comment le rappel des personnes ayant reçu une 1^{ère} dose sera-t-il organisé ? Des messages leur seront-ils adressés par SMS ? Qu’en sera-t-il pour les personnes éventuellement éligibles à une 3^{ème} dose ? Les personnes n’ayant pu bénéficier à temps d’un rappel tomberont-elles dans les statistiques des personnes non vaccinées ?

Dans le cadre de la lutte contre d’autres pandémies telles que la grippe ou le VIH, l’accent a pu être mis sur la pédagogie, l’information et l’accompagnement, et non sur la répression. Aujourd’hui, vis-à-vis de la covid-19, nous semblons nous inscrire dans un autre paradigme. Dans un climat détestable d’opposition entre les vaccinés et les non vaccinés, les pros et les antis passe sanitaire, comment suivre les Français encore récalcitrants et les convaincre de la nécessité d’être vacciné ?

M. Jean-François Delfraissy. – Le conseil scientifique a pour fonction de livrer un certain nombre de réflexions et d’éclairages. En tant que médecin et président de ce conseil, je tâcherai de répondre à vos questions. Je ne saurais cependant vous répondre pour les autorités sanitaires.

Vis-à-vis de l’obligation vaccinale chez les soignants, le conseil scientifique a pris position dans son avis du 6 juillet 2021. À titre personnel, j’ai changé d’avis sur le sujet. Initialement, j’étais favorable à une démarche reposant sur le convaincre et l’aller vers. Cette démarche a porté ses fruits, avec une importante évolution de la part des soignants vaccinés depuis le début de l’année 2021. Cependant, nous conservons aujourd’hui une couverture vaccinale insuffisante dans un certain

nombre de métiers, s'agissant notamment des aides-soignants. Un certain nombre de clusters ont été identifiés comme s'étant constitués à partir de soignants. Or, lorsque l'on choisit d'exercer un métier dans le domaine de la santé, on doit aux autres de prendre toutes les mesures nécessaires pour les protéger. Nous avons laissé six mois aux soignants pour se faire vacciner. Désormais, il apparaît raisonnable d'aller vers une obligation vaccinale pour cette population. Il appartiendra ensuite aux médecins de convaincre leurs équipes pour les aider à passer ce cap.

En revanche, pour ce qui est de l'obligation vaccinale en population générale, je reste personnellement en retrait. En santé publique, c'est l'acceptabilité d'une mesure qui fait son impact. Or, dans le contexte actuel, je ne crois pas que l'obligation vaccinale en population générale constitue la meilleure solution, d'où la proposition de mettre en place, au niveau législatif, un passe sanitaire. Le conseil scientifique estime qu'il s'agit aujourd'hui de la meilleure manière d'accroître, à l'échelle sociétale, l'acceptabilité de la vaccination. La définition des modalités d'application de ce passe sanitaire relèvera ensuite du Gouvernement et des autorités sanitaires.

Nous souhaiterions que cette mesure soit déclinée avec le plus de souplesse possible, dans le dialogue et en appelant à une réponse citoyenne à la pandémie. Aujourd'hui, on observe une concordance entre la répartition géographique des populations les plus à risque, s'agissant notamment des personnes âgées et/ou en surpoids, des populations les plus hésitantes vis-à-vis de la vaccination et des populations les plus défavorisées socioéconomiquement. Ce sont précisément ces populations qu'il nous faut conduire vers la vaccination, dans la déclinaison du passe sanitaire, relevant d'une stratégie descendante, mais aussi en développant des stratégies plus localisées, sur l'ensemble du territoire, en s'appuyant sur les tissus locaux, associations, services municipaux, structures d'accueil spécialisées, etc.. Il nous faut ainsi tout faire pour que la 4^{ème} vague en cours ne soit pas une vague sociétale, à l'impact plus dramatique encore sur les populations les plus défavorisées – les pandémies agissant souvent comme des révélateurs des inégalités d'accès à la santé.

Pour ce qui est du rappel après la 1^{ère} dose, le modèle de vaccination est clair. Les personnes devront prendre une date pour recevoir leur 2^{ème} dose. Une convocation spécifique ne devrait cependant pas leur être adressée.

Vis-à-vis de l'accompagnement des personnes vers la vaccination, je ne peux que réinsister sur la nécessité de mobiliser les tissus locaux. Ma génération de médecins a vécu une forme d'échec face au VIH. J'ai donc pleinement conscience de la nécessité de construire la prévention avec les individus et le milieu associatif. Je regrette que cette dimension n'ait pas été davantage mobilisée dès le début de la crise de la covid-19, le cas échéant à travers la constitution de comités citoyens. De telles initiatives ont été prises dans les grandes métropoles. Il nous faudrait aujourd'hui aller plus loin, en mobilisant les acteurs locaux ayant l'habitude de travailler avec les populations défavorisées aujourd'hui hésitantes face à la vaccination. La crédibilité de la parole politique et de la parole médicale et scientifique étant souvent remise en cause par ces populations, appuyons-nous sur les acteurs locaux pour les sensibiliser et les convaincre.

Pour ce qui est du niveau de protection offert par la vaccination, le variant Delta, bien qu'ayant un niveau de transmission plus élevé, ne présente pas de mutation susceptible de générer une résistance ou de permettre un échappement vaccinal – le seul variant présentant aujourd'hui une ébauche d'échappement vaccinal demeurant le variant Bêta, identifié en Afrique du Sud. Dans ce contexte, une vaccination complète apparaît aujourd'hui apporter, avec une réponse immunitaire maximale une semaine après la 2^{ème} dose, une protection contre la survenue de formes graves (avec une efficacité estimée à 90 %) et contre la transmission (avec une efficacité estimée à 70 %). Cette protection n'exclut toutefois pas la possibilité d'une contamination, à plus forte raison avec le variant Delta. Une personne vaccinée peut donc toujours être contaminée, le cas échéant sans développer de forme grave voire en demeurant asymptomatique, et demeurer susceptible de transmettre le virus. Cette protection chute même drastiquement avec une seule dose, quel que soit le type de vaccin (hors vaccin monodose de type Janssen), avec une réponse immunitaire après une seule injection quasi nulle chez les plus âgés et probablement plus élevée chez les plus jeunes – ces niveaux de protection en fonction de l'âge demeurant difficiles à quantifier. Les personnes vaccinées avec une seule dose ne sauraient donc mener une vie normale en effectuant simplement un test PCR tous les dix jours. Pour le conseil scientifique comme pour le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, la règle pour lutter contre la transmission et la survenue de formes graves doit donc être la vaccination complète, avec deux injections.

Mme Laurence Cohen. – Face aux incompréhensions et aux peurs suscitées par un vaccin encore récent, il apparaît effectivement nécessaire d'accentuer les campagnes d'information, pour convaincre, en faisant preuve de pédagogie. Cependant, on constate également des inégalités sociales de santé sur le territoire national, y compris en outre-mer. Dans certains territoires, nous ne parvenons pas à faire progresser la vaccination. Au-delà des campagnes d'information, ne faudrait-il pas mobiliser d'autres moyens (bus itinérants, vaccination au sein des structures, etc.) pour aller vers ces populations et les conduire vers la vaccination ?

Qu'en est-il par ailleurs des traitements contre la covid-19 ? Des recherches sont aujourd'hui menées, à l'institut Pasteur de Lille notamment. Y a-t-il un espoir à ce niveau ?

Enfin, le projet de loi proposé semble avoir prévu que, sauf cas d'urgence, les soins programmés dans les établissements de santé ne puissent être délivrés que sous réserve d'un test ou d'une vaccination. Est-ce à dire que les personnes ne satisfaisant pas ces conditions ne seront pas soignées ?

M. Philippe Bonnecarrère. – L'accent a été mis sur l'importance de la vaccination dans le contexte actuel. Cependant, quelles sont les perspectives et la stratégie envisagée à plus long terme ? Si nous aboutissons à une vaccination globale de la population, serons-nous protégés dans la durée ? Le risque de voir apparaître de nouveaux variants sera-t-il réduit ? Pourrions-nous faire face à un rebond des mutations du virus du fait du renforcement vaccinal de la population ?

M. René-Paul Savary. – Le conseil scientifique semble conforter la stratégie retenue pour protéger les populations fragiles, s’agissant notamment des personnes âgées et/ou présentant des comorbidités. Cependant, pour atteindre cet objectif, pourquoi ne pas préconiser une vaccination obligatoire pour ces populations (le cas échéant indirectement à travers le passe sanitaire), de la même manière que pour les soignants ? Ne faudrait-il pas concentrer les efforts sur ces populations, le cas échéant en mobilisant les tissus locaux, pour maximiser leur taux de vaccination, améliorer leur protection et ainsi limiter la surcharge des services hospitaliers ? Ceci ne pourrait-il pas permettre de diminuer les contraintes pesant sur l’ensemble de la population ?

M. Martin Lévrier. – Au-delà de la question de l’accès à l’hôpital et aux soins pour les personnes non vaccinées, se pose également la question des conditions d’accès à l’hôpital pour les accompagnants de personnes devant recevoir des soins.

Pour ce qui est du « aller vers », les médecins généralistes ont enfin obtenu des fichiers concernant leurs patients non vaccinés. Cependant, l’Ordre des médecins a fait remonter des difficultés techniques pour organiser la vaccination des personnes ainsi identifiées. Comment aider les médecins généralistes, qui pourraient constituer un des meilleurs vecteurs pour convaincre les plus fragiles de se faire vacciner ?

M. André Reichardt. – Monsieur le Professeur, vous avez évoqué une contagiosité 60 % plus élevée du variant Delta. Le ministre de la santé a quant à lui évoqué une charge virale 1 000 fois plus importante de ce variant. Pourriez-vous nous apporter un éclairage scientifique sur ce point ? Qu’en est-il par ailleurs de la dangerosité du variant Delta, par rapport à celle de ses prédécesseurs ? Quels éléments scientifiques soutiennent ainsi les mesures préconisées dans le projet de loi de gestion de la crise sanitaire ?

M. Alain Milon. – Autour de cette question de la vaccination, je suis pour ma part très surpris par l’égoïsme franco-français. Bien que nous débattions encore du passe sanitaire et de l’obligation vaccinale, nous vivons aujourd’hui dans un pays où l’on peut se faire vacciner gratuitement. Les populations d’autres pays, à l’extérieur des frontières de l’Europe, n’ont pas cette chance. Ne risque-t-on pas de voir de nouveaux variants se développer dans ces pays, le cas échéant avec des capacités d’échappement vaccinal ? N’aurions-nous donc pas intérêt à vacciner rapidement nos populations, mais aussi celles des pays n’en ayant pas les moyens ?

M. Jean-François Delfraissy. – Une des limites de la gestion de crise réside effectivement dans le fait qu’elle demande des réponses au coup par coup, ne pouvant nécessairement s’inscrire, faute de temps, dans une vision d’ensemble. Vis-à-vis du coronavirus responsable de la covid-19, il est très compliqué de disposer d’une telle vision d’ensemble, car ce virus nous surprend constamment et demeure le maître du jeu. Ni les scientifiques ni les politiques ni les citoyens n’ont de maîtrise sur l’évolution de ce virus.

Nous avons connu le même phénomène au démarrage de la pandémie de VIH. Durant des années, nous nous sommes trouvés en déséquilibre dans nos manières de penser et nos modes de fonctionnement.

Aujourd'hui, vis-à-vis du coronavirus responsable de la covid-19, nous ne pouvons nous projeter qu'avec une extrême prudence – les hypothèses de la communauté scientifique demeurant toujours susceptibles d'être battues en brèche.

Nous allons probablement devoir vivre avec le variant Delta durant plusieurs mois. Ensuite, les virologues ont aujourd'hui deux visions. Certains estiment que les mutations du virus, survenant principalement dans la protéine Spike (c'est-à-dire dans la protéine d'attache aux récepteurs), pourraient s'épuiser, ce qui pourrait conduire, à terme, à une forme de banalisation d'un variant final. D'autres estiment cependant que le virus, soumis à une pression de sélection (du fait de l'immunité populationnelle et/ou de la couverture vaccinale), pourrait développer d'autres mutations intrinsèques, entraînant des formes plus graves voire des phénomènes d'échappement immunitaire.

Nous pourrions ainsi voir apparaître, en 2022, de nouveaux variants, avec de bonnes chances que ceux-ci demeurent sensibles à la vaccination. En parallèle, nous pourrions cependant constater également l'apparition de nouveaux variants dotés de capacités d'échappement immunitaire. Si tel devait être le cas, nous aurions du reste la capacité de recréer de nouveaux vaccins.

Quoi qu'il en soit, nous sommes ainsi appelés à nous inscrire dans une stratégie de long terme, dans le cadre de laquelle il conviendrait d'aboutir à une couverture vaccinale ou à une immunité populationnelle proche de 95 %.

Pour ce qui est de la transmissibilité accrue du variant Delta, les données récentes montrent que ce variant est porteur d'une charge virale plus importante et légèrement plus durable. Il ne s'accroche donc pas mieux aux récepteurs mais possède une capacité de multiplication plus forte, ce qui le rend plus transmissible.

Vis-à-vis du rapport nord/sud, il conviendrait effectivement de développer une vision stratégique globale. À la fin de l'hiver 2021/2022, nous devrions atteindre un taux de vaccination de l'ordre de 90 % dans une quarantaine de pays, c'est-à-dire dans les pays les plus riches, avec un reste du monde très peu vacciné. Les populations de ce reste du monde demeureront globalement plus jeunes et seront soumises à des conditions géographiques et d'urbanisation très disparates (soulevant encore de nombreuses interrogations quant aux conditions de propagation du virus). Il conviendra néanmoins d'assurer, dans la durée, une gestion globale de la crise. Les dernières données de l'OMS suggèrent, avec un certain optimisme, que nous ne devrions pas pouvoir compter sur une vaccination générale de la planète avant 2023-2024. Dans ce contexte, il pourrait être très difficile pour les quarante pays les plus riches et les mieux vaccinés de se confiner, à plus forte raison en Europe, pour des raisons géographiques – les stratégies « zéro Covid » s'étant déjà révélées très complexes à mettre en œuvre et ayant entraîné du retard dans la vaccination dans des pays tels que l'Australie ou la Nouvelle-Zélande.

Ces messages sont difficiles à entendre pour les populations et les responsables politiques. Il nous faut néanmoins nous préparer à une gestion globale de long terme, au-delà de la réponse immédiate aux évolutions constatées.

Pour ce qui est de protéger les personnes les plus fragiles, j'ai déjà insisté sur l'importance du « aller vers », en s'appuyant sur les acteurs locaux. Le moment est venu de mobiliser ainsi les tissus locaux, qui sont d'une exceptionnelle richesse en France.

En parallèle, il conviendrait effectivement de pouvoir mobiliser les médecins généralistes, en insistant auprès d'eux sur l'impact à venir du variant Delta.

Les traitements, quant à eux, ont vocation à constituer un élément fondamental pour la suite. Des anticorps monoclonaux dirigés contre la protéine Spike ont été développés. Ces antiviraux ne sont toutefois administrables aujourd'hui que par voie intraveineuse. Ils ne devraient donc pas pouvoir être utilisés efficacement pour lutter contre la 4^{ème} vague liée au variant Delta – seuls 2 500 patients ayant aujourd'hui été traités par ce biais en France, moyennant une interaction forte avec le système hospitalier. D'ici la fin de l'année 2021, des antiviraux administrables par voie orale pourraient en revanche permettre de traiter rapidement un grand nombre de patients (à risque ou non), dans le cadre d'une stratégie de « test and treat ». Plusieurs laboratoires travaillent sur ce type de molécules. De surcroît, plusieurs de ces molécules, n'étant pas dirigées contre la protéine Spike sujette à des mutations, pourraient aussi être efficaces contre de nouveaux variants.

Pour ce qui est de l'accès aux soins programmés, en tant que médecin, je ne saurais concevoir un quelconque refus de soins. La priorité doit demeurer le soin apporté aux patients. Dans un contexte de circulation virale très élevée, il pourrait être cohérent de vérifier que les patients admis sont bien vaccinés, en leur demandant, dans le cas contraire, d'effectuer un test. L'objectif ne saurait cependant être de leur refuser l'accès aux soins.

De manière générale, il nous faut aujourd'hui, dans la mesure du possible, comprendre et respecter l'hésitation vaccinale, qui a des résonances profondes chez certaines personnes. Je suis ainsi favorable à ce que tous les moyens soient mis en œuvre pour aller vers les populations les plus fragilisées, dans le respect et le dialogue avec celles-ci.

Pour ce qui est de la dangerosité du variant Delta, à ce stade, les données disponibles (publiées par une équipe écossaise) ne semblent pas montrer une dangerosité plus importante. Du reste, nous avons une même vision du variant Alpha en décembre 2020, qui a ensuite manifesté une dangerosité accrue. Il nous faut donc rester prudents et humbles vis-à-vis de l'avancée des connaissances scientifiques. Vis-à-vis de ce virus, nous continuons d'apprendre en marchant.

Sur la protection des populations les plus fragiles au sein de la population générale, j'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer, y compris devant cette instance. Telle est la priorité pour la vaccination. Nous affichons à cet égard un retard par rapport à certains pays tels que le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou l'Allemagne. Nous sommes toutefois au même niveau que d'autres pays tels que l'Espagne ou l'Italie.

10 % des plus de 60 ans ne sont pas encore vaccinés en France. Au sein de la population en surcharge pondérale (avec un IMC supérieur à 30), qui représente 17 % de la population générale, nous n'atteindrions qu'un taux de vaccination de l'ordre de 55 %. Ces populations, qui constituent un réservoir d'accès pour le virus, doivent être les premières cibles de la vaccination.

Cela étant, nous risquons aussi d'observer un fort niveau de circulation du virus dans la population générale, y compris chez les plus jeunes, en particulier au moment de la rentrée scolaire, avec un impact non négligeable sur le système de soins. Il nous faut donc aller aussi vers une vaccination générale.

M. André Reichardt. – *Ma question portait davantage sur le choix de ne pas recourir à l'obligation vaccinale pour protéger les personnes les plus vulnérables, s'agissant notamment des personnes les plus âgées.*

M. Jean-François Delfraissy. – *Ma pensée a cheminé vis-à-vis de l'obligation vaccinale pour les soignants – la protection des autres faisant partie intégrante de leur métier. Je reste cependant en retrait par rapport à la vaccination obligatoire en population générale. Les décisions de santé publique devant être acceptables pour être efficaces, je demeure convaincu de la nécessité de convaincre, y compris les populations les plus à risque, de se faire vacciner. Au regard des tensions déjà observées autour du passe sanitaire, nous n'arriverions pas à faire passer un message d'obligation vaccinale.*

De manière générale, dans la gestion de cette crise, il nous faut être évolutifs. Telle est ma position, à la date d'aujourd'hui, sur la vaccination obligatoire.

Mme Nathalie Goulet. – *Pour permettre une vaccination plus rapide, les délais entre deux injections ont-ils été modifiés ? Par ailleurs, quel est votre avis sur la vaccination des femmes enceintes ?*

Mme Véronique Guillotin. – *Avec le variant précédent, il semblait être possible de conserver une certaine liberté en extérieur, sur les terrasses notamment, en respectant la distanciation. Désormais, le passe sanitaire est appelé à être appliqué à l'extérieur comme à l'intérieur. Scientifiquement, la contagiosité du variant Delta en extérieur est-elle réellement plus importante ?*

Par ailleurs, quels arguments scientifiques plaideraient en faveur d'une éventuelle 3^{ème} dose, le cas échéant à quel moment et pour quelles populations ?

Mme Victoire Jasmin. – *Sur mon territoire, l'offre vaccinale n'est pas nécessairement complète, si bien que les personnes ne souhaitant pas recourir à un vaccin à ARN messenger n'ont pas nécessairement d'alternative.*

Par ailleurs, certains chercheurs français reconnus, ayant travaillé aussi sur le VIH, ont émis des réserves concernant les vaccins à ARN messenger. Comment rassurer les populations à cet égard ?

Vis-à-vis des vaccins AstraZeneca ou Janssen, moins promus que les vaccins à ARN messenger, dès lors que des cas de thrombose ont été constatés, pourquoi ne pas proposer des bilans préventifs, pour détecter en amont les risques potentiels et prévenir les effets indésirables ?

Enfin, pourquoi le vaccin Janssen n'est-il pas proposé en Guadeloupe pour certaines classes d'âges, pour tenir compte de la diversité des personnes souhaitant se faire vacciner ?

Mme Annick Jacquemet. – En l'absence de quantification possible du taux d'anticorps, comment développer une stratégie de long terme ? Ne risque-t-on pas de devoir s'orienter vers une vaccination annuelle ? Le cas échéant, ne devrait-on pas commencer à préparer la population à cette perspective ?

Par ailleurs, une fragilité plus importante des hommes face au virus avait été relevée. Est-ce toujours le cas avec le variant Delta ?

Enfin, les mesures prises aujourd'hui le sont beaucoup dans l'objectif de ne pas avoir à reconfiner la population à l'automne 2021. Si malgré tout nous étions conduits à opérer un tel reconfinement, ne serait-ce que partiel, quelle serait la situation des personnes ayant déjà été vaccinées ? Comment une telle mesure pourrait-elle être comprise par la population ? L'Allemagne envisagerait aujourd'hui d'opérer ainsi un reconfinement partiel.

Mme Nadia Sollogoub. – Je partage l'idée selon laquelle il faut convaincre plutôt qu'imposer, en s'efforçant de comprendre l'hésitation vaccinale. Cependant, à cet égard, le contenu de la communication proposée jusqu'à présent pose question. Les messages diffusés récemment ont beaucoup insisté sur la possibilité de se retrouver, de refaire du sport ou de reprendre des activités ludiques. Cependant, on constate que certaines personnes ont aujourd'hui davantage peur du vaccin que de la maladie elle-même. Dans ce contexte, ne faudrait-il pas remettre l'accent de façon plus radicale sur le risque lié à la maladie, comme cela a pu être fait vis-à-vis du cancer du poumon. Les personnes refusant aujourd'hui de se faire vacciner n'ont sans doute jamais vu les yeux d'une personne en détresse respiratoire. Sans aller trop loin, ne pourrait-on donc pas envisager une communication plus franche ?

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. – Madame la sénatrice Raymonde Poncet Monge nous a également transmis une question concernant le bénéfice/risque de la vaccination pour les 12-17 ans.

M. Jean-François Delfraissy. – Nous nous sommes efforcés de réduire au maximum le délai entre deux doses de vaccin, sur la base des données scientifiques les plus solides, en considérant la forte contagiosité du variant Delta et la très faible protection observée après une seule dose de vaccin de type ARN messenger. Nous échangeons quotidiennement sur ces sujets avec le Comité d'orientation de la stratégie vaccinale.

Le délai entre deux doses de vaccin ARN messenger est aujourd'hui de trois semaines. La réponse immunitaire est ensuite maximale une semaine après la deuxième injection. Le modèle vaccinal s'étend donc sur un mois. Le vaccin AstraZeneca, quant à lui, affiche une efficacité légèrement moindre vis-à-vis du variant Delta. Au regard de ses composants intrinsèques, il conserve par ailleurs un délai plus long entre deux injections. Pour accélérer la vaccination, en vue d'aboutir à une couverture maximale à l'automne 2021, il est donc logique que l'on s'oriente vers des vaccins ARN messenger.

Pour les femmes enceintes, les recommandations américaines avaient soulevé une interrogation concernant le 1^{er} trimestre de grossesse. Le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale a toutefois émis, il y a quelques jours, un avis levant toute contraindication durant cette période. Pour les femmes allaitantes, dans le cas d'une vaccination durant le 5^{ème} ou 6^{ème} mois, des anticorps devraient passer au cours de la lactation. Pour les femmes vaccinées après leur accouchement, je tâcherai de vous apporter une réponse ultérieurement.

Sur l'intérêt du passe sanitaire en extérieur, je souhaiterais insister sur le fait que le passe sanitaire et la vaccination, bien qu'indispensables, ne devraient pas modifier fondamentalement la réponse à la 4^{ème} vague. Cette réponse est appelée à s'appuyer aussi sur un retour aux gestes barrières individuels dans les lieux de contamination. Ces pratiques ont aujourd'hui totalement explosé dans la population générale. Le lavage des mains est beaucoup moins fréquent qu'avant. Il en va de même pour le port du masque. Or, dans une phase de très haute circulation du virus, le port du masque est appelé à redevenir un geste essentiel, y compris pour les populations vaccinées – le port du masque demeurant un geste simple ne remettant pas fondamentalement en cause les libertés républicaines.

Nous connaissons aujourd'hui les lieux de contamination. Les pics de contamination enregistrés dernièrement aux Pays-Bas et en Allemagne sont clairement liés aux boîtes de nuit, constituant des endroits fermés où l'on perd la distanciation sociale. Au Royaume-Uni, l'impact des regroupements autour des matchs de la Coupe d'Europe de football commence aussi à se faire sentir. Les petits gestes individuels seront donc fondamentaux dans les semaines à venir, non pas pour arrêter la 4^{ème} vague, mais pour limiter son impact sur le système de soins. Au-delà du passe sanitaire et de la vaccination, cette capacité à limiter l'impact de la 4^{ème} vague demeurera entre les mains de nos concitoyens.

Il est clairement possible d'être contaminé en extérieur par le variant Delta. Il conviendra donc effectivement de reprendre des mesures de précaution en extérieur, en cas de distanciation difficile à respecter.

Nous savons par ailleurs mesurer le taux d'anticorps. En revanche, nous ne disposons pas de marqueurs de protection associés aux niveaux d'anticorps après infection ou vaccination. Il existe par ailleurs, face à ce virus, une immunité de type T, qui n'est pas mesurée en pratique courante.

Aujourd'hui, le pourcentage de la population française ayant déjà contracté la covid-19 est estimé à 22 %. Cependant, ce chiffre recouvre des situations très disparates. Certaines personnes, infectées en 2020, ont aujourd'hui des anticorps n'assurant qu'une très faible protection contre le variant Delta. Pour ces personnes, une injection de vaccination apparaît donc nécessaire.

En matière de communication autour de la vaccination, il nous faudrait peut-être effectivement adopter une autre approche. Pour ma part, je crois beaucoup au « aller vers » et à la mobilisation du tissu local. Nos concitoyens sont aujourd'hui lassés des messages généraux portés les responsables politiques, les médecins et la communauté scientifique. Pour dépasser cela, je ne suis pas convaincu qu'il faille faire peur. Pour lever un certain nombre de doutes sur la vaccination, je crois en revanche à la nécessité de dire la vérité sur ce que l'on sait et sur ce que l'on ne sait pas et de dialoguer, le cas échéant au niveau local.

Nos concitoyens d'outre-mer, quant à eux, sont des citoyens français comme les autres. Pourtant, ils sont appelés à être davantage touchés par la 4^{ème} vague. Le niveau de vaccination demeure très faible dans ces territoires, en particulier en Guyane. Un effort de communication supplémentaire apparaît donc nécessaire.

Pour ce qui est des scientifiques remettant en cause la vaccination, je ne saurais quoi vous répondre. Nous avons la chance extraordinaire d'avoir pu développer des vaccins très puissants en peu de temps. Où en serions-nous aujourd'hui sans ces vaccins, en Europe comme dans le reste du monde ? De fait, les vaccins aujourd'hui disponibles ont des effets secondaires. Ces effets sont toutefois connus, demeurent très limités et font l'objet d'une surveillance. Nous ne disposons pas non plus d'une visibilité l'effet à long terme des vaccins à ARN messenger. Cependant, l'ARN ne s'intègre pas à l'ADN. Les biologistes moléculaires sont formels sur ce point. Les interrogations étaient les mêmes au démarrage des immunothérapies contre le cancer ou des trithérapies contre le VIH.

Chez les 12-18 ans, la question du bénéfice/risque se pose effectivement. En pratique, face au covid-19, les adolescents encourent un risque pratiquement nul mais demeurent des vecteurs de transmission. Sur ce sujet, nous avons évolué, en France comme dans d'autres pays européens, en entendant aussi les arguments des pédiatres et des pédopsychiatres concernant l'impact d'une scolarité interrompue ou perturbée sur la santé mentale des enfants. La France est aujourd'hui le pays européen ayant le plus conservé ses enfants à l'école. L'ouverture des écoles en septembre 2021 demeure également une priorité majeure. Dans ce contexte, une vague de contaminations très importante est attendue au sein de cette population à partir de septembre 2021. L'enjeu serait donc de limiter l'impact de cette vague par une stratégie vaccinale.

Par ailleurs, pour la population jeune, s'agissant notamment des 16-18 ans, le covid long constitue également un risque non négligeable. L'enjeu de la vaccination des 12-18 ans serait aussi de prévenir ce risque.

Du reste, la vaccination des 12-18 ans ne saurait être imposée. Une attention particulière nécessitera d'être portée au recueil du consentement des enfants. Nous avançons de surcroît progressivement dans cette vaccination. Nous atteignons aujourd'hui 19 à 21 % de couverture vaccinale au sein de cette population, contre 55 % aux Pays-Bas.

Mme Victoire Jasmin. – J'avais également soulevé une question concernant le choix des vaccins dans les territoires d'outre-mer.

M. Jean-François Delfraissy. – Les vaccins à ARN messenger permettent une vaccination en un mois. D'un point de vue opérationnel, ils apparaissent donc plus adaptés pour accélérer la vaccination. Il nous faut cependant aussi écouter les personnes hésitant à se faire vacciner avec un vaccin de ce type. Le vaccin AstraZeneca soulève d'autres problématiques de bénéfice/risque, sur lesquelles je ne reviendrai pas. Le vaccin Janssen est également disponible et d'autres vaccins arriveront bientôt. Nous ne saurions vacciner 95 % de la population d'ici le mois de septembre 2021. Les personnes ne souhaitant pas recevoir un vaccin à ARN messenger et/ou souhaitant bénéficier d'un vaccin français pourront donc attendre, en prenant des précautions en attendant d'être vaccinées.

L'enjeu serait ainsi d'encourager la vaccination, en s'appuyant sur le passe sanitaire, pour faire en sorte que les libertés individuelles s'effacent devant la liberté collective. La seule manière de conserver une liberté collective, en évitant de nouvelles mesures fortes de type couvre-feu ou confinement, est aujourd'hui d'aller vers la vaccination.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. – *Merci beaucoup Professeur Delfraissy pour ces éclaircissements.*

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le vendredi 23 juillet 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis, sur le projet de loi (n° 796, 2020-2021) adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, relatif à la gestion de la crise sanitaire

Mme Catherine Deroche, présidente. – L'ordre du jour appelle l'examen du rapport pour avis sur le projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire. Tous les amendements qui élargissent la vaccination, soit en la rendant totalement obligatoire pour tous, soit en ciblant de nouveaux publics, sans exclure le remboursement correspondant, sont déclarés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'épidémie de covid-19 que connaît notre pays depuis mars 2020 apparaît toujours instable, et force est de constater que l'apparition du variant delta, sensiblement plus transmissible que les précédents variants du SARS-CoV-2 dans un contexte de ralentissement du rythme de la vaccination au mois de juin, provoque une nouvelle flambée.

Devant cette situation, le Gouvernement considère que les outils votés par la loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire ne sont plus suffisants.

Je partage les deux constats posés : d'une part, une réaction urgente s'impose pour freiner cette reprise ; d'autre part, la vaccination est notre meilleure arme pour lutter contre l'épidémie.

Les autorités médicales et scientifiques convergent en effet pour estimer que la vaccination constitue le moyen le plus efficace de maîtriser durablement l'épidémie. L'efficacité et la sécurité des vaccins autorisés contre la covid-19 reposent désormais sur des données extrêmement solides : ils sont le moyen le plus efficace de réduction des formes symptomatiques et, surtout, des formes graves, mais aussi de réduction de la propagation du virus et donc, in fine, de réduction des risques d'émergence de nouveaux variants.

À ce titre, je sais que nous aurons en séance publique des débats sur l'opportunité d'une obligation vaccinale de la population générale. Je n'y suis pas favorable, mais il nous appartient de renforcer l'adhésion à la vaccination de la population. Aussi, alors que la progression de la campagne vaccinale semble suivre un gradient socio-économique fort, la bonne conduite des stratégies d'« aller vers » et une communication grand public efficace seront déterminantes. Cet engagement doit aussi passer par l'exemplarité des élus : revendiquons notre vaccination et soyons ambassadeurs de la campagne vaccinale.

Par ailleurs, la réussite de la lutte contre l'épidémie ne peut s'appréhender qu'au seul niveau national et le dispositif Covax – covid-19 Vaccines Global Access – permet d'intensifier la vaccination au niveau international.

J'en viens aux dispositions de ce texte, neuvième texte d'urgence présenté depuis le début de la crise sanitaire. S'il a été renvoyé à la commission des lois, notre commission s'est saisie pour avis et a reçu une délégation pour l'examen des articles 5 à 11 relatifs à la vaccination obligatoire.

Concernant les dispositions des premiers articles du texte, je me limiterai à des observations sommaires.

Sur l'extension du passe sanitaire, le périmètre très large de cet outil, initialement circonscrit, correspond désormais à un champ d'activités ou lieux qui, si la situation sanitaire l'imposait à nouveau, seraient fermés. Il reprend les activités culturelles ou de loisirs, pour lesquelles le Gouvernement a abaissé cette semaine le seuil requis, mais intègre aussi les lieux de restauration ou débits de boisson. Une telle exigence élargie du passe sanitaire est une forte incitation à la vaccination de la population générale ; j'y suis favorable. Il est en outre prévu pour les visiteurs des hôpitaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) hors situation d'urgence : cela participe de la protection des personnes vulnérables au sein de ces établissements.

Sur l'isolement contraint, le Gouvernement prévoit des dispositions de contrôle strict du respect de l'isolement des personnes contaminées quand cet isolement est aujourd'hui prescrit, mais volontaire. La mise en œuvre de cet article me paraît délicate. Mais la responsabilité individuelle de chacun à l'égard des conséquences pour la collectivité doit être rappelée.

Venons-en aux articles dont nous sommes chargés de l'examen au fond.

L'article 5 prévoit une vaccination obligatoire pour toute une série de professionnels ou de personnels au contact de personnes vulnérables.

Il s'agit de garantir, au-delà de la seule protection qui pourrait être apportée par la vaccination individuelle des personnes fragiles, une protection supplémentaire par la vaccination des personnes de leur environnement. Cette logique explique le choix retenu par le Gouvernement d'un champ directement relié au secteur sanitaire et au secteur médico-social.

À titre liminaire, je souhaite indiquer que, selon Santé publique France, 81,6 % des professionnels de santé libéraux ont reçu une première dose de vaccin quand 77,1 % ont un schéma vaccinal complet. Pour les professionnels exerçant en Ehpad et en unité de soins de longue durée (USLD), les taux sont plus faibles : respectivement 62,4 % et 52,7 %. Ces taux sont jugés insuffisants par beaucoup. Par ailleurs, le taux de vaccination montre de profondes disparités selon les catégories professionnelles.

Ainsi, se retrouveraient concernés par l'obligation de vaccination contre la covid-19 les personnels de l'ensemble des établissements de santé et de larges catégories d'établissements médico-sociaux, au-delà des seuls soignants au contact des patients ; l'ensemble des professions de santé – médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants... – et des personnes travaillant dans leurs locaux d'exercice ; d'autres catégories de professionnels au contact de personnes fragiles.

Cette obligation vaccinale pourra être suspendue. Je vous proposerai de préciser la nécessité pour la Haute Autorité de santé (HAS) de donner un avis s'agissant des décisions relatives à cette vaccination. Nous aurons, j'en suis sûre, un débat riche à ce sujet. Cette obligation vaccinale a été accueillie et même demandée par les acteurs du monde de la santé, au premier rang desquels les fédérations hospitalières et les ordres médicaux. Elle est en outre proposée après des avis en ce sens de la Haute Autorité de santé, du conseil scientifique, du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale et du Comité consultatif national d'éthique (CCNE).

Je souscris à l'idée selon laquelle cette obligation vaccinale contre la covid-19 traduit le devoir d'exemplarité, mais aussi le devoir éthique des soignants à l'égard des personnes vulnérables qu'ils s'engagent à protéger au quotidien dans leur activité.

Par ailleurs, la jurisprudence en matière de droits fondamentaux ne s'oppose aucunement à une telle obligation vaccinale.

Je me suis interrogée sur le champ des personnes concernées, que je ne vous propose cependant pas de modifier à ce stade. Enfin, différentes réserves peuvent être formulées sur la mise en œuvre opérationnelle. Pour moi, l'effectivité de cette obligation vaccinale ne pourra être atteinte qu'à la condition de susciter une réelle et massive adhésion à la vaccination chez les personnes concernées. Rappelons-le de nouveau, les vaccins autorisés dans l'Union européenne sont efficaces et sûrs.

L'article 6 prévoit les conditions de présentation de la satisfaction à l'obligation vaccinale pour la personne concernée. Je vous proposerai de préciser que le moyen général doit être un certificat de vaccination correspondant aux exigences fixées sur avis de la Haute Autorité de santé. À défaut, deux possibilités sont prévues pour satisfaire à cette obligation : un certificat de rétablissement en cours de validité ou un certificat de contre-indication médicale.

Cet article précise en outre le rôle des employeurs et des agences régionales de santé (ARS), ainsi que les modalités de transmission et de conservation de ces informations, que je vous proposerai d'encadrer.

L'article 7 précise les conséquences qui devront être tirées d'une interdiction d'exercer pour défaut de vaccination d'un professionnel salarié ou agent public. Il est ainsi prévu qu'à compter du 15 septembre 2021 toute personne soumise à l'obligation vaccinale devra, pour pouvoir continuer à travailler, présenter un justificatif vaccinal, un certificat de rétablissement indiquant qu'elle ne peut se faire vacciner dans des délais rapprochés ou un certificat médical de contre-indication à la vaccination contre la covid-19.

Une souplesse est prévue : la satisfaction de cette obligation pourra être appréciée au regard de l'administration des doses requises, sans justifier du délai nécessaire à l'acquisition d'une immunité complète. En outre, afin de laisser aux professionnels non vaccinés le temps de se conformer d'ici à la mi-septembre à l'obligation vaccinale, une période transitoire, qui court de l'entrée en vigueur de la loi jusqu'au 15 septembre, leur permettra de continuer à travailler en présentant régulièrement un test virologique négatif.

Nous pouvons nous réjouir que le Gouvernement ait fait preuve d'un minimum de réalisme en ménageant quelques souplesses pour tenir compte du fait que tous les professionnels ne seront pas en mesure d'obtenir un statut vaccinal complet dans des délais aussi resserrés. Je vous proposerai néanmoins de prolonger ces souplesses, afin notamment de permettre aux professionnels de poursuivre leur activité jusqu'au 15 octobre même si leur vaccination n'est pas complète, s'ils ont démontré leur engagement à se faire vacciner par l'administration d'une première dose. Ces aménagements me semblent nécessaires afin de tenir compte des difficultés qu'ils pourraient rencontrer face à un possible encombrement des demandes de rendez-vous vaccinaux, alimenté par l'extension du passe sanitaire, et d'éventuelles tensions sur la disponibilité des soignants pour administrer les doses en période estivale.

Je suis attachée à l'acceptabilité comme à l'effectivité du respect de l'obligation vaccinale pour les professionnels concernés. C'est pourquoi il me semble indispensable de garantir que les sanctions restent proportionnées. À cet égard, la suspension des fonctions ou du contrat de travail, assortie d'une interruption du versement de la rémunération, constitue, à mon sens, la sanction la plus équilibrée, de nature à inciter les professionnels les plus réticents à rejoindre les rangs de leurs collègues vaccinés.

En revanche, la possibilité d'un licenciement, à l'issue de deux mois de suspension, me semble disproportionnée. L'absence de rémunération devrait suffire à conduire le professionnel, de lui-même, à assumer son choix : soit régulariser sa situation en se conformant à l'obligation vaccinale afin de pouvoir reprendre son activité et retrouver sa rémunération ; soit démissionner pour changer d'activité. C'est pourquoi je vous proposerai de revenir sur la création d'un motif spécifique de licenciement tiré de la persistance de l'impossibilité de présenter un justificatif vaccinal au-delà d'une période d'interdiction d'exercer de deux mois.

L'article 8 définit les sanctions pénales applicables aux professionnels qui méconnaîtraient leur interdiction d'exercer et celles qui seraient applicables aux employeurs méconnaissant leur obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale des professionnels placés sous leur responsabilité. Je vous proposerai de préciser à cet article les agents qui seront chargés de rechercher et de constater les infractions aux prescriptions en matière d'obligation vaccinale.

L'article 9 prévoit une autorisation d'absence pour un salarié ou un agent public se rendant à un rendez-vous de vaccination contre la covid-19. J'y suis favorable, tout encouragement à la vaccination est bienvenu.

L'article 10 prévoit, sur le modèle des autres obligations vaccinales, l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) dans le cas des dommages directement imputables à la vaccination. Je vous proposerai également de l'adopter.

Enfin, l'article 11 porte sur l'application des mesures au territoire des îles Wallis et Futuna.

Telles sont mes analyses sur ce texte que je vous propose de faire évoluer en adoptant des amendements qui visent à garantir l'opérationnalité et la pleine effectivité du dispositif d'obligation vaccinale.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci pour ce travail qui a permis, en dépit des délais extrêmement contraints, d'aboutir à un équilibre sur ce texte.

M. Philippe Mouiller. – Je remercie également Mme le rapporteur pour avis du travail qu'elle a effectué dans des conditions particulières eu égard à la brièveté du temps imparti pour l'examiner et à la pression provenant de toutes parts. Les enjeux liés au texte mériteraient plus de sérénité.

On distingue dans ce texte deux thématiques fortes : l'obligation vaccinale et le passe sanitaire qui donne lieu à des situations très compliquées. À titre personnel, je suis assez réservé sur le passe, beaucoup moins sur l'obligation vaccinale, même si l'on aurait pu aller plus loin.

À la suite du débat à l'Assemblée nationale, votre point de vue a-t-il varié sur un certain nombre de points que nous avons abordés lors de nos discussions préalables ? Outre le licenciement, qui est une mesure abusive, ne pensez-vous pas que l'absence de rémunération résultant de la suspension d'activité peut se révéler problématique ? Face au choix de certaines personnes de ne pas se faire vacciner, par conviction philosophique ou autre, des mesures d'accompagnement sont-elles prévues en leur faveur ?

Mme Monique Lubin. – Si chacun est ici convaincu de l'absolue nécessité de la vaccination, nous proposons une obligation vaccinale généralisée ; c'est un peu moins hypocrite que ce qui nous est présenté. En effet, les diverses obligations prévues finiront par concerner tout le monde, tout en sachant que, dans les délais impartis par le Gouvernement, tous ne pourront pas s'y conformer. J'en conclus que les Français seront divisés en deux clans, ceux qui pourront continuer à vivre normalement et les autres.

Nous sommes convaincus que les professionnels de santé doivent se faire vacciner, mais il faut les motiver en ce sens. Et nous sommes très réservés sur les mesures qui conduiraient au minimum à les priver de rémunération. Nous souhaiterions que les propositions du Sénat à cet égard soient beaucoup moins violentes. Peut-on imaginer un dispositif intermédiaire, moins radical, pour les personnes qui ne souhaiteraient pas ou ne pourraient pas se faire vacciner ?

Mme Laurence Cohen. – Je remercie Mme le rapporteur pour avis d'avoir essayé de trouver des équilibres dans des délais extrêmement brefs. Les médias se font l'écho de cette mauvaise image du rôle de l'exécutif et du Parlement, en comparant nos débats à une cavalcade et en expliquant que, lorsque le vote ne plaît pas au Gouvernement, il propose une seconde délibération pour parvenir à ses fins. Notre rôle est réduit à la portion congrue, alors que les discussions mériteraient d'être approfondies.

Pour faire bouger les choses, il vaut mieux avoir recours non à l'obligation, mais à la persuasion, à l'information, et à une saine émulation au sein des équipes. Nous sommes choqués par les sanctions prévues, qui nous semblent démesurées. On manque cruellement de personnels soignants, et ceux-ci ont été en première ligne lors du premier confinement, souvent sans protection. On est en train de créer un nouveau motif de licenciement, qui sera très lourd de conséquences.

En définitive, ce projet de loi touche de nombreux domaines à côté de la santé et menace nombre de nos libertés, puisque des mesures exceptionnelles entrent facilement dans le droit commun. Que le débat soit respectueux, je n'en doute pas. Mais dans un temps aussi contraint, nous ne pourrions approfondir les problématiques diverses. Quoi qu'il en soit, nous y participerons.

Mme Nadia Sollogoub. – *Ce n'est effectivement pas envoyer une très bonne image des élus que de signaler le vote expéditif de 600 amendements au cours de la nuit...*

Je salue à mon tour le travail accompli par Mme le rapporteur pour avis, dont je suivrai toutes les conclusions. Néanmoins, après les auditions d'hier, être obligés de prendre des mesures autoritaires, c'est faire un constat d'échec, avec le risque de perdre des professionnels de santé. Nous sommes quelque peu perplexes face au refus de certains soignants, mais il aurait fallu les convaincre en amont. Je ne comprends pas bien le distinguo opéré par l'article 10, qui prévoit la réparation des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire. Dans la mesure où toutes les vaccinations sont concernées par l'article L. 3111-9 du code de la santé publique, le présent cas devrait être satisfait.

Mme Laurence Rossignol. – *Je remercie et félicite Mme le rapporteur pour avis de son travail réalisé dans des conditions peu banales qui resteront, je l'espère, exceptionnelles dans l'histoire du Parlement. Sinon, ce serait inquiétant pour la démocratie.*

Nous sommes quasi unanimement favorables à la vaccination la plus large possible de la population. Deux options se présentaient : l'obligation vaccinale, déjà prévue dans onze cas à l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, était incontestablement la plus simple, puisqu'il suffisait ensuite de gérer la période transitoire, entre la promulgation de la loi et la vaccination totale, et de l'assortir d'un système de sanctions en cas de non-respect.

Le Gouvernement a cru avancer masqué en ne disant pas à la population qu'il était favorable à la vaccination et en inventant le passe sanitaire, cette forme d'incongruité juridique. Nous avons pour habitude de dire qu'il n'est pas de règle sans sanction, mais là on a créé la sanction sans règle : les diverses mesures prévues n'ont aucun fondement réel. Pour asseoir la méthode, le Gouvernement a dû être extrêmement coercitif et prendre des mesures inacceptables. Qu'un salarié puisse être licencié pour non-vaccination, c'est un bouleversement du droit du travail que rien ne justifie !

Nous nous trouvons dans une situation très inconfortable, où nous devons nous inscrire dans le choix du passe sanitaire et de l'efficacité vaccinale, tout en limitant le caractère dérogoire et liberticide de ce passe. Parler d'obligation vaccinale pour ce texte est un abus de langage ; n'y figurent que des conséquences restrictives pour les non-vaccinés. Pourrions-nous discuter en séance de l'obligation vaccinale avec le ministre, sur la base des amendements que nous avons déposés ?

Mme Catherine Procaccia. – S’agissant du licenciement, le code du travail prévoit une consultation des partenaires sociaux et des organisations syndicales représentatives ; a-t-elle eu lieu ? Sinon, depuis la loi du 31 janvier 2007 de modernisation du dialogue social, dite loi Larcher, cela pourrait être source de contentieux et d’annulations.

Qu’est-il prévu, hormis le licenciement, pour les personnes qui refusent de se faire vacciner et qui sont en contact avec des personnes fragiles ? Peut-on éventuellement prévoir qu’elles soient réaffectées dans des services où elles ne seraient pas en contact avec les malades ?

On sait qu’un certain nombre de médecins sont antivaccin. Faudra-t-il souffrir d’une pathologie, reconnue par la sécurité sociale, pour échapper à l’obligation de vaccination sur avis médical ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je remercie Chantal Deseyne de l’excellent rapport qu’elle est parvenue à produire dans des conditions acrobatiques.

Ce texte est incitatif et assez réaliste : à défaut de convaincre, il faut trouver des modalités proportionnées pour contraindre. Je ne partage pas, à ce propos, la position de Laurence Cohen : on n’invente pas une nouvelle cause de licenciement. La proportionnalité a été approuvée par la majorité des partenaires sociaux.

Madame Rossignol, vous accusez le Gouvernement d’être coercitif. Mais que proposez-vous pour obliger tout le monde à se faire vacciner ?

Ma question concerne l’article 6, qui prévoit que les professionnels non vaccinés doivent produire un test virologique négatif de manière quotidienne. L’hôpital Foch, avec lequel j’ai été en contact, ne voit pas comment il pourra tester environ 200 soignants chaque jour, en plus des malades !

Comment les particuliers employeurs et les associations peuvent-ils envisager un test virologique quotidien pour les aides à domicile ?

Mme Véronique Guillotin. – Je remercie Mme la rapporteur. Je partage une grande partie des pistes et des conclusions du rapport.

Notre groupe est plutôt favorable à l’obligation vaccinale. La majorité d’entre nous est également plutôt favorable au passe sanitaire. Le rôle des exploitants des cafés et restaurants n’est pas de réaliser des contrôles ! Je ne vois pas comment ils seront en capacité de le faire. Nous déposerons des amendements à ce sujet. Ne serait-il pas possible de prévoir un accès sans passe aux espaces extérieurs restreints, comme les terrasses, dans le respect des conditions de distanciation physique ?

Quelles sanctions va-t-on proposer, à l’issue des deux mois, aux salariés qui ne veulent pas se faire vacciner ? Si l’on décide qu’il n’y aura pas d’autre sanction, que va-t-il se passer ? Comment la loi va-t-elle régler la situation des salariés qui veulent se faire vacciner, mais qui ne peuvent accéder aux vaccins dans les délais requis, pour des raisons techniques, indépendantes dans leur volonté ? Je ne suis pas fondamentalement opposée à la sanction si l’on règle le cas de ces personnes.

M. Martin Lévrier. – Je remercie Mme la rapporteur pour le travail qu'elle a réussi à faire en si peu de temps et dans des conditions aussi compliquées.

Je suis très profondément attaché à la liberté individuelle, mais j'ai la conviction que celle-ci s'inscrit dans la liberté collective que nous définissons par la loi et qui nous permet de bien vivre ensemble.

Je suis très heureux que nous ne parlions pas d'obligation vaccinale, mais je suis convaincu que le passe sanitaire vise à ce que chacun assume ses choix. Chacun doit assumer les conséquences, que nous allons décider ensemble, de sa décision de ne pas se faire vacciner. Je suis tout à fait favorable à cette logique, qui me paraît beaucoup plus pédagogique, même s'il existe une forme de coercition – la confiance n'exclut pas le contrôle.

J'admets que le licenciement est disproportionné, mais que proposer d'autre ? Là aussi, il faut assumer ses choix.

Mme Victoire Jasmin. – Je me positionne très clairement par rapport à ce qui se passe dans mon territoire.

Il est vrai que la situation sanitaire est difficile, mais je ne peux accepter le passe sanitaire tel qu'il est présenté. Les citoyens qui vivent sur le territoire hexagonal n'ont pas à réaliser de test PCR pour rentrer chez eux. Pour ma part, j'ai dû en faire régulièrement, parfois à l'aller comme au retour. C'est contraignant.

Le passe est assorti de mesures concernant le droit du travail. Or les difficultés systémiques ne sont pas les mêmes suivant les territoires ! Certains de nos territoires connaissent un chômage important. J'ai déposé un amendement à l'article 1^{er} sur ce sujet.

Je respecte vos choix, madame la rapporteur, mais je ne peux être solidaire de toutes les positions de la commission.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Je remercie Mme la rapporteur pour son travail, dont le résultat me paraît très équilibré. Je suis médecin médico-social. J'ai eu toutes les peines du monde à convaincre les personnels encadrant des patients particulièrement fragilisés de se faire vacciner. S'il n'y a pas de contrainte du tout, ils ne seront jamais vaccinés ! Pourtant, deux des quarante personnes qui étaient accueillies dans un établissement spécialisé sont décédées à cause de personnels qui n'étaient pas vaccinés.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je reconnais que le passe sanitaire est un peu coercitif, mais, sans celui-ci, nous risquons d'avoir à refermer les restaurants, les parcs, les jardins... Il faut faire des choix. Celui qui ne veut pas se faire vacciner doit assumer ses responsabilités.

Je n'ai pas retenu la solution du licenciement, car un licenciement est très dur. La suspension de deux mois est une sanction lourde.

Les professionnels de santé réticents peuvent être conduits à reconsidérer leur position par rapport au vaccin. Au reste, s'ils sont véritablement hostiles à la vaccination, il faut peut-être qu'ils se reconvertissent... Un soignant s'engage à ne pas nuire.

Les professionnels de santé ont déjà un certain nombre d'obligations vaccinales. Il faut modifier l'article pour que le vaccin anti-covid soit pris en considération dans ces obligations.

Monsieur Vanlerenberghe, le test n'est pas quotidien. Il doit être réalisé toutes les quarante-huit heures, ce qui fait trois tests par semaine... à rapporter aux journées de travail, souvent très longues, qu'effectuent les personnels de santé.

Mes chers collègues, avant d'engager la discussion des amendements, il m'appartient, en tant que rapporteur, de vous proposer, sur le champ des articles délégués au fond à notre commission, un périmètre pour l'application de l'article 45 de la Constitution.

Ainsi, je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives à la vaccination de certaines personnes contre la covid-19, eu égard à l'exercice de leur activité ; aux règles d'exercice de l'activité d'un professionnel soumis à l'obligation prévue, au regard de son statut vaccinal ; aux conséquences sur l'emploi des personnes soumises à l'obligation vaccinale de la non-présentation des justificatifs requis pour poursuivre leur activité ; au régime des sanctions en cas de méconnaissance de l'interdiction d'exercer pour non-respect de l'obligation vaccinale et de méconnaissance par l'employeur de son obligation de contrôle du respect de l'obligation ; aux règles d'indemnisation dans le cas d'un dommage directement imputable à la vaccination dans le cadre d'une obligation vaccinale ; au régime d'autorisation d'absence pour un rendez-vous de vaccination contre la covid-19.

En revanche, je vous propose de considérer que ne présentent pas de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs à la politique nationale de vaccination et aux autres vaccinations obligatoires ; aux conditions générales de prise en charge des soins et aux prestations servies par l'assurance maladie.

EXAMEN DES ARTICLES POUR AVIS

Article 1^{er}

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-263** prévoit que la Haute Autorité de santé soit consultée pour avis.

L'amendement COM-263 est adopté.

EXAMEN DES ARTICLES DÉLÉGUÉS AU FOND

Chapitre II : Vaccination obligatoire (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-26** supprime le chapitre II, dont il ne supprime pas les articles. Retrait ou avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de demander le retrait de l'amendement COM-26 et, à défaut, de ne pas l'adopter.

Article additionnel avant l'article 5 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-37** rectifié. Le champ de l'obligation vaccinale me paraît pertinent. Le critère d'extension proposé, fondé sur l'âge, reviendrait à une obligation très large en population générale. Ce n'est pas la position que je vous propose d'adopter.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je rappelle les amendements concernant des obligations vaccinales pour lesquelles il n'y avait pas de précision selon laquelle cette extension s'effectue sans prise en charge par la sécurité sociale ont été déclarés irrecevables en application de l'article 40 de la Constitution.

Mme Laurence Rossignol. – Je ne vois pas en quoi l'obligation vaccinale est plus coûteuse que le passe sanitaire, l'objectif partagé étant que tout le monde soit vacciné !

Mme Catherine Deroche, présidente. – C'est ce que j'ai toujours considéré, mais l'irrecevabilité se fonde sur des considérations juridiques et non sur un raisonnement économique.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-134** rectifié concerne la vaccination obligatoire de l'ensemble de la population éligible.

Il est très compliqué de contrôler l'effectivité de la vaccination. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-37** rectifié, non plus que l'amendement **COM-134** rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-116** rectifié vise une demande de rapport. Avis défavorable, conformément à la position traditionnelle de la commission.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-116** rectifié.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-119**.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-190** est relatif à l'intégration de la covid-19 au champ des maladies à déclaration obligatoire. J'y suis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-190**.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – J'émet un avis défavorable sur l'amendement **COM-194**, qui tend à une demande de rapport.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement **COM-194**.

Article 5 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-36** rectifié étend le champ de la vaccination obligatoire à toutes les personnes âgées de plus de 12 ans. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-36 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Les amendements identiques **COM-204** et **COM-243** rétablissent la rédaction initiale concernant l'intégration des travailleurs handicapés en établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Les amendements COM-204 et COM-243 sont adoptés.

La commission demandera à la commission des lois d'adopter les amendements COM-204 et COM-243.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-33** rectifié bis étend le champ de la vaccination obligatoire aux personnels des établissements pénitentiaires. La position de la commission est celle d'un maintien du champ proposé par le Gouvernement. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-33 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-66** rectifié ter étend le champ de la vaccination obligatoire aux établissements thermaux. Cet amendement est satisfait. Avis défavorable.

L'amendement de repli **COM-67** rectifié bis est satisfait. J'y suis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-66 rectifié ter, non plus que l'amendement COM-67 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-245** étend le champ de la vaccination obligatoire aux pompiers volontaires. Il est satisfait. J'émet un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-245.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-11** rectifié bis, qui étend le champ de la vaccination obligatoire aux personnels des écoles, collèges et lycées et établissements d'enseignement supérieur.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-11 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-12** rectifié bis étend le champ de la vaccination obligatoire aux personnels des crèches. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-12 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-10** rectifié bis étend le champ de la vaccination obligatoire aux forces de sécurité. J'émet un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-10 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-205** concerne l'avis de la Haute Autorité de santé sur les conditions de la vaccination obligatoire.

L'amendement COM-205 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-205.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-251** rectifié tend à la présentation du passe sanitaire pour les intervenants ponctuels des établissements et locaux concernés.

Le passe sanitaire sera applicable aux établissements de santé et aux Ehpad en application de l'article 1^{er}. L'amendement est donc satisfait pour ces derniers. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-251 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-206** est relatif à l'avis de la Haute Autorité de santé sur la suspension de la vaccination obligatoire contre la covid-19.

L'amendement COM-206 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-206.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-207** tend à supprimer les dispositions relatives aux pouvoirs de contrôle des parlementaires.

*L'amendement **COM-244** sera satisfait par l'adoption de l'amendement COM-207.*

L'amendement COM-207 est adopté ; l'amendement COM-244 devient sans objet.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-207.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 5 ainsi modifié.

Article 6 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-208** concerne les conditions de présentation de la satisfaction à l'obligation vaccinale.

L'amendement COM-208 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-208.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-209** apporte une précision sur la validité éventuellement temporaire du certificat de contre-indication.

L'amendement COM-209 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-209.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-210** autorise les ARS à consulter la base SI-Vaccin pour contrôler les professionnels libéraux.

L'amendement COM-210 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-210.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-174** : le transfert du contrôle du respect de l'obligation vaccinale à l'assurance maladie semble impossible d'un point de vue opérationnel.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-174.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-211** comble une lacune sur la transmission des justificatifs nécessaires pour les personnes concernées autres que les salariés ou agents publics.

L'amendement COM-211 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-211.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-212** vise à permettre le contrôle du certificat de contre-indication par le médecin-conseil de l'assurance maladie pour éviter les abus.

L'amendement COM-212 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-212.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-252** rectifié, relatif au format du justificatif vaccinal, est satisfait par l'amendement du rapporteur. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-252 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-177** ramène la durée de conservation du justificatif de respect de l'obligation vaccinale au 31 décembre 2021. Nous ne savons malheureusement pas, à ce stade, quand nous serons sortis de cette épidémie. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-177.

L'amendement rédactionnel **COM-213** est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-213.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-214** est relatif aux peines encourues pour l'établissement ou l'usage d'un faux certificat de vaccination ou de contre-indication et information des conseils de l'ordre respectifs.

L'amendement COM-214 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-214.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 6 ainsi modifié.

Article 7 (délégué)

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement de suppression **COM-179**.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-215** aménage les conditions requises pour continuer à exercer pour les professionnels soumis à l'obligation vaccinale. Il s'agit de prolonger la mesure dérogatoire jusqu'au 15 octobre prochain, à la condition que les professionnels se soient engagés dans un processus de vaccination et qu'ils se soumettent aux tests dans l'intervalle. En effet, il peut être difficile de se faire vacciner en période estivale, la population se ruant sur les centres de vaccination pour obtenir le passe.

L'amendement **COM-106** a le même objet. Retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-215 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-215.

La commission proposera à la commission des lois de demander le retrait de l'amendement COM-106 et, à défaut, de ne pas l'adopter.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-254** rectifié, qui tend à assurer l'information par l'employeur du professionnel des risques encourus en cas de non-respect de l'obligation vaccinale.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-254 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-183** supprime l'ensemble des conséquences liées à une interdiction d'exercer pour refus de vaccination, qu'il s'agisse de la suspension du contrat de travail ou du licenciement.

J'émet un avis défavorable, au profit de mon amendement **COM-216**, qui précise les contours de la suspension du contrat de travail et prévoit les conséquences sur l'emploi des professionnels soumis à l'obligation vaccinale qui ne présenteraient pas les justificatifs requis.

L'amendement **COM-96** rectifié bis prévoit la possibilité d'affectation sur un autre poste non soumis à l'obligation vaccinale des professionnels interdits d'exercer pour refus de vaccination. La mise en œuvre d'une telle mesure serait très compliquée. Au demeurant, la plupart des personnels exerçant dans des centres de santé sont soumis à l'obligation vaccinale, y compris s'ils sont chargés de l'entretien ou de la restauration. Il serait difficile de recaser ces personnels sur un autre poste. Avis défavorable.

L'amendement **COM-253** rectifié prévoit que soit proposé un entretien avec la médecine du travail au cours de l'entretien entre l'employeur et le professionnel interdit d'exercer pour refus de vaccination. J'y suis défavorable, car l'entretien avec l'employeur ne se justifie pas : on n'est pas dans le cadre d'un licenciement. L'employeur est chargé de notifier au salarié les conséquences qu'il encourt. Je déposerai un amendement à ce sujet.

L'amendement **COM-56** rectifié bis module la suspension du contrat pour les salariés exerçant leur activité sur plusieurs sites dont certains ne sont pas soumis à l'obligation vaccinale. Un infirmier qui travaille sur deux établissements a les mêmes obligations et les mêmes contraintes. Au reste, je pense qu'il y a très peu d'infirmiers qui soient aussi chauffeurs routiers, commerçants ou restaurateurs... Avis défavorable.

Je sollicite le retrait de l'amendement **COM-107**, qui supprime le motif de licenciement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement **COM-123** est relatif à la communication par l'ARS à l'ordre professionnel de la liste des professionnels de santé interdits d'exercer pour refus de vaccination et relevant de cet ordre. J'en demande le retrait.

L'amendement COM-216 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-216.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-183, non plus que les amendements COM-96 rectifié, COM-253 et COM-56 rectifié.

Elle proposera à la commission des lois de demander le retrait des amendements COM-107 et COM-123.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-7** rectifié bis exonère de cotisations sociales les rémunérations des CDD des personnes recrutées pour remplacer un professionnel suspendu pour non-respect de l'obligation vaccinale. Or les cotisations sociales alimentent le budget de la sécurité sociale ! En outre, les personnels suspendus ne perçoivent plus de rémunération. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-7 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-217** prévoit le signalement par l'agence régionale de santé à l'ordre compétent des professionnels de santé ne respectant pas leur obligation vaccinale contre la covid-19.

L'amendement COM-217 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-217.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 7 ainsi modifié.

Article 7 bis (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-218** vise à apporter une clarification sur les modalités d'information et de consultation du comité social et économique sur la mise en œuvre des mesures de contrôle du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale.

L'amendement COM-218 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-218.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 7 bis ainsi modifié.

Article additionnel avant l'article 8 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-135** rectifié bis concerne les sanctions pénales applicables en cas de non-respect de l'obligation vaccinale. Je sollicite son retrait ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de demander le retrait de l'amendement COM-135 rectifié bis et, à défaut, de ne pas l'adopter.

Article 8 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-185**, qui supprime les sanctions pénales applicables en matière d'obligation vaccinale.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-185.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-89** abaisse de 200 euros à 135 euros la sanction pénale applicable à l'employeur qui méconnaîtrait son obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-89.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-219** concerne les agents chargés de rechercher et de constater les infractions aux prescriptions en matière d'obligation vaccinale et de contrôle de cette obligation.

L'amendement COM-219 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-219.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 8 ainsi modifié.

Article 9 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-220** vise à permettre au salarié ou à l'agent public de bénéficier d'une autorisation d'absence pour accompagner leurs enfants éligibles à la vaccination contre la covid-19 à leurs rendez-vous de vaccination, sans incidence sur leur rémunération.

L'amendement COM-186 est satisfait par l'amendement COM-220. J'en demande le retrait.

L'amendement COM-220 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-220.

La commission proposera à la commission des lois de demander le retrait de l'amendement COM-186 et, à défaut, de ne pas l'adopter.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – J'émet un avis défavorable à l'amendement **COM-187**, qui vise à instituer la possibilité d'une autorisation d'absence en cas d'effets indésirables après l'administration d'une dose de vaccin.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-187.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 9 ainsi modifié.

Article 10

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 10 sans modification.

Article 11

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-221** procède à des coordinations pour l'application dans le territoire des îles Wallis et Futuna.

L'amendement COM-221 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'amendement COM-221.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 11 ainsi modifié.

Articles additionnels après l'article 11

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-189** a pour objet de demander un rapport sur la santé en milieu scolaire. J'y suis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-189.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-191** consiste en une demande de rapport sur la campagne vaccinale. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-191.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – J'émet un avis défavorable à l'amendement **COM-90**, qui concerne une demande de rapport sur l'utilisation de la carte vitale durant la pandémie. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-90.

TABLEAU DES AVIS

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Chapitre II : Vaccination obligatoire			
Mme JASMIN	COM-26	Suppression de l'intitulé du chapitre	Défavorable
Articles additionnels avant l'article 5			
M. GENET	COM-37 rect.	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux personnes âgées de plus de 50 ans	Défavorable
Mme LUBIN	COM-134 rect.	Vaccination obligatoire de l'ensemble de la population éligible	Défavorable
M. LECONTE	COM-116 rect.	Demande de rapport sur la fin de la prise en charge du dépistage	Défavorable
Mme DOINEAU	COM-119	Accès des infirmiers au fichier SI-Vaccin	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-190	Intégration de la covid-19 au champ des maladies à déclaration obligatoire	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-194	Demande de rapport sur le comité citoyen sur la vaccination	Défavorable
Article 5			
M. GENET	COM-36 rect.	Extension du champ de la vaccination obligatoire à tous les plus de 12 ans	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-204	Intégration des travailleurs handicapés en ESAT	Favorable
Mme Nathalie GOULET	COM-243	Intégration des travailleurs handicapés en ESAT	Favorable
Mme Nathalie GOULET	COM-33 rect. <i>bis</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux personnels des établissements pénitentiaires et des lieux de privation de liberté	Défavorable
Mme IMBERT	COM-66 rect. <i>ter</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux établissements thermaux	Défavorable
Mme IMBERT	COM-67 rect. <i>bis</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux établissements thermaux	Défavorable
Mme Nathalie GOULET	COM-245	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux pompiers volontaires	Défavorable
Mme GUILLOTIN	COM-11 rect. <i>bis</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux personnels des écoles, collèges et lycées et établissements d'enseignement supérieur	Défavorable
Mme GUILLOTIN	COM-12 rect. <i>bis</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux personnels des crèches	Défavorable
Mme GUILLOTIN	COM-10 rect. <i>bis</i>	Extension du champ de la vaccination obligatoire aux forces de sécurité	Défavorable

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-205	Avis de la Haute Autorité de santé sur les conditions de la vaccination obligatoire	Favorable
M. RICHARD	COM-251 rect.	Présentation du passe sanitaire pour les intervenants ponctuels des établissements et locaux concernés	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-206	Avis de la Haute Autorité de santé sur la suspension de la vaccination obligatoire contre la covid-19	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-207	Suppression des dispositions relatives aux pouvoirs de contrôle des parlementaires	Favorable
Mme Nathalie GOULET	COM-244	Suppression de la mention d'un droit d'interrogation du Gouvernement pour les commissions parlementaires	Tombé
Article 6			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-208	Conditions de présentation de la satisfaction à l'obligation vaccinale	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-209	Précision sur la validité éventuellement temporaire du certificat de contre-indication	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-210	Encadrement de la conservation des données relatives à la satisfaction à l'obligation vaccinale des personnes concernées	Favorable
Mme ASSASSI	COM-174	Transfert du contrôle du respect de l'obligation vaccinale à l'Assurance maladie	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-211	Complément d'une lacune sur la transmission des justificatifs nécessaires pour les personnes concernées autres que les salariés ou agents publics	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-212	Possibilité de contrôle du certificat de contre-indication par le médecin conseil de l'Assurance maladie	Favorable
M. RICHARD	COM-252 rect.	Format du justificatif vaccinal	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-177	Durée de conservation du justificatif de respect de l'obligation vaccinale ramenée au 31 décembre 2021	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-213	Complément d'une lacune rédactionnelle sur le contrôle par les ARS	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-214	Peines encourues pour établissement ou usage d'un faux certificat de vaccination ou de contre-indication et information du conseil de l'ordre	Favorable
Article 7			
Mme ASSASSI	COM-179	Suppression de l'article 7	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-215	Aménagement des conditions requises pour continuer à exercer pour les professionnels soumis à l'obligation vaccinale	Favorable

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Mme PONCET MONGE	COM-106	Possibilité pour les professionnels de poursuivre leur activité s'ils sont engagés dans une démarche vaccinale à compter du 15 septembre 2021	Défavorable
M. LÉVRIER	COM-254 rect.	Information par l'employeur du professionnel des risques encourus en cas de non-respect de l'obligation vaccinale	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-183	Suppression des conséquences d'une interdiction d'exercer pour refus de vaccination en termes de suspension du contrat de travail et de licenciement	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-216	Conséquences sur l'emploi des professionnels soumis à l'obligation vaccinale qui ne présenteraient pas les justificatifs requis	Favorable
M. GUIOL	COM-96 rect. <i>bis</i>	Possibilité d'affectation sur un autre poste non soumis à l'obligation vaccinale des professionnels interdits d'exercer pour refus de vaccination	Défavorable
M. LÉVRIER	COM-253 rect.	Proposition d'un entretien avec la médecine du travail au cours de l'entretien entre l'employeur et le professionnel interdit d'exercer pour refus de vaccination	Défavorable
M. Loïc HERVÉ	COM-56 rect. <i>bis</i>	Modulation de la suspension du contrat pour les salariés exerçant leur activité sur plusieurs sites dont certains ne sont pas soumis à l'obligation vaccinale	Défavorable
Mme PONCET MONGE	COM-107	Suppression du motif de licenciement tiré d'une interdiction d'exercer supérieure à deux mois	Défavorable
Mme DOINEAU	COM-123	Communication par l'ARS à l'ordre professionnel de la liste des professionnels de santé interdits d'exercer pour refus de vaccination et relevant de cet ordre	Défavorable
M. MARSEILLE	COM-7 rect. <i>bis</i>	Exonération de cotisations sociales des rémunérations des CDD des personnes recrutées pour remplacer un professionnel suspendu pour non-respect de l'obligation vaccinale	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-217	Signalement par l'agence régionale de santé à l'ordre compétent des professionnels de santé ne respectant leur obligation vaccinale contre la covid-19	Favorable
Article 7 bis (nouveau)			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-218	Modalités d'information et de consultation du comité social et économique sur la mise en œuvre des mesures de contrôle du passe sanitaire et de l'obligation vaccinale	Favorable
Article additionnel avant l'article 8			
Mme LUBIN	COM-135 rect. <i>bis</i>	Sanctions pénales applicables en cas de non-respect de l'obligation vaccinale	Défavorable
Article 8			
Mme ASSASSI	COM-185	Suppression des sanctions pénales applicables en matière d'obligation vaccinale	Défavorable

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Mme Valérie BOYER	COM-89	Abaissement de la sanction pénale applicable à l'employeur qui méconnaîtrait son obligation de contrôler le respect de l'obligation vaccinale	Défavorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-219	Agents chargés de rechercher et constater les infractions aux prescriptions en matière d'obligation vaccinale et de contrôle de cette obligation	Favorable
Article 9			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-220	Possibilité d'accorder une autorisation d'absence au salarié ou à l'agent public qui accompagne le mineur dont il a la charge aux rendez-vous médicaux liés aux vaccinations contre la covid-19	Favorable
Mme ASSASSI	COM-186	Extension du bénéfice de l'autorisation d'absence aux salariés et agents publics qui doivent accompagner les mineurs et majeurs protégés sous leur autorité	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-187	Possibilité d'une autorisation d'absence en cas d'effets indésirables après l'administration d'une dose de vaccin	Défavorable
Article 11			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-221	Coordinations pour l'application dans le territoire des Îles Wallis et Futuna	Favorable
Articles additionnels après l'article 11			
Mme ASSASSI	COM-189	Demande de rapport sur la santé en milieu scolaire	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-191	Demande de rapport sur la campagne vaccinale	Défavorable
Mme Valérie BOYER	COM-90	Demande de rapport sur l'utilisation de la carte vitale durant la pandémie	Défavorable

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie². Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du 23 juillet 2021, la proposition adressée à la commission des lois de **périmètre indicatif** des articles du projet de loi (n° 796, 2020-2021) relatif à la gestion de la crise sanitaire pour lesquels elle a reçu une délégation au fond.

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à la vaccination de certaines personnes contre la covid-19, eu égard à l'exercice de leur activité ;
- aux règles d'exercice de l'activité d'un professionnel soumis à l'obligation prévue, au regard de son statut vaccinal ;
- aux conséquences sur l'emploi des personnes soumises à l'obligation vaccinale de la non-présentation des justificatifs requis pour poursuivre leur activité ;
- au régime des sanctions en cas de méconnaissance de l'interdiction d'exercer pour non-respect de l'obligation vaccinale et de méconnaissance par l'employeur de son obligation de contrôle du respect de l'obligation vaccinale ;
- aux règles d'indemnisation dans le cas d'un dommage directement imputable à la vaccination dans le cadre d'une obligation vaccinale ;
- au régime d'autorisation d'absence pour un rendez-vous de vaccination contre la covid-19.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- à la politique nationale de vaccination et aux autres vaccinations obligatoires ;
- aux conditions générales de prise en charge des soins et aux prestations servies par l'Assurance maladie.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
Zaynab Riet, déléguée générale
Marc Bourquin, conseiller stratégique
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
Christine Schibler, déléguée générale
Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**
Antoine Perrin, directeur général
Maryse de Wever, directrice de la communication en charge des relations institutionnelles
Armand Suicmez, responsable Affaires publiques
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**
Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président
- **Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP)**
Carine Wolf-Thal, présidente
Maxime Georges, chargé de mission Affaires publiques France & international
- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)**
Patrick Chamboredon, président

- **Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)**

Pr Catherine Paugam, directrice générale adjointe

Florent Bousquié, directeur adjoint de cabinet

Sylvain Ducroz, directeur des ressources humaines

Valérie Souyri, cadre supérieure de santé, hygiéniste, service de prévention du risque infectieux

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl20-796.html>