

N° 331

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Enregistré à la Présidence du Sénat le 10 janvier 2022

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,
**renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire
et modifiant le code de la santé publique,***

Par Mme Chantal DESEYNE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, présidente ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure 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 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 Micouleau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Mélanie Vogel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 4857, 4858 et T.A. 739

Sénat : 327 (2021-2022)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
AVIS	11
EXAMEN DES ARTICLES DÉLÉGUÉS AU FOND.....	31
• <i>Article 1^{er} bis A</i> Sanction administrative pour non-respect par l'employeur des mesures de prévention du risque d'exposition des salariés à la covid-19	31
• <i>Article 1^{er} bis</i> Prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations....	37
• <i>Article 1^{er} quater</i> Prolongation de l'application de l'aide aux médecins conventionnés affectés par les déprogrammations de soins	43
• <i>Article 1^{er} quinquies A</i> Prolongation de la dérogation aux règles de cumul emploi-retraite pour les soignants	46
• <i>Article 1^{er} sexies</i> Prolongation de la base légale de la garantie de financement des établissements de santé	49
• <i>Article additionnel après 1^{er} sexies</i> Transmission trimestrielle des états de dépenses d'assurance maladie	53
• <i>Article 1^{er} octies</i> Possibilité de report des visites médicales prévues dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs.....	55
• <i>Article 3</i> Contrôle des mesures d'isolement et de contention.....	60
TRAVAUX DE LA COMMISSION	71
I. AUDITION, EN COMMUN AVEC LA COMMISSION DES LOIS, DE M. OLIVIER VÉРАН, MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	71
II. EXAMEN DU RAPPORT	91
LISTE DES CONTRIBUTIONS	109
LA LOI EN CONSTRUCTION	111

L'ESSENTIEL

Alors que l'arrivée du variant Omicron conduit à une nouvelle vague de l'épidémie de covid-19, le Gouvernement a présenté le 27 décembre 2021 un nouveau projet de loi d'urgence portant différentes mesures visant à freiner la propagation du virus.

Ce texte contient également un article non lié à la pandémie, relatif à l'isolement et à la contention en soins psychiatriques sans consentement.

I. UNE SITUATION SANITAIRE PARTICULIÈREMENT PRÉOCCUPANTE ET LA TRANSFORMATION DU PASSE SANITAIRE EN PASSE VACCINAL

A. LE VARIANT OMICRON PROVOQUE UNE VAGUE NOUVELLE QUI SE SUPERPOSE À LA CINQUIÈME VAGUE LIÉE AU VARIANT DELTA

Depuis le début de l'automne, la France connaît une « **cinquième vague** » de l'épidémie de covid-19 qui s'explique par la période hivernale, propice tant à la circulation des virus qu'à des activités en intérieur, d'une part, et par les effets du **variant « Delta »**, d'autre part. Ce variant, majoritaire à la fin de l'année 2021, est **caractérisé par un haut niveau de transmissibilité, mais aussi une augmentation du risque d'hospitalisation, du risque d'admission en soins critiques et de mortalité.**

Ce contexte s'est encore récemment dégradé du fait de la **diffusion particulièrement rapide du variant « Omicron »**, classé variant préoccupant par l'OMS, responsable d'une « sixième vague ». Cette nouvelle double vague épidémique est massive : **plus de 330 000 tests positifs ont été par exemple recensés le 5 janvier 2022.**

Dans son avis du 16 décembre 2021, le Conseil scientifique estime que la « *6^{ème} vague due au variant Omicron va s'installer rapidement et poursuivre sans vrai répit la 5^{ème} vague liée au variant Delta* ». Surtout, « *cette situation pourrait mettre en grande tension le système de soins à partir de la mi-janvier pour une période de plusieurs semaines* ». Le président du Conseil scientifique alertait enfin sur une possible « *désorganisation de la société* ».

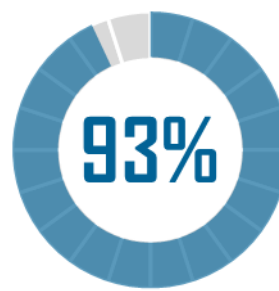
B. UN PASSE VACCINAL : UNE OBLIGATION VACCINALE DE FAIT

L'article 1^{er} transforme le passe sanitaire en passe vaccinal et entend ainsi renforcer la contrainte sur les non-vaccinés. L'essentiel des lieux et activités dont l'accès est aujourd'hui soumis à la présentation du passe sanitaire seraient désormais réservés aux personnes présentant un justificatif de statut vaccinal. Ce nouveau dispositif entend **réduire le risque que des personnes non vaccinées se rendent dans ces lieux à forts risques de contamination** mais surtout **encourager ces dernières à s'engager dans un parcours vaccinal**, alors qu'elles concentrent les risques d'hospitalisation, en soins critiques particulièrement.

Si la population française est très largement vaccinée, la commission rappelle que **des inégalités persistent**, sur le plan géographique, avec des taux beaucoup plus bas outre-mer, mais aussi un gradient social qui demeure.



Nombre de personnes présentant un schéma vaccinal complet



Part des 18 ans et plus ayant reçu au moins une première injection

La vaccination apparaît aujourd'hui comme le principal outil de **lutte contre l'épidémie**, justifiant l'adaptation du passe en vigueur. Ainsi, alors que les non-vaccinés représentent une part minoritaire de la population, ils sont largement sur-représentés parmi les personnes nécessitant une hospitalisation et majoritaires parmi les admissions en soins critiques.

La commission souligne que **l'accès des établissements de santé et médico-sociaux, pour les visiteurs et les patients se rendant à des soins programmés**, demeurera soumis à la présentation d'un **passe sanitaire**.

Considérant l'impact financier probable pour l'assurance maladie du passe vaccinal mais aussi de la dégradation de la crise sanitaire, la commission a souhaité introduire une disposition prévoyant une **transmission régulière des états de dépenses d'assurance maladie** afin d'anticiper un éventuel dépassement de l'Ondam 2022 (article additionnel après l'article 1^{er} *sexies*).

II. FACE À UNE NOUVELLE PERTURBATION DU SYSTÈME DE SOINS, DIVERSES MESURES PROLONGÉES EN 2022

A. UNE PROLONGATION DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES TÉLÉCONSULTATIONS

Dans le contexte de la première vague de l'épidémie de covid-19 et du confinement particulièrement strict, **les téléconsultations avaient fait l'objet d'une exonération de ticket modérateur**. La **prise en charge intégrale par l'assurance maladie** des téléconsultations avait été prolongée en LFSS pour 2021, jusqu'au 31 décembre 2021. L'**article 1^{er} bis** prolonge cette exonération du ticket modérateur **jusqu'à une date fixée au plus tard au 31 juillet 2022**.

- Souhaitant engager un meilleur encadrement du recours aux consultations à distance, la commission a souhaité **limiter cette exonération aux actes s'inscrivant dans un parcours de soins coordonnés ou liés à l'épidémie de covid-19**.

B. UNE GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI POURRAIT ÊTRE RÉACTIVÉE

Initié en mars 2020, le **dispositif de garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19** avait été prolongé jusqu'au 31 décembre 2021.

Cette garantie concerne l'ensemble des activités réalisées par l'ensemble des établissements de santé et actuellement financées pour tout ou partie sur la base de la production d'activité.

L'**article 1^{er} sexies** ouvre la possibilité d'une **nouvelle prolongation pour le premier semestre 2022**. Alors que le contexte sanitaire particulièrement incertain conduit à nouveau à un bouleversement de l'activité des établissements de santé, **permettre un nouveau déclenchement de cette disposition apparaît une sécurisation bienvenue**.

C. UNE AIDE RENOUVELÉE POUR LES MÉDECINS LIBÉRAUX EXERÇANT DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La loi de financement pour 2022 a complété les dispositifs d'aides aux professionnels de santé ayant vu leur activité impactée par l'épidémie par un nouveau **dispositif exceptionnel destiné aux médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations au second semestre 2021**. Un niveau minimal d'honoraires est ainsi garanti afin de compenser la baisse de revenus.

L'article 1^{er} *quater* prolonge le dispositif d'aide adopté en LFSS pour 2022, pour une période à préciser et n'excédant pas le premier semestre de l'année en cours.

D. UNE DÉROGATION RECONDUITE CONCERNANT LE CUMUL EMPLOI-RETRAITE DES SOIGNANTS

Les revenus générés par la reprise d'une activité à la retraite sont limités par l'application de règles d'écrêtement sur la pension et éventuellement d'un délai de carence. Un cumul entier est permis sous réserve des conditions d'âge ou de durée d'assurance permettant l'accès au « taux plein », sous réserve de liquidation des pensions de tous les régimes de l'assuré.

L'article 1^{er} *quinquies A* prolonge une nouvelle fois la dérogation aux règles de cumul emploi-retraite pour les soignants, en vigueur depuis mars 2020, et ce jusqu'au 30 avril 2022 ou, éventuellement, jusqu'au 31 juillet 2022.

III. DES MESURES SPÉCIFIQUES AUX ENTREPRISES ET À LA SANTÉ AU TRAVAIL

A. DES SANCTIONS PROPOSÉES EN VUE D'INCITER AU TÉLÉTRAVAIL

L'article 1^{er} *bis A* institue, en complément de la responsabilité pénale de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail, un **régime de sanction administrative pour les employeurs qui ne respecteraient pas les principes de prévention des risques d'exposition de leurs salariés à la covid-19** pour les situations constatées jusqu'à une date déterminée par décret et au plus tard le 31 juillet 2022. Si l'inspection du travail considère que les mesures de prévention prises par les entreprises sont insuffisantes, et après l'expiration du délai de mise en demeure, une amende de 1 000 euros par salarié pourra être infligée à l'entreprise, dans la limite de 50 000 euros.

Alors que les employeurs se sont très largement mobilisés pour assurer la santé de leurs salariés, les recommandations et obligations qui leur sont applicables semblent suffisantes pour assurer la protection des salariés. Le dispositif proposé ne concernerait donc qu'un nombre très limité d'employeurs et son effectivité risquerait de se heurter aux moyens contraints de l'inspection du travail. Il donnerait un large pouvoir d'appréciation à l'inspection du travail sur l'organisation des entreprises, qui doivent rester responsables de l'édiction des mesures de prévention, en concertation avec les salariés dans le cadre du dialogue social. **Considérant que ces dispositions ne sont ni utiles ni souhaitables, la commission a proposé de les supprimer.**

B. UN NOUVEAU REPORT DE CERTAINES VISITES MÉDICALES

L'article 1^{er} *octies* prévoit que les visites médicales prévues dans le cadre du suivi de l'état de santé des travailleurs peuvent faire l'objet d'un report pouvant aller jusqu'à dix-huit mois à compter de leur échéance initiale pour les visites déjà reportées en application de l'ordonnance du 2 décembre 2020. Si l'objectif de mobiliser les services de santé au travail (SST) dans la campagne de vaccination contre la covid-19 est louable, le suivi de l'état de santé des travailleurs reste particulièrement nécessaire.

La commission propose donc de **limiter la possibilité de report d'un an aux visites et examens qui n'ont pas encore été reportés**. En outre, afin de limiter le risque d'engorgement des SST à l'issue de la crise, la commission a adopté un amendement tendant à **reporter d'un an, soit au 31 mars 2023, l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière** qui sera en principe proposée aux salariés de 45 ans.

Des dispositions ajoutées pouvant être appréciées comme des cavaliers législatifs

La commission constate que **l'ensemble des articles additionnels relatifs à la santé ou à l'organisation du travail** adoptés à l'Assemblée nationale, s'ils sont bien liés à la crise sanitaire, **ne présentent qu'un lien très distant aux dispositions du projet de loi initial et pourraient être considérés comme contraires à l'article 45 de la Constitution**.

IV. DES GARANTIES NOUVELLES EN MATIÈRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

L'absence de contrôle systématique assuré par le juge dans le cadre des dispositions peut aboutir à ce que des mesures d'isolement ou de contention soient mises en œuvre sur de longues durées en l'absence de tout contrôle judiciaire. Pour cette raison, le Conseil constitutionnel avait censuré certaines dispositions du code de la santé publique.

L'article 3 modifie l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, en prévoyant un cycle de contrôle organisé en trois temps : **l'information, la saisine, et la décision du juge**.

Au-delà des durées maximales prévues dans le cas d'un premier renouvellement sans intervention du juge (48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention), un renouvellement supplémentaire doit, comme actuellement, faire l'objet d'une information du juge. Principale modification, une **saisine systématique du juge est désormais prévue après un certain délai**. Celui-ci doit désormais être saisi par le directeur d'établissement, **avant l'expiration de la 72^e heure d'isolement ou de la 48^e heure de contention**. Le juge statue dans les 24 heures qui suivent cette saisine : il **peut ordonner la mainlevée de la mesure, ou autoriser son maintien**.

La commission a souhaité **maintenir la liste actuelle des personnes informées** par le médecin du renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention, et la communication à ces dernières des **modalités de saisine du juge**.

Réunie le lundi 10 janvier 2022 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a donné un **avis favorable à l'adoption du présent projet de loi et des articles délégués au fonds sous réserve de l'adoption des amendements du rapporteur**.

AVIS

La commission des affaires sociales s'est saisie pour avis sur l'article 1^{er} du projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique ; elle a reçu une délégation d'examen de la commission des lois, saisie au fond, sur les articles 1^{er} bis A, 1^{er} bis, 1^{er} quater, 1^{er} quinquies A, 1^{er} sexies, 1^{er} octies et 3.

1. Un contexte de forte hausse des cas et de tensions importantes sur le système de soins

a) Une vague épidémique liée au variant Delta à la fin de l'année 2021 largement amplifiée par une seconde vague concomitante du fait du variant Omicron

Durant l'été 2021 l'efficacité de la vaccination et le haut niveau de couverture vaccinale ont permis de contenir la situation épidémique dans l'hexagone, avec une réduction de la propagation du virus et de l'impact en termes de formes graves et de décès. Ce haut niveau de couverture vaccinale est dû, au moins en partie, à une adhésion massive de la population à la vaccination, volontaire ou incitée par l'entrée en vigueur du passe sanitaire, au périmètre très élargi au mois d'août dernier, mais aussi à la vaccination obligatoire des professionnels au contact de personnes vulnérables.

En outre-mer, la situation épidémique conjuguée à une couverture vaccinale insuffisante ont conduit le Gouvernement à prendre des mesures plus contraignantes avec un **rétablissement de l'état d'urgence sanitaire dans certains territoires**.

Cependant, une nouvelle vague a démarré à l'automne, en France comme ailleurs en Europe et dans le monde. Cette « **cinquième vague** », est caractérisée comme le souligne le Gouvernement¹ par une « *augmentation constante depuis le mois d'octobre et dépasse, sur la semaine glissante du 17 au 23 décembre, 700 cas pour 100 000 habitants* ».

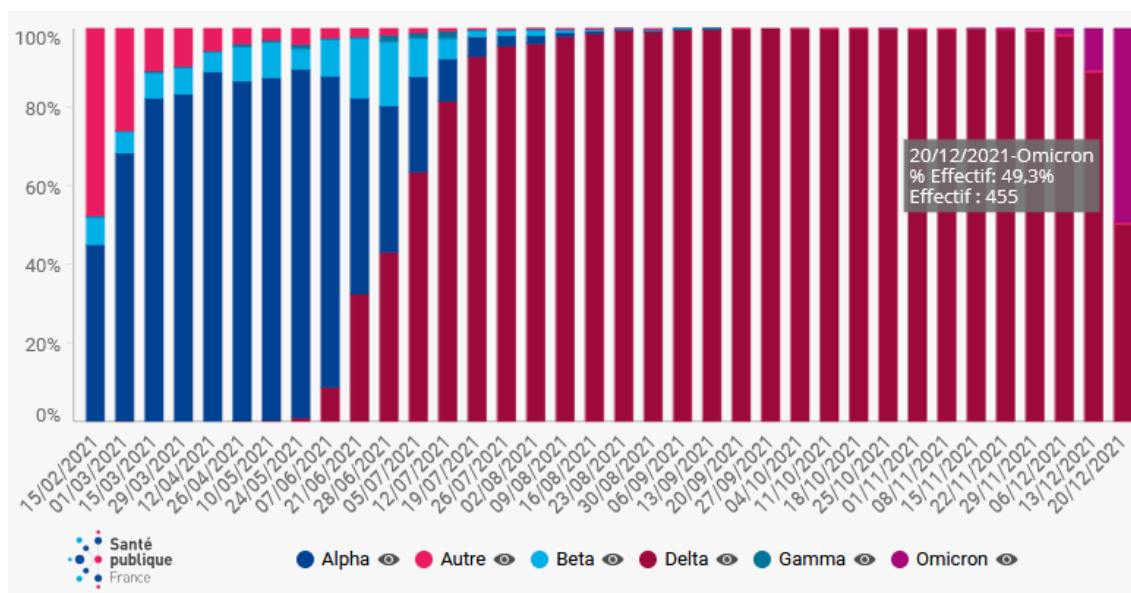
¹ Étude d'impact du projet de loi.

Deux raisons sont principalement avancées pour l'expliquer : la période hivernale, propice tant à la circulation des virus qu'à des activités en intérieur, d'une part, les effets du **variant « Delta »**, d'autre part. Comme rappelé, ce variant majoritaire à la fin de l'année 2021, est **caractérisé par un haut niveau de transmissibilité, estimé 1,6 fois supérieur à celui du variant Alpha, lui-même 1,6 fois plus contagieux que la souche originelle**. Surtout, selon plusieurs études internationales, celui-ci présente une augmentation du risque d'hospitalisation, du risque d'admission en soins critiques et de mortalité.

Ce contexte a été particulièrement dégradé récemment du fait de la **diffusion particulièrement rapide d'un nouveau variant « Omicron »**, classé variant préoccupant par l'OMS le 26 novembre 2021. Les études préliminaires rappelées par le Gouvernement sur la situation au Royaume-Uni et en Afrique du Sud, où le variant est apparu, suggèrent qu'**Omicron serait environ trois fois plus transmissible que le variant Delta**.

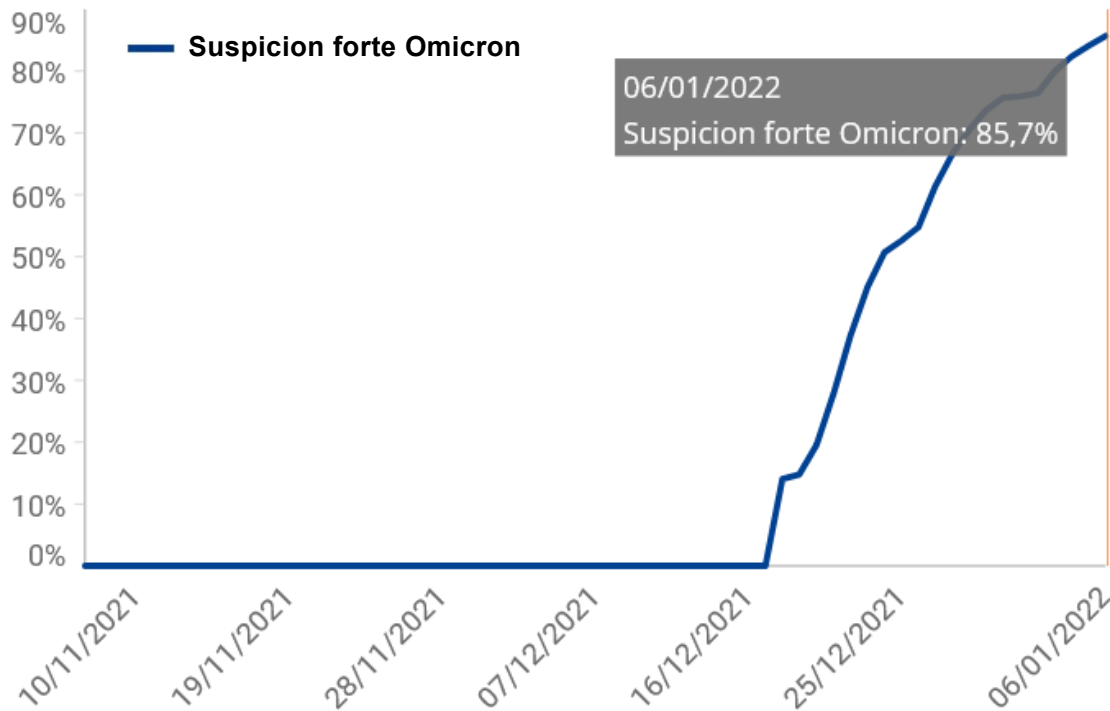
Fin décembre, cette souche était dominante au Danemark et déjà majoritaire au Royaume-Uni et aux États-Unis. **Ce variant est devenu majoritaire en France** depuis la dernière semaine du mois de décembre 2021 et Santé publique France estime sa proportion atteignant **début janvier 2022 plus de 80 % des cas**.

Proportions des variants identifiés en circulation



Source : Santé publique France

Évolution de la proportion du variant Omicron

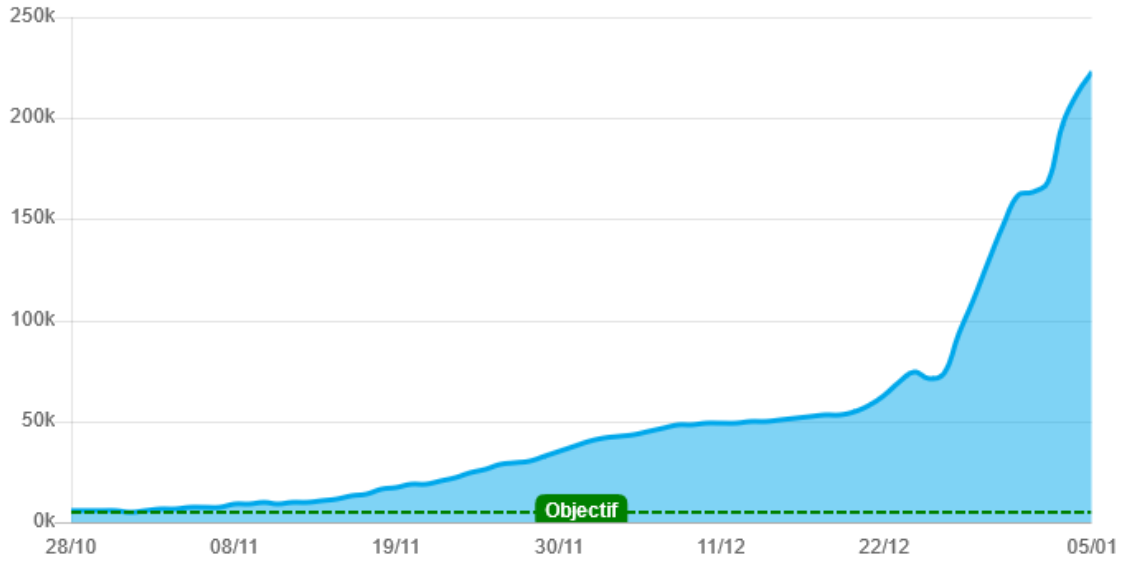


Source : Santé publique France

Alors que l'étude d'impact jointe au projet de loi déposé le 27 décembre soulignait que « *cette propagation rapide du virus s'est traduite par l'atteinte des niveaux de contaminations les plus élevés observés depuis le début de la pandémie, avec 84 272 nouveaux cas positifs pour la seule journée du 22 décembre, 91 608 cas positifs détectés le 23 décembre et 104 611 cas positifs enregistrés le 24 décembre* », le nombre de cas constatés au début de l'année 2022 dépasse considérablement ces précédents records.

Ainsi **plus de 330 000 tests positifs ont été par exemple recensés le 5 janvier 2022**. Le taux d'incidence est en conséquence particulièrement haut au niveau national, notamment dans les tranches d'âges des 20-49 ans.

On prélève en moyenne **223 207 cas** positifs au Covid19 chaque jour, **en hausse (+ 73 %)** par rapport à la semaine dernière (par date de prélèvement, J-3). [Dépistage et cas](#) ▶



Derniers chiffres : 332 252 tests positifs remontés le 05/01 (SpF), 65 274 tests positifs prélevés le 02/01 (SI-DEP).

Source : CovidTracker

Classe d'âges	15/11/2021	22/11/2021	29/11/2021	06/12/2021	13/12/2021	20/12/2021	27/12/2021
0-9 ans	210,8	391,3	580,1	636,9	580,8	486	998,5
10-19 ans	195,1	345,3	531,4	637,2	670	832,7	2 034
20-29 ans	218,3	321,4	457,2	553,3	791,7	1 630,9	3 318,2
30-39 ans	269,7	422,9	631,3	732,6	843,6	1 257,5	2 674
40-49 ans	225,5	375,5	549,6	635,5	676,4	897,4	2 074,4
50-59 ans	178,4	278,2	392,1	432,6	458,9	612,7	1 598,9
60-69 ans	155,2	238,6	313,9	326	318	365	974,5
70-79 ans	133,7	184	224	214,5	204	231,2	710,8
80-89 ans	85,7	118,4	147,8	154,3	154,9	183,1	574,6
+ 90 ans	109,4	142,7	214,2	227,3	228,8	263,8	637,2



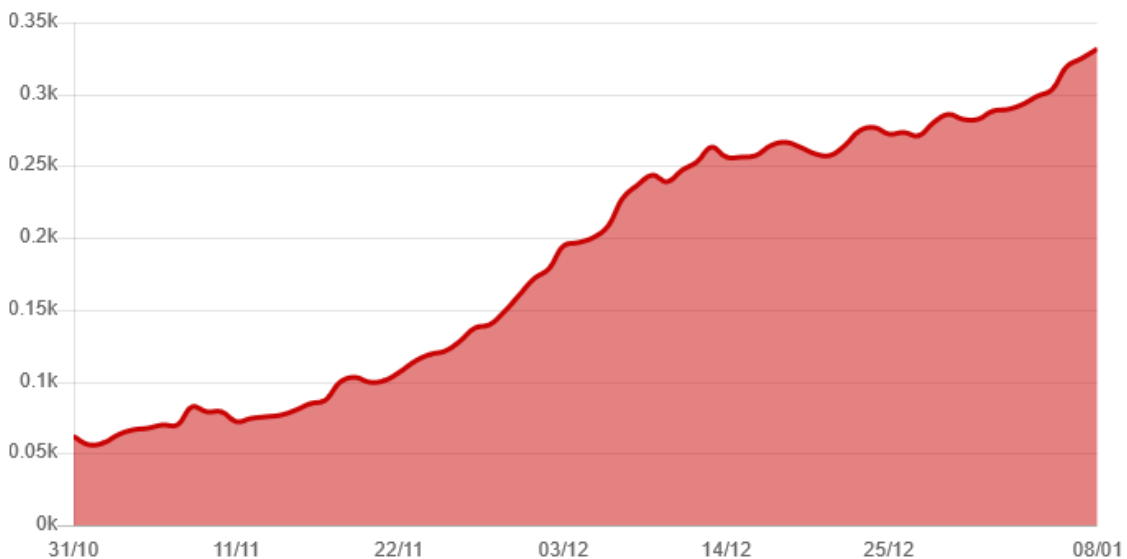
Source : Santé publique France

Cette dégradation brutale et encore en cours de la situation sanitaire est également constatée outre-mer où le Gouvernement a, à nouveau, déclenché ou proposé de prolonger l'application de **l'état d'urgence sanitaire dans l'ensemble des territoires des Antilles, de la Guyane et de l'Océan Indien.**

b) Un risque important tant pour le système de santé que pour l'organisation de la société dans son ensemble

Dans son avis¹ du 16 décembre 2021, le Conseil scientifique estime que la « 6^{ème} vague due au variant Omicron va s'installer rapidement et poursuivre sans vrai répit la 5^{ème} vague liée au variant Delta ». Surtout, « **cette situation pourrait mettre en grande tension le système de soins à partir de la mi-janvier pour une période de plusieurs semaines. L'impact des vagues Delta et Omicron se fera sentir sur le système hospitalier tout au long du premier trimestre 2022, et peut-être au-delà. Après cette période difficile, la situation épidémiologique devrait s'améliorer par la suite, notamment avec l'arrivée du printemps** ».

Il y a en moyenne **331 admissions en soins critiques** pour Covid19 chaque jour, **en hausse (+ 15 %)** par rapport à la semaine dernière.
[Soins critiques](#) ▶ [Hospitalisations](#) ▶



Source : CovidTracker

La pression sur le système hospitalier est visible avec un niveau soutenu et toujours en progression des admissions à l'hôpital et en services de soins critiques. **Au 8 janvier, 21 721 personnes étaient hospitalisées, 3 821 personnes en soins critiques.**

¹ Avis du Conseil scientifique covid-19 du 16 décembre 2021 - Mise à jour de l'avis du 8 décembre 2021, le variant Omicron : anticiper la 6^{ème} vague.

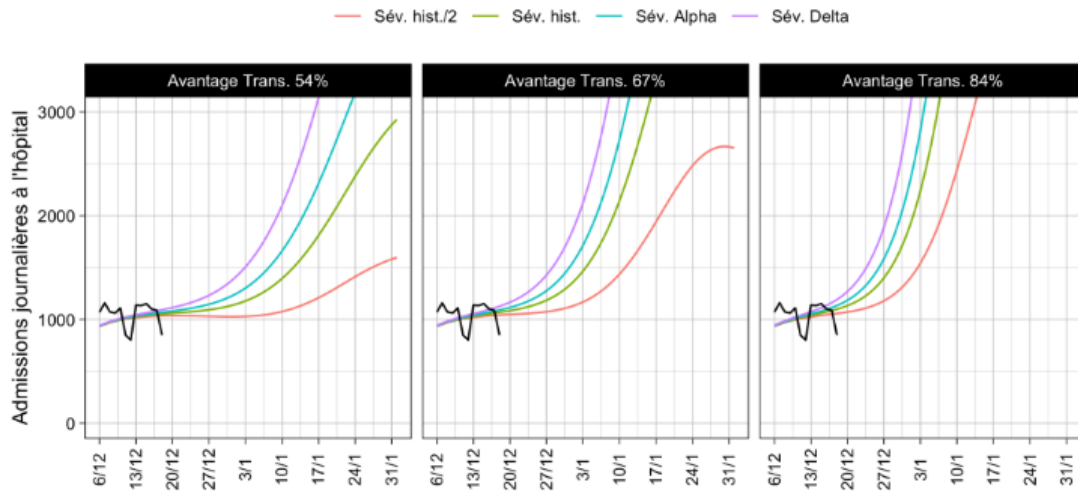
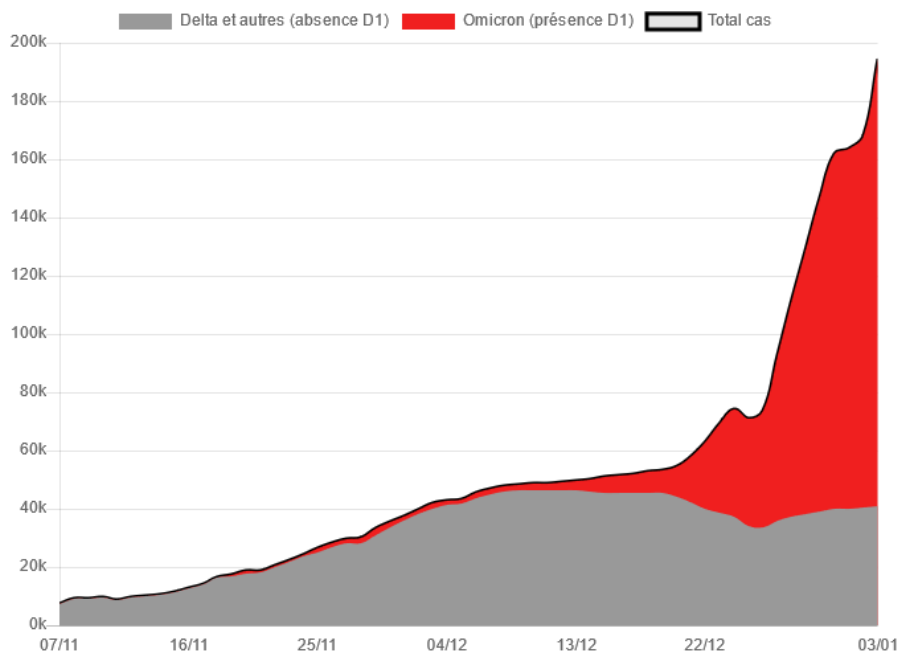


Figure 4: Reprise attendue des hospitalisations en fonction des hypothèses sur la croissance et la sévérité d'Omicron. Les lignes noires représentent les données; les lignes colorées les simulations.

Source : Institut Pasteur

Alors que le variant Omicron semblerait à ce stade conduire à des formes moins graves que le variant Delta, sa très forte contagiosité, renforcée par rapport au précédent variant, pourrait cependant conduire à une vague hospitalière très haute, mais à une répartition différente des besoins entre lits d'hospitalisation classique avec oxygénation et lits de réanimation.

Cependant, il convient de souligner que si le variant Omicron est désormais largement majoritaire, le nombre de contaminations par le **variant Delta demeure, en valeur absolue, très élevé, avec donc un fort risque persistant pour les lits en réanimation.**



Source : CovidTracker

Alors que le système de santé est déjà sous tension et que l'épuisement des soignants est durable, la commission insiste sur le risque d'une nouvelle saturation des capacités de soins qui produirait, **pour l'ensemble des patients, vaccinés ou non, des pertes de chance du fait des déprogrammations et report de soins ou faute de capacités d'accueil.**

Alors que le Pr Delfraissy, président du Conseil scientifique, alertait à la fin du mois de décembre sur la possible « *désorganisation de la société* » du fait de la propagation du variant Omicron, l'étude publiée fin décembre par l'Institut Pasteur¹ souligne plus largement l'impact global sur la société de cette nouvelle vague.

Ainsi, selon les chercheurs, « *des centaines de milliers de Français pourraient être infectés quotidiennement en janvier, dans la grande majorité des cas avec des symptômes légers. L'absentéisme résultant de cette vague d'infections risque de perturber le fonctionnement de la société.* »

2. Une efficacité démontrée de la vaccination, particulièrement avec un schéma vaccinal complet assorti d'une dose de rappel

a) Un haut niveau de vaccination de la population mais des inégalités territoriales persistantes

Comme la commission l'a régulièrement constaté lors de l'examen des précédents textes relatifs à la crise sanitaire, une très forte majorité de la population majeure et, plus globalement, de la population éligible à la vaccination, a déjà reçu au moins une injection.

Près de 80 % des Français ont ainsi un schéma vaccinal au moins partiel, quand **plus de 93 % des majeurs ont reçu au moins une injection.**



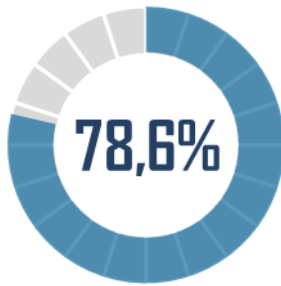
Nombre de personnes ayant reçu au moins une première injection



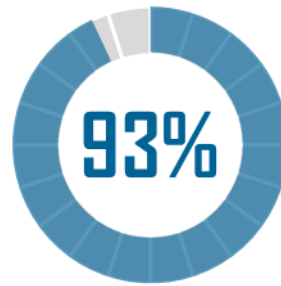
Nombre de personnes présentant un schéma vaccinal complet

Données Santé publique France, au 6 janvier 2022

¹ Impact du variant Omicron sur l'épidémie covid-19 et son contrôle en France métropolitaine durant l'hiver 2021-2022, Institut Pasteur, 27 décembre 2021.



Part de la population générale
ayant reçu au moins
une première injection



Part des 18 ans et plus
ayant reçu au moins
une première injection

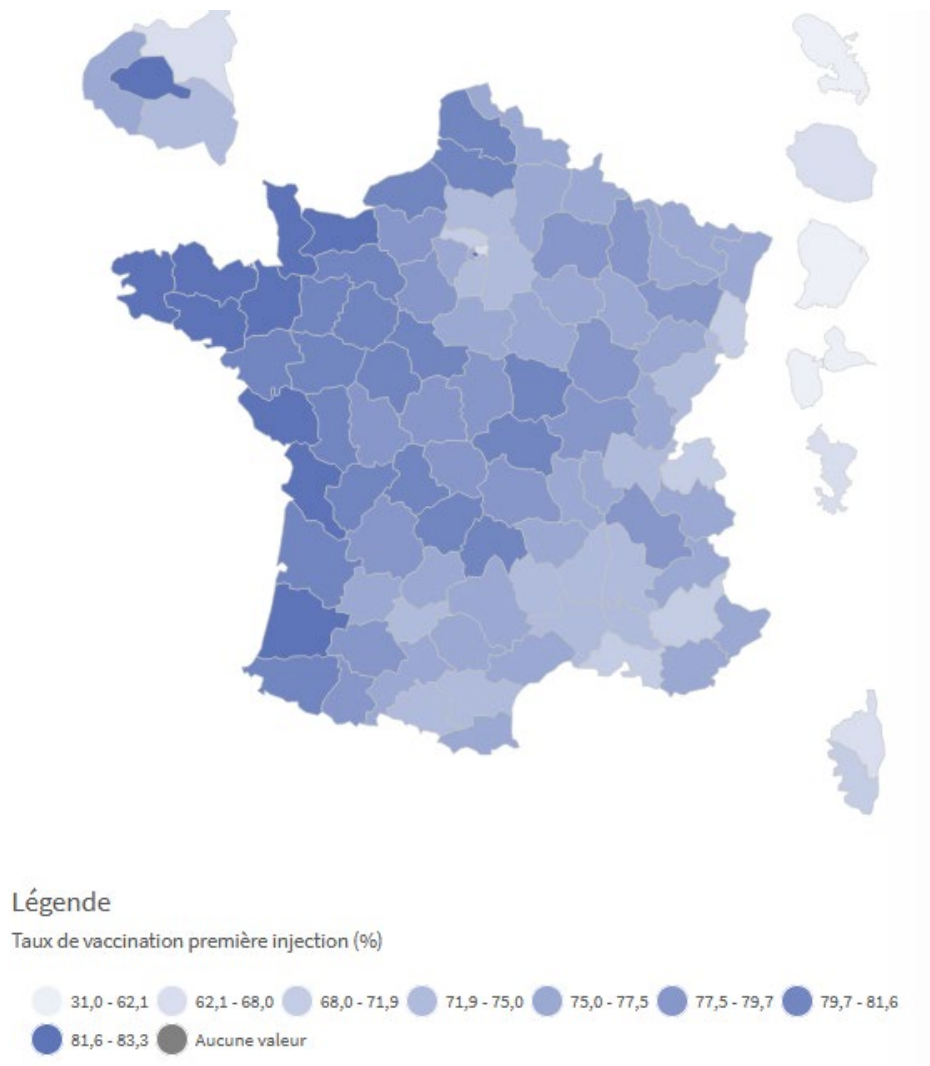
Données CNAM, au 2 janvier 2022, et Santé publique France, au 5 janvier 2022

Cependant, des inégalités déjà relevées persistent. Sur le plan géographique, force est de constater qu'un gradient est-ouest se dessine pour l'Hexagone. Surtout, les **territoires ultramarins présentent encore un important décalage concernant les taux de vaccination**, particulièrement dans les Antilles.

Sur le plan social, les données mises en ligne par l'Assurance maladie concernant **le taux de vaccination par décile de défavorisation¹ font également apparaître un gradient social** : les personnes les plus précaires demeurent globalement moins vaccinées que les déciles les plus favorisés.

¹ *Données Assurance maladie – Data vaccin covid.*

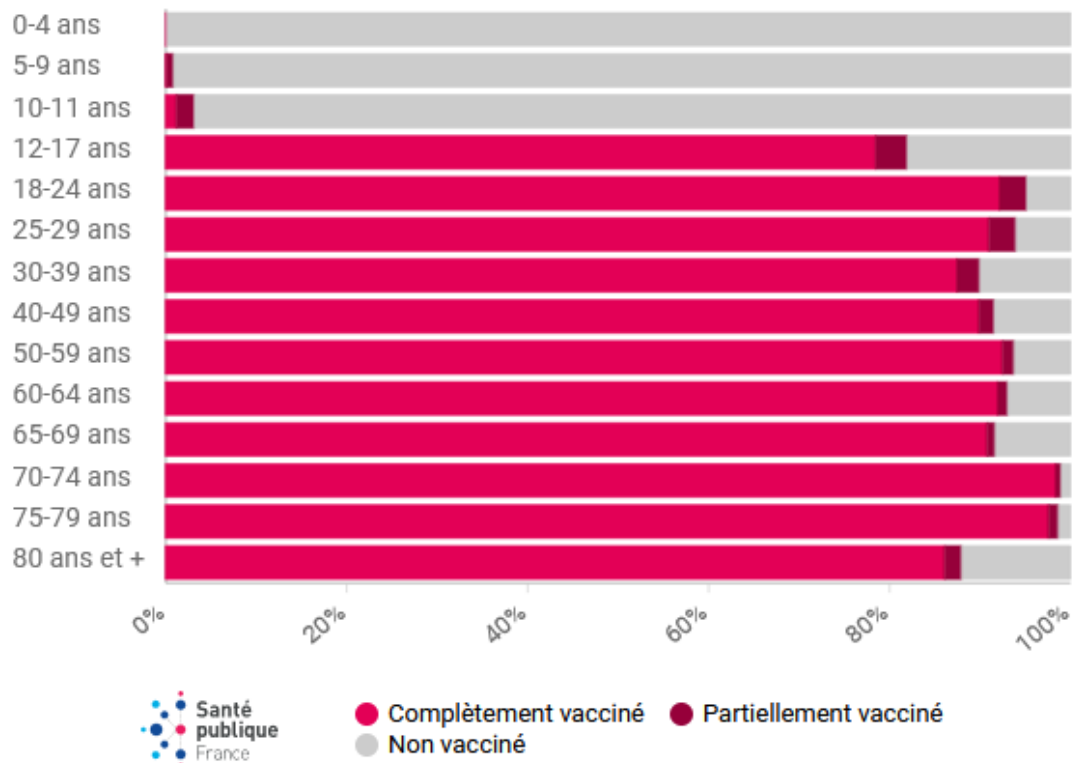
Taux de vaccination première injection



Source : Assurance maladie (Data vaccin covid)

Situation au 2 janvier 2022 – Les données présentées sont le reflet des déclarations dans le téléservice Vaccin Covid. France entière : 67 287 193 habitants

Enfin, si les taux de vaccination par tranche d'âge sont relativement homogènes pour les plus de 18 ans, avec des taux très élevés pour les 70-80 ans, force est de constater que **les 80 ans et plus demeurent moins vaccinés que la moyenne, alors que cette tranche d'âge est particulièrement exposée aux formes graves**. La commission réaffirme la nécessité d'adopter une stratégie rapide d'« aller-vers » particulière à cette tranche d'âge.



Source : Santé publique France

b) Une efficacité confirmée par les données en vie réelle

Au-delà des essais cliniques et résultats scientifiquement obtenus concernant les vaccins autorisés dans l'Union européenne, le rapporteur souhaite souligner que **les analyses « en vie réelle » confirment l'efficacité de la vaccination contre les formes graves de la covid-19.**

Surtout, si des baisses sont constatées en termes d'efficacité contre les formes symptomatiques, l'efficacité semble durablement à un niveau haut contre les formes sévères.

Estimation de l'efficacité vaccinale contre les formes graves de covid-19

L'analyse de la troisième vague de l'épidémie de covid-19 en France, chez les personnes âgées de 50 ans ou plus, fait apparaître une efficacité vaccinale élevée contre les formes symptomatiques et les formes sévères, qui croît au fur et à mesure de l'avancée dans le parcours vaccinal, jusqu'à l'obtention du statut vaccinal complet. À son pic, l'efficacité vaccinale d'un cycle vaccinal complet (sans rappel) atteint 85 % contre les formes symptomatiques et 90 % contre les sévères. Au cours de la période d'estimation du 1^{er} février au 31 mai 2021, aucune baisse de l'efficacité vaccinale contre les formes sévères dans les quatre premiers mois suivant l'injection de la deuxième dose de vaccin n'est mise en évidence. Les efficacités vaccinales estimées se distinguent très modérément entre classes d'âge et ne sont pas inférieures pour les personnes présentant des comorbidités. L'efficacité vaccinale contre les variants bêta et gamma apparaît comme inférieure à celles estimées pour le variant alpha et la version souche, mais elle reste tout de même supérieure à 70 %.

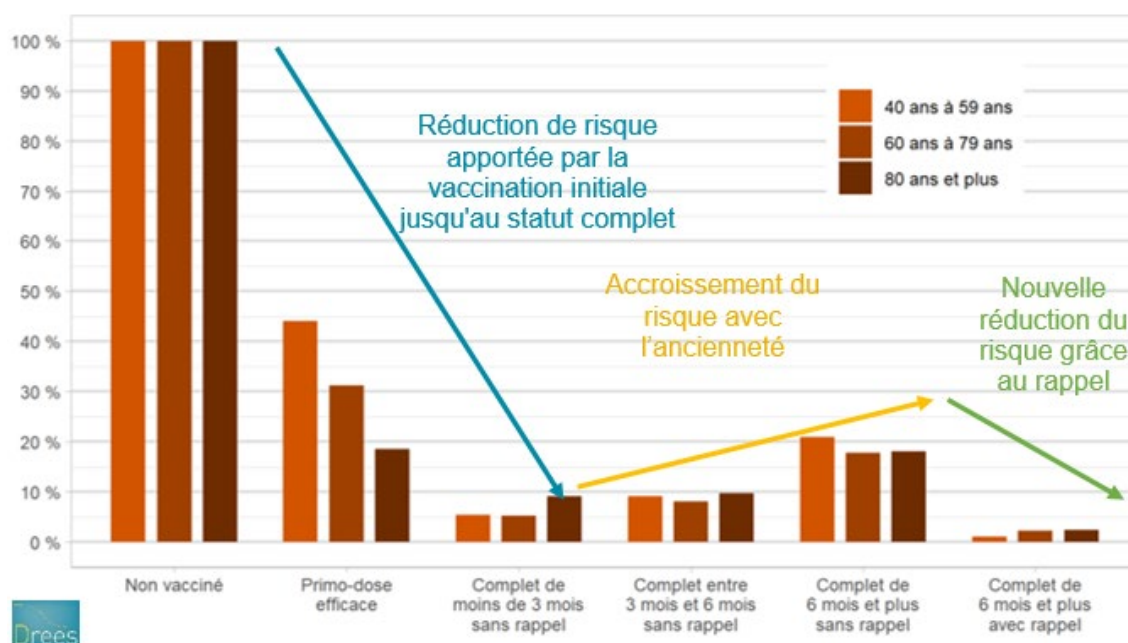
L'analyse étendue aux données plus récentes (1^{er} février au 14 novembre) révèle une très nette diminution de l'efficacité vaccinale (parcours complet) contre les formes symptomatiques dans le temps, qui descend à 57 % chez les 50 ans ou plus six mois après la complétude du parcours vaccinal et à 39 % chez les 85 ans ou plus. Cette baisse peut s'interpréter, sous les hypothèses mobilisées dans l'analyse, comme l'effet combiné de l'émergence du variant delta susceptible de générer un échappement immunitaire et d'une baisse de la protection vaccinale dans le temps.

L'efficacité vaccinale reste cependant importante contre les formes sévères (84 % six mois après la complétude du parcours vaccinal), avec une baisse beaucoup moins nette de la protection, bien que tout de même marquée chez les plus âgés (70 %).

L'efficacité vaccinale sept jours après une dose de rappel retrouve des niveaux très élevés que ce soit contre les formes symptomatiques ou les formes sévères, sans distinction selon la classe d'âge parmi les 65 ans ou plus.

Source : Estimation de l'efficacité vaccinale contre les formes graves de covid-19, sous la direction de Milena Suarez Castillo (INSEE), Hamid Khaoua et Noémie Courtejoie – Drees, 22 décembre 2021.

Risques relatifs de décès après hospitalisation avec test RT-PCR positif selon l'âge et le statut vaccinal, par rapport au non-vaccinés



Sources : Drees, appariement SI-VIC, SI-DEP, VAC-SI. Modélisation Drees à partir des observations du 31 mai 2021 au 5 décembre 2021. Tests positifs avec symptômes indiqués par le patient.

Lecture : Ici, chaque tranche d'âge doit être lue indépendamment. Les risques relatifs sont calculés par rapport au risque des non-vaccinés de chaque catégorie d'âge. Par exemple, si le risque de décéder après hospitalisation avec test RT-PCR positif pour une personne non vaccinée de 80 ans et plus est conventionnellement fixé à 100 %, le risque pour une personne complètement vaccinée depuis moins de 3 mois sans rappel de même classe d'âge est de 9 % toutes autres caractéristiques égales par ailleurs (date de prélèvement, région notamment). La protection vaccinale est donc dans ce cas-là de $100 - 9 = 91$ %.

À titre d'illustration, la Drees¹ estime qu'entre le 22 novembre et le 19 décembre 2021, les 9 % de personnes non vaccinées dans la population française de 20 ans et plus représentent² :

- 25 % des tests PCR positifs chez les personnes symptomatiques ;
- 43 % des admissions en hospitalisation conventionnelle ;
- 55 % des entrées en soins critiques ;
- 40 % des décès.

Ainsi, alors que les non-vaccinés représentent une part minoritaire de la population, ils sont largement sur-représentés parmi les personnes nécessitant une hospitalisation et majoritaires parmi les admissions en soins critiques.

En outre, les données de la Drees semblent déjà montrer une efficacité de la dose de rappel préconisée par les autorités sanitaires, confirmant les constats faits sur ce schéma en Israël : *« Si les nombres de tests et d'hospitalisations à taille de population comparable poursuivent leur augmentation quel que soit le statut vaccinal, les fréquences de tests positifs, d'entrées hospitalières et de décès sont toujours bien plus élevées pour les personnes non vaccinées que pour les personnes vaccinées sans rappel et plus encore que pour celles avec rappel »*.

• **La vaccination apparaît aujourd'hui comme le principal outil de lutte contre l'épidémie.**

Sur ce constat, le Conseil scientifique soulignait que *« la dose de rappel va permettre de protéger contre les formes sévères et graves, mais la population non vaccinée, n'ayant pas eu le rappel, ou immunodéprimée, reste très importante »*. Il préconisait ainsi intensifier la campagne de vaccination et de rappel et de rendre obligatoire la dose de rappel pour les soignants³.

3. Un nouveau « passe » en forme d'obligation vaccinale

a) Un passe sanitaire exigible depuis l'été 2021

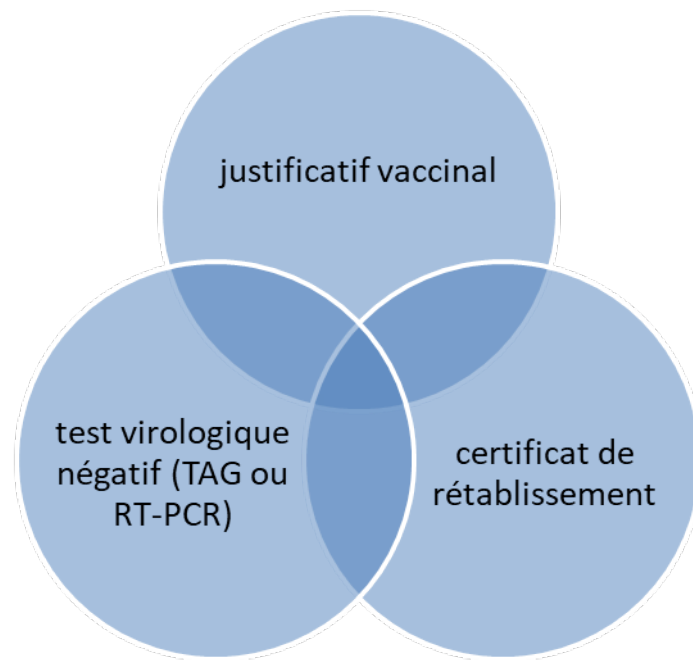
Le dispositif de passe sanitaire a été pour la première fois mis en œuvre à compter du 2 juin 2021.

Ainsi, les personnes souhaitant accéder à certains lieux, établissements, événements ou services doivent présenter **un justificatif de statut vaccinal, un certificat de rétablissement, ou un résultat de test ou examen ne concluant pas à une contamination par la covid-19.**

¹ Dans le cadre de sa mission d'appui à la gestion de la crise sanitaire, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) exploite les données pseudonymisées issues des trois principales bases de données sur la crise covid-19 : SI-VIC (hospitalisation), SI-DEP (dépistage) et VAC-SI (vaccination).

² La dose de rappel protège fortement contre les formes symptomatiques et sévères du Covid-19 – Drees, 31 décembre 2021.

³ Avis du 16 décembre 2021.



Si ces trois documents sont considérés équivalents, l'incitation à la vaccination par le passe sanitaire a été renforcée encore à la rentrée 2021 avec un durcissement des règles de remboursement des tests virologiques pour les personnes non vaccinées depuis le 15 octobre dernier.

Le justificatif de statut vaccinal qui peut être valablement présenté au titre du passe sanitaire est délivré aux personnes justifiant d'un schéma vaccinal complet, soit en principe une dose pour le vaccin Janssen et deux doses pour les autres vaccins autorisés (sauf pour les personnes ayant déjà été contaminées, pour lesquelles une seule dose suffit). Compte tenu de la baisse constatée de l'immunité conférée par la vaccination avec le temps, les personnes ayant reçu le vaccin Janssen depuis au moins 2 mois doivent, depuis le 15 décembre 2021, avoir reçu une dose complémentaire d'un vaccin à acide ribonucléique messenger (ARNm) pour conserver le bénéfice de leur passe.

Depuis cette même date, les personnes de plus de 65 ans ayant reçu la dernière dose requise d'un autre des vaccins autorisés depuis au moins 7 mois doivent quant à elles aussi avoir reçu une dose de rappel pour que leur passe continue à être valide.

Le certificat de rétablissement est délivré à toute personne justifiant d'un **test positif d'au moins 11 jours et d'au plus 6 mois**. Il est valable pour une durée de 6 mois à compter de la réalisation du test.

Source : Étude d'impact du projet de loi

b) Un contexte exigeant des mesures renforcées selon le Gouvernement

Dans l'étude d'impact jointe au projet de loi déposé le 27 décembre 2021, le Gouvernement insiste particulièrement sur la situation hospitalière le conduisant à proposer ces mesures nouvelle : *« au 26 décembre 2021, on dénombrait 16 431 patients hospitalisés pour cause de covid-19, parmi lesquels 3 160 étaient pris en charge en soins critiques. Ainsi, le taux d'occupation des lits de réanimation continue d'augmenter et s'établit désormais à 65 % de la capacité d'accueil. De plus, la tension hospitalière est accrue par la circulation d'autres virus à la faveur de la période hivernale et par les nécessaires reprogrammations d'interventions chirurgicales qui avaient été reportées lors des précédentes vagues épidémiques ».*

Dans ce contexte, le Gouvernement¹ justifie la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal pour l'accès à certains établissements et activités par deux objectifs :

- réduire le risque que des personnes infectées se rendent dans ces lieux à forts risques de contamination ;

- encourager les personnes non vaccinées à s'engager dans un parcours vaccinal, alors qu'elles concentrent, souligne-t-il, les risques d'hospitalisation, en soins critiques particulièrement.

En d'autres termes, il s'agit tant de protéger les non-vaccinés d'eux-mêmes, en réduisant leur exposition et en les incitant à se faire vacciner, que de protéger le système de soins, et donc l'ensemble de la population, en préservant les capacités d'hospitalisation d'une saturation.

Cette stratégie pourrait se trouver justifiée par les premières modélisations scientifiques. Ainsi, dans son étude de fin décembre, l'Institut Pasteur² estime que *« l'accélération de l'administration des doses de rappel (1,2 million par jour au lieu de 800 000 par jour) pourrait réduire la taille du pic d'hospitalisations de 9-17 % »* quand *« la vaccination de 90 % des adultes non vaccinés à un rythme de 100 000 doses administrées par jour pourrait réduire la taille du pic des hospitalisations de 17-35 % ».*

Alors que les capacités d'hospitalisation ont été un facteur déterminant des choix faits concernant les outils de lutte contre l'épidémie, la question de la saturation du système de soins est une préoccupation toujours plus prégnante, particulièrement au cours de la vague actuelle. À ce titre, le Conseil d'État suggère³, *« d'adapter la finalité des mesures que le Premier ministre peut prendre dans le cadre du A du II de l'article 1^{er} de la loi du 31 mai 2021, pour tenir compte, au-delà de la seule lutte contre la propagation de l'épidémie de covid-19, des effets induits sur le système de soins ».*

¹ Étude d'impact du projet de loi.

² Impact du variant Omicron sur l'épidémie covid-19 et son contrôle en France métropolitaine durant l'hiver 2021-2022, Institut Pasteur, 27 décembre 2021.

³ Avis n° 404.676 – Conseil d'État, Commission permanente, séance du dimanche 26 décembre 2021.

c) *Un passe sanitaire en partie transformé en « passe vaccinal »*

- Principale disposition de ce texte, l'article 1^{er} entend **transformer le passe sanitaire en un « passe vaccinal »**.

Le Gouvernement choisit donc une nouvelle fois de préférer à une vaccination obligatoire de la population générale, **une stratégie de très forte incitation**, voire de contrainte vaccinale.

Le rapporteur constate que des dispositifs analogues sont en discussion ou en cours de mise en œuvre dans d'autres pays européens, notamment l'Allemagne ou l'Italie. Comme elle l'avait déjà indiqué lors de l'examen des précédents textes liés à la lutte contre l'épidémie, la commission considère qu'une obligation vaccinale générale, si elle constitue un signal clair, serait probablement dépourvue d'effet, sans pouvoir être assortie de moyens crédibles de contrôle. Ainsi, elle considère que le **passe vaccinal est un outil adapté à l'amélioration de la couverture vaccinale**.

L'essentiel des lieux et activités dont l'accès est aujourd'hui soumis à la présentation du passe sanitaire seraient désormais réservés aux personnes présentant un justificatif de statut vaccinal. Celui-ci, défini par décret après avis de la Haute Autorité de santé, pourra évoluer selon les recommandations de schéma vaccinal. Le schéma proposé dès janvier 2022 intégrera notamment la dose de rappel préconisée.

Si la formulation de l'article 1^{er} ne met plus sur le même plan le justificatif vaccinal et le certificat de rétablissement, le second pourra de manière subsidiaire permettre de satisfaire les conditions du « passe vaccinal ».



Schéma vaccinal requis pour la validité du passe vaccinal

Au 15 janvier 2022 : Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus devront avoir reçu une dose de rappel au maximum 7 mois après leur dernière injection ou infection au covid pour bénéficier d'un passe sanitaire valide (3 mois pour l'éligibilité plus 4 mois pour le délai supplémentaire).

Au 15 février 2022 : Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus devront avoir reçu une dose de rappel au maximum 4 mois après leur dernière injection ou infection au covid pour bénéficier d'un passe sanitaire valide (3 mois pour l'éligibilité plus 1 mois pour le délai supplémentaire).

Source : Gouvernement

L'accès des établissements de santé et médico-sociaux soumis, pour les visiteurs et les patients se rendant à des soins programmés, demeurera soumis à la présentation d'un passe sanitaire.

Pour certains lieux, l'article 1^{er} ouvre la possibilité d'un accès réservé aux personnes pouvant justifier **cumulativement du passe vaccinal et d'un résultat négatif à un test virologique**, sur le modèle pratiqué dans certains pays comme en Allemagne avec le schéma « 2G+ ».

Le Gouvernement entend ainsi maintenir ouverts, dans les périodes de forte circulation virale, les lieux les plus propices aux contaminations. **La mesure pourrait selon lui par exemple être appliquée aux discothèques « lorsque la situation sanitaire le rendra nécessaire ».**

Selon une étude réalisée par des chercheurs de l'Institut Pasteur et parue dans *The Lancet Regional Health* le 26 novembre 2021, le risque de contamination serait en effet 350 % plus élevé pour une personne de moins de 40 ans s'étant rendue en discothèque que pour quelqu'un du même âge n'ayant pas fréquenté ce lieu :

En raison des risques accrus de contamination, les discothèques :

- ont été fermées au public sans discontinuer entre mars 2020 et juin 2021 ;
- ont rouvert au public à compter du 9 juillet 2021, avec un plafond capacitaire fixé à 75 % de leur capacité d'accueil ;
- sont de nouveau fermées au public depuis le 10 décembre 2021.

Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur

Ce nouveau passe vaccinal, annoncé fin décembre 2021, semble produire un effet similaire au passe sanitaire avant même son entrée en vigueur, conduisant à **une forte hausse des prises de rendez-vous de vaccination**. Cette mobilisation, qui concerne pour le moment essentiellement des doses de rappel, se trouverait depuis le début de l'année 2022 accompagnée d'une augmentation des primo-vaccinations.

Des livraisons attendues de vaccins en adéquation avec les besoins

Interrogé sur la capacité des pouvoirs publics à garantir l'accès à la vaccination de toutes les personnes éligibles et concernées par le passe vaccinal¹, le ministère de la santé a indiqué **qu'au cours du premier trimestre 2022, le Gouvernement recevra :**

- **65 millions de doses de rappel de vaccin à ARNm** : 37 millions de doses vaccin Pfizer-BioNTech et 14 millions de doses de vaccin Moderna (soit 28 millions de doses de rappel), de plus 8 millions de doses ont été reçues fin décembre 2021 (soit 16 millions de doses de rappel) ;

- **3,2 millions de doses de vaccins sous-unitaire** (Novavax) ;

- **8,9 millions de doses vaccins à adénovirus** (AstraZeneca) qui seront données *via* le programme Covax.

Ces doses permettent de répondre aux besoins de la population française estimés pour atteindre une couverture vaccinale complète à environ 47 millions de doses, 32 millions (28 millions aujourd'hui + 4 millions en cas d'extensions aux 12-18 ans) de doses de rappel et 15 millions de doses de premiers schémas vaccinaux.

Les livraisons supplémentaires permettront de constituer un stock de sécurité en cas de nécessité d'une seconde campagne de rappel et les éventuels surplus pourront être utilisés dans le cadre de la campagne de don.

Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur

Si ce nouveau dispositif, comme le passe sanitaire, constitue une restriction de libertés, la commission estime que celle-ci est justifiée et nécessaire au regard de la situation sanitaire et apparaît comme **un moyen probable d'éviter des mesures plus restrictives encore que seraient un couvre-feu ou un nouveau confinement**.

Sur ce sujet, le Conseil d'État considère également que « *le fait de subordonner à un justificatif de statut vaccinal ou de rétablissement l'accès à des activités de loisirs, à des établissements de restauration ou de débit de boissons, à des foires et salons professionnels ou aux grands centres commerciaux désignés par décision préfectorale, est, en dépit du caractère très contraignant de la mesure pour les personnes, de nature à assurer une conciliation adéquate des nécessités de lutte contre l'épidémie avec les droits et libertés en cause* ».

¹ Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur.

d) Une obligation vaccinale de fait pour les professionnels des lieux et activités concernés

Le passe vaccinal s'appliquera, comme le passe sanitaire, tant aux usagers et visiteurs des lieux et activités concernés mais aussi aux personnels de ces établissements.

Le rapporteur constate que, de fait, ces personnels se trouvent dans une situation comparable à une vaccination obligatoire. Comme elle l'avait déjà indiqué en juillet, elle rappelle qu'une vaccination obligatoire ne se heurte à aucune protection des droits fondamentaux.

Cependant, la **commission s'est interrogée sur la possibilité de juridiquement placer dans deux régimes différents que sont le passe vaccinal ou la vaccination obligatoire, des professionnels devant répondre à une condition similaire pour l'exercice de leur activité.** Le rapporteur constate sur ce point qu'aucune réserve n'a été formulée à ce sujet par le Conseil d'État et que, interrogé par votre rapporteur sur de nécessaires harmonisations entre les deux régimes, le Gouvernement estime qu'aucune coordination n'est nécessaire à ce stade.

Enfin, sur le modèle de la souplesse introduite par la commission des affaires sociales dans la loi relative à la gestion de la crise sanitaire en août 2021, l'article 1^{er} prévoit que, **pour les personnes intervenant dans les lieux qui seront soumis au passe vaccinal, un justificatif d'administration d'une dose pourra valoir temporairement passe vaccinal pour la durée nécessaire à l'achèvement du schéma vaccinal.**

e) Une finalité assumée de cet outil désormais considérée comme légitime par le Conseil d'État

À l'été 2021, le Conseil d'État avait estimé dans son avis sur le projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire¹ 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* ».

Cependant, comme le constatait déjà le rapporteur à l'occasion de ce précédent texte², le passe sanitaire visait bien à faciliter l'accès à des activités courantes et attractives pour les personnes vaccinées et ainsi, sans être une obligation vaccinale de la population générale, **le passe sanitaire apparaissait comme une forte incitation vaccinale.** Le rapporteur et la commission avaient alors estimé « *cet objectif légitime et ce moyen pertinent* ».

¹ Avis n° 403.629 – Conseil d'État, Commission permanente, séance du lundi 19 juillet 2021 – Section sociale.

² Avis n° 797 (2020-2021) de Mme Chantal Deseyne, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 23 juillet 2021.

Le rapporteur souligne que le Conseil d'État a récemment adopté une nouvelle approche concernant le passe sanitaire à l'occasion de sa transformation en passe vaccinal.

Ainsi, dans son avis sur le présent projet de loi¹ le Conseil d'État *« relève que le "passe vaccinal" est présenté par les pouvoirs publics comme visant, en outre, à inciter les personnes ne s'étant pas encore engagées dans un schéma vaccinal à entamer cette démarche. Il estime qu'au vu de l'évolution de la situation épidémique et de la progression de la couverture vaccinale dans le pays, cet objectif indirect de la mesure, qui tend à limiter plus largement les risques de diffusion du virus dans les activités autres que celles entrant dans le champ de la mesure en raison des risques particuliers que celles-ci présentent, et les risques de développement des formes graves de la maladie, contribuant ainsi à réduire la pression exercée sur le système de soins, s'inscrit dans l'objectif à valeur constitutionnelle de protection de la santé ».*

¹ Avis n° 404.676 – Conseil d'État, Commission permanente, séance du dimanche 26 décembre 2021.

EXAMEN DES ARTICLES DÉLÉGUÉS AU FOND

Article 1^{er} bis A

Sanction administrative pour non-respect par l'employeur des mesures de prévention du risque d'exposition des salariés à la covid-19

Cet article propose d'instaurer un régime de sanction administrative applicable aux employeurs qui ne respecteraient pas les principes de prévention des risques d'exposition de leurs salariés à la covid-19.

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été inséré lors de la discussion du projet de loi en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement du Gouvernement.

Il prévoit qu'en cas de situation dangereuse résultant d'un risque d'exposition des salariés au virus de la covid-19, l'employeur pourra se voir appliquer des **sanctions administratives** s'il ne prend pas les mesures nécessaires à la prévention de ce risque. Il crée ainsi **un régime de sanction dérogatoire destiné à renforcer les moyens de l'inspection du travail** pour le respect de la prévention de ce risque afin de compléter les outils déjà existants pour limiter la transmission du virus en entreprise.

A. Des recommandations et des sanctions déjà applicables aux entreprises pour prévenir les risques de transmission de la covid-19

1. Des recommandations régulièrement actualisées pour assurer la santé et la sécurité des salariés face à l'épidémie

Le ministère du travail publie depuis le début de la crise sanitaire **des recommandations à destination des entreprises pour assurer la santé et la sécurité des salariés** et limiter ainsi les risques de transmission du virus de la covid-19 en entreprise. Ces recommandations s'appuient sur l'évolution de la situation épidémique et sur l'expertise scientifique des autorités sanitaires afin que les employeurs appliquent un ensemble de mesures destinées à préserver la santé de leurs salariés. Elles prennent la forme de « questions/réponses » mises en ligne sur le site du ministère du travail ainsi que d'un protocole national régulièrement actualisé.

La dernière version du « protocole national pour assurer la santé et la sécurité des salariés en entreprise face à l'épidémie de covid-19 », actualisée le 3 janvier 2022, recommande l'application d'un ensemble de mesures à adapter selon la situation et le fonctionnement de l'entreprise. Au titre de la protection des salariés, le protocole recommande aux employeurs d'assurer la distanciation des salariés, l'aération et la ventilation des locaux ou encore le port du masque.

Au titre de la **distanciation physique**, le protocole recommande ainsi de recourir, lorsque cela est possible, au **télétravail** : « *le télétravail est un mode d'organisation de l'entreprise qui participe à la démarche de prévention du risque d'infection au SARS-CoV-2 et permet de limiter les interactions sociales aux abords des lieux de travail et sur les trajets domicile travail [...]. Dans les circonstances actuelles de circulation élevée du virus et de l'apparition du variant Omicron, les employeurs fixent à compter du 3 janvier et pour une durée de trois semaines, un nombre minimal de trois jours de télétravail par semaine, pour les postes qui le permettent. Lorsque l'organisation du travail et la situation des salariés le permettent, ce nombre peut être porté à quatre jours par semaine.* »

Les recommandations en matière de télétravail ont été modifiées par rapport à la version précédente du protocole, datée du 8 décembre 2021, qui proposait que « *les employeurs fixent dans le cadre du dialogue social de proximité, les modalités de recours à ce mode d'organisation du travail en veillant au maintien des liens au sein du collectif de travail et à la prévention des risques liés à l'isolement des salariés en télétravail. Dans ce cadre, et dans le contexte de reprise épidémique, la cible doit être de deux à trois jours de télétravail par semaine, sous réserve des contraintes liées à l'organisation du travail et à la situation des salariés.* »

Bien que formulées de manière prescriptive, **ces mesures ont valeur de simples recommandations** pour guider l'employeur dans les actions qu'il doit engager pour assurer la santé et la sécurité de ses salariés.

La valeur juridique du protocole national a été précisée par le Conseil d'État. Saisi en référé, il a ainsi considéré dans une décision du 19 octobre 2020¹ que ce protocole, dans sa version du 31 août 2020, constituait un « *un ensemble de recommandations pour la déclinaison matérielle de l'obligation de sécurité de l'employeur dans le cadre de l'épidémie de covid-19 en rappelant les obligations qui existent en vertu du code du travail.* »

¹ CE, référé, 19 octobre 2020, n° 444809.

À l'occasion d'une décision du 17 décembre 2020¹, le juge des référés du Conseil d'État a précisé, s'agissant de la version du protocole actualisée au 13 novembre 2020, que « *si certains termes du protocole sont formulés en termes impératifs, [...] le protocole a pour seul objet d'accompagner les employeurs dans leurs obligations d'assurer la sécurité et la santé de leurs salariés au vu des connaissances scientifiques sur les modes de transmission du SARS-CoV-2 et n'a pas vocation à se substituer à l'employeur dans l'évaluation des risques et la mise en place des mesures de prévention adéquate dans l'entreprise.* »

Ces recommandations s'inscrivent ainsi dans le cadre des obligations incombant à l'employeur en matière de santé et de sécurité des salariés.

2. Les obligations faites aux employeurs d'assurer la santé et la sécurité des salariés face à des situations de danger

L'employeur doit prendre « *les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* »². Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques, d'information, de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Elles doivent être prises sur le fondement de principes généraux de prévention des risques professionnels³ et sur la base d'une évaluation par l'employeur des risques auxquels les salariés sont exposés⁴.

En outre, aux termes de l'article L. 4221-1 du code du travail « *les établissements et locaux de travail sont aménagés de manière à ce que leur utilisation garantisse la sécurité des travailleurs. / Ils sont tenus dans un état constant de propreté et présentent les conditions d'hygiène et de salubrité propres à assurer la santé des intéressés.* »

Lorsque l'employeur ne respecte pas les principes généraux de prévention des risques ou qu'il enfreint l'obligation générale de santé et de sécurité et que ces manquements ont pour conséquence d'exposer les salariés à une **situation dangereuse, l'autorité administrative peut, sur le rapport de l'inspection du travail, mettre en demeure l'employeur de prendre toute mesure utile pour remédier à cette situation**⁵.

¹ CE, référé, 17 décembre 2020, n° 446797.

² Art. L. 4121-1 du code du travail.

³ Ces principes sont énumérés à l'article L. 4121-2 du code du travail.

⁴ Art. L. 4121-3 du code du travail.

⁵ Art. L. 4721-1 du code du travail.

Si au terme du délai d'exécution de la mise en demeure, l'inspection du travail constate que la situation dangereuse n'a pas cessé, elle peut dresser **procès-verbal à l'employeur afin de constater les infractions commises**¹. Ce procès-verbal peut être communiqué au procureur de la République afin que des poursuites soient engagées.

Dans ce cas, **le juge peut ainsi infliger une sanction pénale à l'employeur** : aux termes de l'article L. 4741-3 du code du travail, le fait pour l'employeur de ne pas s'être conformé aux mesures prises par l'autorité administrative est puni d'une amende de 3 750 euros.

B. L'ajout d'un régime de sanction administrative en cas de non-respect des mesures destinées à prévenir un risque de contamination des salariés

Le présent article entend **compléter les règles applicables aux employeurs en matière de santé et de sécurité des salariés**. Il crée, à titre dérogatoire, **un régime de sanction administrative** applicable en cas de **situation dangereuse résultant d'un risque d'exposition des salariés à la covid-19** du fait du non-respect par l'employeur des principes généraux de prévention des risques professionnels².

Ce régime de sanction est circonscrit dans le temps et dans son objet : ne sont concernées que **les situations dangereuses résultant d'un risque d'exposition à la covid-19**³ et constatées **jusqu'à une date déterminée par décret et au plus tard le 31 juillet 2022**⁴.

Dans ces situations, **à l'expiration du délai d'exécution de la mise en demeure de l'employeur**, l'autorité administrative pourra, sur le rapport de l'agent de contrôle de l'inspection du travail et si des poursuites pénales ne sont pas engagées, **prononcer une amende à l'encontre de l'employeur qui n'aura pas fait cesser la situation dangereuse constatée**.

Le montant maximal de l'amende sera de 1 000 euros et pourra être appliqué autant de fois qu'il y a de travailleurs concernés par le manquement de l'employeur, dans la limite de 50 000 euros. Pour déterminer le montant de l'amende, l'autorité administrative prendra en compte les circonstances et la gravité du manquement, le comportement de son auteur, notamment sa bonne foi, ainsi que ses ressources et ses charges⁵.

¹ Art. L. 4721-2 du code du travail.

² Sont visés les articles L. 4121-1 à L. 4121-5 et L. 4522-1 du code du travail, soit les mêmes dispositions que le régime de mise en demeure de droit commun.

³ Premier alinéa du I du présent article.

⁴ III du présent article.

⁵ L'amende sera prononcée selon les modalités prévues à l'article L. 4751-1 du code du travail.

Un recours hiérarchique contre la décision administrative de sanction pourra être formé devant le ministre chargé du travail, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de la décision. Ce recours sera suspensif et le silence gardé pendant plus de deux mois vaudra décision d'acceptation.

Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 4723-1 du code du travail, **les mises en demeure prononcées au regard d'une situation dangereuse résultant de l'exposition à la covid-19 ne seront pas susceptibles de recours hiérarchique**. Un recours ne sera donc possible que contre la décision de sanction administrative qui sera prise après l'expiration du délai d'exécution de la mise en demeure.

II - La position de la commission

Depuis le début de la crise sanitaire, **les employeurs se sont très largement mobilisés pour assurer la santé et la sécurité de leurs salariés face à l'épidémie de covid-19**, en adaptant le fonctionnement des entreprises et les modes d'organisation du travail aux nécessités de la lutte contre la propagation du virus. Parmi les mesures prises par les entreprises, le recours au télétravail s'est largement développé, devenant ainsi un mode d'organisation du travail majoritairement proposé par les employeurs : selon la Dares¹, au 31 juillet 2021, 15 % des salariés travaillent dans des entreprises où il est possible de télétravailler toute la semaine et 47 % des salariés travaillent dans une entreprise où il n'est pas possible de télétravailler plus d'un certain nombre de jours dans la semaine.

La publication par le ministère du travail de recommandations sanitaires s'avère fort utile pour les employeurs et suivie d'effets, grâce à l'accompagnement des partenaires sociaux et des services de l'inspection du travail. Les actualisations successives permettent d'adapter facilement les recommandations et les mesures prises en fonction des évolutions de l'épidémie.

Associées aux **actions de contrôles renforcés de l'inspection du travail, pouvant déjà déboucher sur des sanctions pénales, ces recommandations ont montré leur utilité dans la gestion des risques sanitaires en entreprises**. Comme l'indique ainsi l'exposé de l'amendement du Gouvernement dont est issu le présent article, la grande majorité des entreprises mettent en œuvre de manière efficace les moyens de lutter contre la contamination par le virus. Il est ainsi estimé que sur plus de 500 mises en demeure notifiées par l'autorité administrative depuis mars 2020, plus de 90 % ont été suivies d'effets.

¹ Dares, *Activité et conditions d'emploi de la main d'œuvre pendant la crise sanitaire covid-19, août 2021*

En conséquence, le rapporteur considère que **le corpus de recommandations et d'obligations applicables aux employeurs est aujourd'hui satisfaisant pour assurer la santé et la sécurité des salariés face à l'épidémie**, sans qu'il soit besoin de renforcer l'arsenal coercitif par la création d'un régime de sanction supplémentaire pour les entreprises.

Compte tenu des effets déjà constatés des recommandations et des contrôles, **le dispositif proposé ne concernerait qu'un nombre très limité d'employeurs et son effectivité risquerait de se heurter aux moyens contraints des services de l'inspection du travail**. Il apparaît donc **disproportionné** au regard des effets qu'il pourrait apporter pour lutter plus efficacement contre l'épidémie.

En outre, en s'appuyant sur le non-respect par l'employeur d'un ensemble de mesures destinées à prévenir les risques d'exposition à la covid-19, le dispositif proposé pourrait **donner un large pouvoir d'appréciation à l'inspection du travail sur l'organisation de l'entreprise**. Alors que le Gouvernement présente les recommandations en matière de télétravail comme des obligations incombant aux employeurs, les services de l'inspection du travail pourraient se fonder sur ces lignes directrices pour évaluer la situation des entreprises et s'immiscer dans leurs modes d'organisation. En ce sens, **le dispositif proposé n'apparaît pas souhaitable pour le fonctionnement des entreprises** qui doivent rester pleinement responsables de l'évaluation des risques professionnels et de l'édiction des mesures de prévention et de protection des salariés. Il est en outre **source de potentiels contentieux** devant le juge administratif qui ne sont pas de nature à améliorer l'efficacité des mesures de lutte contre l'épidémie.

Enfin, le rapporteur s'interroge sur la place d'un tel dispositif au sein de ce projet de loi au regard des dispositions de l'article 45 de la Constitution. En effet, **l'institution d'un régime de sanction administrative applicable aux employeurs pour manquement à leurs obligations d'assurer la santé et la sécurité ne semble pas présenter de lien, même indirect, avec les dispositions du texte initial** qui se bornait à conditionner l'accès à certaines activités à la détention d'un passe vaccinal, à faire évoluer les systèmes d'information consacrés à la lutte contre l'épidémie et à modifier le régime d'isolement et de contention.

Pour l'ensemble de ces raisons, le rapporteur n'est pas favorable au dispositif proposé par le présent article et a proposé à la commission, qui l'a adopté, un amendement tendant à le supprimer (amendement COM-115).

La commission propose à la commission des lois de supprimer cet article.

Article 1^{er} bis

Prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations

Cet article propose de prolonger le dispositif dérogatoire de prise en charge intégrale par l'assurance maladie des téléconsultations.

La commission propose à la commission des lois de modifier cet article afin de réserver l'exonération du ticket modérateur aux téléconsultations relevant d'un parcours de soins coordonnés ou liés à la covid-19.

I - Le dispositif proposé

A. Un recours massif aux téléconsultations facilité au début de la pandémie

1. Une mesure de préservation de l'accès aux soins à distance durant le premier confinement

La participation de l'assuré aux dépenses d'assurance maladie, ou « ticket modérateur » est prévue au premier alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

Dans le contexte de la première vague de l'épidémie de covid-19 et du confinement particulièrement strict alors décidé, comme il y avait été habilité par la loi d'urgence du 23 mars 2020¹, le Gouvernement avait prévu par ordonnance² la **suppression de cette participation de l'assuré pour les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation, ainsi que pour les actes de télésoin, et ce à compter du 20 mars 2020.**

Cette mesure a ensuite été prolongée jusqu'au 31 décembre 2020³.

Le Gouvernement rappelle que les téléconsultations ont constitué non seulement une **mesure de lutte contre la propagation de l'épidémie, en permettant un accès continu à la médecine de ville, y compris en période de confinement généralisé** et dans les zones médicales sous-denses, mais aussi une **mesure de simplification** (facturation et paiement simplifiés) en permettant au médecin de réaliser une consultation même en l'absence de solution de paiement à distance pour ses patients.

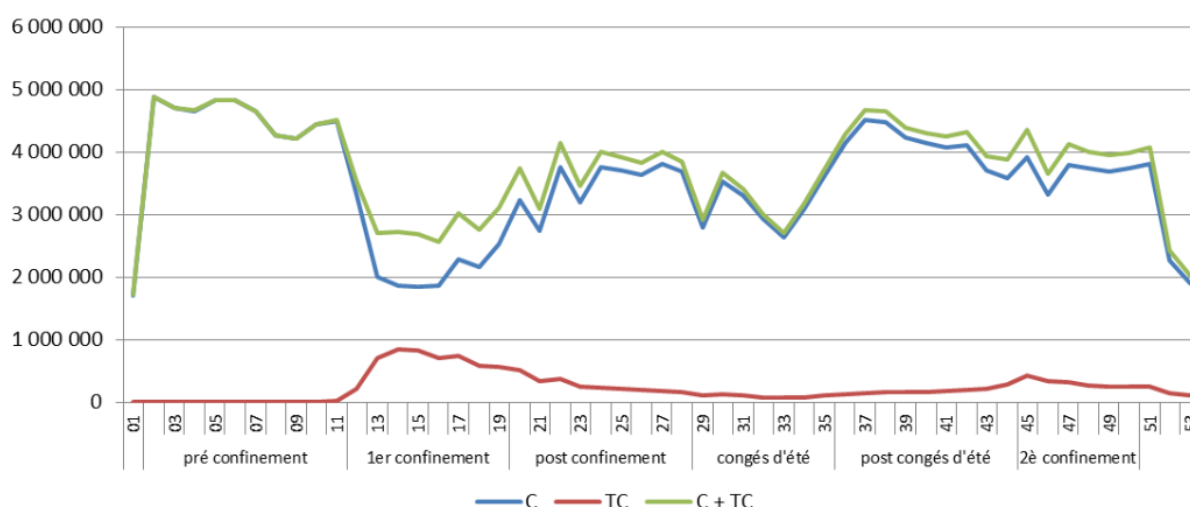
¹ Article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Article 3 de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

³ Article 5 de l'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19.

Les actes réalisés en téléconsultation sont passés **de 10 000 à 1 million par semaine au plus fort de la crise**. Comme le souligne l'Assurance maladie, alors qu'en 2020, avec la crise sanitaire, l'activité des médecins généralistes a connu un recul par rapport à 2019, le recours à la téléconsultation a connu un essor et la proportion de téléconsultations a atteint un pic durant le premier confinement, représentant **29 % de l'ensemble de consultations des médecins généralistes**¹.

Évolution hebdomadaire en 2020 du nombre de consultations et de téléconsultations des médecins généralistes



Source : CNAM, rapport « charges et produits » 2022

2. Une reconduction de la prise en charge intégrale en loi de financement pour 2021

L'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021² a prévu **le maintien des conditions dérogatoires de prise en charge en l'absence de solution technique opérationnelle**.

Cet article a prolongé jusqu'au 31 décembre 2021 la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des actes réalisés en téléconsultation pour tous les assurés.

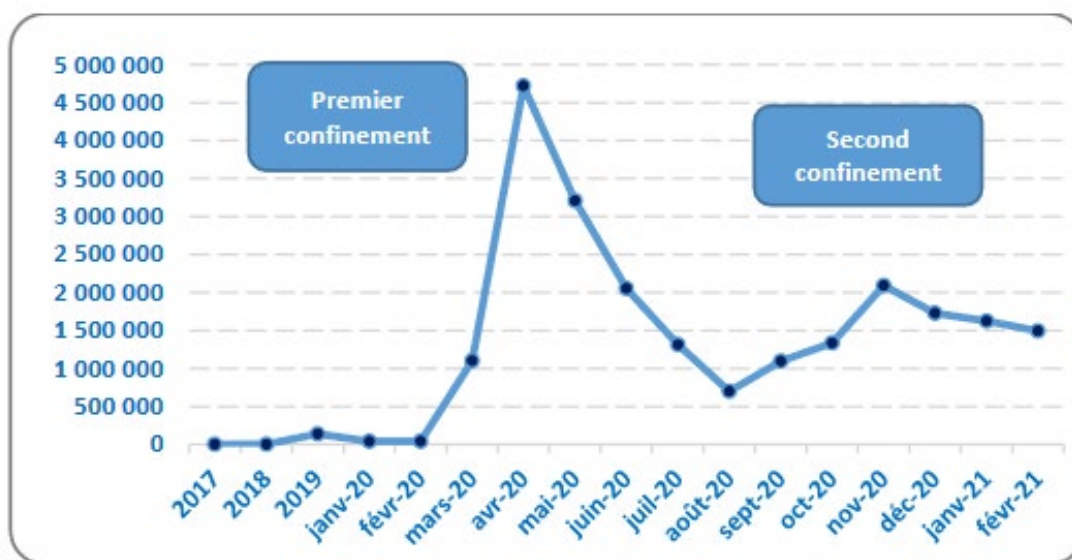
¹ Caisse nationale de l'assurance maladie, rapport « charges et produits » 2022.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

L'intention était alors de faciliter l'accès à ces actes pour les assurés et les médecins en simplifiant les modalités de paiement à distance et le recours au tiers payant intégral et de « *laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions de recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun* ». En effet, était alors soulignée l'insuffisante couverture des médecins par une fonctionnalité dite « droits AMC » intégrée, permettant une prise en charge directement opérationnelle pour les assurés.

Dans son rapport « charges et produits » de juillet 2020, la Cnam préconisait ainsi le maintien de cette prise en charge à 100 %, à titre seulement ponctuel et transitoire : « *la prolongation pour une durée limitée de la prise en charge à 100 % des téléconsultations [...] ne saurait s'envisager durablement sauf à pouvoir démontrer qu'une téléconsultation justifierait d'une meilleure prise en charge par la sécurité sociale qu'une consultation présenteielle, ce qui ne semble pas avéré d'un point de vue médical. Pour autant, le maintien pendant au moins une année de ce dispositif faciliterait, à travers la facilitation du recours au tiers payant intégral, l'exercice de la téléconsultation par certains professionnels qui ne se sont pas déjà abonnés à des plateformes de service leur mettant à disposition des outils de paiement en ligne.* »

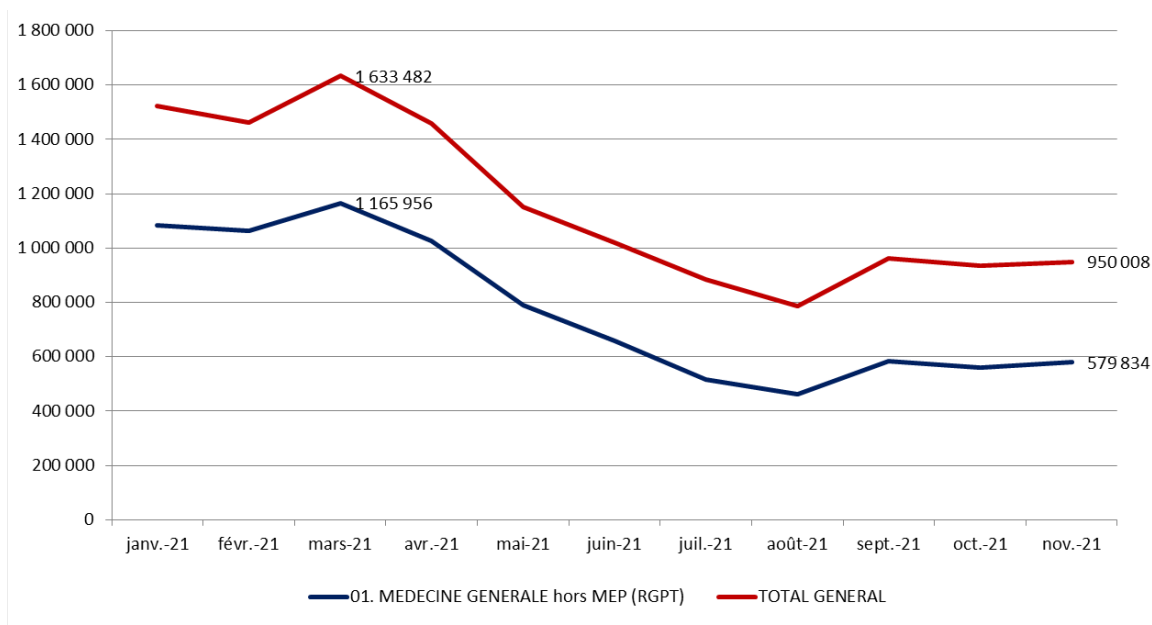
Évolution du nombre de téléconsultations, 2017-février 2021



Source : Cour des comptes, d'après données du SNDS

Si l'activité de téléconsultation a baissé après la première vague de l'épidémie, elle est depuis l'automne 2021 très au-dessus des niveaux antérieurs à 2020.

Évolution du nombre de téléconsultations entre janvier et novembre 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données transmises par la CNAM

Comme le souligne le Gouvernement, des **négoiations ont abouti en septembre 2021 à la signature de l'avenant n° 9 à la convention médicale**, permettant d'assouplir les conditions conventionnelles de recours à la consultation.

B. Une prolongation proposée jusqu'à la fin du mois de juillet 2022 au plus tard

Malgré l'adoption de l'avenant précité, le Gouvernement estime que « *dans le contexte de reprise épidémique, il apparaît nécessaire de prolonger la prise en charge intégrale de la téléconsultation par l'assurance-maladie au-delà du 31 décembre 2021* »¹. Selon lui, « *cette prise en charge facilitera en effet le recours aux soins, sans reste-à-charge pour les assurés, tout en permettant aux professionnels de santé de continuer à développer cette pratique sans complexité de gestion excessive pour eux, liée au recouvrement de la participation des assurés* ».

Le présent article modifie ainsi l'**article 61** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Alors que la rédaction actuelle prévoyait une **exonération de ticket modérateur jusqu'au 31 décembre 2021 pour les actes de téléconsultation**, la participation de l'assuré sera désormais supprimée jusqu'à une **date fixée par décret et, au plus tard, jusqu'au 31 juillet 2022**.

¹ Exposé des motifs de l'amendement.

II - La position de la commission

L'exonération de ticket modérateur a été une mesure de simplification pertinente durant les premiers temps de la crise sanitaire, permettant de maintenir un nécessaire accès aux soins, particulièrement au plus fort du premier confinement et alors que certains patients craignaient de se rendre dans un cabinet médical de peur de s'exposer à une possible contamination.

Cependant, le rapporteur estime que la justification de cette dérogation, dont la charge financière est assumée par l'assurance maladie obligatoire, est aujourd'hui affaiblie.

En effet, la commission considère qu'alors que l'avenant à la convention médicale a été adopté, le moment est venu d'entrer progressivement dans le droit commun. Le rapporteur souligne à ce titre que la fin de l'exonération du ticket modérateur ne se traduira pas, pour la majorité des assurés, par un reste à charge majoré, leur assurance complémentaire pouvant prendre en charge le ticket modérateur.

Un coût de l'ordre de 5,5 millions d'euros par mois

Si le coût de cette mesure n'a pas été précisé, il devrait être a priori limité. Pour rappel, d'après les indications de la direction de la sécurité sociale, les dépenses de téléconsultations pour l'assurance maladie obligatoire de mars jusqu'à fin septembre 2020 s'établissaient à 326 millions d'euros, dont un surcoût lié à la prise en charge à 100 % par l'AMO (ticket modérateur) évalué à 72 millions d'euros.

Pour 2021, l'étude d'impact du PLFSS 2021 identifiait le coût de cette mesure à 65 millions d'euros avec l'hypothèse d'un volume plus faible que celui constaté sur la période 2020 précédemment citée, soit de 250 000 téléconsultations par semaine, calé sur celui identifié en post-confinement.

Selon les données transmises par la CNAM au rapporteur, le coût global des téléconsultations s'est élevé sur la période de **janvier à novembre 2021** à près de **313 millions d'euros**.

Le Gouvernement indique en réponse au questionnaire du rapporteur que, estimé à 54,5 millions d'euros de janvier à septembre 2021¹, **le surcoût pour l'Assurance maladie devrait s'élever pour la prolongation proposée à 5,5 millions d'euros par mois, soit 38,5 millions d'euros en cas de prolongation jusqu'au 31 juillet 2022.** Ce surcoût est, selon le Gouvernement, fortement dépendant de l'évolution de l'épidémie.

¹ Hypothèses de 10,9 millions de téléconsultations et d'un reste à charge moyen par assuré de 5 euros, tenant compte des assurés bénéficiant d'une exonération de participation au titre de leur ALD, de leur invalidité ou d'autres critères.

Par ailleurs, **l'incitation à recourir préférentiellement à la téléconsultation est aujourd'hui moins fondée** : si la téléconsultation peut participer d'une réduction des déplacements et donc éventuellement réduire les contacts à risque de propagation du virus, le nombre de patients recourant à une téléconsultation faute de pouvoir effectivement se rendre chez leur professionnel de santé est cependant largement réduit par rapport au contexte de l'année 2020 alors qu'aucune mesure de confinement n'est à ce jour envisagée.

En outre, la Cour des comptes, qui a récemment analysé cette exonération pratiquée depuis 2020 constatait que « *les téléconsultations qui se sont multipliées pendant la crise sanitaire sont essentiellement des actes de substitution aux consultations réalisées habituellement en présentiel, non ciblés sur les publics ou les zones pour lesquels l'accès aux soins doit être amélioré* ». La Cour préconisait ainsi dans son rapport sur les lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2021¹ de « *mettre fin à la prise en charge à 100 %* » et d'« *élaborer un plan de contrôle a posteriori de la facturation de ces actes* ».

Enfin, le rapporteur constate que cette mesure a suscité l'opposition de l'union nationale des complémentaires santé (Unocam) qui estime cette mesure non justifiée et souligne que les complémentaires assurent le cofinancement depuis le 1^{er} janvier 2022.

• **Dans l'urgence, cette mesure apparaît cependant acceptable sous condition.**

Au regard de l'incertitude entourant la reprise de la crise sanitaire, la commission soutient la prolongation temporaire de l'exonération de ticket modérateur pour les téléconsultations.

Cependant, cette mesure ne doit aujourd'hui plus se justifier par des lacunes techniques des praticiens mais bien par un soutien à l'accès aux soins. Aussi, **souhaitant engager un meilleur encadrement du recours aux consultations à distance**, à terme nécessaire, elle a souhaité **limiter cette exonération aux actes s'inscrivant dans un parcours de soins coordonné ou liés à l'épidémie de covid-19 (amendement COM-116)**.

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

¹ Cour des comptes, rapport 2021 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Article 1^{er} quater
**Prolongation de l'application de l'aide aux médecins conventionnés
affectés par les déprogrammations de soins**

Cet article propose de prolonger le dispositif d'aide aux médecins libéraux exerçant en établissement de santé privé dont l'activité serait affectée par l'épidémie de covid-19 au premier semestre 2022.

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

I - Le dispositif proposé

A. Un soutien aux médecins libéraux face aux déprogrammations dans les établissements de santé

Habilité par la loi d'urgence du 23 mars 2020¹, le Gouvernement a pris par ordonnance² différentes mesures de soutien aux professionnels de santé dont l'activité a été touchée par l'épidémie de covid-19, notamment du fait du confinement et de la baisse de fréquentation des cabinets en ville.

L'article 4 de la loi de financement pour 2022³ a complété ces aides par un nouveau dispositif exceptionnel dédié aux professionnels de santé libéraux, **complétant l'ordonnance du 2 mai 2020** par un **article 1^{er} ter**. Le **II** de ce dernier article prévoit ainsi une **aide à destination des médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations au second semestre de l'année 2021**, soit la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2021. Un **niveau minimal d'honoraires** est ainsi garanti afin de compenser la baisse de revenus.

Pour être éligibles, les médecins libéraux doivent être **conventionnés⁴, exercer dans un établissement de santé privé** et satisfaire aux trois conditions cumulatives suivantes :

- leur activité, en raison de sa nature particulière, a subi une baisse significative par rapport à une activité normale ;

- l'activité de l'établissement dans lequel ils exercent a été significativement impactée à des fins de maîtrise de l'épidémie de covid-19 ;

- la région dans laquelle est situé l'établissement a connu une tension hospitalière soutenue.

¹ Article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

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

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁴ Signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

B. Une prolongation du dispositif pour le premier semestre 2022

Cet article additionnel a été inséré lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, au stade de la commission.

Comme le précise le Gouvernement dans l'exposé des motifs de son amendement, « *certains établissements de santé privés ont de nouveau été contraints de déprogrammer les soins dits "non urgents", conduisant ainsi à une baisse d'activité marquée de certains médecins intervenant dans ces établissements* ». Ces établissements de santé privés risquent selon lui d'être encore mobilisés en 2022 pour la prise en charge de patients dans le cadre de l'épidémie de covid-19.

En vue « *d'accompagner la pleine mobilisation de tous les établissements de santé privés* » situés dans les régions impactées par une forte remontée des taux d'incidence covid-19 et une tension hospitalière soutenue, le Gouvernement entend **prolonger le dispositif d'aide adopté en LFSS pour 2022, pour une période à préciser et n'excédant par le premier semestre de l'année en cours.**

Pour ce faire, le présent article **modifie l'article 1^{er} ter de l'ordonnance précitée.**

Le **deuxième alinéa** étend la période durant laquelle les médecins ont vu leur activité affectée par des déprogrammations, celle-ci courant désormais « à partir » du second semestre 2021 et non plus au cours de celui-ci seulement.

Le **troisième alinéa** reporte le terme de la période durant laquelle la baisse de revenus est compensée. **Le nouveau terme, qui demeurera fixé par décret, ne pourra excéder la date du 30 juin 2022.**

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté ce dispositif, modifié d'un amendement rédactionnel.

II - La position de la commission

La commission, qui a constamment adopté les initiatives visant à soutenir les professionnels de santé dont l'activité a pu être affectée durant la crise, approuve ce dispositif.

Cependant, alors que la commission des affaires sociales avait, lors de l'examen du PLFSS pour 2022 et du dispositif initial, interrogé le Gouvernement sur **le coût pour l'Assurance maladie de ce dispositif**¹ introduit à l'Assemblée nationale, aucune réponse ne lui avait été apportée.

¹ Voir le commentaire de l'article 3 bis, Rapport n° 130, tome II (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021 : Examen des articles.

À nouveau sollicité sur ce point dans le cadre de l'examen de ce texte, le Gouvernement a précisé que *« compte tenu de l'évolution de l'épidémie au troisième trimestre 2021, le dispositif n'a pas été activé à cette période. Le coût pour 2021 serait donc concentré sur le mois de décembre en raison de la cinquième vague. Par analogie avec un dispositif similaire mis en place en 2021 pour les déprogrammations, le coût pour 2021 peut être estimé à environ 5 millions d'euros »*. Le Gouvernement estime cependant que le coût de cette prolongation est trop difficile à évaluer.

La CNAM a indiqué à votre rapporteur que **les avances d'ores et déjà versées au titre des dispositifs d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA)**. Pour les DIPA déprogrammation, c'est-à-dire DIPA 2 (16 octobre 2020 au 31 décembre 2020) et DIPA 4 (mars à juin 2021), sont d'environ de 32 millions d'euros (16 millions d'euros pour chacun des DIPA 2 et 4) et **les montants totaux estimés dans le télé-service sont de 47 millions d'euros** (22 millions d'euros pour DIPA 2 et 25 millions d'euros pour DIPA 4), les montants définitifs seront connus en 2022.

Au-delà des déprogrammations, le dispositif d'indemnisation des professionnels de santé libéraux au cours du printemps 2020 (DIPA 1 de mi-mars à fin juin) représente un coût définitif d'1,3 milliard d'euros et les avances versées du DIPA Montagne (DIPA 3) s'élèvent à 2 millions d'euros. Enfin, le versement du DIPA pour les médecins remplaçants est en cours.

En outre, le rapporteur constate qu'**alors qu'un décret doit préciser les conditions d'application de l'article 1^{er} ter, celui-ci n'a à ce jour pas été publié et le Parlement** est donc appelé à prolonger un dispositif dont les modalités réglementaires n'ont pas été définies.

Enfin, la commission émet deux réserves sur cet article :

- d'une part, le rapporteur constate que **ces dispositions sont proposées le 3 janvier 2022, soit dix jours après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022**. Sans pouvoir anticiper l'impact réel du variant Omicron sur le système de santé, le Gouvernement aurait tout à fait pu, par précaution, prévoir au sein de l'article 4 une date butoir excédant le 31 décembre 2021 ;

- d'autre part, **la commission s'interroge sur la place de cet article dans ce texte**. En effet, le lien de celui-ci avec les dispositions du texte déposé apparaît particulièrement distant et cet article pourrait être reconnu comme un cavalier législatif et donc **contraire à l'article 45** de la Constitution par le Conseil constitutionnel si celui-ci était saisi.

Sous ces réserves, la commission propose à la commission des lois d'adopter cet article sans modification.

Article 1^{er} quinquies A
**Prolongation de la dérogation aux règles de cumul emploi-retraite
pour les soignants**

Cet article propose de prolonger la dérogation aux règles de cumul emploi-retraite pour les soignants reprenant une activité durant la crise sanitaire.

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

I - Le dispositif proposé

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement portant article additionnel aux termes duquel la dérogation aux règles de cumul emploi-retraite pour les soignants est prolongée au moins jusqu'en avril 2022.

A. Un cumul emploi-retraite des soignants prévu dès 2020

1. Dans le droit commun, un encadrement du cumul emploi-retraite

L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale encadre **le cumul d'une activité avec le service d'une pension.**

Les revenus générés sont limités par l'application d'un écrêtement sur la pension et ce cumul est soumis à un **délai de carence** si l'activité a lieu chez le dernier employeur. Les vacations des médecins et infirmiers dans des établissements de santé font notamment partie des cas de cumuls encadrés.

Un cumul entier est permis sous réserve des conditions d'âge ou de durée d'assurance permettant l'accès au « taux plein », sous réserve de liquidation des pensions de tous les régimes de l'assuré.

Concernant les fonctionnaires hospitaliers, les règles du cumul sont prévues aux articles L. 84 et suivants du code des pensions civiles et militaires, avec des plafonds de revenus possibles pouvant également être levés dans certain cas.

2. Au début de la pandémie, une dérogation en vue de simplifier la mobilisation des soignants retraités durant l'état d'urgence sanitaire

Afin de **favoriser le retour temporaire en emploi de personnels soignants retraités** (aide-soignant, infirmier, médecin, pharmacien, notamment) dans le contexte de l'épidémie de covid-19, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) avait décidé en mars 2020, à titre dérogatoire et de manière temporaire, de permettre un cumul emploi-retraite total, sans condition, et de supprimer le délai de carence de six mois dans le cas d'une activité chez son ancien employeur.

Le Gouvernement a ensuite donné instruction à l'ensemble des caisses concernées d'appliquer ces dérogations.

À l'initiative de la commission des affaires sociales, **le Sénat avait adopté un article additionnel au troisième projet de loi d'urgence afin de donner une base légale claire à cette pratique, devenu l'article 14¹.**

3. Une validation en LFSS 2022 de la pratique dérogatoire poursuivie en 2021

Par différentes instructions ou lettres ministérielles², le Gouvernement a reconduit une dérogation identique à partir d'octobre 2020, étendue aux fonctionnaires territoriaux et à l'ensemble des professionnels de santé.

Le Parlement a validé *a posteriori* ces mesures en loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, à son article 3, couvrant rétroactivement une période allant du mois d'octobre 2020 jusqu'au 31 décembre 2021.

D'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2022, **2 366 assurés étaient estimés éligibles au dispositif, dont seulement 200 ayant spécifiquement repris une activité en qualité de renfort.** Le coût de la mesure, sur la période précitée, était évalué à 28,8 millions d'euros.

B. Une prolongation proposée pour une partie au moins de l'année 2022

Le I reprend le dispositif expiré au 31 décembre 2021. Ainsi, par dérogation aux règles de droit commun, il n'est **pas fait application des dispositions relatives aux plafonds et délais de carence concernant le cumul d'une pension de retraite liquidée au titre d'un régime de base légalement obligatoire et d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé.**

L'ensemble des professionnels de santé mentionnés au sein de la quatrième partie du code de la santé publique sont concernés, notamment :

- **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 ;

¹ Loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

² Voir le commentaire de l'article 3 du PLFSS pour 2022, Rapport n° 130, tome II (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021 : Examen des articles.

- 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, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien, et enfin les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Cette nouvelle dérogation est **ouverte du 1^{er} janvier 2022** – et voit donc une application rétroactive – **au 30 avril 2022**.

Le **II** laisse au Gouvernement la **possibilité d'une prolongation jusqu'au 31 juillet 2022**. Cette période complémentaire doit être décidée par **décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale** et doit être justifiée par les conséquences de la crise sanitaire sur le système de santé.

Le **III** prévoit l'application dudit dispositif au régime de retraite obligatoire de base de **Mayotte**¹.

II - La position de la commission

La commission des affaires sociales a soutenu dès le début de la crise sanitaire l'ensemble des mesures facilitant la mobilisation des soignants, y compris des soignants retraités, pour soutenir le système de soins face à la pandémie. C'est à son initiative que la première validation des dérogations aux règles de cumul emploi-retraite avaient été adoptées en juin 2020 et la commission a maintenu sa position en soutenant l'adoption de l'article 3 du PLFSS pour 2022.

Concernant la nouvelle prolongation proposée, la commission **partage l'intention de renouveler ces dérogations qui, si elles ne concernent que très peu de soignants, sont une mesure de justice** en faveur de retraités rejoignant un l'effort collectif dans un contexte de fort épuisement des soignants.

Il convient également de rappeler que cette mesure, qui permet une rémunération de l'activité exercée sans préjudice sur le niveau de la pension, n'a pas d'impact fiscal : les revenus d'activité perçus sont soumis aux règles d'imposition classiques.

¹ Régime de retraite de base obligatoire de sécurité sociale applicable aux résidents à Mayotte salariés et assimilés de droit privé ou agents publics, à l'exception des agents visés par l'ordonnance du 5 septembre 1996, des fonctionnaires civils et militaires de l'État et des magistrats relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et des ouvriers relevant du Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État exerçant à Mayotte.

Cependant, la commission émet deux réserves sur cet article :

- d'une part, le rapporteur constate que **ces dispositions sont proposées le 3 janvier 2022, soit dix jours après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022**. Le Gouvernement aurait tout à fait pu, par précaution, prévoir cette prolongation éventuelle au sein de l'article 3 ;

- d'autre part, **la commission s'interroge sur la place de cet article dans ce texte**. En effet, le lien de celui-ci avec les dispositions du texte déposé apparaît particulièrement distant et cet article pourrait être reconnu comme un cavalier législatif et donc contraire à l'article 45 de la Constitution par le Conseil constitutionnel si celui-ci était saisi.

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

Article 1^{er} sexies

Prolongation de la base légale de la garantie de financement des établissements de santé

Cet article propose de permettre la reconduction pour le premier semestre de l'année 2022 de la garantie de financement des établissements de santé.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article corrigé d'une erreur de référence.

I - Le dispositif proposé

A. Une garantie mise en place au plus tôt de la crise sanitaire

Habilité par la loi d'urgence du 23 mars 2020¹, le Gouvernement a prévu par ordonnances² dès le 25 mars 2020 un dispositif **de garantie de financement des établissements de santé** pour faire face à l'épidémie de covid-19.

Aux termes de celle-ci, « *pendant la période concernée, lorsque les recettes issues de leur activité sont inférieures au montant du niveau de cette garantie pour une période d'un mois, les établissements bénéficient du versement d'un complément de recettes leur permettant d'atteindre ce niveau* ».

¹ Article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

² Article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale et ordonnance n° 2020-1553 du 9 décembre 2020 prolongeant, rétablissant ou adaptant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

Initialement prévu pour une durée « *d'au moins trois mois se terminant au plus tard en 2021* », le dispositif a été mis en œuvre et à **plusieurs reprises prolongé** par arrêtés ministériels¹, finalement jusqu'au butoir prévu par l'ordonnance précitée, soit **jusqu'au 31 décembre 2021**. **Sont ainsi concernés les soins de mars 2020 à décembre 2021.**

Cette garantie concerne l'ensemble des activités réalisées par l'ensemble des établissements de santé et actuellement financées pour tout ou partie sur la base de la production d'activité et couvre :

- **l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, dite « MCO »** (y compris l'hospitalisation à domicile) des établissements de santé ;

- **l'activité de psychiatrie et l'activité de soins de suite (SSR)** et de réadaptation facturées directement à l'assurance maladie par les établissements sous objectif quantifié national ;

- la dotation modulée à l'activité pour le SSR.

Comme le rappelle le Gouvernement, cette garantie poursuivait trois objectifs :

- à très court terme, **éviter toute rupture de trésorerie** ;

- sécuriser les financements des établissements et leur donner de la **visibilité budgétaire** ;

- leur permettre de se consacrer pleinement à la prise en charge des patients.

En 2020, le dispositif a bénéficié à 92 % des établissements publics de santé (EPS), 82 % des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 64 % des établissements à but lucratif (EBL) et 68 % des centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour un montant global, correspondant à l'écart entre garantie de financement et valorisation de l'activité, de 3,4 milliards d'euros en 2020.

Source : Réponse du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire du rapporteur

B. Une nouvelle possibilité de reconduction pour le premier semestre de l'année 2022

Alors que la base légale de cette garantie de financement s'éteint au 31 décembre 2021, le Gouvernement souhaite avoir la possibilité prolonger le dispositif de la garantie de financement selon l'évolution de la crise sanitaire. Cet article additionnel a été inséré lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale, au stade de la commission.

¹ Arrêté du ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics du 6 mai 2020 et arrêtés du ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'économie, des finances et de la relance, du 13 avril 2021 et du 17 août 2021.

Ainsi, le dispositif reprend de manière quasi identique l'article 1^{er} de l'ordonnance du 25 mars 2020 précitée.

Le **premier alinéa** prévoit la **possibilité d'une garantie de financement pour l'ensemble des établissements de santé, par dérogation aux règles de droit commun prévues au sein du code de la sécurité sociale.**

La finalité de cette garantie demeure la lutte contre l'épidémie de covid-19 et le **niveau de cette garantie reste déterminé au regard du volume d'activité et des recettes antérieurs de l'établissement.** Le principe est également inchangé : **en cas de recettes liées à l'activité inférieures au niveau de la garantie, un complément est versé à l'établissement.**

Le même premier alinéa fixe enfin la date limite pour cette nouvelle possibilité de garantie au **30 juin 2022.**

Cet alinéa comporte cependant une **référence à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale,** relatif aux activités de psychiatrie et abrogé au 1^{er} janvier 2022 **qu'il conviendra de supprimer.**

Le **deuxième alinéa** conserve l'application adaptée des dispositions de droit commun concernant la tarification des établissements.

Le **troisième alinéa** renvoie à nouveau à un **arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les contours de cette garantie** ainsi que la **charge de son financement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.**

Il convient de souligner que le présent article ne vise donc pas à reconduire la garantie de financement mais **se borne à donner au Gouvernement la faculté d'y procéder au cours du premier semestre 2022.**

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par trois amendements rédactionnels.

II - La position de la commission

Alors que le contexte sanitaire particulièrement incertain conduit à nouveau à un **bouleversement de l'activité des établissements de santé,** cette disposition apparaît **une sécurisation bienvenue,** même si le **Gouvernement n'est pour le moment pas en mesure de répondre sur le montant que représenterait la compensation nécessaire sur la période de prolongation.**

Cependant, le rapporteur estime que **l'éventualité de nouvelles garanties de financement pour une partie au moins de l'année 2022 fait courir des incertitudes importantes sur la conduite des réformes en cours relatives au financement des établissements de santé.**

La commission avait déjà interpellé le Gouvernement durant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur le contexte sanitaire¹, émettant des **réserves sur le caractère crédible d'une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2022** des réformes initiées ou poursuivies en matière de financement des établissements de santé, et ce alors que des **reports avaient déjà été prévus en loi de financement pour 2021², du fait justement des garanties de financement** appliquées en 2020 et 2021.

Le rapporteur constate ainsi que la prudence de la commission, que le Gouvernement n'avait alors malheureusement pas partagée, était justifiée. Aussi, elle regrette que de telles dispositions doivent être adoptées dans un texte d'urgence, quand, affectant les **dépenses des régimes d'assurance maladie, elles auraient utilement figuré dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.** Sans reprocher au Gouvernement de n'avoir pu estimer les conséquences précises du variant Omicron, le rapporteur souligne que le manque de précaution de l'exécutif le conduit à déposer le 3 janvier 2022 une mesure qui aurait dû se trouver dans la LFSS promulguée le 24 décembre 2021, soit dix jours auparavant.

Interrogé sur ce point, le ministère des solidarités et de la santé a indiqué que si cette prolongation n'est pas censée avoir d'impact sur les réformes du financement des activités de psychiatrie ou du ticket modérateur à l'hôpital, elle pourrait en avoir un concernant le **financement expérimental des activités de médecine par une dotation socle pour les établissements volontaires doit entrer en vigueur en 2022** : *« dans le contexte de poursuite au premier semestre de la garantie de financement, l'entrée en vigueur de cette réforme devra être reportée à l'issue de la période de garantie »*.

La commission formule enfin une réserve sur la place de cet article dans ce projet de loi : en effet, **le lien de celui-ci avec les dispositions du texte déposé apparaît particulièrement distant** et cet article pourrait être reconnu comme un cavalier législatif et donc **contraire à l'article 45 de la Constitution** par le Conseil constitutionnel si celui-ci était saisi.

Sous ces réserves, la commission propose à la commission des lois d'adopter cet article modifié par l'amendement COM-117 du rapporteur visant à corriger l'erreur de référence signalée.

¹ Voir les commentaires des articles 25 et 26, Rapport n° 130, tome II (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021 : Examen des articles.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Article additionnel après 1^{er} sexies

Transmission trimestrielle des états de dépenses d'assurance maladie

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet amendement portant article additionnel prévoyant la transmission trimestrielle de l'état des dépenses d'assurance maladie en précisant les surcoûts liés à la crise sanitaire et particulièrement aux mesures de lutte contre l'épidémie.

I – Un objectif national de dépenses d'assurance maladie construit sur des hypothèses optimistes

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹ et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) comprenaient **une provision au titre des dépenses covid de l'ordre de 4,9 milliards d'euros en 2022².**

Comme l'a indiqué la direction générale de la santé à la rapporteure pour l'assurance maladie, les deux grandes hypothèses retenues dans la construction du PLFSS 2022 au regard de l'épidémie de covid-19 sont les suivantes :

- **une campagne de rappel pour l'ensemble de la population ;**
- **une campagne de vaccination pour les enfants de 3 ans à 12 ans.**

Cette provision intègre la prise en charge par l'assurance maladie de **la campagne de vaccination et des achats de vaccins pour 3,3 milliards d'euros.** Ces crédits permettent ainsi notamment :

- **de couvrir l'achat de vaccins en vue des campagnes de rappel à venir ainsi que de diversifier le portefeuille vaccinal estimé à 2,25 milliards d'euros avec les données à date ;**

- **de couvrir les coûts de la campagne vaccinale Covid 2022 à hauteur de 0,7 milliard d'euros ;**

- de verser une provision à Santé publique France à hauteur de 0,35 milliard d'euros (acquisition de matériels d'injection, renouvellement et constitution de stocks, système d'information, réserve sanitaire notamment).

Cette provision comprend en outre le coût des **tests-PCR et antigéniques remboursés sur prescription aux personnes malades et cas contacts pour un montant d'1,6 milliard d'euros.**

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Voir commentaire de l'article 56 du PLFSS pour 2022, Rapport n° 130 (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 3 novembre 2021.

II - Le dispositif proposé

La reprise épidémique due au variant Delta puis au variant Omicron **remet en question les hypothèses de construction de l'Ondam 2022**. Notamment, la consommation particulièrement importante de tests de dépistage depuis la mi-décembre 2021, qui se poursuit au début de l'année 2022, majorera la dépense anticipée relative aux tests.

Surtout, la **transformation du passe sanitaire en passe vaccinal**, avec une réduction des délais d'accès à la dose de rappel ou de limite de validité des certificats, **doit conduire à une sollicitation renforcée de la vaccination, mais aussi éventuellement des tests de dépistage, notamment pour les éventuels cas d'exigence de passe vaccinal assorti d'un test négatif**. L'impact financier pour l'assurance maladie de ce nouveau dispositif, non négligeable, n'est pour autant pas estimé pour le moment.

Depuis 2020, sans que ne soit déposé de projet de loi de financement rectificative, l'Ondam a été dépassé, avec une dépense supérieure de plus de 12 milliards d'euros à la prévision en 2021. Alors que l'article 115 de la LFSS pour 2022 a suspendu la mission de préconisation de mesures de redressement par le Comité d'alerte de l'Ondam en cas de dépassement de la trajectoire de dépenses, la commission des affaires sociales avait souhaité **renforcer l'information du Parlement concernant les dépenses liées à la crise sanitaire**¹.

Alors que la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal aura un impact financier certain, la commission des affaires sociales souhaite en suivre l'effet sur les dépenses d'assurance maladie.

En conséquence, la **commission a adopté l'amendement COM-118 du rapporteur visant à créer un article additionnel** afin de prévoir la **transmission trimestrielle aux commissions des affaires sociales d'un état prévisionnel des dépenses d'assurance maladie, assorti des écarts à la trajectoire qui résulte de l'Ondam voté et, le cas échéant, d'une explicitation de ces écarts liés au contexte sanitaire ou aux mesures de lutte contre l'épidémie**.

La commission propose à la commission des lois d'adopter un **article additionnel ainsi rédigé**.

¹ Amendement n° 233 de la rapporteure pour l'assurance maladie.

Article 1^{er} octies

**Possibilité de report des visites médicales prévues dans le cadre
du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs**

Cet article, inséré en séance par l'Assemblée nationale, prévoit que certaines visites médicales devant être effectuées dans le cadre du suivi de l'état de santé des travailleurs entre le 15 décembre 2021 et le 31 juillet 2022 au plus tard peuvent être reportées, sauf lorsque le médecin du travail les estime indispensables.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article avec des modifications visant à limiter le dispositif aux visites médicales n'ayant pas fait l'objet d'un précédent report et à reporter l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière.

I - Le dispositif proposé : un nouvel aménagement des missions des services de santé au travail

A. Les aménagements déjà autorisés depuis le début de la crise sanitaire

1. La mobilisation des services de santé au travail dans la lutte contre l'épidémie de covid-19

Depuis le début de la crise sanitaire, les services de santé au travail (SST) ont été chargés par ordonnance de participer à la lutte contre la propagation de la covid-19, notamment par :

- la diffusion, à l'attention des employeurs et des salariés, de messages de prévention contre le risque de contagion ;
- l'appui aux entreprises dans la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention adéquates contre ce risque et dans l'adaptation de leur organisation de travail aux effets de la crise sanitaire ;
- la participation aux actions de dépistage et de vaccination définies par l'État¹.

Par ailleurs, à titre dérogatoire, le médecin du travail a pu prescrire et, le cas échéant, renouveler des arrêts de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection à la covid-19. Il a également pu établir des certificats médicaux pour les salariés vulnérables en vue de leur placement en activité partielle. Le médecin du travail et, sous sa supervision, d'autres professionnels de santé des SST ont enfin pu prescrire et réaliser des tests de détection du SARS-CoV-2².

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 – Article 1^{er}.

² 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 – Article 2.

La loi « Vigilance sanitaire » du 10 novembre 2021 a **prorogé ces aménagements jusqu'au 31 juillet 2022**¹.

2. Le report de visites médicales non prioritaires

Pour permettre aux SST d'absorber ce surcroît exceptionnel d'activité, **certaines visites médicales relevant du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs ont pu être reportées lorsqu'elles ne présentaient pas de caractère prioritaire.**

Une **ordonnance du 1^{er} avril 2020**² a ainsi autorisé le report des visites médicales qui devaient être réalisées à compter du 12 mars 2020 jusqu'au 31 décembre 2020 au plus tard, sauf lorsque le médecin du travail estimait indispensable de maintenir la visite compte tenu notamment de l'état de santé du travailleur ou des caractéristiques de son poste de travail.

Étaient concernés :

- la visite d'information et de prévention initiale ainsi que son renouvellement³ ;

- le renouvellement de l'examen d'aptitude et la visite intermédiaire prévus dans le cadre du suivi individuel renforcé des travailleurs affectés à des postes présentant des risques particuliers⁴.

En revanche, n'ont pu faire l'objet d'aucun report :

- la visite d'information et de prévention initiale concernant les travailleurs handicapés, les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans, les titulaires d'une pension d'invalidité, les femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitantes, les travailleurs de nuit ou les travailleurs exposés à des champs électromagnétiques ;

- l'examen d'aptitude initial dans le cadre du suivi individuel renforcé ;

- le renouvellement de l'examen d'aptitude pour les travailleurs exposés à certains rayons ionisants.

Par ailleurs, le médecin du travail n'était pas tenu d'organiser la visite de reprise des travailleurs en arrêt de travail pendant plus de trois mois lorsque la reprise du travail devait intervenir avant le 31 août 2020¹.

¹ Loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire – Article 10.

² Ordonnance n° 2020-386 du 1^{er} avril 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire et modifiant le régime des demandes préalables d'autorisation d'activité partielle.

³ Cette visite médicale, réalisée dans un délai de trois mois après la prise de poste, est renouvelée selon une périodicité fixée par le médecin du travail et qui ne peut excéder cinq ans.

⁴ Cet examen médical d'aptitude a lieu au moins tous les 4 ans. Une visite intermédiaire est effectuée par un professionnel de santé au plus tard 2 ans après la visite avec le médecin du travail.

De la même manière, une **ordonnance du 2 décembre 2020**² a permis le report dans le délai d'un an au maximum des visites médicales non prioritaires dont l'échéance devait intervenir avant le 30 septembre 2021³. Les visites médicales reportées en application de l'ordonnance du 1^{er} avril 2020 précitée et qui n'ont pu être réalisées avant le 4 décembre 2020 ont pu être à nouveau reportées dans les mêmes conditions.

Il convient de relever que, si les ordonnances du 1^{er} avril et du 2 décembre 2020 mentionnent l'article L. 4624-2-1 du code du travail relatif à la visite de fin de carrière, cette mention a été dépourvue d'effet en l'absence de décret d'application de cet article.

3. Des délégations de tâches exceptionnelles

À titre exceptionnel, jusqu'au 29 septembre 2021, le médecin du travail a été autorisé à confier sous sa responsabilité à un infirmier en santé au travail, dans le cadre d'un protocole écrit, certaines tâches qui lui sont normalement réservées⁴ :

- la visite de reprise des travailleurs en arrêt de travail pendant plus de trois mois ;

- la visite de reprise après un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle ou une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail ou de maladie, sauf pour les travailleurs faisant l'objet d'un suivi individuel renforcé.

Lorsqu'il l'estime nécessaire pour tout motif, l'infirmier oriente le travailleur vers le médecin du travail qui réalise alors sans délai la visite de reprise ou de reprise.

B. Une nouvelle possibilité de report des visites non prioritaires

Introduit en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, **l'article 1^{er} octies** prévoit que les visites médicales jugées non indispensables par le médecin du travail peuvent à nouveau faire l'objet d'un report dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État.

¹ Décret n° 2020-410 du 8 avril 2020 adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire.

² 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.

³ Décret n° 2021-56 du 22 janvier 2021 adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire, modifié par le décret n° 2021-1250 du 29 septembre 2021.

⁴ Décret n° 2021-56 du 22 janvier 2021 adaptant temporairement les délais de réalisation des visites et examens médicaux par les services de santé au travail à l'urgence sanitaire – Article 5.

L'objectif de ce nouvel aménagement des missions des SST est de **permettre la mobilisation de ces services dans la stratégie nationale de vaccination contre la covid-19**. Aux termes de la circulaire du 22 décembre 2021 relative au renforcement de la vaccination anti-covid-19 auprès des salariés, chaque SST est ainsi invité à **définir et à déployer un plan d'action vaccinal** visant à « *proposer de façon systématique la vaccination lors des visites ou examens de santé au travail* » et à « *planifier des séances de vaccination chaque semaine au sein du SPST¹ ou en milieu professionnel* ».

Deux régimes de report sont prévus à cet effet par l'article 1^{er} octies :

- pour les visites médicales dont l'échéance doit normalement intervenir entre le 15 décembre 2021 et une date fixée par décret qui ne pourra pas dépasser le 31 juillet 2022, le report pourrait être d'une **durée maximum d'un an** suivant cette échéance ;

- pour les visites médicales qui auraient dû avoir lieu, compte tenu de leur report sur le fondement de l'ordonnance précitée du 2 décembre 2020, entre le 15 décembre 2021 et une date fixée par décret au 31 juillet 2022 au plus tard, un **nouveau report d'une durée de six mois au plus** serait autorisé (soit, au total, une possibilité de report de dix-huit mois au maximum).

Pourront être concernées, comme pour les précédents dispositifs de report, les visites d'information et de prévention ainsi que les examens médicaux relevant du suivi individuel renforcé des travailleurs affectés à des postes présentant des risques particuliers. **La visite de fin de carrière** prévue à l'article L. 4624-2-1 du code du travail, applicable aux travailleurs dont le départ ou la mise à la retraite intervient à compter du 1^{er} octobre 2021², **est en revanche exclue de ce dispositif**, de même que la visite de mi-carrière créée à compter du 31 mars 2022 par la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail³.

Il est précisé que le report de la visite ne fait pas obstacle, le cas échéant, à l'embauche ou à la reprise du travail.

¹ Les SST deviennent, à compter du 1^{er} mars 2022, des « services de prévention et de santé au travail ».

² Décret n° 2021-1065 du 9 août 2021 relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite.

³ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail – Article 22.

II - La position de la commission : une accumulation de reports qui peut s'avérer contre-productive

Sur la forme, la place de cet article dans le projet de loi est douteuse, ses dispositions n'ayant aucun lien avec les articles du texte déposé.

Le rapporteur souscrit néanmoins à l'objectif de mobiliser les services de santé au travail dans la lutte contre l'épidémie de covid-19 et en particulier dans la campagne de vaccination. À cette fin, il peut sembler opportun d'assouplir les contraintes relevant des missions « de routine » des SST. Il est également pertinent de laisser la possibilité au médecin du travail de maintenir les visites qu'il juge indispensables.

Toutefois, aucun bilan n'ayant été tiré des précédentes mesures de report, il est permis de s'interroger sur leur impact sur la santé des salariés au-delà des risques directement liés à la covid-19. Dans un contexte où des situations de souffrance au travail ont notamment pu être provoquées ou aggravées par le recours accru au télétravail, un suivi individuel de l'état de santé des salariés reste particulièrement nécessaire.

L'accumulation des reports, couplée à l'entrée en vigueur au 31 mars prochain de la visite de mi-carrière, risque de provoquer en sortie de crise un engorgement des SST et de compromettre leur capacité à accomplir leurs missions.

En outre, la relégation au second plan de ces actions apparaît contraire à l'objectif poursuivi par cette mesure, les SST ayant pour instruction de faire des visites et examens médicaux des leviers dans le cadre de leur plan d'action vaccinal. Le rapporteur considère que les délégations de tâches au sein des SST doivent être encouragées afin de permettre la réalisation par ces services de leurs missions habituelles.

Sur la proposition de son rapporteur, la commission a donc adopté un amendement COM-119 visant à limiter la possibilité de report aux visites et examens qui n'ont pas encore été reportés.

Afin de limiter le risque d'« embouteillage » à l'issue de la crise, elle a également adopté un **amendement COM-120 de son rapporteur tendant à reporter d'un an l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière** créée par l'article 22 de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

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

Article 3

Contrôle des mesures d'isolement et de contention

Cet article propose un nouveau dispositif de contrôle des mesures d'isolement et de contention dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, avec une saisine automatique du juge en cas de renouvellement.

La commission propose à la commission des lois d'adopter cet article modifié en vue de maintenir la liste des personnes informées en cas de mesures d'isolement ou de contention et de conserver leur information concernant les modalités de saisine du juge.

I - Le dispositif proposé

A. L'isolement et la contention : des pratiques thérapeutiques de dernier recours dont l'encadrement par la loi a été censuré à deux reprises par le Conseil constitutionnel

1. Des pratiques thérapeutiques utilisées en dernier recours, dont l'encadrement par la loi a été censuré par le Conseil constitutionnel en 2020 et adapté en conséquence

a) Un encadrement tardif, censuré en juin 2020 par le Conseil constitutionnel en raison d'imprécision sur la durée des mesures

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un **article L. 3222-5-1 encadrant l'usage** jusqu'alors mal réglementé **de l'isolement**, qui consiste à placer une personne hospitalisée dans une chambre fermée, **et de la contention**, qui vise à l'immobiliser.

Il est prévu que **ces pratiques interviennent en dernier recours sur décision d'un psychiatre afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.**

Cet article ne prévoyait toutefois aucun dispositif de contrôle judiciaire de ces pratiques, ce pourquoi le Conseil constitutionnel l'a déclaré, en juin 2020¹, non conforme à la Constitution. Le Conseil avait cependant **reporté au 31 décembre 2020 la date de son abrogation**, permettant au législateur d'adopter dans l'intervalle de nouvelles dispositions.

L'isolement et la contention constituent en effet selon le Conseil **des mesures privatives de liberté** devant par conséquent **être soumises au contrôle de l'autorité judiciaire, conformément à l'article 66 de la Constitution**. Plus précisément, les conditions du placement à l'isolement ou en contention, dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, étaient aux yeux du Conseil entourées de conditions propres à ce qu'il

¹ Conseil constitutionnel, 19 juin 2020, décision n° 2020-944 QPC.

« n'intervienne que dans les cas où ces mesures sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de la personne qui en fait l'objet », et le principe d'un tel placement sans saisine préalable de l'autorité judiciaire avait été admis par le Conseil. Ce dernier a toutefois souligné qu'il était **nécessaire, pour sauvegarder la liberté individuelle, de déterminer une limitation précise de la durée d'isolement et de prévoir que le maintien au-delà d'une certaine durée de ces mesures devait être soumis au contrôle du juge judiciaire.**

b) Une adaptation en LFSS pour 2021 répondant pour une part à la censure du Conseil constitutionnel

En conséquence, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, en son article 84, a procédé à une modification de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.** Elle restreint d'abord les conditions de recours à l'isolement et la contention en précisant que ces pratiques ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement, après leur évaluation, et que la décision du psychiatre en la matière doit être motivée.

Par ailleurs, là où l'article L. 3222-5-1 prévoyait seulement une « durée limitée » d'isolement et de contention, il dispose désormais, suivant en cela des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé (HAS) en février 2017¹, que :

- la **mesure d'isolement** est prise pour une **durée maximale de douze heures**, renouvelable par périodes maximales de même durée dans la limite d'une durée totale de 48 heures ;

- la **mesure de contention** est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une **durée maximale de six heures** et peut être renouvelée par périodes maximales de même durée dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

Il est prévu par le troisième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 que **le médecin peut renouveler ces mesures au-delà des durées de 48 et 24 heures. C'est à lui qu'il revient d'informer le juge des libertés et de la détention, qui peut alors se saisir d'office, ainsi que le procureur de la République et les proches du patient auxquels il rappelle le droit et les modalités de saisine du juge aux fins de mainlevée de la mesure.** Ces proches sont mentionnés à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique : il s'agit des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur si la personne est mineure, de la personne chargée d'une protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins, de son conjoint, concubin ou personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité, de la personne qui a formulé la demande de soins, d'un parent ou d'une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins.

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

Selon le sixième alinéa du II dans sa rédaction actuelle, lorsque le médecin prend, au sein d'une période limitée de 15 jours, plusieurs mesures qui, mises bout à bout, aboutissent à une durée cumulée de 48 heures pour l'isolement, et 24 heures pour la contention, il doit également procéder à cette information.

Dans tous les cas, **le juge, s'il est saisi, doit statuer dans un délai de 24 heures**. Il faut ici noter que **sa saisine n'est pas automatique, et que seule l'est son information**.

Hors les mesures prévues par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, **l'article L. 3211-12-1 prévoit que lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, comme il peut le faire, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention**. C'est à ce titre que, jusqu'en 2021, les patients – ou toute personne agissant dans leur intérêt – pouvaient demander la mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention. En 2020, 11,7 % des demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète ont donné lieu à mainlevée par le juge des libertés et de la détention.

2. Une absence de contrôle systématique par le juge judiciaire censurée par le Conseil constitutionnel

L'absence de contrôle systématique assuré par le juge dans le cadre des dispositions peut aboutir à ce que des **mesures d'isolement ou de contention soient mises en œuvre sur de longues durées en l'absence de tout contrôle judiciaire**.

Dès lors, **le Conseil constitutionnel a jugé**, dans une décision du 4 juin 2021¹, que les troisième et sixième alinéas du II de **l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique**, dans leur rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021², **n'étaient pas conformes à la Constitution**, le législateur ne pouvant, au regard des exigences de l'article 66 de la Constitution, autoriser le maintien à l'isolement ou en contention en psychiatrie au-delà d'une certaine durée sans l'intervention systématique du juge judiciaire.

Afin de laisser le temps au législateur de procéder à la modification de ces dispositions et d'éviter ainsi un vide juridique, **le Conseil constitutionnel a cette fois également reporté l'effet de sa décision, fixant au 31 décembre 2021 la date de l'abrogation de ces alinéas**.

¹ Conseil constitutionnel, 4 juin 2021, décision n° 2021-912/913/914 QPC.

² Le Conseil constitutionnel n'a pas été saisi de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Enfin, comme le rappelle le Conseil d'État¹, au-delà des garanties constitutionnelles, « *il résulte en outre de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme (V. par ex. 15 septembre 2020, Aggerholm c. Danemark, n°45439/18) que ces mesures de contention et d'isolement sont susceptibles, lorsqu'elles ne sont pas suffisamment encadrées ou d'une durée excessive, de constituer une violation de l'article 3 de la Convention relatif aux traitements inhumains ou dégradants* ».

B. Une nouvelle tentative en LFSS pour 2022 également censurée sur un motif de procédure

1. Une mise en garde de la commission des affaires sociales du Sénat

Le Gouvernement a inscrit au sein du projet de loi de financement pour 2022 un article visant à combler la censure de juin 2021.

La commission des affaires sociales du Sénat avait alors mis en garde² le Gouvernement contre un fort risque de censure du Conseil constitutionnel face à **des dispositions qui ne relevaient manifestement pas, selon elle, du champ des lois de financement de la sécurité sociale.**

À l'initiative de la rapporteure pour l'assurance maladie, le Sénat avait ainsi supprimé l'article 28 du PLFSS.

La rapporteure avait alors **regretté que le Gouvernement choisisse de profiter de la procédure spéciale des projets de loi de financement pour assurer la promulgation rapide**, avant le 31 décembre 2021, au risque de laisser un vide juridique en cas de censure.

En outre, la rapporteure avait souligné qu'alors que l'usage veut depuis 2015 que les avis du Conseil d'État sur les lois ordinaires soient publiés, les lois financières demeurent une exception. Or, concernant des dispositions visant à répondre à une double censure constitutionnelle, **la connaissance par le Parlement de l'avis du Conseil d'État apparaissait un nécessaire éclairage.**

2. Une nouvelle censure du Conseil constitutionnel

Saisi par plus de soixante sénateurs, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la conformité à la Constitution de certaines dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022³. Les requérants contestaient notamment le rattachement de certaines dispositions au domaine des lois de financement, au titre desquelles l'article 41.

¹ Avis sur le projet de loi, n° 404.676, du 26 décembre 2021 (commission permanente).

² Voir le commentaire de l'article 28, Rapport n° 130, tome II (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021 : Examen des articles.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Dans sa décision¹, le Conseil a considéré que les dispositions de cet article « *n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement. Elles ne relèvent pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. Dès lors, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale* ». **Partant, il en a constaté la contrariété à la Constitution.**

Cependant, si cet article a été censuré par le Conseil constitutionnel, celui-ci ne s'est pas prononcé sur le fond du dispositif mais bien sur la procédure de son adoption. Sans porter atteinte à l'autorité de la chose jugée, **il n'est donc pas fait obstacle à ce qu'une rédaction similaire soit à nouveau adoptée par le Parlement, dans une loi ordinaire cette fois.**

C. Une nouvelle saisine automatique du juge sur le renouvellement des mesures d'isolement et de contention après un certain délai

Le présent article modifie en profondeur l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, en prévoyant un cycle de contrôle organisé en trois temps : **l'information, la saisine, et la décision du juge.**

Le 1^o du IV du présent article se limite à l'assouplissement, au sein de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, du renouvellement des périodes de 12 et 6 heures qui s'appliquent respectivement aux mesures d'isolement et de contention. Il précise désormais que **ces mesures font l'objet de deux évaluations** respectivement par 24 et 12 heures, ce qui donnerait davantage de souplesse au personnel médical et permettrait d'éviter d'évaluer les patients en nuit profonde.

Le 2^o du IV procède à la réécriture d'une grande partie de l'article L. 3222-5-1.

Tout d'abord, au-delà des durées maximales prévues dans le cas d'un premier renouvellement sans intervention du juge (48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention), un renouvellement supplémentaire doit, comme actuellement, faire l'objet d'une information du juge. En revanche, **cette information** – qui consiste en la simple transmission d'une fiche d'information administrative – **serait désormais assurée par le directeur d'établissement et non par le médecin**, qui verrait sa charge ainsi allégée. La mission d'information des proches pouvant saisir le juge incombant au médecin serait conservée, mais **il n'aurait plus à les avertir de la possibilité et des modalités de cette saisine, alors même qu'il doit aujourd'hui le faire**².

¹ Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, considérants 25 et 26.

² Il doit avertir y compris le patient de sa faculté de saisir le juge des libertés et de la détention.

À la différence de la version proposée par le Gouvernement en PLFSS 2022 mais conformément aux modifications apportées par l'Assemblée nationale lors de l'examen de ce texte, **priorité est donnée parmi les membres de la famille au conjoint**, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin¹. Enfin, la condition de **respect de la volonté du patient et du secret médical** a été ajoutée.

Les changements les plus conséquents par rapport au texte abrogé interviennent au niveau de la **saisine systématique du juge après un certain délai**. Celui-ci doit désormais être saisi, toujours par le directeur d'établissement, **avant l'expiration de la 72^e heure d'isolement ou de la 48^e heure de contention**. Le juge statue dans les 24 heures qui suivent cette saisine : il peut ordonner la mainlevée de la mesure, ou autoriser son maintien. La décision du soignant, ici, vise le **maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà, respectivement, de trois et quatre jours**.

Le juge ordonne sa mainlevée si les conditions de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ne sont pas respectées, si la mesure ne paraît ni adaptée, ni nécessaire, ni proportionnée après évaluation du patient ou encore s'il apparaît que ledit patient n'a pas fait l'objet d'une surveillance somatique et psychiatrique stricte. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant 48 heures, sauf si des éléments nouveaux survenant dans la situation du patient rendent impossible d'assurer sa sécurité et celle d'autrui autrement que par ces mesures.

Il autorise le maintien de la mesure si les conditions mentionnées au paragraphe précédent sont respectées. Il est alors procédé conformément au processus précédemment décrit (plages de 12 à 24 heures renouvelables, puis information du juge lors du premier renouvellement, puis saisine automatique du juge). Selon ce fonctionnement, **deux cycles de trois ou quatre jours - selon qu'il s'agit de mesures de contention ou d'isolement - peuvent se répéter**.

Pour les mesures de contention, les cycles se répètent ensuite. Pour les mesures d'isolement, une fois que deux cycles de quatre jours se sont écoulés, le juge est automatiquement saisi 24 heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision - mais seulement à ce moment - et le juge statue à l'expiration de ce délai.

Il est précisé qu'avant le terme de ces deux cycles de trois à quatre jours, **lorsqu'une mesure d'isolement ou de contention est prise moins de 48 heures après qu'une précédente mesure de même nature a pris fin, sa durée s'ajoute à celle des mesures d'isolement ou de contention qui la précèdent**. Les durées prévues pour l'information du juge s'appliquent donc.

¹ Cette modification semble correspondre à la recommandation du Conseil d'État dans son avis sur le projet de loi.

Dans une logique similaire, le contrôle juridictionnel (information puis saisine du juge) s'applique également lorsque plusieurs mesures sont cumulées sur une période de 15 jours : lorsque la ladurée cumulée atteint 72 heures, pour l'isolement, ou 48 heures, pour la contention, le juge est également automatiquement saisi.

Les autres dispositions de l'article procèdent à des coordinations et des adaptations.

Le **I** du présent article modifie ainsi l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, qui prévoit la **possibilité pour certaines personnes (proches et procureur de la République) de saisir le juge des libertés et de la détention**, et dispose que lorsque le juge est saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement comme de contention, il statue dans les délais prévus par l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de 24 heures à compter de la saisine.

Le **II** modifie l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique, qui encadre les conditions dans lesquels le juge des libertés et de la détention, saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, statue. D'une part, la **possibilité de saisine du juge aux fins de prolongation de la mesure d'isolement ou de contention** est prévue : le juge statue alors sans audience selon une procédure écrite. D'autre part, il est précisé que, si le juge décide de tenir une audience, la procédure devient orale.

Le **III** procède à une précision rédactionnelle de l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique relatif à l'appel dont est susceptible de faire l'objet l'ordonnance du juge des libertés et de la détention, en l'appliquant également aux ordonnances prises en application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Les **V** et **VI** procèdent à des coordinations nécessaires pour **l'application de ces dispositions en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française**. Le dispositif est applicable dans l'ensemble des collectivités ultramarines, à l'exception de Wallis-et-Futuna et des Terres australes et antarctiques françaises, dépourvus de services de soins psychiatriques sans consentement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

À l'initiative de son rapporteur, la commission des lois de l'Assemblée nationale a modifié l'alinéa 18¹ relatif à l'information de l'entourage du patient, afin d'en **préciser la rédaction tout en conservant la priorité d'information du conjoint, concubin ou partenaire**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Initialement alinéa 17.

III - La position de la commission

A. Un retard législatif préjudiciable

La commission estime particulièrement regrettable que **la manifeste légèreté du Gouvernement dans le traitement législatif de dispositions visant à répondre à une double censure constitutionnelle** ait conduit à ce que, **plus de six mois après la décision du Conseil constitutionnel, aucune disposition n'ait pu entrer en vigueur à temps** pour suppléer les dispositions censurées.

Si cette faute **porte une atteinte certaine à l'objectif à valeur constitutionnelle de sécurité juridique**, elle est surtout **particulièrement préjudiciable au respect des droits des patients face à des garanties de leurs droits fondamentaux qui se seront trouvées affaiblies durant plusieurs semaines en janvier 2022.**

Si la commission déplore la nécessité d'une adoption de telles dispositions dans un texte d'urgence relatif à la crise sanitaire quand celles-ci auraient utilement trouvé leur place dans un projet de loi relatif à l'organisation des soins psychiatriques, aux droits des patients ou à la justice, elle estime que ce véhicule **permettra une adoption rapide permettant de combler le vide juridique existant depuis le 1^{er} janvier 2022.**

B. Des points de vigilance à conserver

Le rapporteur souligne que dans son avis précité, le Conseil d'État a considéré que *« le dispositif ainsi prévu garantit, ainsi que l'a exigé le Conseil constitutionnel dans ses décisions précitées, l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution »*, le texte étant donc *a priori* de nature à répondre à la censure de juin 2021.

Suivant l'analyse formulée lors de l'examen du PLFSS pour 2022 par la rapporteure pour l'assurance maladie, la commission souligne, sur la suggestion de la contrôleure générale des lieux de privation de liberté¹ que **la liste des personnes informées du renouvellement de la mesure d'isolement ou de contention par le médecin, gagnerait à être maintenue selon les modalités prévues par l'article L. 3211-12 du code de la santé publique**, sans se limiter à la liste aux contours imprécis prévue par la rédaction actuelle du texte. Si la mention d'« au moins un membre de la famille » peut permettre au médecin d'informer plusieurs de ces membres et constitue un élargissement ponctuel du nombre des personnes informées, son imprécision risque d'être un facteur de charge, voire d'insécurité juridique pour le médecin : devra-t-il chercher plusieurs membres de la famille dès lors qu'ils sont identifiés ? S'il en connaît deux, devra-t-il informer les deux ou cela sera-t-il laissé à sa discrétion ? Si la mention du « au moins » ne se rapporte pas seulement aux membres de la famille mais à

¹ Auditions et échanges dans le cadre de l'examen du PLFSS pour 2022.

l'ensemble des personnes susceptibles d'être informées, l'insécurité juridique dans laquelle se trouverait le médecin pourrait être renforcée, même s'il est précisé que l'information se fait « dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ». Il paraît ainsi plus opportun d'adosser l'information à une liste précise, qui constitue une garantie forte pour le patient, tout en préservant nécessairement sa volonté et le secret médical

Aux termes de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, la saisine peut être formée par :

- 1° La personne faisant l'objet des soins ;
- 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- 3° La personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;
- 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- 5° La personne qui a formulé la demande de soins ;
- 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- 7° Le procureur de la République.

Les personnes mentionnées à cet article devraient également se voir préciser les **modalités de saisine du juge des libertés et de la détention**, comme cela est actuellement prévu.

La commission a ainsi adopté un **amendement COM-121** procédant à ces modifications.

En outre, le rapporteur renouvelle les réserves et points d'alerte soulevés par la commission lors de l'examen du dernier PLFSS, souhaitant attirer l'attention sur le fait que les conditions de mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention sont problématiques.

D'une part, **les conditions matérielles dans lesquelles les mesures sont exécutées sont souvent difficiles, voire inacceptables**. Il est fréquent de voir des locaux indignes, sans fenêtre, des plages de sortie très limitées, un défaut d'hygiène, voire d'accès aux toilettes, des conditions d'alimentation très sommaires et de surveillance infirmière ou médicale insuffisantes. Des atteintes graves peuvent également être portées à l'intimité des patients (chambre ou toilettes visibles de l'extérieur, patients laissés nus...)¹.

¹ Réponse de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté au questionnaire adressé par le Sénat.

D'autre part, **il peut parfois s'avérer nécessaire d'appliquer des mesures d'isolement ou de contention à des patients en soins libres, ce que n'autorise pas l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.** Les conditions de leur arrivée aux urgences, souvent en état de crise ou de forte agitation, peuvent requérir de telles mesures, mais pour une courte durée (3 à 6 heures). Le lien existant entre le régime des soins sans consentement et le placement à l'isolement ou en contention peut toutefois faire courir aux patients le risque de passer du régime de soins libres au régime juridique très contraignant des soins sans consentement¹, pour le seul motif de permettre au soignant de prendre une mesure d'isolement ou de contention.

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

¹ Ces patients font notamment l'objet d'une inscription dans le fichier Hospyweb, qui est partagé entre plusieurs services publics.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. Audition, en commun avec la commission des lois, de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé

(Lundi 10 janvier 2022)

M. François-Noël Buffet, président de la commission des lois. – Monsieur le ministre, avec Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales, nous vous souhaitons la bienvenue au Sénat pour aborder ce texte important sur le passe vaccinal. La commission des affaires sociales et la commission des lois se réuniront à l’issue de votre audition, et l’examen en séance publique aura lieu demain à partir de 14 h 30.

Nous formons le vœu que le débat au sein de cette institution sénatoriale soit, comme de coutume, respectueux des positions des uns et des autres, apaisé et sérieux.

Je vais tout de suite vous donner la parole ; Mme Chantal Deseyne, rapporteur de la commission des affaires sociales, et M. Philippe Bas, rapporteur de la commission des lois, vous poseront ensuite leurs questions. Enfin, tous les sénateurs qui le souhaitent pourront intervenir. Le délai maximum pour cette audition est fixé à une heure trente.

Mme Catherine Deroche, présidente de la commission des affaires sociales. – Je n’allongerai pas nos débats par un propos liminaire. Je salue tous nos collègues qui participent à nos travaux en visioconférence. Après votre intervention, monsieur le ministre, je vous interrogerai sur les tests.

M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé. – Permettez-moi tout d’abord de vous souhaiter une excellente année 2022 !

Les débats qui s’invitent maintenant au Sénat, après nous avoir beaucoup occupés la semaine dernière à l’Assemblée nationale, portent sur le douzième projet de loi qui a trait à la réforme sanitaire, reflet de la vitalité de notre système démocratique et particularité française au sein de l’Union européenne. Nous l’assumons, car en deux ans, il a fallu plusieurs fois remettre sur le métier notre ouvrage. Les virus peuvent effectivement muter à tout moment, n’importe où ; tantôt, on croit avoir trouvé la martingale pour les freiner ou les faire disparaître, tantôt ils se rappellent à notre mauvais souvenir à travers des délétions sur le patrimoine génétique viral qui le rendent plus contagieux, plus dangereux, ou les deux à la fois, voire plus contagieux et moins dangereux comme c’est le cas du variant omicron.

Mais il est une constante : la coordination aux niveaux international et européen en vue d'adopter des mesures appartenant à un même arsenal. Partout autour de nous, ce sont désormais les règles du passe sanitaire, du passe vaccinal, ou des deux, qui sont en vigueur. Certains États voisins ont pris des mesures de freinage et de fermeture ayant un retentissement plus ou moins important sur le quotidien de leurs concitoyens. En France, nous avons fait le choix, hormis le télétravail qui est indispensable, de ne pas fermer plus tôt les bars, les restaurants et les établissements recevant du public, sous réserve des contraintes posées pour les grands rassemblements afin d'éviter le phénomène de « super-contamination ».

Quelle est la situation épidémique ? Nous faisons face à deux variants distincts. Le variant delta a progressé en France à la faveur de la fin de l'été, impactant chaque jour de plus en plus nos services de réanimation, qui comptent désormais 2 800 patients. Le nombre de contaminations n'a pas diminué ensuite, créant un plateau qui nous a mis en difficulté durant plusieurs semaines. En effet, le variant delta est particulièrement invasif et provoque des infections pulmonaires basses avec des syndromes de détresse respiratoire. Je le redis, les patients qui se trouvent en réanimation sont pour la plupart des personnes non vaccinées ou immunodéprimées dont le système immunitaire est devenu inopérant en raison d'une greffe ou d'une maladie très grave - lymphome, leucémie, *etc.* Je suis très prudent eu égard au nombre de tests réalisés au cours des derniers jours - 11 millions, sans compter les autotests -, et des remontées parfois difficiles en raison des jours fériés. Mais il semble manifeste que le variant delta ait désormais amorcé une diminution - elle était attendue -, peut-être par un phénomène de compétition avec le variant omicron plus contagieux, ou plus certainement du fait des mesures de télétravail que nous avons mises en place. Si elle est confortée, cette nouvelle serait évidemment rassurante et aurait des répercussions sur nos services de réanimation dans une dizaine de jours.

Le deuxième variant, omicron, est extrêmement contagieux, car on peut l'attraper même en étant vacciné et on peut le transmettre, mais deux fois moins que les non-vaccinés selon les scientifiques. Ce variant donne des formes pulmonaires plutôt hautes avec moins de détresse respiratoire ; il envoie donc moins les patients en réanimation. En revanche, il peut causer des syndromes fébriles et grippaux assez forts, entraînant une augmentation importante des hospitalisations, mais de plus courte durée. Les patients peuvent être jeunes - les hôpitaux comptent beaucoup de trentenaires -, non vaccinés, et avoir besoin d'oxygène durant trois ou quatre jours avant de pouvoir sortir. C'est pourquoi nous avons décidé de déployer massivement un relais de l'hôpital à domicile comme nous l'avons effectué lors d'une vague précédente, en lien avec le médecin traitant et les infirmiers, de manière à réduire la pression sur nos hôpitaux.

La poussée de ce variant omicron a été fulgurante partout, du Burundi au Canada, en passant par les pays européens – l’Allemagne, l’Italie, l’Espagne, *etc.* –, y compris ceux qui avaient été épargnés par delta. Cette flambée se poursuit quelles que soient les mesures de gestion ou de freinage mises en place. En France, 300 000 cas ont été diagnostiqués, chiffres hors de proportion par rapport à tout ce qu’on a connu depuis le début de la pandémie.

Heureusement, nous sommes très vaccinés, et ce variant omicron est moins dangereux. Quand va-t-il arrêter sa course folle ? Le modèle que nous suivons tous avec attention est l’Angleterre. Dans la région londonienne, là où ce variant a frappé en premier, il a commencé à baisser de manière assez rapide, comme en Afrique du Sud. Je me garderai d’établir un pronostic chez nous : d’une part, le nombre exponentiel des tests peut modifier les critères de comparaison d’une semaine sur l’autre ; d’autre part, les remontées comprennent les jours fériés. Nous verrons dans les prochains jours si nous atteignons un pic et si la baisse s’amorce ou si, comme avec le variant delta, nous sommes confrontés à un plateau, ce qui ne serait pas une heureuse nouvelle. La charge hospitalière s’élève à 21 000 malades ; nous travaillons pour que les patients puissent sortir plus tôt de l’hôpital.

Concernant la vaccination, vous le savez, 53 millions de Français ont reçu au moins une injection. Nous avons d’ailleurs battu la semaine dernière le record de primo-injections, avec 230 000 nouveaux vaccinés, et de prises de rendez-vous en vue d’une primo-injection. Je le redis à nos concitoyens : les centres de vaccination vous accueilleront sans rendez-vous pour une première injection ! Nous continuons aussi les rappels, qui font l’objet de très nombreux rendez-vous. Il n’y a pas d’inquiétude à avoir, car vendredi soir, près de 3 millions de rendez-vous étaient disponibles partout en France.

Sur les tests, je répondrai avec plaisir lorsque Mme la présidente m’aura interrogé. Je ne peux passer outre ce que vivent certains Français. Nous avons choisi de ne pas fermer les écoles, sinon le moins possible. Cela va de pair avec la réalisation de tests réguliers chez les enfants lorsqu’ils sont cas contacts, et ce pour éviter leur éviction. Nous travaillons en temps réel avec le Conseil scientifique et la communauté enseignante. Jean-Michel Blanquer est totalement mobilisé afin d’adapter la situation ou de simplifier la vie des Français.

Le projet de loi concerne essentiellement la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal. Un consensus, à l’unanimité moins deux voix, a été trouvé à l’Assemblée nationale afin de n’appliquer le passe vaccinal qu’aux jeunes âgés de 16 et 17 ans, et de maintenir le passe sanitaire pour les mineurs de 12 à 15 ans, pour les activités périscolaires et extrascolaires.

Des discussions serrées ont porté sur le contrôle d'identité. Nous y reviendrons en séance, car il est important de permettre aux dirigeants des établissements recevant du public de vérifier la concordance entre l'identité du passe et celle qui figure sur un document officiel. Je rappelle que le passe vaccinal ne s'appliquera pas pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Les proches de personnes fragiles, malades ou en fin de vie, pourront bien sûr les visiter, sous réserve du respect des règles sanitaires pour que les visiteurs ne transmettent pas le virus.

Nous renforçons les mesures de lutte contre les fraudes. Je l'ai dit à l'Assemblée nationale, le faux passe sanitaire tue, car un certain pourcentage de patients hospitalisés disposent d'un faux passe. Or le fait de laisser croire qu'ils sont vaccinés entraîne des conséquences sur les soins futurs de ces patients, car le pronostic et les critères de surveillance, d'intubation et de mise en coma sont différents. L'aggravation peut être subite, parfois en quelques minutes, en cas de non-vaccination.

Le projet de loi aborde l'isolement et la contention des malades en psychiatrie. Nous voulons renforcer le rôle du juge des libertés et de la détention conformément à la demande du Conseil constitutionnel.

Enfin, la situation sanitaire préoccupante à La Réunion et en Martinique justifie à nos yeux le maintien des mesures de freinage renforcées.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Pouvez-vous clarifier la stratégie du Gouvernement en matière de tests ? Le nombre de tests explose – vous l'avez dit. La plupart sont remboursés à 100 %. Quel est le coût actuel de cette politique ? Les pharmacies sont saturées, le système d'information SI-DEP a du mal à suivre, avec 300 000 cas positifs par jour. Le *contact tracing* n'est plus qu'un lointain souvenir, et les familles sont mises à rude épreuve quand il faut tester les enfants trois fois par semaine dans ces conditions. À part empiler les records et illustrer les ravages d'une autoprescription remboursée à 100 %, quelle est la place du *testing* dans la stratégie de lutte contre l'épidémie ? Les tests doivent être suivis de mesures cohérentes. Est-ce le cas lorsque des soignants testés positifs sont autorisés à continuer leur activité lorsqu'ils sont asymptomatiques ?

M. Philippe Bas, rapporteur de la commission des lois. – Monsieur le ministre, je relève un paradoxe dans les débats de ces derniers jours : on parle exclusivement d'un passe vaccinal, qui est en réalité déjà entré très majoritairement dans les mœurs au travers du passe sanitaire. Par ailleurs, face à une flambée sans précédent de l'épidémie, et compte tenu des délais entre les différentes injections et de la date de promulgation de la loi, le passe vaccinal ne produira ses premiers effets qu'à partir de la fin du mois de février. Je ne fais ni excès d'indignité ni excès d'honneur au texte dont nous débattons. Il porte sur un sujet important, et nous sommes nombreux à penser que la vaccination est essentielle pour sortir de l'épidémie.

Mais ce projet de loi est-il pour autant un instrument susceptible de répondre à cette urgence sanitaire ? Ma réponse est plutôt non : il n'est en aucun cas l'alpha et l'oméga de la politique sanitaire face à l'irruption de cette nouvelle menace ; mais peut-être pourrez-vous me démentir.

Le Conseil scientifique vous a alerté sur le risque de désorganisation sociétale dont nous voyons les effets à l'école, à l'hôpital, lors des longues files d'attente pour réaliser les tests exigés des élèves et pour en obtenir le résultat. Je citerai aussi la saturation des plateformes de l'Assurance-maladie pour indiquer la conduite à tenir aux cas contacts, ou encore les craintes à propos de la disponibilité des services hospitaliers, mis à l'épreuve par l'afflux de malades et dont 20 % seraient actuellement fermés faute de personnel. D'un point de vue économique, le développement du télétravail a aussi ses limites. À l'école, un protocole est décrété la veille pour le lendemain et amendé au bout d'une semaine, et la diffusion de capteurs de CO₂ est beaucoup trop lente.

En ce qui concerne l'hôpital, a-t-on déjà prévu la mobilisation d'une réserve sanitaire ? Comment s'organiser pour faire face à l'afflux de malades ? Les informations que vous nous avez transmises sont corroborées par la majorité des médecins, mais le variant omicron a beau être moins grave, il affecte davantage de personnes.

Ce qui est en cause, c'est l'ensemble de la politique sanitaire face à l'épidémie et non simplement la transformation d'un passe sanitaire en un passe vaccinal.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales. – Mon propos sera dans la suite logique de l'intervention de M. le rapporteur Philippe Bas. Au préalable, je rappelle que la commission des affaires sociales du Sénat a toujours pris ses responsabilités. Elle a toujours estimé, lorsque les circonstances l'exigeaient, que nous devions faire front commun aux côtés des scientifiques et des médecins. Si le passe vaccinal est jugé efficace pour réduire l'épidémie et ses conséquences, nous le soutiendrons.

Cependant, cette stratégie ne peut réussir que si la campagne vaccinale atteint réellement toute la population cible. Ma première question est simple : comment résorber les inégalités territoriales et sociales encore visibles en matière de vaccination en France ? Comment atteindre les non-vaccinés qui doutent et sont en marge des systèmes de soins ? Je pense, en particulier, au plus précaires de nos concitoyens, car le passe sanitaire ne s'applique pas au sein des différentes associations caritatives... Où est le fameux « aller vers » tant promu ? Quelle est votre action spécifique à destination des outre-mer où le faible taux de vaccination est mis en avant pour justifier le retour à l'état d'urgence ?

Le port du masque en extérieur a été suspendu courant 2021, au motif d'une faible efficacité scientifiquement constatée. Quelles données scientifiques justifient-elles aujourd'hui le retour du port du masque en extérieur ?

Dans le cas de la dérogation vaccinale après une contamination, quelle durée et quel niveau de protection les autorités sanitaires reconnaissent-elles ?

Concernant les immunodéprimés, la seule possibilité relève souvent malheureusement du traitement. Où en est la recherche ? De nouveaux traitements pourraient-ils être autorisés en accès précoce ?

Un mot, enfin, de l'article 1^{er} bis A visant à créer un régime de sanctions administratives applicables aux employeurs qui ne prendraient pas les mesures de prévention nécessaires pour limiter l'exposition à la covid. J suis assez réservée, car les entreprises ont été très actives, notamment en matière de télétravail. Sur quels critères se baserait l'inspection du travail pour prononcer les sanctions prévues ? Comment seraient appréciées les recommandations du Gouvernement sur le télétravail, qui ne sont pas des obligations ?

M. Olivier Véran, ministre. – Mme Catherine Deroche m'a interrogé sur notre stratégie en matière de tests. Nous avons un double objectif : ne pas paralyser le pays et ne pas laisser flamber l'épidémie. Et nous avons un impératif : répondre à la demande des Français en matière de test.

Il y a deux ans, on nous disait : vous ne testez pas assez. Aujourd'hui, commence à monter la petite musique selon laquelle nous testerions trop... Ce n'est pas parce que l'on trouve beaucoup que l'on teste trop, c'est parce que l'on trouve beaucoup que l'on teste beaucoup !

Notre politique en matière de tests est donc la plus ambitieuse possible afin que les Français puissent connaître les résultats de leur test dans les plus brefs délais, qu'ils puissent se faire tester gratuitement – sauf pour les non-vaccinés sans ordonnance – et partout. Je remercie, à cet égard, les personnels de santé qui réalisent les tests. Nous allons amplifier notre capacité de réponse à la demande en prenant plusieurs dispositions complémentaires.

Tout d'abord, nous permettrons aux pharmaciens d'installer plusieurs tentes devant leurs officines, voire de véritables barnums de dépistage. De la même manière, j'ai signé un arrêté permettant aux étudiants en biologie de troisième et de quatrième année de participer à la campagne de dépistage. Nous travaillons également tous azimuts pour qu'un maximum de pharmacies sur le territoire puissent tester et distribuer des boîtes d'autotests. Nos concitoyens, en particulier les parents d'élèves, ont des difficultés à trouver des autotests. Deux tiers des pharmacies en distribuent déjà. Notre objectif est que la totalité des pharmacies puissent bientôt en avoir à disposition.

Vendredi dernier, 6 millions d'autotests étaient en stock dans les officines, contre 3 millions la semaine précédente. Les pharmacies en ont commandé 11 millions pour le début de cette semaine afin de pouvoir répondre à la demande. Nous continuons à renforcer nos capacités de dépistage.

Vu le nombre de contaminations quotidiennes et le nombre de cas contacts hors norme enregistrés, il n'est pas étonnant que le nombre de tests réalisés soit extrêmement important. Néanmoins, si nous suivons la même trajectoire que le Royaume-Uni ou l'Afrique du Sud, nous devrions commencer à enregistrer une diminution des contaminations. Nous redescendrions alors à des niveaux de dépistage plus ordinaires.

Monsieur le rapporteur Philippe Bas, le passe vaccinal s'intègre-t-il dans l'urgence sanitaire ? Nous avons décidé d'emprunter la voie législative pour mettre en place de façon urgente les outils nécessaires plutôt que d'avoir recours aux arrêtés prévus par l'article L. 3131-1 du code de la santé publique, à l'exception notable des pouvoirs que vous nous avez conférés, à notre demande, dans la période dite « de risque sanitaire » pour pouvoir à tout moment prendre certaines dispositions. Je pense à la limitation des grands rassemblements, par exemple, ou au télétravail désormais obligatoire trois ou quatre jours par semaine. Pour le reste, nous avons décidé d'en référer au Parlement, ce qui prend un peu plus de temps...

M. Philippe Bas, rapporteur. – Comme la vaccination !

M. Olivier Véran, ministre. – Je l'ai dit en préambule, monsieur le rapporteur, avant même que le passe vaccinal ne soit adopté, ses effets sont visibles. Sa simple évocation n'a-t-elle pas fait bondir de 230 000 le nombre de primo-vaccinations dans notre pays, essentiellement des adultes ? À ce rythme, nous pourrions parvenir rapidement à une couverture vaccinale plus importante. De la même manière, il a suffi que le Président de la République évoque au mois de juillet dernier l'instauration d'un passe sanitaire pour que les rendez-vous enregistrent un bond. C'est d'ailleurs grâce à la création du passe sanitaire que nous sommes dans une situation moins inconfortable pour face à une vague de cette ampleur.

Le passe vaccinal n'est ni l'alpha ni l'oméga, mais c'est une mesure supplémentaire en cas de nouvelle vague. Quoi qu'il en soit, je le redis : nous nous passerons avec beaucoup de plaisir de tous ces outils le jour où nous ne serons plus sous la menace permanente d'un nouveau variant !

Je conteste formellement le chiffre de 20 % de lits fermés à l'hôpital. En revanche, oui, le secteur hospitalier enregistre tension et fatigue, notamment parce que les personnels n'ont pas récupéré les heures supplémentaires et que ceux qui souhaitaient démissionner avaient repoussé leur décision. Les soignants sont extrêmement courageux : 21 000 malades sont pris en charge dans les hôpitaux et 3 800 patients sont en réanimation à cause de la covid-19. Le nombre des déprogrammations a de lourdes conséquences sur la santé des Français. C'est pourquoi nous poussons à la vaccination.

Pour éviter le risque de désorganisation, nous avons mis en place des plans de continuité. J'ai évoqué tout à l'heure les prises en charge pré-hospitalières ou post-hospitalières. Nous sommes désormais capables de prendre en charge jusqu'à 15 000 patients avec de l'oxygène à domicile, contre 10 000 patients lors des vagues précédentes. Nous avons réactivé ce réseau pour pouvoir libérer des lits hospitaliers.

Sur la question des écoles, je ne m'exprimerai pas à la place du ministre de l'éducation nationale, même si je travaille main dans la main avec lui. Lors des vagues précédentes, avec un tel niveau de circulation du virus, la question de la fermeture des écoles aurait été posée. Mais le Président de la République a souhaité sanctuariser l'école et préserver l'éducation des enfants. Actons-le, les classes ont vocation à rester ouverte : seul un dépistage intensif, mais simplifié, nous permettra de tenir cet objectif.

Mme Chantal Deseyne m'a demandé comment résorber les inégalités sociales et territoriales en matière de vaccination. Tous les acteurs - élus locaux, associations, médecins, pharmaciens, kinés, sages-femmes, infirmiers - sont mobilisés dans les territoires pour convaincre les personnes non vaccinées de se faire vacciner. Peu d'entre elles, à présent, sont loin de tout ou marginalisées. La grande majorité des non-vaccinés sont informés, voire désinformés. D'autres n'ont pas confiance. Pas plus tard que la semaine dernière, j'ai rencontré une personne qui aurait accepté un vaccin en comprimé ou en spray nasal, même à ARN messenger, mais qui refuse de recevoir une injection. C'est pourtant exactement la même chose ! Sans parler de tous ceux qui, dans une sorte de délire collectif à l'échelle planétaire, considèrent que nous sommes des menteurs patentés...

En réponse à la question des masques en extérieur, je dirai que ce n'est ni la même vague ni la même contagiosité. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) avait d'ailleurs considéré en son temps que le port du masque en extérieur en cas de risque élevé s'avérait encore utile. Or, avec omicron, le risque est élevé partout.

Vous m'avez posé la question des traitements. Plusieurs médicaments ont vu leurs autorisations retirées ou très réduites, notamment l'Eli Lilly et le Regeneron, car ils ne sont pas efficaces sur le nouveau variant. Il y a dix jours, dans une tribune du Journal du dimanche, six présidents d'association appelaient le Président de la République à tout faire pour que les personnes immunodéprimées puissent avoir accès à l'Evusheld, commercialisé par AstraZeneca. J'ai été très sensible à cette tribune. Je rappelle que la France a été le premier pays européen à proposer ce traitement aux patients concernés. Plus de 2 500 personnes sont actuellement traitées par ce médicament grâce au dispositif d'accès précoce, mis en place par le Président de la République. Par ailleurs, 1 200 patients sont en cours d'inclusion.

La France ne dispose plus, à ce jour, d'alternative curative efficace face au variant omicron, mais nous attendons deux déploiements d'ici à la fin du mois, pour lesquels nous sommes très bien positionnés : le Paxlovid de Pfizer, qui est un traitement par voie orale, et le Sotrovimab, de GSK, qui sera administré à l'hôpital. D'autres traitements sont en cours de développement.

Vous m'avez interrogé sur l'inspection du travail. Même si Élisabeth Borne vous répondrait bien mieux que moi, il importe de ne pas avoir une grille d'analyse différente de l'échelle des sanctions. Nous sommes aujourd'hui dans un régime pénal, nous passerons à un régime administratif pour rendre la mesure plus opérante, ce qui n'en change pas l'esprit.

M. Bernard Jomier. – Lorsque nous vous avons auditionné au mois de novembre dernier, les chiffres que vous avez cités concernant la forte augmentation des primo-vaccinés n'étaient pas exacts. Cette fois, vos chiffres sont bons : la différence, c'est que vous parlez enfin d'obligation, mais sous forme déguisée, ce que je regrette. Oui, la parole du chef de l'État entraîne des changements d'attitude chez les Français. Ne regrettez-vous pas ce temps perdu ? Ne serait-il pas utile d'être francs et directs, et de poser le principe de l'obligation vaccinale ?

Les patients vaccinés en réanimation sont très largement des personnes immunodéprimées. Or elles ne bénéficient pas de la prise en charge des masques FFP2. Les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) peuvent, eux, se faire rembourser les masques chirurgicaux. Comptez-vous proposer à ces patients particulièrement fragiles des masques FFP2 ?

Un membre du conseil scientifique a affirmé ce matin que ce serait une erreur fondamentale de laisser circuler le virus sans contrôle. C'est pourtant ce que vous faites dans les écoles. Au mois de novembre, alors que le nombre de classes fermées augmentait, le ministre de l'éducation a même allégé le protocole. Quand appliquerez-vous une stratégie claire de réduction de la circulation du virus dans les écoles au lieu du chaos qui y règne actuellement ?

Mme Éliane Assassi. – Lutter contre l'épidémie suppose de prendre des mesures, notamment pour inciter nos compatriotes à la vaccination. Vous avez évoqué le cas d'une personne qui, sans être antivax, aurait préféré un vaccin par voie orale. Il y a donc encore matière à faire de la pédagogie et à convaincre !

En revanche, nous ne sommes pas favorables à la contrainte. Certes, le passe sanitaire a convaincu des milliers de nos citoyens de se faire vacciner, mais force est de constater que cela n'a pas empêché la propagation du virus, même si le variant omicron est moins dangereux que le variant delta. Nous nous interrogeons sur votre choix de transformer le passe sanitaire en un passe vaccinal, ce qui entravera les libertés.

Avez-vous un bilan précis de l'usage du passe sanitaire ? Nous sommes confrontés à une pandémie. Or seulement 50 % de la population mondiale est vaccinée. Ne serait-il pas temps que tous les États puissent avoir accès aux brevets ?

Mme Christine Bonfanti-Dossat. – L'année 2022 s'annonce aussi compliquée que 2021 : nous ne verrons probablement pas le bout de la crise sanitaire. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'interroge sérieusement sur la stratégie qui consiste à accélérer la vaccination dans les pays riches alors qu'il faudrait prioriser les pays pauvres où une très grande majorité de la population n'a pas reçu de première dose. D'après l'Organisation mondiale de la santé, si l'on veut reprendre le contrôle de cette pandémie, il faudrait que 70 % de la population de chaque pays soit vaccinée dans les six mois. Alors que le Président de la République règle ses comptes à « O.K. Covid » avec les non-vaccinés, alors que le Premier ministre évoque déjà la possibilité d'une quatrième dose, de plus en plus de doutes d'élèvent sur l'efficacité sanitaire du passe vaccinal. Ne pensez-vous pas que le plus urgent aujourd'hui, au lieu de vouloir accélérer la vaccination, comme vous le faites, serait de tout mettre en œuvre pour vacciner le monde entier ?

M. Loïc Hervé. – J'aurais aimé vous interroger sur le protocole applicable dans les écoles et la désorganisation massive que nous connaissons ces jours-ci dans l'éducation nationale, ainsi que sur les conséquences économiques des modifications des règles du passe sanitaire en France sur le tourisme à l'égard de la clientèle étrangère dans la perspective des vacances de février, mais j'y reviendrai en séance.

Omicron déferle sur la France. Chaque jour, des centaines de milliers de Français, vaccinés ou non, sont contaminés. Triplement vacciné, j'en ai moi-même fait l'expérience la semaine dernière. Nous sommes tous témoins de ce qui se passe dans notre pays. À elle seule, cette réalité aurait dû nous démontrer l'inutilité sanitaire d'une grande partie des mesures privatives de liberté, au premier rang desquelles le passe sanitaire. Or, tel un mantra, vous continuez de répéter que l'objectif du passe, aujourd'hui sanitaire, demain vaccinal, est de créer des lieux sans contagiosité.

Devant la commission des lois de l'Assemblée nationale, vous avez déclaré : « On va continuer de resserrer les mailles pour pouvoir garantir que les endroits recevant du public sont indemnes de gens potentiellement contagieux. » À mes yeux, le moment est venu de lever la plupart des restrictions aux libertés publiques et non de les renforcer. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement à l'article 1^{er}, qui visera non seulement à renoncer au passe vaccinal, mais aussi à supprimer le passe sanitaire.

Monsieur le ministre, pouvez-vous devant la commission des lois, composée de gens sérieux et rationnels, revenir sur cette affirmation selon laquelle le passe protégerait de la contamination ? À défaut de les transmettre à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), qui vous les a demandés à de nombreuses reprises, pouvez-vous communiquer au Parlement les éléments objectifs et chiffrés étayant vos affirmations ?

Mme Florence Lassarade. – Je relayerai l'inquiétude et l'épuisement des soignants libéraux, car il n'y a pas que le secteur hospitalier qui est en tension. Les infirmiers réalisent les autotests. Or le prix du matériel a quadruplé en deux ans, notamment les gants. Avez-vous l'intention d'accorder des aides au secteur ?

Je ne reviendrai pas la désorganisation en matière de test, en particulier en cas de contradiction entre les autotests, les tests PCR et les tests antigéniques. *Quid* de l'anticipation par la détection dans les stations d'épuration et les égouts ? Le réseau Obépine n'a-t-il pas permis de détecter quinze jours à l'avance les vagues précédentes ? Où en sommes-nous sur ce plan ?

On a beaucoup évoqué les capteurs de CO₂ et des purificateurs d'air, en particulier pour les endroits où la ventilation serait difficile. Certains pays les utilisent massivement. Pourquoi ne pas en équiper les écoles ?

Mme Esther Benbassa. – Est-il urgent de passer du passe sanitaire au passe vaccinal ? Nous ne disposons d'aucune donnée. Le Conseil constitutionnel devrait pouvoir être saisi de cette question. Je m'interroge également sur l'instrumentalisation de la parole médicale, qui crée de la panique et conduit indirectement à des restrictions de liberté.

Cette instrumentalisation est étonnante : le manque de personnel dans les hôpitaux ne date pas d'hier. Il convient de prendre d'autres mesures, notamment d'arrêter les tests pour les personnes sans symptômes. Il importe également de ne pas stigmatiser la partie de la population qui ne veut pas se vacciner. Tout cela aurait pu être réglé si le vaccin avait été rendu obligatoire. Nous sommes dans une sorte de crise dont on ne guérit pas. Une personne sur quatre est contaminée parmi les triples vaccinés. Il serait opportun d'envisager d'autres solutions pour renforcer les barrières et convaincre davantage, surtout en zones rurales. Mettons un terme à toutes ces mesures qui n'ont d'autre sens que d'éviter d'en arriver à une obligation vaccinale.

M. Olivier Véran, ministre. – J'ai parlé d'obligation vaccinale déguisée dans une interview. Je ne sais pas s'il s'agit d'une obligation vaccinale déguisée, mais c'est une formule qui me paraît plus efficace. En effet, qui dit obligation dit contrôle, et qui dit contrôle dit sanction. Or je ne connais aucun niveau de sanction capable de convaincre une personne qui considère que le vaccin est un poison. N'oublions pas, en effet, que les antivax ne sont pas une minorité parmi les gens que l'on cherche maintenant à atteindre.

Il existe une recommandation très claire en faveur des masques FFP2 pour les personnes souffrant d'immunodépression ; ils donnent lieu à un remboursement dans un certain nombre de situations. Je veillerai à ce que personne n'en soit privé pour des questions de coût.

En ce qui concerne les écoles, je le redis, notre objectif est de réduire la circulation du virus et de maintenir les écoles ouvertes. Il faut donc trouver le dispositif le plus à même de garder un œil actif sur l'évolution de l'épidémie chez les enfants sans rendre les choses trop compliquées pour les parents. Un certain nombre d'entre eux se sont trouvés en difficulté en apprenant la veille au soir qu'un enfant de la classe était contaminé : comment trouver à J-0 un test antigénique ou PCR, surtout dans une période de vaste circulation de virus ?

Sans faire ici d'annonce, car il s'agit d'un travail interministériel, nous pourrions envisager de faciliter l'accès aux autotests dès le premier test. En tout état de cause, à chaque fois qu'un protocole doit être réajusté pour devenir encore plus opérationnel et vivable pour les Français, nous le faisons.

À la demande du Président de la République, la France est l'un des premiers pays contributeurs au monde pour les dons de doses aux pays pauvres. Les dons vers les pays les plus en difficulté ont été organisés très tôt. Tous les États n'ont en effet pas la chance de faire partie de l'Union européenne et d'avoir accès à des commandes massives auprès des laboratoires. Chaque Français a déjà donné au moins une dose à un pays pauvre. Nous atteindrons bientôt le chiffre de deux doses par Français. Il n'est pas incompatible de vacciner la France et de vacciner le monde. C'est une nécessité que de continuer de renforcer la politique vaccinale, notamment à destination des pays les plus pauvres. C'est une protection pour eux, mais c'est aussi protection pour nous : plus vite la planète sera vaccinée, plus nous aurons de chances de ne pas voir apparaître de nouveaux variants dangereux.

Le sénateur Loïc Hervé se situe dans l'opposition, aussi bien en ce qui concerne le passe sanitaire que le passe vaccinal. Le Conseil d'État a validé le passe sanitaire et maintenant le passe vaccinal, tout comme le Conseil scientifique. Certains pays ont fait le choix d'aller plus loin, notamment en Allemagne où a été mis en place un passe « 2G+ » nécessitant la présentation d'un test négatif en plus d'un schéma vaccinal complet. Monsieur le sénateur, vous souhaitez présenter un amendement pour supprimer le passe sanitaire : vous proposez donc, alors que nous sommes à 300 000 contaminations par jour, que les Français puissent aller au restaurant et dans les bars, se rassembler en milieu clos, manger, chanter, rire, danser en n'étant ni vaccinés ni testés... Advienne que pourra ! Très peu de pays au monde ont testé une telle solution : ceux qui s'y sont risqués ont généralement changé de cap assez vite quand ils se sont rendu compte que les vagues étaient trop hautes et que l'impact sanitaire était trop important sur leur population...

En ce qui concerne la détection du virus dans les eaux usées, nous continuons à travailler avec le réseau Obépine. Les données sont généralement conformes aux prévisions ; parfois elles sont à conforter d'un point de vue scientifique : par exemple, l'hiver dernier, on a constaté que la montée des eaux due aux pluies ou à la fonte des neiges diluait les traces du virus dans les eaux usées de manière plus importante que prévu, et qu'il devenait alors difficile de déterminer avec certitude le niveau de circulation de l'épidémie. Nous continuons à surveiller toutefois les traces de virus dans les eaux usées, notamment dans les périodes où il circule moins pour détecter des signes précoces de réémergence.

Madame Benbassa, vous dites qu'on instrumentalise la parole médicale, mais vous affirmez qu'il faut arrêter de tester les gens sans symptômes au motif que cela ne servirait à rien. Mais nul ne sait ! Je suis même convaincu du contraire ! Une personne peut ne pas avoir de symptômes et être contagieuse. Si on ne détecte pas les cas contacts, qui sont susceptibles de porter le virus sans le savoir et d'être contagieux, on risque d'accroître la diffusion du virus. Plus on teste, plus on découvre de cas et plus on protège les Français ! Réjouissons-nous donc plutôt d'être un pays qui teste beaucoup. Certes des personnes vaccinées peuvent attraper le virus, mais le vaccin c'est comme un double airbag : il n'empêche pas les accidents, mais sauve des vies s'ils se produisent. Si vous roulez à 170 kilomètres-heure, vous aurez quand même un accident...

Mme Valérie Boyer. – Je veux tout d'abord exprimer mon émotion face aux propos du Président de la République : nous sommes dans une assemblée sérieuse et nous sommes de manière quasi unanime pour le vaccin. L'obligation, c'est un autre débat. En tout cas, je ne crois pas à la contrainte, et encore moins à la vulgarité : il ne faut pas demander à la représentation nationale d'« emmerder » les Français, mais de chercher l'intérêt général. Il est de votre responsabilité d'expliquer votre stratégie aux Français. Le vaccin protège, certes, mais n'empêche pas la transmission du virus. Les Français voudraient savoir en quoi le passe vaccinal pourrait limiter la propagation du virus. Pourquoi vacciner des personnes qui ont un taux d'anticorps élevé ? Pourquoi aussi avoir continué de fermer des lits de réanimation à l'hôpital ? On évoque 5 700 suppressions de lits. Qu'en est-il ? Pourquoi ne pas avoir ouvert des services de réanimation mobiles ou temporaires ? Est-ce dû au manque de personnel ? Pourquoi autoriser le personnel soignant positif à travailler, mais pas les non-vaccinés ? Même si l'élection présidentielle approche, évitons les insultes et les invectives, contre-productives. Plutôt que de stigmatiser, il vous importe de rassurer les Français. Je vous appelle donc à apaiser et à maintenir la cohésion nationale.

Enfin, s'agissant du suivi des eaux usées, je veux saluer le remarquable travail des marins-pompiers de Marseille qui permet de surveiller l'évolution de l'épidémie.

Mme Laurence Cohen. – Vous avez souligné à juste titre l’engagement des personnels soignants, mais ils sont au bord de l’épuisement et leurs conditions de travail ne cessent de se dégrader. Il y a eu le Ségur de la santé, mais la situation n’est plus tenable. Il faut embaucher et modifier les conditions de travail. Comment comptez-vous rendre plus attractives ces fonctions ? Des revalorisations salariales ne suffiront pas. Quel plan de formation massif comptez-vous mettre en œuvre ?

À l’article 1^{er}, vous prolongez les dispositifs d’accompagnement des médecins du secteur privé visant à compenser les déprogrammations d’actes de soins non urgents : pourquoi n’étendez-vous pas cette mesure au secteur public ?

M. Alain Richard. – La communauté scientifique semble partagée sur le niveau de réduction de la transmission du virus liée aux vaccins. Pourriez-vous nous dire quels sont les chiffres ?

Vous avez autorisé la vente d’autotests dans les grandes surfaces, mais il semble qu’il y ait des saturations et des problèmes de livraison.

Enfin, le système Covax est-il utilisé par d’autres pays développés ? Le taux de vaccination augmente-t-il dans les pays en voie de développement ?

M. Olivier Henno. – J’ai voté pour le passe sanitaire et voterai sans doute pour le passe vaccinal, mais j’ai néanmoins des doutes sur son efficacité : en fait, il change la donne pour ceux qui ne sont pas vaccinés et qui préféreraient se faire tester à leurs frais. Je me demande donc si ce texte est utile ou s’il constitue un outil de communication ? Les antivax font le procès de la dangerosité du vaccin. On pourrait aussi évoquer sa relative inefficacité. Dans ma famille, tout le monde est vacciné et respecte les gestes barrières, mais tout le monde a été malade...

M. Olivier Véran, ministre. – Mais combien sont allés en réanimation ?

M. Olivier Henno. – Peut-on espérer la mise au point d’un vaccin plus efficace ?

M. Jean-Yves Leconte. – Qu’en est-il des personnes qui ont des contre-indications médicales à la vaccination : seront-elles privées du passe vaccinal ?

Pouvez-vous prendre l’engagement que nos concitoyens qui ont commencé ou eu un parcours vaccinal à l’étranger pourront obtenir un passe vaccinal en France ?

Enfin, l'article 2 prévoit que les services préfectoraux pourront avoir accès aux informations relatives au résultat des tests contenues dans SI-DEP : à quel usage ? S'agit-il de transmettre l'ensemble des informations ou simplement celles permettant de libérer de quarantaine les personnes après un test négatif ?

Mme Laurence Rossignol. – Nous avons adopté un amendement lors de l'examen de la loi du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire prévoyant que l'autorisation d'un seul parent suffisait pour vacciner les enfants. Cette mesure sera-t-elle toujours valable pour les enfants de 5 à 11 ans ?

Chaque groupe politique a ses priorités. Pour les socialistes, l'enjeu n'est pas tant le passe vaccinal que l'obligation vaccinale. Serez-vous en séance demain pour que nous puissions avoir ce débat avec vous ?

Mme Françoise Gatel. – L'ouverture des écoles est une bonne chose, mais les familles ont du mal à tester leurs enfants trois fois par semaine. Pourquoi ne pas recourir davantage aux tests salivaires ? Sait-on combien de faux passes sanitaires sont en circulation ? Le dispositif de repentance encouragera-t-il les gens à se faire vacciner ? Enfin, *quid* des personnes qui développent un covid long et qui voient leur vie bouleversée : est-il envisageable de leur appliquer le régime des affections de longue durée (ALD) ?

Mme Victoire Jasmin. – Au mois de juillet dernier, j'évoquais les limites des vaccins et posais la question de la cinétique vaccinale. On parle aujourd'hui d'une quatrième dose. Cela montre bien que l'on peut s'interroger sur l'efficacité des vaccins. Les professionnels de santé qui ne sont pas vaccinés sont suspendus alors qu'ils pourraient simplement faire un test pour s'assurer qu'ils ne sont pas malades. Dans le même temps, les moyens humains manquent dans les hôpitaux. Est-il donc pertinent de se passer de ces professionnels ?

Mme Catherine Di Folco. – La pandémie illustre le malaise existant à l'hôpital. On peut remercier les soignants pour leur engagement. Les déprogrammations d'opérations se multiplient. Dans quelle mesure le secteur privé est-il sollicité pour prendre en charge les malades atteints de la covid et venir en aide aux hôpitaux publics ?

M. Guy Benarroche. – Vous ne parlez plus de lutter contre la « propagation » de l'épidémie ; vous avez d'ailleurs supprimé le terme dans le texte. Est-ce que vous assumez votre politique d'abandonner la lutte contre la propagation ?

Vous semblez considérer que les non-vaccinés sont essentiellement des réfractaires, mais l'Inserm estime qu'il s'agit pour 40 % de personnes qui ont des difficultés d'accès à la vaccination : immigrés, personnes âgées ou isolées, *etc.*

Quelles sont vos intentions sur la quatrième dose ? Enfin, les masques FFP2 ont fait la preuve de leur efficacité : envisagez-vous d'en distribuer massivement et gratuitement, notamment aux professeurs des écoles ?

M. Jean Sol. – Vous avez évoqué la possibilité d'une prise en charge à domicile pour les patients dont l'état de santé nécessite de l'oxygène : mais avons-nous assez de stocks d'oxygène ? Je voudrais savoir aussi pourquoi les délais préconisés entre les différentes doses ne cessent de varier : on parlait de cinq mois, puis de quatre, puis maintenant de trois... Le directeur de l'OMS alerte lui-même sur cette stratégie, considérant que la répétition des doses n'est pas une solution. Envisagez-vous alors une quatrième voire une cinquième dose, et dans quel délai ? Enfin, combien de lits sont-ils réellement disponibles aujourd'hui ?

M. Patrick Kanner. – Vous avez utilisé l'adage : « Advienne que pourra ! » En général, celui-ci est précédé de la phrase : « Fais ce que dois ». C'était d'ailleurs l'expression favorite de Gaston Monnerville. Depuis des mois, le groupe socialiste réclame l'obligation vaccinale ; vous avez toujours dit qu'une telle obligation était impossible à mettre en œuvre, puis on en arrive à cette obligation vaccinale déguisée. Le 30 juillet 2021, le bilan s'élevait à 112 000 morts de la covid ; six mois plus tard, le total s'élève à 126 000 morts. Pensez-vous que si l'obligation vaccinale avait été mise en œuvre, nous aurions pu éviter une partie de ces décès ?

Mme Mélanie Vogel. – Vous n'avez pas répondu sur la levée des brevets. La France compte-t-elle changer de position et aider les pays qui le souhaitent à fabriquer eux-mêmes les vaccins ?

Ma seconde question porte sur le profil des personnes non vaccinées. Vous nous aviez dit qu'ils se répartissaient en trois catégories : les personnes isolées, les personnes indifférentes au vaccin, et les personnes réfractaires à la vaccination. Auriez-vous des chiffres plus précis à nous communiquer en la matière ?

Enfin, je voudrais compléter la question de Jean-Yves Leconte : certaines personnes, qui ont eu un schéma vaccinal complet en France, mais qui résident à l'étranger et ont été contaminées là-bas, se retrouvent dans une situation aberrante, car la France ne reconnaît pas leur certificat de rétablissement établi à l'étranger. Elles ne peuvent pas recevoir une troisième dose, dans la mesure où ce n'est pas recommandé pour ceux qui ont développé la covid récemment, tandis que leur passe sanitaire est désactivé. Quelle solution pourriez-vous leur apporter ?

Mme Émilienne Poumirol. – Je voudrais évoquer le cas des personnes qui ont fait des réactions graves à la deuxième injection, et qui sont considérées par les médecins comme des cas de covid long : ces personnes seront-elles exemptées du passe vaccinal ?

M. Christophe-André Frassa. – Ma question s’inscrit dans le prolongement des questions de Jean-Yves Leconte et Mélanie Vogel, et concerne nos compatriotes de l’étranger qui ont un certificat de rétablissement établi par une autorité sanitaire d’un pays hors de l’Union européenne. Sur le site internet des démarches simplifiées, il était indiqué, jusqu’au mois d’octobre, que le certificat de rétablissement était pris en compte pour l’établissement du passe sanitaire. Or, désormais, le site indique que l’on ne peut plus établir un passe vaccinal avec un certificat de rétablissement. Pensez-vous rétablir la reconnaissance d’un certificat de rétablissement établi à l’étranger pour obtenir un passe vaccinal ?

Mme Véronique Guillotin. – J’exerce dans une zone frontalière. J’ai vacciné ce week-end et nous avons constaté une explosion du nombre des primo-vaccinations, car les frontaliers qui travaillent au Luxembourg doivent se faire vacciner pour continuer à travailler. Envisagez-vous une mesure similaire en France ? Enfin, il existe des différences entre le Luxembourg et la France quant à l’obtention du passe vaccinal lorsque l’on a été malade. Ne serait-il pas possible d’harmoniser les dispositifs ?

Mme Nadine Bellurot. – Vous n’avez pas répondu à la question de Florence Lassarade : le Gouvernement entend-il aider les collectivités pour acheter des purificateurs d’air ?

Mme Catherine Belrhiti. – Quelle est la définition d’un non-vacciné : est-ce une personne qui n’a pas reçu de dose, ou dont le schéma vaccinal est incomplet ou non encore effectif si la vaccination remonte à moins de 14 jours ? Pourriez-vous nous donner des données chiffrées plus précises ?

Quelles sont les études qui justifient de vacciner les personnes rétablies : de nombreuses études montrent une réduction de 90 % des formes graves pour les rétablis, qui plus est cette immunité serait pérenne dans le temps à la différence de celle conférée par les vaccins. Enfin les certificats médicaux de contre-indication à la vaccination, permettent-ils de bénéficier du passe vaccinal ?

M. Olivier Véran, ministre. – Je commencerai par dire un mot de l’immunité conférée par la vaccination. Il existe deux types d’immunité : l’immunité humorale, qui se traduit par la présence d’anticorps qui empêchent le virus d’entrer dans l’organisme, et l’immunité cellulaire, qui est la capacité des cellules à fabriquer des armes contre le virus si celui-ci entre dans l’organisme.

Les vaccins à ARN messenger actuels sont moins bons pour développer l’immunité humorale face au variant omicron, donc pour empêcher l’infection, mais sont très bons pour développer l’immunité cellulaire, donc pour permettre aux cellules de se défendre et empêcher les patients de développer des formes graves. Les vaccins actuels sont ainsi très performants pour limiter les formes graves, mais ils sont moins efficaces pour réduire les contaminations au variant omicron.

Cela explique pourquoi on n'utilise pas, sauf pour les immunodéprimés, le taux d'anticorps pour décider de l'opportunité d'une vaccination ; le taux d'anticorps n'est que le reflet de l'immunité humorale, mais ce taux ne dit rien de la capacité des cellules à se défendre en cas d'infection.

En ce qui concerne le variant omicron, une personne infectée, mais non vaccinée, aura une protection de 35 % : elle passe à 55 % en cas de vaccination avec deux doses, et à 85 % si un rappel est intervenu depuis moins de six mois. Une personne qui a eu la covid, mais qui n'est pas vaccinée, a 80 % de risques en moins de développer une forme grave dans les six mois qui suivent. La proportion tombe à 50 % au-delà de six mois. En revanche, pour une personne qui a reçu ses deux doses de vaccin, le risque d'hospitalisation est réduit de 90 % durant les six premiers mois et de 70 % au-delà de six mois, ce qui explique l'intérêt du rappel vaccinal. À mesure que l'on possède davantage de données scientifiques, on réduit progressivement le délai de rappel : celui-ci est justifié au bout de trois mois pour remonter la protection à 90 %. En cas de rappel, la protection contre les hospitalisations s'élève à 95 % dans les six premiers mois, et on estime, faute de recul encore suffisant, qu'elle sera égale à 90 %.

Nous n'avons pas fermé de lits intentionnellement : des chambres doubles sont devenues des chambres simples pour ne pas mettre un patient dans la même chambre qu'un malade atteint de la covid. Or comme on compte 20 000 malades hospitalisés pour covid, mécaniquement un certain nombre de chambres doubles est transformé en chambres simples. Ce n'est pas une fermeture de lits à proprement parler, il est temps de sortir de cette polémique ! Nous avons augmenté de 700 le nombre de lits de réanimation, ce qui constitue un effort notable dans la mesure où il faut dix ou douze ans pour former des médecins.

J'en viens à l'attractivité hospitalière : nous avons doublé la rémunération des heures supplémentaires et le rachat des congés. Des mesures sont prévues dans le Ségur de la santé. Je vais rencontrer tout à l'heure les infirmiers et infirmières anesthésistes (IADE) pour poursuivre la réflexion sur leurs métiers et leurs compétences. Le projet de loi ne prévoit pas de compensation pour les médecins du secteur public des pertes de rémunération liées aux déprogrammations, car les hospitaliers sont salariés et leur revenu n'est pas proportionnel aux actes.

En ce qui concerne le programme Covax, l'Union européenne est à la fois le premier producteur et le premier exportateur de vaccins. L'enjeu n'est pas tant la levée des brevets que de savoir combien de doses on peut donner dans l'urgence. Il est parfois difficile pour des pays en voie de développement de produire par eux-mêmes des vaccins. De même, ils ne disposent pas toujours des infrastructures logistiques ni d'un système de santé permettant de pouvoir vacciner ou de mener les campagnes d'information sur place. Je préfère donc que l'on mette nos forces dans la bataille pour distribuer des doses et faire en sorte que ces pays puissent les utiliser.

La semaine précédente, sur 8,3 millions de tests réalisés, 500 000 étaient des tests payants, et donc 7,8 millions étaient totalement pris en charge. Les vaccins s'améliorent. Les laboratoires développent des boosters permettant de lutter contre tous les variants.

Les certificats de contre-indication à la vaccination sont validés par l'assurance maladie, qui délivre un QR code qui peut être intégré dans l'application TousAntiCovid au même titre qu'un passe sanitaire ou vaccinal. S'agissant des schémas vaccinaux débutés à l'étranger, les règles du passe vaccinal seront les mêmes que pour le passe sanitaire.

Nous voulons autoriser les préfetures à accéder au fichier SI-DEP parce que c'est le seul moyen de vérifier que le test qui permet de mettre fin à une période de quarantaine a été réalisé.

C'est le Conseil d'État qui nous a demandé de restaurer l'autorisation des deux parents pour permettre la vaccination des 5-11 ans. Le Parlement peut tout à fait amender le texte. Je serai demain en séance au Sénat pour la discussion générale et alternerai ensuite avec mon secrétaire d'État, en fonction des urgences que je dois gérer.

Comme je l'ai dit, nous réfléchissons à l'utilisation d'autotests dans les écoles pour faciliter la vie des parents.

On estime que le nombre de faux passes sanitaires délivrés s'élève à 190 000.

Le système de repentance vise à permettre à des personnes qui ont triché, car elles ne souhaitent pas se faire vacciner, de reconnaître leur erreur et de se faire vacciner. L'essentiel est de vacciner.

Pourquoi empêcher les soignants non vaccinés d'exercer alors que nous pouvons autoriser des soignants positifs asymptomatiques de travailler ? Ces deux situations sont très différentes. Il faut distinguer en effet la situation d'un soignant non vacciné qui continuerait à travailler tous les jours dans la durée, y compris pendant la vague épidémique, de l'autorisation d'exercice dérogatoire, donnée à titre exceptionnel pour quelques jours à un soignant malade si les circonstances l'exigent. En Guadeloupe, le taux de vaccination des soignants atteint le même niveau qu'en métropole. Un millier de salariés d'établissements de santé étaient non vaccinés ; chacun a eu un entretien individuel pour aborder la question de la vaccination ou pour se voir proposer un reclassement professionnel : 625 ont été depuis vaccinés ou sont en train de l'être ; un tiers a préféré partir. Je tiens d'ailleurs à saluer le travail remarquable du directeur général du CHU, qui a été victime d'une odieuse agression. Tous les soignants, tous les responsables publics, tous les élus ont le droit à la protection, mais aussi à l'estime des Français pour leur engagement. Il est dommage qu'une petite partie de la population très minoritaire s'en prenne verbalement ou physiquement à des personnes qu'elle devrait plutôt remercier.

Nous avons suivi la recommandation du Conseil d'État : on ne parle plus de propagation, car la diffusion du virus est désormais trop importante.

Le secteur privé est très mobilisé pour faire face à la pandémie.

La recommandation du Haut Conseil de la santé publique sur les masques FFP2 m'a été remise ce week-end et sera publiée très vite : elle concerne surtout sur les soignants ; le HCSP ne recommande pas une extension généralisée de ce masque.

Nous ne manquons pas d'oxygène puisque 15 000 patients, au moins, peuvent être pris en charge en médecine de ville. Si vous constatez des problèmes, il faut les faire remonter.

M. René-Paul Savary. – En Provence-Alpes-Côte d'Azur.

M. Olivier Véran, ministre. – Nous disposons de 6 200 lits de réanimation ; le nombre de lits armés augmente au fur et à mesure des besoins.

Je ne répondrai pas à la question provocatrice de M. Kanner sur le nombre de morts qui aurait pu être évité si on avait instauré la vaccination obligatoire : je ne vous demanderai pas combien de morts nous avons évitées en ne suivant pas vos avis et en instaurant des mesures de couvre-feu ou de confinement lors des dix lois précédentes, alors que le groupe socialiste avait voté contre ces mesures !

Sur la reconnaissance du certificat de rétablissement, si la fin de la contamination a été constatée par un test au sein de l'Union européenne, alors elle est reconnue. Si elle a eu lieu hors de l'Union européenne, nous réfléchissons à des modalités techniques pour pouvoir la démontrer. On ne peut pas avoir confiance dans la capacité de tous les pays de réaliser un test PCR en bonne et due forme. En tout cas, nous cherchons à simplifier la vie des Français vivant à l'étranger.

Enfin, nous n'avons pas prévu d'obligation vaccinale pour travailler, car cette mesure ne faisait pas consensus parmi les travailleurs sociaux. Nous avons donc préféré le télétravail, mesure qui se révèle efficace.

M. François-Noël Buffet. – Nous vous remercions.

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 lundi 10 janvier 2022, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport pour avis de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis, sur le projet de loi (n° 327, 2021-2022) renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Mes chers collègues, je veux tout d’abord souhaiter la bienvenue à Mélanie Vogel, qui a rejoint notre commission.

Nous sommes une nouvelle fois saisis pour avis d’un projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire, la commission des lois étant saisie au fond. Je déplore les conditions, notamment de délais, dans lesquelles nous devons l’examiner – elles sont, hélas, devenues habituelles.

Je rappelle que, s’agissant d’une saisine pour avis avec délégation au fond, nous nous prononçons sur les amendements proposés par notre rapporteur pour avis, mais nous proposons une position à la commission des lois sur les amendements extérieurs et sur les articles.

Je laisse la parole à Mme Chantal Deseyne, qui a bien voulu se charger du rapport sur ce nouveau texte, ce dont je la remercie vivement.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Madame la présidente, mes chers collègues, alors que nous venons d’entendre le ministre des solidarités et de la santé, je me bornerai à quelques rappels, sans dresser un tableau exhaustif de la situation sanitaire que nous connaissons.

Nous subissons, depuis cet automne, une « cinquième vague » de l’épidémie, pour deux raisons : la période hivernale, propice tant à la circulation des virus qu’à des activités en intérieur, d’une part ; les effets du variant delta, d’autre part. Majoritaire à la fin de l’année 2021, ce variant est caractérisé par un haut niveau de transmissibilité, mais aussi une augmentation du risque d’hospitalisation, du risque d’admission en soins critiques et de mortalité.

Ce contexte s’est encore dégradé du fait de la diffusion rapide du variant omicron, classé variant préoccupant par l’OMS, encore plus transmissible et responsable d’une « sixième vague ». Santé publique France estime que sa proportion atteint, début janvier 2022, plus de 85 % des cas. Alors que le variant omicron semble à ce stade conduire à des formes moins graves, sa très forte contagiosité pourrait cependant conduire à une vague hospitalière très haute, mais aussi à une répartition différente des besoins entre lits d’hospitalisation classique, avec oxygénation, et lits de réanimation.

Cette nouvelle double vague épidémique est massive : plus de 330 000 tests positifs ont été recensés le 5 janvier 2022.

Enfin, je tiens à souligner que le niveau de cas positifs liés au variant delta demeure, en valeur absolue, très élevé, avec donc un fort risque persistant pour les lits en réanimation.

Au-delà de ces indicateurs, je voudrais revenir sur ce qui s'apparente, selon certains, à une « pandémie de non-vaccinés ». En effet, confirmant les essais cliniques et résultats scientifiquement obtenus concernant les vaccins autorisés dans l'Union européenne, les analyses « en vie réelle » montrent bien l'efficacité de la vaccination contre les formes graves de la covid-19. À titre d'illustration, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estime que, entre le 22 novembre et le 19 décembre 2021, les 9 % de personnes non vaccinées dans la population française de 20 ans et plus représentent 25 % des tests PCR positifs chez les personnes symptomatiques, 43 % des admissions en hospitalisation conventionnelle, 55 % des entrées en soins critiques et 40 % des décès.

Parmi les vaccinés, la situation des personnes immunodéprimées, répondant mal à la vaccination, est préoccupante : elles demeurent malheureusement particulièrement vulnérables aux formes graves.

La vaccination apparaît donc aujourd'hui comme le principal outil de lutte contre l'épidémie. C'est pour cela que le Gouvernement a entendu engager en urgence, à la fin du mois de décembre, la transformation du « passe sanitaire » en « passe vaccinal ». L'objectif est double : protéger les personnes non vaccinées, en leur empêchant l'accès aux lieux de contamination, mais, surtout, les inciter fortement à se faire vacciner, donc les protéger eux, mais aussi la population générale.

J'insiste sur ce point : encourager encore plus fortement à la vaccination protégera les non-vaccinés qui feront ce choix de la vaccination, mais protégera aussi l'ensemble de la population, en conduisant à moins d'hospitalisations. C'est pour moi un enjeu fondamental : la saturation de nos lits d'hôpitaux et les déprogrammations répétées provoquent des pertes de chance pour l'ensemble des patients. Vacciner, c'est aussi prévenir des hospitalisations évitables, donc préserver nos soignants et notre système de soins.

C'est pourquoi je vous proposerai de donner un avis favorable à cette transformation du passe sanitaire en passe vaccinal. Il ne s'agit pas de donner un blanc-seing au Gouvernement ni de valider globalement sa stratégie de gestion de l'épidémie : il s'agit de se doter d'un nouvel outil qui pourrait compléter efficacement ceux déjà en vigueur.

Enfin, je tiens à rappeler que, pour que la vaccination soit un succès, le Gouvernement doit arriver à résorber les inégalités qui demeurent derrière le taux de 93 % des plus de 18 ans vaccinés : des disparités géographiques, d'une part, l'est étant moins vacciné que l'ouest du pays et, surtout, les taux étant beaucoup plus bas outre-mer, ce qui rend ces territoires vulnérables, mais aussi des inégalités sociales, d'autre part, avec un gradient qui se dessine selon les déciles de défavorisation.

J'en viens désormais à la discussion des articles délégués au fond à notre commission.

Quatre d'entre eux concernent tout d'abord des dispositifs d'aides dans le secteur de la santé ou de prises en charge liées à la crise sanitaire. Ajoutés par amendements du Gouvernement en commission ou en séance, ils visent à prolonger une nouvelle fois différents dispositifs de soutien aux soignants ou aux établissements de santé.

L'article 1^{er} *bis* vise à prolonger la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des téléconsultations. Cette exonération du ticket modérateur pour les consultations à distance a été initiée en 2020, alors que la fréquentation des cabinets médicaux était rendue difficile du fait du confinement et de la crainte, pour beaucoup de patients, de se contaminer en se rendant chez leur médecin.

Si l'essor de la téléconsultation durant la première vague de l'épidémie a été massif, son utilisation a fortement baissé à partir de l'été 2020, mais demeure très importante. Cependant, alors que le contexte sanitaire a évolué, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire : la téléconsultation est-elle une facilité pour le patient, qui ne justifie pas la prise en charge intégrale, ou un moyen d'accès aux soins particulier du fait de la crise ? Ainsi, la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2021, préconisait de mettre fin à cette prise en charge dérogatoire. Surtout, alors que des arguments techniques étaient souvent avancés, avec également l'absence de cadre normatif, ils ne sont pas tenables sur la durée et un avenant à la convention médicale a été conclu à la fin de l'année 2021.

Je souligne que, si la prise en charge intégrale prenait fin, le reste à charge ne serait pas pour autant plus important, le droit commun s'appliquerait et les complémentaires prendraient en charge la différence, comme pour une consultation classique. Aussi, si je considère qu'il n'est pas opportun de nous opposer à cette prolongation, j'estime qu'il faut mieux encadrer son recours, comme nous l'avons déjà souhaité en adoptant, en projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), un amendement de Corinne Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'article 1^{er} *quater* prolonge, lui, le dispositif d'aides aux médecins libéraux des établissements de santé. Ce dispositif, introduit en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, visait à soutenir les médecins libéraux affectés par la répétition des déprogrammations au second semestre 2021 et garantir ainsi un niveau minimal d'honoraires, afin de compenser la baisse de revenus. La reconduction est prévue pour une durée n'excédant pas le premier semestre 2022.

L'article 1^{er} *sexies* ouvre la possibilité d'une nouvelle prolongation pour le premier semestre 2022 du dispositif de garantie de financement des établissements de santé. Initié en mars 2020 pour faire face à l'épidémie de covid-19, ce dispositif avait été prolongé jusqu'au 31 décembre 2021. Cette garantie concerne l'ensemble des activités réalisées par l'ensemble des établissements de santé et actuellement financées pour tout ou partie sur la base de la production d'activité.

Alors que le contexte sanitaire particulièrement incertain conduit à nouveau à un bouleversement de l'activité des établissements de santé, permettre un nouveau déclenchement de cette disposition paraît une sécurisation bienvenue. Je constate malheureusement qu'aucune estimation des besoins n'est à ce jour apportée par le Gouvernement et j'émet des réserves sur les effets que pourrait avoir un tel financement dérogatoire pendant plus de deux ans. Cette nouvelle garantie pourrait par ailleurs rendre nécessaires des ajustements de la réforme récente permettant un financement expérimental des activités de médecine par une dotation socle pour les établissements volontaires, qui doit entrer en vigueur en 2022.

Le dernier article concerne enfin le cumul emploi-retraite des soignants. Alors que la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) avait très tôt, en mars 2020, levé les règles de carence et de plafonnement du cumul emploi-retraite pour les soignants, le Gouvernement avait donné instruction à l'ensemble des caisses de suivre cette pratique, qui visait à encourager la mobilisation des soignants retraités durant la crise sanitaire. Le Parlement, à l'initiative de René-Paul Savary, rapporteur au nom de notre commission, avait donné une base légale à ces dérogations en juin 2020. Celle-ci, qui avait été prolongée, expirait le 31 décembre dernier. L'article 1^{er} *quinquies* A propose de la prolonger une nouvelle fois jusqu'en avril 2022, laissant la possibilité de porter cette prolongation jusqu'en juillet 2022 le cas échéant. Je vous proposerai d'adopter cet article sans modification.

Deux autres articles, issus d'amendements du Gouvernement adoptés en séance, concernent le droit du travail.

L'article 1^{er} *bis* A institue un régime de sanction administrative applicable aux employeurs qui ne respecteraient pas les principes de prévention des risques d'exposition de leurs salariés à la covid-19.

Les employeurs sont déjà soumis à l'obligation d'assurer la santé et la sécurité de leurs salariés sous peine de sanctions pénales. Afin d'accompagner les entreprises dans les mesures à prendre pour respecter ces obligations pendant l'épidémie, le Gouvernement publie des recommandations régulièrement actualisées au sein d'un protocole national. Comme l'a indiqué à plusieurs reprises le Conseil d'État, ces recommandations ne sont pas obligatoires, contrairement à la présentation qui en est parfois faite par le Gouvernement. C'est, en particulier, le cas des recommandations en matière de télétravail, portées à un minimum de trois jours hebdomadaires dans la dernière version du protocole édité par le ministère du travail.

Les sanctions supplémentaires proposées par le projet de loi seraient circonscrites aux situations dangereuses résultant d'un risque d'exposition à la covid-19 et constatées jusqu'à une date déterminée par décret et au plus tard le 31 juillet 2022. L'inspection du travail apprécierait, dans ce cadre, si les mesures prises par les entreprises sont de nature à assurer la sécurité et la santé du salarié. En cas de manquement et après l'expiration du délai de mise en demeure, une sanction de 1 000 euros par salarié pourra être infligée à l'entreprise, dans la limite de 50 000 euros.

Je considère que ces mesures s'inscrivent dans une logique coercitive qui ne m'apparaît ni utile ni souhaitable. En effet, depuis le début de la crise, les employeurs se sont très largement mobilisés pour assurer la santé et la sécurité de leurs salariés. Le corpus actuel de recommandations et d'obligations applicables aux employeurs ayant produit ses effets, il me paraît donc suffisant pour assurer la protection des salariés.

Le dispositif proposé ne concernerait qu'un nombre très limité d'employeurs et son effectivité risquerait de se heurter aux moyens contraints des services de l'inspection du travail. En outre, il donnerait un large pouvoir d'appréciation à l'inspection du travail sur l'organisation de l'entreprise, alors que celle-ci doit rester responsable de l'évaluation des risques et de l'édiction des mesures de prévention, en concertation avec les salariés dans le cadre du dialogue social. Je vous proposerai donc de supprimer cet article.

Par ailleurs, l'article 1^{er} *octies* prévoit que les visites médicales qui doivent être assurées par les services de santé au travail (SST) dans le cadre du suivi de l'état de santé des travailleurs peuvent faire l'objet d'un report d'une durée d'un an, et pouvant aller jusqu'à dix-huit mois à compter de leur échéance initiale pour les visites déjà reportées en application de l'ordonnance du 2 décembre 2020.

Si je suis favorable à l'objectif de mobiliser les services de santé au travail dans la campagne de vaccination contre la covid-19, j'estime que le suivi de l'état de santé des travailleurs reste particulièrement nécessaire et que l'accumulation des reports peut être préjudiciable, d'autant plus que les précédentes mesures de report prises depuis le début de la crise n'ont fait l'objet d'aucun bilan de la part du Gouvernement. Je vous proposerai donc de limiter la possibilité de report aux visites et examens qui n'ont pas encore été reportés en application de ces mesures. En outre, afin de limiter le risque d'engorgement des SST à l'issue de la crise, il serait opportun de reporter d'un an, soit au 31 mars 2023, l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière prévue par la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, qui sera en principe proposée à tous les salariés l'année de leurs 45 ans.

Concernant ces six articles additionnels, si je ne vous propose pas de les rejeter dans ce contexte, je me dois de souligner qu'ils encourent un risque important de censure du Conseil constitutionnel au regard de l'article 45. En effet, si l'Assemblée nationale ne les a pas considérés comme des cavaliers législatifs parce qu'ils sont en rapport avec la crise sanitaire, force est de constater que leur lien avec les dispositions du projet de loi déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale est plus que distant.

J'en viens, enfin, à l'article 3, relatif à l'isolement et à la contention dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

L'absence de contrôle systématique assuré par le juge dans le cadre des dispositions peut aboutir à ce que des mesures d'isolement ou de contention soient mises en œuvre sur de longues durées en l'absence de tout contrôle judiciaire. Pour cette raison, le Conseil constitutionnel avait censuré certaines dispositions du code de la santé publique. Si un dispositif de remplacement a été adopté en LFSS pour 2022, celui-ci a été également censuré, car il constituait un cavalier social. Je vous rappelle que notre commission avait alerté sur ce risque et avait choisi de supprimer cet article pour ce motif d'irrecevabilité organique.

Je tiens à souligner que, du fait de la légèreté du Gouvernement et malgré les avertissements répétés de notre commission lors de l'examen des deux derniers PLFSS, les dispositions censurées sont désormais abrogées depuis le 1^{er} janvier, au détriment de toute sécurité juridique, mais, surtout, de la sécurité des patients et de la préservation de leurs droits.

Comme vous l'avait présenté Corinne Imbert lors de l'examen du PLFSS 2022, l'article 3 modifie en profondeur l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, en prévoyant un cycle de contrôle organisé en trois temps : l'information, la saisine et la décision du juge. Au-delà des durées maximales prévues dans le cas d'un premier renouvellement sans intervention du juge – 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention –, un renouvellement supplémentaire doit, comme actuellement, faire l'objet d'une information du juge.

Principale modification, une saisine systématique du juge est désormais prévue après un certain délai. Celui-ci doit désormais être saisi par le directeur d'établissement, avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention. Le juge statue dans les 24 heures qui suivent cette saisine : il peut ordonner la mainlevée de la mesure, ou autoriser son maintien.

Au bénéfice de ces observations et sous réserve de l'adoption des amendements que je vous présenterai, je vous proposerai de donner un avis favorable à l'adoption de ce projet de loi.

M. Daniel Chasseing. – Je veux féliciter Mme la rapporteure pour avis.

Je veux remercier le personnel soignant de ville et de l'hôpital et les collectivités pour la vaccination.

En Nouvelle-Aquitaine, les professionnels de santé indiquent que les non-vaccinés sont 18,5 fois plus nombreux que les personnes ayant un schéma vaccinal complet à entrer en soins critiques. Ces chiffres montrent combien la vaccination est très importante.

Nous devons encore et toujours essayer de persuader les non-vaccinés de changer d'avis. Certains, isolés et sortant peu, pensent ne pas pouvoir être contaminés. Mais des personnes se trouvent actuellement en soins critiques pour avoir côtoyé des enfants asymptomatiques durant les vacances de Noël...

Il faut travailler avec les maires pour développer la vaccination à domicile. Comme l'a dit le ministre tout à l'heure, il faut non seulement vacciner, mais aussi tester, notamment les enfants, qui sont asymptomatiques.

Je déposerai un amendement obligeant à disposer d'un test de moins de vingt-quatre heures pour pouvoir rendre visite aux résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou aux personnes handicapées accueillies dans un établissement médico-social, même si l'on est vacciné.

Madame la rapporteure pour avis, je suis d'accord avec la prolongation du cumul emploi-retraite des soignants, avec la suppression de l'article instituant un régime de sanction administrative pour les employeurs et avec le report d'un an de l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière à 45 ans.

Nous devons véritablement faire le maximum pour éviter de nouveaux clusters dans les établissements.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. - Je veux tout d'abord saluer le travail de notre rapporteur pour avis, qui a su nous montrer les enjeux de ce nouveau projet de loi sur la crise sanitaire, mais surtout exposer les conséquences qu'il pourrait entraîner sur le budget de la sécurité sociale. Merci d'exercer cette vigilance, parce que toutes ces mesures, bien qu'utiles, ont un coût, et il faudra bien, à un moment ou à un autre, rembourser cette dette.

Un certain nombre d'employeurs appellent à ce qu'il n'y ait pas de sanction, mais d'autres se demandent quelle sera la jurisprudence dans les éventuels procès qui pourraient leur être faits pour manque de précautions. Il faut tenir l'équilibre. De fait, on recherche de plus en plus aujourd'hui les responsabilités. Soyons très vigilants.

J'ai été satisfaite d'entendre que le ministre prenait en compte la situation des immunodéprimés que la vaccination ne peut pas toujours protéger des formes graves de la maladie. Il faut leur porter une attention très particulière. Il faudrait se doter d'une plateforme de réponse dédiée pour ces personnes, dont la vie est souvent très compliquée à l'heure actuelle, de manière à pouvoir les accompagner.

Par ailleurs, les contacts que nous avons avec les parents nous montrent que ces derniers s'inquiètent de la façon de parler du vaccin à leurs enfants. Certains collégiens et lycées sont actuellement très déprimés. D'autres se sentent coupables de ne pas accepter la vaccination, ou ont une angoisse terrible à l'idée des effets secondaires des vaccins.

Mme Raymonde Poncet Monge. - Merci pour ce rapport.

Je veux évoquer l'article 3, dont personne n'a parlé à l'Assemblée nationale. Cette mesure nous avait été présentée lors du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, mais a été retoquée en tant que cavalier législatif.

Le groupe écologiste estime que cet article est utile, en ce qu'il permettrait de combler un vide juridique, sur lequel les hôpitaux psychiatriques nous alertent. Depuis le temps que nous avons connaissance de ce problème, nous aurions largement eu le temps de l'insérer dans un projet de loi spécifique sur la santé mentale... Cette façon d'escamoter un débat sur une pratique privative de liberté est problématique. Dire que ce dispositif a sa place ici, parce qu'il s'agit d'une loi sanitaire, est d'une grande hypocrisie. Le fait que personne n'en parle prouve, au contraire, qu'il n'a vraiment rien à faire ici !

Nous avons déposé un amendement pour sortir de l'impasse, mais nous avons demandé que le dispositif ne soit valable que deux ans, le temps de lui trouver une place légitime et d'organiser un vrai débat, d'autant que la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté a estimé que l'article devait être amendé, notamment pour tenir compte des notions de personne de confiance, de dignité, sans même préjuger des pratiques des professionnels.

Si l'article a, comme cavalier, été à juste titre écarté lors de l'examen du PLFSS par le Conseil constitutionnel, l'urgence a augmenté. Je veux relayer ici ce mécontentement des psychiatres, qui se sentent privés de débat.

Enfin, en quoi le passe vaccinal permet-il ce que n'a pas permis le passe sanitaire, à savoir réduire les inégalités sociales et territoriales, qui recourent la carte des non-vaccinés ? Des études ont montré la corrélation entre celle-ci, le chômage et le mal-logement - ce dernier facteur est même prépondérant. Par ailleurs, pour les gens isolés, très pauvres, exclus, marginalisés, à quoi sert de pouvoir aller au restaurant ? Ils n'en ont tout simplement pas les moyens.

Resserrer la contrainte n'aura donc pas plus d'effet. Tout cela est d'une grande hypocrisie. Il y a tout de même 92 % de vaccinés dans la population éligible, même si nous savons que ce sont les autres qui saturent les soins critiques. On nous a dit que l'on pouvait armer 12 000 lits de soins critiques du jour au lendemain. On nous dit désormais qu'il y en a 6 200, que l'on en a créé 700 - je demande à voir où ils ont été créés... La réalité, c'est que, avec 3 800 personnes en soins critiques, on déprogramme à tout va. La responsabilité est ailleurs, et les solutions aussi, d'autant plus que cette crise, que l'on gère toujours dans l'urgence, dure. Il faut dès maintenant engager non seulement des solutions à court terme, mais aussi des solutions à moyen terme.

Mme Victoire Jasmin. - Merci à Mme la rapporteure pour son rapport.

Les téléconsultations vont-elles s'arrêter ? Je n'ai pas très bien compris si elles seraient limitées.

Le cumul emploi-retraite est une très bonne chose. Dans quels secteurs existe-t-il ? Existe-t-il, par exemple, pour les praticiens de psychiatrie et de pédopsychiatrie ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. - Je voterai contre ce projet de loi.

Comme l'a dit fort justement Raymonde Poncet Monge, nous pensons que le passe vaccinal n'est pas justifié sur le plan sanitaire. Nous savons maintenant que le variant omicron est beaucoup plus contagieux, mais qu'il n'est pas plus dangereux pour les personnes vaccinées. En quoi le passe vaccinal va-t-il réduire la propagation du virus ?

Plutôt que de s'arrêter sur ce passe vaccinal, qui va une nouvelle fois mettre à l'index les professionnels, qui continuent à souffrir de la crise, j'aurais aimé demander au ministre quelles mesures sont mises en place pour éviter les déprogrammations chirurgicales. Aucune mesure n'est prise pour les pallier ! J'aurais voulu connaître le détail de ces déprogrammations, dans chaque région, dans chaque département, dans chaque hôpital.

J'ai rencontré un monsieur qui devait se faire opérer du cœur de toute urgence. Deux jours plus tard, on l'a appelé pour lui dire qu'on ne pouvait pas l'opérer et qu'il devait rester chez lui, attendre et ne pas faire d'effort... Ce climat est tout de même fort inquiétant.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. - Monsieur Chasseing, les chiffres que vous donnez sur la Nouvelle-Aquitaine confirment et illustrent ce que l'on constate au niveau national. Nous sommes d'accord pour vacciner au plus près de la population.

Madame la rapporteure générale, nous sommes d'accord sur les personnes immunodéprimées.

En effet, il serait bon de réfléchir à l'information des collégiens et des lycéens.

Pourquoi suis-je particulièrement réticente au dispositif relatif au télétravail ? D'abord parce que les entreprises ont consenti d'énormes efforts, que cela relève d'abord du dialogue social et que ce n'est pas le seul moyen pour préserver la santé au travail des salariés : il existe toute une série de dispositifs, et pas uniquement dans le cadre de la covid.

Je veux également rappeler des chiffres que la ministre m'a communiqués vendredi : sur 300 000 contrôles qui ont été effectués jusqu'à la fin du mois de novembre 2021, il y a eu 5 000 courriers de rappel des obligations, et seulement 110 mises en demeure. Il existe en outre déjà un dispositif pénal. Est-il justifié de mettre en place des sanctions administratives pour un tout petit nombre d'entreprises qui ne se soumettent pas à leurs obligations ? Au reste, je ne suis pas sûre que les services de l'inspection du travail soient toujours en nombre suffisant pour effectuer ces contrôles... Par ailleurs, l'inspection du travail tend à s'immiscer dans la gestion de l'entreprise s'il s'agit de contrôler la mise en œuvre de simples recommandations.

Madame Raymonde Poncet Monge, je suis d'accord sur l'article 3 : un texte dédié aurait été tout à fait préférable, sauf que, depuis le 1^{er} janvier 2022, on connaît un vide juridique. La situation des patients n'étant plus encadrée on pallie de cette façon, mais il est vrai que ce n'est pas le bon véhicule. À cet égard, votre proposition est tout à fait intéressante. Si nous devons travailler sur un texte, il faut tout de même un dispositif qui protège ces patients dans l'intervalle.

Madame Jasmin, les téléconsultations feraient l'objet d'une prise en charge intégrale, jusqu'au 31 juillet 2022, ainsi que cela figure pour l'instant dans le texte, mais je propose que celle-ci soit limitée aux soins coordonnés ou liés à la covid-19. Cela a été une bonne mesure au début de la crise, alors que les patients appréhendaient de se rendre dans les cabinets médicaux, par peur d'être contaminés - entre mars et mai 2020, il y a eu plus de 1 million de téléconsultations par semaine. Ce chiffre a désormais beaucoup baissé.

Cela a tout de même un coût et les mutuelles sont prêtes à assurer le cofinancement de droit commun et la prise en charge du ticket modérateur.

Madame Apourceau-Poly, c'est au ministre de vous préciser les mesures mises en place pour éviter les déprogrammations chirurgicales. Quoi qu'il en soit, si le passe ne réduit sûrement pas la propagation, il limite les arrivées à l'hôpital et en soins critiques, évite d'engorger les soins critiques et les réanimations et permet donc *a priori* certaines déprogrammations.

EXAMEN DES ARTICLES

Article additionnel avant l'article 1^{er} bis A (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-68** rectifié *bis* prévoit une obligation vaccinale contre la covid-19, reprenant en cela la proposition de loi du président Kanner.

Pour les mêmes raisons que lors de l'examen de ce texte par notre commission, avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – En écho à ce qu'a dit Patrick Kanner tout à l'heure, je veux indiquer qu'une publication récente portant sur les plus de 50 ans, montre que, si l'on avait opté en septembre pour la vaccination obligatoire plutôt que pour le passe sanitaire, on aurait évité 45 % des entrées en réanimation entre le 20 octobre et le 25 décembre – donc un certain nombre de décès. Que chacun prenne ses responsabilités, mais que l'on ne nous dise pas que ce choix n'a pas d'impact sur la mortalité !

Je ne suis pas garant de la qualité du travail de la Drees : je dis simplement que les données commencent à être publiées.

Mme Catherine Deroche, présidente. – L'Italie le fait pour les plus de 50 ans.

M. Bernard Jomier. – La Grèce également.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Ainsi que l'Autriche.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-68 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-104** rectifié abroge les dispositions relatives aux sanctions pour non-respect de l'obligation vaccinale pour les personnels soignants et aides-soignants.

L'amendement **COM-91** rectifié est sensiblement identique, mais s'applique à la Guadeloupe.

Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-104 rectifié et COM-91 rectifié.

Article 1^{er} bis A (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-115** et les amendements identiques **COM-62** rectifié et **COM-95** suppriment l'obligation pour les employeurs de prévoir trois jours de télétravail par semaine.

L'amendement COM-115 est adopté et la commission proposera à la commission des lois d'adopter les amendements identiques COM-62 rectifié et COM-95.

La commission proposera à la commission des lois de supprimer l'article 1^{er} bis A.

Article 1^{er} bis (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-116** limite l'exonération du ticket modérateur aux seules téléconsultations réalisées dans un parcours de soins coordonnés ou liées à l'épidémie de covid-19.

L'amendement COM-116 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 1^{er} bis ainsi modifié.

Article 1^{er} quater (nouveau) (délégué)

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 1^{er} quater sans modification.

Article 1^{er} quinquies A (nouveau) (délégué)

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 1^{er} quinquies A sans modification.

Article 1^{er} sexies (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-117** vise à corriger une erreur de référence.

L'amendement COM-117 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 1^{er} sexies ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 1^{er} sexies (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-118** transmet aux commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat les états de dépenses d'assurance maladie liées à la lutte contre l'épidémie. Ce sont des données que nous n'avons pas, et ce alors que le passe vaccinal pourrait, comme l'a eu le passe sanitaire, un impact financier pour l'assurance maladie.

L'amendement COM-118 est adopté et devient article additionnel.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter cet article additionnel.

Article 1^{er} octies (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-119** limite les visites médicales et en reporte certaines pour le dernier texte relatif à la santé au travail.

L'amendement COM-119 est adopté.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-120** a sensiblement le même objet. Il risque d'y avoir un engorgement des services à l'issue de la crise sanitaire, puisque les médecins du travail vont reprogrammer tous les rendez-vous ou les visites qu'ils avaient reportés. Je propose donc de décaler d'une année la mise en place de la visite obligatoire de mi-carrière, dans l'année des 45 ans.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Il faut bien tenir compte des ressources humaines en matière de santé au travail...

L'amendement COM-120 est adopté.

La commission proposera à la commission des lois d'adopter l'article 1^{er} octies ainsi modifié.

Articles additionnels après l'article 1^{er} octies (nouveau) (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-13** rectifié *quater* concerne les réseaux Obépine, au sujet desquels Mme Lassarade a interrogé le ministre. Je sais combien elle est attachée à ces mesures réalisées sur les eaux usées. Le ministre lui a répondu qu'il avait, tous les quinze jours, me semble-t-il, des informations sur la présence de virus dans l'eau des égouts.

Cela sera bientôt de la compétence non plus d'Obépine, mais du futur dispositif « Sum'Eau ». L'intention de Mme Lassarade me semble satisfaite. En outre, si cette bascule semble connaître un peu de retard, le lien avec les dispositions initiales du texte me paraît quelque peu éloigné : je doute de l'éventuelle recevabilité au titre de l'article 45. J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-13 rectifié quater.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-24** rectifié *bis* propose de déroger durablement au monopole des pharmacies afin de permettre la vente d'autotests de détection du virus par la grande distribution.

S'il y a eu une dérogation en fin d'année, début janvier, je rappelle que les pharmaciens, qui ont été très impliqués pendant la crise, en assurant les tests, les vaccinations, *etc.*, sont à même de délivrer un conseil. Les dispositifs médicaux doivent être vendus par les professionnels de santé. Avis défavorable.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Je suis plus dubitative : quand on voit les queues dans les pharmacies, on se dit le conseil délivré doit être succinct...

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-24 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-21** rectifié *bis* consiste en une demande de rapport. Avis défavorable, conformément à la position constante de la commission.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-21 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-50** rectifié encadre le prix de vente des masques FFP2. Le Gouvernement peut d'ores et déjà tout à fait encadrer des prix en situation exceptionnelle, comme il le fait avec les gels hydroalcooliques. Avis défavorable à cet amendement dont la portée est limitée.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-50 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-75** rectifié tend à une demande de rapport au Parlement sur les initiatives du Gouvernement afin de faciliter le partage international des droits de propriété intellectuelle en matière de vaccins et de traitements. Avis défavorable à cette nouvelle demande de rapport.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-75 rectifié.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-96** rectifié tend à reconnaître une contre-indication à la vaccination pour les femmes enceintes.

Avis défavorable. Ce n'est pas au législateur de définir des contre-indications médicales. Surtout, les autorités ont préconisé, au contraire, de vacciner les femmes enceintes, qui constituent un public fragile.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Le covid est à l'origine de beaucoup de fausses couches.

Mme Florence Lassarade. – On ne peut pas mettre une femme enceinte sur le ventre pour la réanimer.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-96 rectifié.

Article 3 (délégué)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Mon amendement **COM-121** maintient la liste actuelle des personnes informées en cas de mesure d'isolement ou de contention et indique à celles-ci les modalités de saisine du juge.

L'amendement **COM-69** consacre les conditions de dignité, d'intégrité et d'intimité dues aux patients, en particulier dans les lieux de privation et dans le cadre des hospitalisations en psychiatrie. L'intention est louable, mais la dignité, le respect et l'intimité du patient sont dus à tous les patients comme le prévoit déjà le code de la santé publique. Avis défavorable.

L'amendement **COM-89** est sensiblement le même : défavorable.

Les amendements **COM-90**, **COM-71** et **COM-73** consacrent l'information d'une personne de confiance et indique aux personnes informées les modalités de saisine du juge. J'estime ces amendements satisfaits, avis défavorable sur ces trois amendements.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Le texte mentionne le conjoint, les personnes ayant des intérêts avec la personne qui fait l'objet d'une contention, mais pas la personne de confiance, qui figure dans les directives anticipées. C'est surprenant !

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Effectivement, la personne de confiance n'est pas précisément désignée, mais les dispositions du texte, qui prévoient un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins, combinées au respect de la volonté du patient, désormais inscrit, déterminent selon moi très bien la personne de confiance. Au reste, cela va peut-être mieux en le disant...

Mme Raymonde Poncet Monge. – La désignation d'une personne de confiance est une procédure bien particulière, qui, notamment, nécessite un formulaire. La notion de « personne qui défend les intérêts » est subjective, tandis que la personne de confiance a une réalité dans le code de la santé et figure dans les directives anticipées.

Je pense qu'il s'agit tout simplement d'un oubli, mais il n'est pas possible aujourd'hui, alors que l'on incite à développer les directives anticipées et que les services de soins poussent à la désignation d'une personne de confiance, qui a valeur juridique, de ne pas désigner celle-ci.

M. Bernard Jomier. – Selon moi, le parent ou la personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient ne recoupe pas la notion précise de personne de confiance.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – Je propose finalement que nous nous en remettions à la sagesse sur les amendements **COM-71** et **COM-73** qui apportent une précision qui peut être bienvenue.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Il faudra préciser à la commission des lois notre position sur ces amendements

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-72** a pour objet d'indiquer aux personnes informées les modalités de saisine du juge. Je suis défavorable à cet amendement, satisfait par celui que j'ai déposé.

Il en va de même de l'amendement **COM-74** : défavorable.

*L'amendement **COM-121** est adopté.*

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter les amendements COM-69 et COM-89.

Elle s'en remet à sa sagesse sur les amendements COM-90, COM-71 et COM-73.

Elle lui proposera de ne pas adopter les amendements COM-72 et COM-74.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-70** concerne les mesures d'isolement et de contention pour les patients en soins libres.

Cet amendement pose une question pertinente, qui est celle de l'application de telles mesures pour les patients en soins libres. Il paraît difficile, en effet, d'affirmer en même temps que les mesures d'isolement et de contention ne peuvent s'appliquer qu'aux personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement, ce que prévoit expressément l'article L. 3222-5-1, et que, par ailleurs, une personne en soins libres puisse exceptionnellement faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention.

Cependant, si une modification plus générale de ce régime peut paraître nécessaire, l'examen en temps très contraint de ce texte ne le permet malheureusement pas. Cela pourrait aussi être intégré dans un texte dédié. Avis défavorable.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-70.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour avis. – L'amendement **COM-88** limite à deux ans les dispositions proposées.

On se retrouverait de nouveau avec un vide juridique : avis défavorable, le risque est trop important.

Mme Catherine Deroche, présidente. – S'il n'y a pas de texte d'ici deux ans, on se retrouvera dans la même situation...

Mme Raymonde Poncet Monge. – Voilà deux ans que l'on en parle. Que faire ? Si l'article est voté, le débat est forclos.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous verrons en séance.

La commission proposera à la commission des lois de ne pas adopter l'amendement COM-88.

Elle lui proposera d'adopter l'article 3 ainsi modifié.

TABLEAU DES AVIS

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Articles additionnels avant l'article 1^{er} bis A (nouveau)			
M. JOMIER	COM-68 rect. <i>bis</i>	Obligation vaccinale contre la covid-19	Défavorable
Mme ASSASSI	COM-104 rect.	Abrogation des dispositions relatives aux sanctions pour non-respect de l'obligation vaccinale	Défavorable
Mme JASMIN	COM-91 rect.	Levée de l'application des dispositions relatives aux sanctions pour non-respect de l'obligation vaccinale en Guadeloupe	Défavorable
Article 1^{er} bis A (nouveau) Sanction administrative pour non-respect par l'employeur des mesures de prévention du risque d'exposition des salariés à la covid-19			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-115	Suppression de l'article	Favorable
M. SAUTAREL	COM-62 rect.	Suppression de l'article	Favorable
Mme PRIMAS	COM-95 rect.	Suppression de l'article	Favorable
Article 1^{er} bis (nouveau) Prolongation de la prise en charge intégrale des téléconsultations			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-116	Limitation de l'exonération du ticket modérateur aux seules téléconsultations réalisées dans un parcours de soins coordonnés ou liées à l'épidémie de covid-19	Favorable
Article 1^{er} sexies (nouveau) Prolongation de la base légale de la garantie de financement des établissements de santé			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-117	Correction d'une erreur de référence	Favorable
Article additionnel après l'article 1^{er} sexies (nouveau) Transmission trimestrielle des états de dépenses d'assurance maladie			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-118	Transmission aux commissions des affaires sociales des états de dépenses d'assurance maladie	Favorable
Article 1^{er} octies (nouveau) Possibilité de report des visites médicales prévues dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-119	Limitation aux visites médicales n'ayant pas fait l'objet d'un précédent report	Favorable
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-120	Report de l'entrée en vigueur de la visite de mi-carrière	Favorable

Auteur	N°	Objet	Avis de la commission
Articles additionnels après l'article 1^{er} octies (nouveau)			
Mme LASSARADE	COM-13 rect. <i>quater</i>	Surveillance systématique de la présence de bactéries et virus dans les eaux usées	Défavorable
Mme MULLER-BRONN	COM-24 rect. <i>bis</i>	Vente au détail des autotests de dépistage du virus de la covid-19	Défavorable
Mme MULLER-BRONN	COM-21 rect. <i>bis</i>	Rapport au Parlement sur les effets indésirables liés aux différents vaccins contre la covid-19	Défavorable
M. BENARROCHE	COM-50 rect.	Encadrement du prix de vente des masques FFP2	Défavorable
M. SUEUR	COM-75 rect.	Rapport au Parlement sur les initiatives du Gouvernement afin de faciliter le partage international des droits de propriété intellectuelle en matière de vaccins et traitements contre la covid-19	Défavorable
Mme BELRHITI	COM-96 rect.	Contre-indication à la vaccination pour les femmes enceintes	Défavorable
Article 3 Contrôle des mesures d'isolement et de contention			
Mme DESEYNE, rapporteur pour avis	COM-121	Maintien de la liste actuelle des personnes informées en cas de mesure d'isolement ou de contention et indication à celles-ci des modalités de saisine du juge	Favorable
M. SUEUR	COM-69	Conditions de dignité, d'intégrité et d'intimité du patient	Défavorable
Mme PONCET MONGE	COM-89	Conditions de dignité, d'intégrité et d'intimité du patient	Défavorable
Mme PONCET MONGE	COM-90	Information de la personne de confiance et indication aux personnes informées des modalités de saisine du juge	Défavorable
M. SUEUR	COM-71	Information de la personne de confiance	Sagesse
M. SUEUR	COM-73	Information de la personne de confiance	Sagesse
M. SUEUR	COM-72	Indication aux personnes informées des modalités de saisine du juge	Défavorable
M. SUEUR	COM-74	Indication aux personnes informées des modalités de saisine du juge	Défavorable
M. SUEUR	COM-70	Mesures d'isolement et de contention pour les patients en soins libres	Défavorable
Mme PONCET MONGE	COM-88	Limitation à deux ans des dispositions proposées	Défavorable

La réunion est close à 16 h 45.

LISTE DES CONTRIBUTIONS

Réponses reçues aux questionnaires du rapporteur :

- **Ministère des solidarités et de la santé**
- **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)**

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 :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl21-327.html>