



**PREMIER
MINISTRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ETUDE D'IMPACT

PROJET DE LOI

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

NOR : PRMX2138186L/Bleue-1

27 décembre 2021

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GENERALE	4
TABLEAU SYNOPTIQUE DES CONSULTATIONS	5
TABLEAU SYNOPTIQUE DES MESURES D'APPLICATION	7
ARTICLE 1^{ER} : PASSE VACCINAL ET PROROGATION DE L'ETAT D'URGENCE SANITAIRE DANS CERTAINS TERRITOIRES	8
ARTICLE 2 : ADAPTATION DES SYSTEMES D'INFORMATION DEDIES A LA LUTTE CONTRE L'EPIDEMIE DE COVID-19 POUR PERMETTRE LE SUIVI ET LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE QUARANTAINE	34
ARTICLE 3 : ENCADREMENT DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE	40

INTRODUCTION GENERALE

Depuis le 2 juin 2021, la gestion de l'épidémie de covid-19 se fonde sur le régime de gestion de la sortie de crise sanitaire défini par la loi du 31 mai 2021¹ et précisé par les lois des 5 août² et 10 novembre 2021³, ainsi que sur l'état d'urgence sanitaire, créé par la loi du 23 mars 2020⁴ et applicable jusqu'au 31 décembre 2021 inclus dans les seuls territoires de la Martinique et de la Guyane. Ces deux régimes ont permis aux pouvoirs publics de prendre des mesures adaptées pour maîtriser la circulation du virus en garantissant la reprise des activités et de la vie collective.

En métropole, la vague épidémique observée au début de l'été 2021 a ainsi pu être contenue, sans restriction généralisée de la circulation des personnes ou des rassemblements et en maintenant ouverts sauf rares exceptions, les établissements recevant du public, grâce à la progression de la vaccination, désormais obligatoire pour la plupart des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, et au passe sanitaire, dont l'application a été étendue au cours de l'été à l'ensemble des activités de loisirs, aux restaurants et débits de boisson, ou encore au transport interrégional de voyageurs. Le recours à des mesures de freinage plus contraignantes pour la population s'est en revanche avéré nécessaire dans les Outre-mer, où la couverture vaccinale reste inférieure à celle atteinte en métropole.

Avec l'arrivée de la période automnale, le territoire métropolitain a été, comme le reste de l'Europe, confronté à une forte reprise épidémique. L'incidence, mesurée sur sept jours consécutifs, a constamment augmenté depuis octobre et dépasse désormais 700 cas pour 100 000 habitants, soit un niveau jamais mesuré depuis le début de l'épidémie. Le nombre de lits de soins intensifs occupés par des patients atteints de la covid-19 est quant à lui supérieur à 3 300. Bien que la vaccination et le passe sanitaire aient jusqu'à présent permis de limiter très significativement les conséquences de l'épidémie sur le système de soins, celui-ci reste en forte tension, alors que des interventions qui avaient dû être reportées lors des précédentes vagues doivent par ailleurs être reprogrammées et que d'autres virus circulent activement à la faveur de la période hivernale. L'efficacité de la protection conférée par la vaccination tend en outre à diminuer avec le temps, ce qui rend nécessaire l'injection d'une dose de rappel pour maintenir une immunité suffisante, et plus d'un million de personnes identifiées comme à risque n'ont toujours pas entamé un schéma vaccinal. Le contexte épidémique est enfin marqué par l'apparition du variant Omicron, d'ores et déjà présent sur le territoire national et dont les premières études révèlent une contagiosité nettement supérieure à celle des autres souches en circulation, ainsi qu'un échappement immunitaire au moins partiel, même si les vaccins à acide ribonucléique messenger semblent continuer à procurer une protection significative contre les formes graves, en particulier après l'injection d'une dose de rappel.

Pour protéger la population sans devoir recourir à des mesures de restriction généralisées, et dans un contexte où la vaccination est l'outil permettant de lutter durablement contre le virus, le Gouvernement entend renforcer les outils existants de gestion de la crise sanitaire, en substituant au passe sanitaire en vigueur un passe vaccinal et en renforçant encore les mesures permettant de lutter

¹ LOI n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire

² LOI n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire

³ LOI n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire

⁴ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19

contre la fraude. Par ailleurs, à La Réunion, où la circulation active du virus, y compris du variant Omicron, rend la situation sanitaire préoccupante, des mesures de freinage plus importantes apparaissent nécessaires et justifient que l'état d'urgence sanitaire soit déclaré jusqu'au 31 mars 2022. La situation à la Martinique sera d'abord traitée par décret, avant un ajustement du texte de loi lors de la discussion parlementaire.

Consulté par le Gouvernement sur ces orientations, le comité de scientifiques a émis un avis favorable le 24 décembre 2021.

Par le présent projet de loi, le Gouvernement entend en outre tirer les conséquences de la déclaration d'inconstitutionnalité des troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique relatifs à la contention et à l'isolement dans les établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Ainsi, l'**article 1^{er}** érige à compter du 15 janvier 2021 le passe sanitaire en passe vaccinal pour l'accès aux activités de loisirs, aux restaurants et débits de boisson, aux foires, séminaires et salons professionnels ou encore aux transports interrégionaux. Un passe sanitaire reposant sur le caractère alternatif et substituable du justificatif de statut vaccinal, du résultat de test et du certificat de rétablissement est par ailleurs maintenu à périmètre constant pour le seul accès aux établissements et services de santé et médico-sociaux. L'article renforce en outre la lutte contre la fraude à ces documents en relevant l'échelle de sanctions applicables et en permettant aux personnes chargées d'en contrôler la présentation de vérifier, en cas de doute, l'identité de leur détenteur. Il déclare enfin l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 31 mars 2022 sur le territoire de La Réunion et prévoit qu'en cas de déclaration de l'état d'urgence sanitaire dans une autre collectivité ultra-marine avant le 1er mars 2022, cet état d'urgence s'appliquera également jusqu'au 31 mars 2022.

L'**article 2** étend les finalités des systèmes d'information mis en œuvre en application de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 au suivi et au contrôle du respect des mesures de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement prises sur le fondement des 3^o et 4^o du I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique et, en tant qu'il s'y réfère, de l'article L. 3131-1 du même code. Il permet également aux services préfectoraux de recevoir les données strictement nécessaires à l'exercice de telles missions.

Enfin, l'**article 3** tire les conséquences de la décision n° 2021-912/913/914 QPC du Conseil constitutionnel en date du 4 juin 2021, dont la date d'effet a été reportée au 31 décembre 2021, en instaurant un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée. De telles dispositions ont dans un premier temps été insérées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 mais, par une décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, le Conseil constitutionnel les a déclarées contraires à la Constitution au motif que, n'ayant pas d'effet ou ayant un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et ne relevant pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, elles ne trouvaient pas leur place dans une loi de cette nature.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES CONSULTATIONS

Article	Objet de l'article	Consultations obligatoires	Consultations facultatives
1 ^{er}	Etat d'urgence sanitaire et régime de gestion de la sortie de crise sanitaire	Comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique	

TABLEAU SYNOPTIQUE DES MESURES D'APPLICATION

Article	Objet de l'article	Textes d'application	Administration compétente
1 ^{er}	Régime de gestion de la sortie de crise sanitaire	Décret simple	Ministère des solidarités et de la santé
2	Adaptation des systèmes d'information dédiés à la lutte contre l'épidémie pour permettre le suivi des mesures d'isolement et de quarantaine	Décret en Conseil d'Etat	Ministère des solidarités et de la santé

ARTICLE 1^{ER} : PASSE VACCINAL ET PROROGATION DE L'ETAT D'URGENCE SANITAIRE DANS CERTAINS TERRITOIRES

1. ETAT DES LIEUX

1.1. CADRE GENERAL

L'état d'urgence sanitaire a été créé par l'article 2 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. Il dote le Gouvernement de moyens d'action spécifiques en cas de catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Compte tenu des délais très contraints dans lesquels la loi du 23 mars 2020 a été adoptée, le Parlement a souhaité limiter la durée d'existence de ce nouveau régime, en vue de concilier l'impérieuse nécessité d'adopter en urgence un dispositif permettant de poursuivre la gestion de la crise sanitaire avec le souhait de réexaminer ultérieurement ses modalités pour créer un régime véritablement pérenne. Les dispositions du chapitre I^{er} *bis* du titre III du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique (art. L. 3131-12 à L. 3131-20) étaient ainsi initialement applicables jusqu'au 1^{er} avril 2021.

Au vu de l'urgence et de la gravité de la catastrophe sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19, et par dérogation à l'article L. 3131-13 du code de la santé publique, l'article 4 de la loi du 23 mars 2020 a d'emblée procédé à la déclaration de l'état d'urgence sanitaire sur l'ensemble du territoire national pour une durée de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de la loi.

Au regard de l'évolution de la crise sanitaire, et suivant en ce sens les recommandations formulées par le comité de scientifiques⁵ dans son avis du 28 avril 2020, le Parlement a prorogé l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet 2020 inclus par la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions. Cette loi a également apporté des modifications ciblées au régime de l'état d'urgence sanitaire, notamment en matière de mise en quarantaine et de placement à l'isolement, et a permis la mise en œuvre de systèmes d'information pour identifier et interrompre dès que possible les chaînes de contamination à la covid-19.

⁵ Prévu par l'article L. 3131-19 du code de la santé publique, le comité de scientifiques rend périodiquement des avis rendus publics sur l'état de la catastrophe sanitaire, les connaissances scientifiques qui s'y rapportent et les mesures propres à y mettre un terme, y compris celles relevant des articles L. 3131-15 à L. 3131-17, ainsi que sur la durée de leur application. Il doit également être consulté en cas de prorogation ou de cessation anticipée de l'état d'urgence sanitaire (art. L. 3131-13 et L. 3131-14), ainsi que sur les conditions d'application du régime de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement (art. L. 3131-15). Il peut être consulté par les commissions parlementaires sur toute question relative à l'état de catastrophe sanitaire.

L'amélioration de la situation sanitaire observée par la suite sur le territoire national a permis de lever l'état d'urgence sanitaire au 11 juillet 2020. Toutefois, le risque d'une reprise de l'épidémie en cas d'interruption soudaine des mesures prises par le Gouvernement pendant l'état d'urgence sanitaire a amené le législateur à créer un régime transitoire par la loi n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire, que le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la Constitution par sa décision n° 2020-803 DC du 9 juillet 2020.

Initialement rendu applicable jusqu'au 30 octobre 2020, ce régime octroie au pouvoir réglementaire certaines prérogatives spécifiques, en nombre réduit et de portée moindre par rapport à celles de l'état d'urgence sanitaire, tout en prévoyant des garanties et des modalités d'information du Parlement identiques à celles prévues par le régime d'état d'urgence sanitaire.

Pour faire face à la reprise importante de l'épidémie de covid-19 observée à la rentrée, le Gouvernement a de nouveau déclaré l'état d'urgence sanitaire par le décret n° 2020-1257 du 14 octobre 2020, à compter du 17 octobre 2020, sur l'ensemble du territoire de la République. Compte tenu de l'évolution de la situation sanitaire, le législateur a adopté, après un avis favorable du comité de scientifiques en date du 19 octobre 2020, la loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 16 février 2021 et du régime organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 1^{er} avril 2021.

La loi du 14 novembre 2020 a apporté certains ajustements au régime de sortie de l'état d'urgence sanitaire, en vue de permettre d'intégrer d'autres formes de tests que les examens de biologie médicale, en particulier les tests antigéniques, dans le cadre de l'obligation de dépistage mise en place dans le transport aérien et d'étendre cette obligation à d'autres modes de transport public, notamment dans les secteurs maritime et routier.

Compte tenu d'une circulation encore active de l'épidémie de covid-19 et de l'apparition de nouveaux variants du virus, la loi n° 2021-160 du 15 février 2021 a prorogé l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 1^{er} juin 2021. Dans le même temps, au vu de la persistance d'un risque épidémique élevé sur le moyen terme, elle a reporté au 31 décembre 2021 la date de caducité de ce régime.

L'amélioration de la situation sanitaire observée au printemps grâce à l'effet conjugué de la politique vaccinale menée depuis janvier 2021 et de l'adoption de mesures de confinement a permis d'envisager un assouplissement des mesures sanitaires. A l'instar du régime transitoire mis en place au début de l'été 2020, la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire a consacré l'atténuation des mesures de police sanitaire par un dispositif intermédiaire, applicable du 2 juin au 30 septembre 2021, permettant d'accompagner de façon progressive la sortie de l'état d'urgence sanitaire en ouvrant la voie à un rétablissement des règles de droit commun.

La loi du 31 mai 2021 a également créé une nouvelle mesure de gestion pour la crise sanitaire, en permettant au Premier ministre de subordonner les déplacements avec franchissement de limites géographiques (déplacements entre l'étranger et le territoire national, déplacements

entre l'hexagone, la Corse et les outre-mer) et l'accès à certains établissements, lieux ou événements impliquant de grands rassemblements (pour des activités de loisirs ou des foires et salons professionnels), à la présentation d'une preuve sanitaire, à savoir le résultat d'un examen de dépistage virologique négatif à la covid-19, un certificat de vaccination ou un certificat de rétablissement⁶. Ce dispositif, appelé « passe sanitaire », a été conçu pour faciliter la reprise ou le maintien de certaines activités ou déplacements qui à défaut auraient dû être durablement restreints voire interdits, compte tenu des enjeux sanitaires.

Enfin, la loi du 31 mai 2021 a permis à titre exceptionnel au pouvoir réglementaire de maintenir des mesures de couvre-feu sur l'ensemble du territoire national au plus tard jusqu'au 30 juin 2021, et a prorogé l'état d'urgence sanitaire sur le territoire de la Guyane jusqu'au 30 septembre 2021.

En soutien de l'avancée de la campagne de vaccination, le risque élevé de rebond épidémique généralisé au cours de l'été, lié à la circulation croissante du variant Delta du virus SARS-CoV-2 et aux spécificités de la période estivale, a rendu nécessaire l'adoption de nouvelles mesures de gestion par la loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de crise sanitaire.

Outre la prorogation, jusqu'au 15 novembre 2021, de l'application du régime intermédiaire et du « passe sanitaire », la loi du 5 août 2021 a apporté des ajustements au dispositif du « passe sanitaire », à travers une extension du champ des activités concernées, la levée de la condition tenant à l'importance des rassemblements et son application, à compter du 30 août 2021, aux personnes intervenant dans les établissements, services et lieux concernés.

La loi du 5 août 2021 a créé également une obligation vaccinale applicable, sauf en cas contre-indication médicale, à diverses professions intervenant dans les secteurs sanitaire et médico-social de façon à protéger la santé des personnes les plus à risque. Le non-respect de cette obligation, devenue pleinement applicable depuis le 15 septembre 2021, donne lieu à une interdiction d'exercer l'activité professionnelle en question et, si l'intéressé ne peut ou ne souhaite utiliser des jours de repos conventionnel ou des jours de congés payés, à la suspension de ses fonctions ou de son contrat de travail. Le respect de cette obligation est contrôlé par les employeurs pour les personnes placées sous leur responsabilité et par les agences régionales de santé pour les autres personnes concernées.

Par ailleurs, la loi du 5 août 2021 a élargi le régime du placement à l'isolement, jusqu'ici applicable aux seules personnes arrivant sur le territoire hexagonal, en Corse ou dans les Outre-mer en provenance d'une zone de circulation de l'infection, en prévoyant sa mise en œuvre pour toute personne contaminée, y compris lorsqu'elle est déjà présente sur le territoire national.

Enfin, elle a prorogé jusqu'au 30 septembre 2021 l'état d'urgence sanitaire déclaré le 14 juillet 2021 en Martinique et à La Réunion, procédé d'emblée à la déclaration de l'état d'urgence

⁶ Un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 est délivré sur présentation d'un document mentionnant un résultat positif à un examen de dépistage RT-PCR réalisé plus de onze jours et moins de six mois auparavant. Ce certificat n'est valable que pour une durée de six mois à compter de la date de réalisation de cet examen (3° de l'article 2-2 du décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire).

sanitaire sur les territoires de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin jusqu'à cette même date et prévu que si l'état d'urgence sanitaire est déclaré à Mayotte avant le 30 août 2021, il demeure applicable jusqu'au 30 septembre 2021.

Compte tenu de la situation sanitaire dans certains territoires ultramarins, la loi n° 2021-1172 du 11 septembre 2021 a prorogé, jusqu'au 15 novembre 2021, l'état d'urgence sanitaire en cours dans les différentes collectivités d'outre-mer où il était déjà en vigueur, y compris en Polynésie française où il avait été déclaré le 12 août 2021. Cette loi a en outre déclaré par elle-même l'état d'urgence sanitaire en Nouvelle-Calédonie et prévu que si l'état d'urgence sanitaire devait être déclaré par décret à Mayotte ou dans les îles Wallis et Futuna avant le 15 octobre 2021, il demeurerait applicable jusqu'au 15 novembre 2021.

Dans un contexte de reprise épidémique portée par le variant Delta et la fin de la période estivale, la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 a prorogé jusqu'au 31 juillet 2022 le cadre juridique de l'état d'urgence sanitaire ainsi que la possibilité pour le Premier ministre de faire usage des prérogatives que lui confie le régime de gestion de la sortie de crise sanitaire, dont le passe sanitaire. Cette loi a, dans le même temps, davantage encadré le recours au passe sanitaire, en imposant la prise en compte d'un faisceau de critères caractérisant la circulation virale ou ses conséquences sur le système de santé (taux de vaccination, taux de positivité des tests de dépistage, taux d'incidence ou taux de saturation des lits de réanimation). En outre, elle prévoit que le Gouvernement doit présenter au Parlement deux rapports, en février puis en mai 2022, détaillant les mesures prises et justifiant le maintien de celles encore appliquées à la date de leur remise. Ces rapports pourront faire l'objet d'un débat en commission permanente ou en séance publique.

La loi du 10 novembre 2021 a par ailleurs renforcé le dispositif de lutte contre la fraude au passe sanitaire, en réprimant spécifiquement l'établissement, la fourniture, la proposition de fourniture et l'utilisation de faux passes et en permettant à l'Assurance maladie de contrôler les certificats de contre-indication à la vaccination. Dans le même temps, elle a entendu faciliter le contrôle de l'obligation vaccinale en autorisant les écoles de santé à contrôler son respect par leurs étudiants et élèves, et en clarifiant les modalités d'exercice de ce contrôle par l'ensemble des structures qui en sont chargées.

Enfin, la loi du 10 novembre 2021 a prorogé l'état d'urgence sanitaire en vigueur en Martinique et en Guyane jusqu'au 31 décembre 2021.

1.2. REGIME JURIDIQUE

Depuis le 2 juin 2021, le régime de gestion de la sortie de crise sanitaire s'applique sur la majeure partie du territoire national. Toutefois, la Martinique et la Guyane sont aujourd'hui placées en état d'urgence sanitaire.

1.2.1. État d'urgence sanitaire

➤ Mesures relevant du Premier ministre

L'article L. 3131-15 du code de la santé publique permet au Premier ministre de prendre, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique, les mesures suivantes :

1° réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ;

2° interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé ;

3° ordonner des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine, au sens de l'article 1er du règlement sanitaire international de 2005, des personnes susceptibles d'être affectées;

4° ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1er, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ;

5° ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, en garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ;

6° limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ainsi que les réunions de toute nature, à l'exclusion de toute réglementation des conditions de présence ou d'accès aux locaux à usage d'habitation ;

7° ordonner la réquisition de toute personne et de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire ;

9⁰⁷ en tant que de besoin, prendre toute mesure permettant la mise à la disposition des patients de médicaments appropriés pour l'éradication de la catastrophe sanitaire ;

10° en tant que de besoin, prendre par décret toute autre mesure réglementaire limitant la liberté d'entreprendre, dans la seule finalité de mettre fin à la catastrophe sanitaire.

⁷ Le I de l'article L. 3131-15 comprenait initialement un 8°, permettant au Premier ministre de prendre des mesures temporaires de contrôle des prix de certains produits rendues nécessaires pour prévenir ou corriger les tensions constatées sur le marché de certains produits, avec une information du Conseil national de la consommation. Cette disposition a été abrogée par la loi du 31 mai 2021.

Ces mesures doivent être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il doit y être mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

➤ **Mesures relevant du ministre chargé de la santé**

L'article L. 3131-16 du code de la santé publique permet au ministre chargé de la santé de prescrire, par arrêté motivé, toute mesure réglementaire relative à l'organisation et au fonctionnement du dispositif de santé, à l'exception des mesures prévues à l'article L. 3131-15, visant à mettre fin à la catastrophe sanitaire. Dans les mêmes conditions, le ministre chargé de la santé peut prescrire toute mesure individuelle nécessaire à l'application des mesures prescrites par le Premier ministre en application des 1° à 9° de l'article L. 3131-15.

Ces dispositions permettent au ministre chargé de la santé de prendre une grande diversité de mesures relatives au système de santé pour lutter contre la catastrophe sanitaire, et de déroger à ce titre à différentes dispositions législatives et réglementaires, prévues par le code de la santé publique ou d'autres codes, qu'il s'agisse des règles de délivrance des médicaments, des règles de propriété pour la cession ou la mise à disposition à titre gratuit de matériel ou d'équipement médical acquis pour répondre à la crise sanitaire, des actes que les professionnels de santé sont autorisés à réaliser ou des modalités de réalisation des tests et examens de dépistage.

Ces mesures doivent être strictement nécessaires et proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il doit y être mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

➤ **Mesures relevant du représentant de l'Etat dans le territoire**

L'article L. 3131-17 du code de la santé publique prévoit que, lorsque le Premier ministre ou le ministre chargé de la santé prennent des mesures en application des articles L. 3131-15 et L. 3131-16, ils peuvent habilitier le représentant de l'État territorialement compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions.

En outre, lorsque les mesures prévues aux 1° à 9° de l'article L. 3131-15 et à l'article L. 3131-16 doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département, le Premier ministre et le ministre chargé de la santé peuvent habilitier le représentant de l'État dans le département à les décider lui-même. Les décisions sont prises par ce dernier après avis du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les mesures ainsi édictées par le représentant de l'État dans le département doivent être strictement nécessaires et proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Les mesures individuelles doivent faire l'objet d'une information sans délai du procureur de la République territorialement compétent.

1.2.2. Régime de gestion de la sortie de crise sanitaire

➤ Mesures relevant du Premier ministre

L'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, applicable hors des territoires où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, permet au Premier ministre, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19, de prendre les mesures suivantes :

1° réglementer ou, dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus, interdire la circulation des personnes et des véhicules ainsi que l'accès aux moyens de transport collectif et les conditions de leur usage et, pour les seuls transports aériens et maritimes, interdire ou restreindre les déplacements de personnes et la circulation des moyens de transport, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux, professionnels et de santé ;

2° réglementer l'ouverture au public, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public (ERP) ainsi que des lieux de réunion, à l'exception des locaux à usage d'habitation, en garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité⁸. La fermeture provisoire d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion peut, dans ce cadre, être ordonnée lorsqu'ils accueillent des activités qui, par leur nature même, ne permettent pas de garantir la mise en œuvre des mesures de nature à prévenir les risques de propagation du virus ou lorsqu'ils se situent dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus ;

3° sans préjudice des articles L. 211-2 et L. 211-4 du code de la sécurité intérieure, réglementer les rassemblements de personnes, les réunions et les activités sur la voie publique et dans les lieux ouverts au public ;

Le Premier ministre peut également, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique, aux seules fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19 et si la situation sanitaire le justifie au regard de la circulation virale ou de ses conséquences sur le système de santé, appréciées en tenant compte des indicateurs sanitaires tels que le taux de vaccination, le taux de positivité des tests de dépistage, le taux d'incidence ou le taux de saturation des lits de réanimation :

1° Imposer aux personnes âgées d'au moins douze ans souhaitant se déplacer à destination ou en provenance du territoire hexagonal, de la Corse ou de l'une des

⁸ La déclinaison réglementaire de cette faculté vise ainsi exclusivement les lieux ouverts au public et ne s'applique pas aux locaux à usage d'habitation, ni aux bureaux des entreprises, la réglementation en leur sein relevant des prérogatives du chef d'entreprise en matière de santé au travail, auquel il incombe de décliner le protocole national élaboré par le ministère chargé du travail.

collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution, ainsi qu'aux personnels intervenant dans les services de transport concernés, de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 ;

2° Subordonner à la présentation soit du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, soit d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19, soit d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 l'accès à certains lieux, établissements, services ou évènements où sont exercées les activités suivantes :

a) Les activités de loisirs ;

b) Les activités de restauration commerciale ou de débit de boissons, à l'exception de la restauration collective, de la vente à emporter de plats préparés et de la restauration professionnelle routière et ferroviaire ;

c) Les foires, séminaires et salons professionnels ;

d) Sauf en cas d'urgence, les services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, pour les seules personnes accompagnant ou rendant visite aux personnes accueillies dans ces services et établissements ainsi que pour celles qui y sont accueillies pour des soins programmés. La personne qui justifie remplir les conditions prévues au présent 2° ne peut se voir imposer d'autres restrictions d'accès liées à l'épidémie de covid-19 pour rendre visite à une personne accueillie et ne peut se voir refuser l'accès à ces services et établissements que pour des motifs tirés des règles de fonctionnement et de sécurité de l'établissement ou du service, y compris de sécurité sanitaire ;

e) Les déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux au sein de l'un des territoires mentionnés au 1° du présent A, sauf en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis ;

f) Sur décision motivée du représentant de l'Etat dans le département, lorsque leurs caractéristiques et la gravité des risques de contamination le justifient, les grands magasins et centres commerciaux, au-delà d'un seuil défini par décret, et dans des conditions garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ainsi, le cas échéant, qu'aux moyens de transport.

Cette réglementation est applicable au public et, depuis le 30 août 2021, aux personnes qui interviennent dans ces lieux, établissements, services ou évènements lorsque la gravité des risques de contamination en lien avec l'exercice des activités qui y sont pratiquées le justifie, au regard notamment de la densité de population observée ou prévue. Elle est applicable aux mineurs de plus de douze ans depuis le 30 septembre 2021.

Le fait de présenter un document attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 appartenant à autrui est sanctionné dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique réprimant le fait, pour toute personne, de se rendre dans un établissement recevant du public en méconnaissance d'une mesure édictée sur le fondement du 5° du I de l'article L. 3131-15 du même code.

Le fait de transmettre, en vue de son utilisation frauduleuse, un document authentique attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 est puni dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 3136-1 dudit code réprimant le fait, pour toute personne, de se rendre dans un établissement recevant du public en méconnaissance d'une mesure édictée sur le fondement du 5° du I de l'article L. 3131-15 du même code.

Le faux commis dans un document attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. L'usage, la procuration ou la proposition de procuration du faux mentionné au présent alinéa est puni des mêmes peines.

Ces mesures doivent être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il doit y être mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

Des mesures complémentaires peuvent être prises sur le fondement de dispositions de droit commun, notamment en matière de réquisitions, sur le fondement des articles L. 3131-8 et L. 3131-9 du code de la santé publique, ou de contrôle des prix, sur le fondement de l'article L. 410-2 du code de commerce.

➤ **Mesures relevant du ministre chargé de la santé**

La loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire ne confère pas de compétences spécifiques au ministre chargé de la santé pendant cette période. Les mesures relatives au système de santé rendues nécessaires par la situation sanitaire peuvent être prises sur le fondement de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique.

Il prévoit qu'en cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure réglementaire ou individuelle relative à l'organisation et au fonctionnement du système de santé.

Il permet également au ministre chargé de la santé de prescrire des mesures de mise en quarantaine ou de placement et de maintien en isolement, dans les conditions prévues au II des articles L. 3131-15 et L. 3131-17 du code de la santé publique.

Le ministre peut également prendre de telles mesures après la fin de l'état d'urgence sanitaire, afin d'assurer la disparition durable de la situation de crise sanitaire.

➤ **Mesures relevant du représentant de l'Etat dans le territoire**

L'article 1^{er} de la loi du 31 mai 2021 permet au Premier ministre, lorsqu'il définit par décret des mesures de portée générale, d'habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions.

En outre, lorsque les mesures prévues aux I et II de l'article 1^{er} doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département, le Premier ministre peut habiliter le représentant de l'Etat dans le département à les décider lui-même. Les décisions sont prises par ce dernier après avis public du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le Premier ministre peut également habiliter le représentant de l'Etat dans le département à ordonner, par arrêté pris après mise en demeure restée sans effet, la fermeture des établissements recevant du public qui ne mettent pas en œuvre les obligations qui leur sont imposées en application du régime prévu par la loi du 31 mai 2021.

S'agissant des mesures relevant du système de santé, l'article L. 3131-1 du code de la santé publique permet également au ministre chargé de la santé d'habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application des dispositions définies par arrêté ministériel, y compris des mesures individuelles.

1.3. MESURES REGLEMENTAIRES PRISES PAR LE PREMIER MINISTRE POUR LUTTER CONTRE L'EPIDEMIE

Par le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021, modifié à trente-sept reprises, le Premier ministre a pris, sur le fondement des dispositions législatives précédemment mentionnées, des mesures de protection adaptées à l'évolution de la situation sanitaire.

Les principales mesures de protection en vigueur sont le passe sanitaire, l'obligation de port du masque dans certains lieux ou établissements publics voire, sur décision préfectorale, dans l'espace public, les restrictions applicables aux personnes souhaitant se rendre sur le territoire hexagonal, en Corse ou dans les Outre-mer depuis le reste du territoire national ou l'étranger, la fermeture au public de certains types d'établissements ou la réglementation des conditions pour y accéder, l'édiction de décisions individuelles de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement, ainsi que, dans les seuls territoires où l'état d'urgence sanitaire est toujours en cours d'application, des mesures plus restrictives de couvre-feu ou de confinement.

Le passe sanitaire

Le dispositif de passe sanitaire a été pour la première fois mis en œuvre à compter du 2 juin 2021 par le décret du 1^{er} juin 2021 (dispositions combinées des articles 2-1 à 2-4 et 47-1 du décret).

En application de ces dispositions, les personnes souhaitant accéder à certains lieux, établissements, événements ou services doivent présenter l'un des trois documents suivants, dont la loi impose aujourd'hui qu'ils soient alternatifs et substituables :

- un justificatif de statut vaccinal,
- un certificat de rétablissement,
- un résultat de test ou examen ne concluant pas à une contamination par la covid-19.

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 messager (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.

Ouvre aussi le droit au bénéfice du passe sanitaire le résultat d'un examen RT-PCR, d'un test antigénique ou d'un autotest supervisé réalisé moins de 24 heures auparavant et ne concluant pas à une contamination par la covid-19. La durée de validité des examens, tests ou autotests négatifs pouvant être valablement présentés était initialement de 48 heures. Elle a été portée à 72 heures à compter du 9 août 2021, pour garantir une disponibilité suffisante des tests dans un contexte d'élargissement du champ du passe sanitaire à certains loisirs du quotidien, ou aux transports interrégionaux, et alors que la couverture vaccinale de la population disposait encore d'une marge de progression significative. Compte tenu de la forte recrudescence de l'épidémie observée cet automne, la durée de validité des tests, examens et autotests négatifs pouvant être présentés au titre du passe sanitaire est réduite à 24 heures depuis le 29 novembre 2021.

Les personnes justifiant d'une contre-indication médicale à la vaccination, dont la liste est fixée par l'annexe 2 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, ne sont enfin pas tenues de bénéficier d'un autre justificatif pour accéder aux lieux soumis à passe sanitaire.

Les lieux, établissements, services et évènements concernés par l'application du passe sanitaire sont énumérés à l'article 47-1 du décret du 1^{er} juin 2021.

Conformément à la loi du 31 mai 2021, qui donnait une définition restrictive du champ d'application du passe sanitaire, en limitant son application aux lieux, établissements ou évènements « *impliquant de grands rassemblements de personnes pour des activités de loisirs ou des foires ou salons professionnels* », le passe sanitaire a d'abord été appliqué à des lieux accueillant un nombre de visiteurs ou de spectateurs au moins égal à 1 000 personnes pour des activités culturelles, sportives, ludiques ou festives, ainsi que pour des foires et salons professionnels, avant que cette jauge ne soit réduite à 50 personnes lorsque le variant Delta s'est propagé activement au début de l'été.

La loi du 5 août 2021 ayant étendu le périmètre du passe sanitaire, celui-ci a été rendu applicable dès le premier visiteur ou client accueilli dans l'ensemble des lieux où il était déjà mis en œuvre. Il s'applique par ailleurs désormais aux restaurants et débits de boisson, aux grands magasins et centres commerciaux sur décision préfectorale, aux séminaires professionnels réalisés en dehors du lieu d'exercice habituel de l'activité professionnelle, aux déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux, aux personnes accueillies dans les établissements de santé pour des soins programmés ainsi qu'aux personnes accompagnant celles accueillies dans de tels établissements ou leur rendant visite, ou encore, depuis le 4 décembre 2021, aux remontées mécaniques.

Par ailleurs l'obligation de présenter le passe sanitaire s'applique également depuis le 30 août 2021 aux salariés, agents publics, bénévoles et aux autres personnes qui interviennent dans les lieux, établissements, services ou évènements concernés, lorsque leur activité se déroule dans les espaces et aux heures où ils sont accessibles au public, à l'exception des activités de livraison et sauf intervention d'urgence. Les personnes âgées de 12 à 17 ans sont également concernées par sa mise en œuvre depuis le 30 septembre 2021.

Enfin, le contrôle de la présentation du passe sanitaire est opéré, avant l'accès, par les exploitants des lieux, établissements, évènements ou services qui y sont soumis, ainsi que par les personnes qu'ils désignent à cet effet, selon des modalités garantissant le droit des personnes au respect du secret médical et à la protection de leurs données personnelles.

Les mesures applicables aux personnes souhaitant se rendre sur le territoire hexagonal, en Corse ou dans les Outre-mer

Pour limiter les risques liés à l'importation de cas positifs depuis l'étranger, ou entre le territoire hexagonal, la Corse et les Outre-mer, le décret du 1^{er} juin 2021 régit les possibilités de déplacement. Il classe les pays et territoires dans des zones verte, orange et rouge, en fonction de la circulation du virus observée localement ou de l'identification éventuelle de variants préoccupants, et impose aux personnes souhaitant se déplacer la présentation d'un justificatif de vaccination ou d'un résultat de test ou examen négatif récent, les deux modes de preuve étant parfois exigés cumulativement. Pour les seules personnes arrivant sur le territoire métropolitain en provenance d'un pays classé en zone verte ou voyageant entre la Corse et l'hexagone, un

certificat de rétablissement peut en outre être valablement présenté en lieu et place du justificatif de vaccination ou du résultat de test.

En fonction de la situation épidémique du territoire de provenance et du statut vaccinal du voyageur, les déplacements autorisés peuvent par ailleurs être limités à ceux fondés sur un motif impérieux d'ordre personnel ou familial, un motif de santé relevant de l'urgence ou un motif professionnel ne pouvant être différé. Comme la loi le prévoit désormais elle-même, cette obligation de justifier d'un motif impérieux n'est pas applicable aux ressortissants français souhaitant se rendre en France depuis l'étranger. Il est par ailleurs exigé de l'ensemble des voyageurs qu'ils attestent sur l'honneur ne pas présenter de symptômes et ne pas avoir été en contact avec une personne infectée, et de la plupart d'entre eux qu'ils s'engagent à accepter la réalisation d'un test à leur arrivée sur le territoire national, ou encore qu'ils attestent sur l'honneur accepter un isolement prophylactique pendant les 7 jours suivant leur arrivée.

Les déplacements vers les collectivités d'Outre-mer sont par ailleurs soumis à des règles plus protectrices, qui conduisent souvent à limiter les déplacements autorisés pour les personnes qui ne sont pas vaccinées. Depuis le 20 septembre 2021, la vaccination est même obligatoire pour les adultes se rendant en Nouvelle-Calédonie, sauf pour ceux qui justifient d'une contre-indication.

En raison de la nouvelle vague épidémique observée cet automne et de l'émergence du variant « Omicron », les mesures visant à protéger le territoire national ont été récemment renforcées. En premier lieu, après qu'a été prise une mesure exceptionnelle et temporaire de suspension des vols depuis une dizaine de pays d'Afrique australe, où ce variant a été identifié au cours du mois de novembre, des mesures particulièrement strictes ont été appliquées aux pays concernés, toute personne, même vaccinée, arrivant sur le territoire métropolitain en provenance de l'un de ces pays devant justifier d'un motif impérieux et présenter le résultat négatif d'un examen RT-PCR de moins de 48 heures ou d'un test antigénique de moins de 24 heures. Elles ne s'appliquent aujourd'hui qu'aux voyageurs en provenance d'Afrique du Sud, d'Eswatini ou du Lesotho. En deuxième lieu, toute personne, même vaccinée, arrivant sur le territoire métropolitain en provenance d'un pays extérieur à l'espace européen doit présenter le résultat d'un test ou examen négatif de moins de 48 heures. En troisième lieu, les personnes arrivant sur le territoire métropolitain en provenance de l'espace européen et qui ne sont munies ni d'un justificatif de leur statut vaccinal, ni d'un certificat de rétablissement, doivent présenter le résultat d'un test ou examen négatif réalisé moins de 24 heures avant l'embarquement. En quatrième lieu, les voyageurs arrivant en France en provenance du Royaume-Uni sont soumis à des règles particulières, eu égard à la circulation très active du variant Omicron sur le territoire britannique et à l'importance des flux de passagers en provenance de ce pays : tout voyageur, même vacciné, doit présenter le résultat d'un test ou examen négatif réalisé moins de 24 heures avant l'embarquement et peut, à son arrivée sur le territoire national, faire l'objet d'un arrêté préfectoral individuel de mise en quarantaine. En cinquième lieu, le décret du 1^{er} juin 2021 prévoit l'application de mesures particulières à destination des Outre-mer : toute personne souhaitant s'y rendre en provenance du territoire métropolitain ou d'un pays étranger doit être

munie du résultat d'un test ou examen de dépistage négatif réalisé moins de 24 heures avant le déplacement

Le port du masque dans les établissements recevant du public et dans l'espace public

En application des dispositions combinées des articles 8, 11, 15, 21, 27, 36, 38 et 47 et de l'annexe 1 du décret du 1^{er} juin 2021, le port d'un masque offrant une protection suffisante (masque chirurgical ou masque grand public dont la capacité de filtration vers l'extérieur des particules de 3 micromètres émises est supérieure à 90 %) est imposé dans les transports collectifs et dans un certain nombre d'établissements recevant du public, dont les établissements sportifs couverts (type X), les salles d'audition, de conférence, de spectacle ou à usage multiple (type L), les établissements de plein air (type PA), les salles de jeux ou de danse (type P), les entreprises et administrations sauf pour leurs espaces de bureaux (type W), les lieux de culte (type V), les commerces (type M), les établissements accueillant des foires et salons (type T), les musées (type Y), les bibliothèques (type S), les marchés couverts, ou encore les établissements d'enseignement (type R).

Jusqu'au 26 novembre 2021, les obligations de port du masque prévues par le décret du 1er juin 2021 n'étaient pas applicables dans les établissements, lieux, évènements ou services où l'accès était conditionné à la présentation d'un passe sanitaire, à l'exception des transports interrégionaux, dans lesquels ces obligations sont restées maintenues malgré l'instauration du passe. L'exploitant du lieu, établissement, évènement ou service et le préfet disposaient toutefois de la possibilité d'imposer le port du masque en fonction des circonstances locales. Compte tenu de la forte reprise épidémique constatée à l'automne, cette dérogation à l'obligation de port du masque dans les établissements soumis à passe sanitaire a été supprimée à compter du 26 novembre 2021.

Le préfet de département est en outre habilité par l'article 1er du décret du 1er juin 2021, lorsque les circonstances locales l'exigent, à rendre le port du masque obligatoire, sauf dans les locaux à usage d'habitation, dans les cas où une telle obligation n'est pas prescrite par le décret lui-même. Il peut notamment user de cette habilitation pour imposer le port du masque dans certaines parties densément fréquentées de l'espace public, notamment dans les centres-villes.

La fermeture au public de certaines catégories d'établissements ou la réglementation des conditions pour y accéder

La limitation de l'accès du public aux lieux propices aux brassages de population et à ceux au sein desquels les mesures barrière ne peuvent être respectées en continu a pendant longtemps été une mesure nécessaire pour limiter efficacement la propagation de l'épidémie et éviter la saturation des capacités hospitalières.

Depuis juin 2021, la progression significative de la campagne vaccinale et le passe sanitaire ont pu permettre, y compris au cours de la vague estivale liée au variant Delta, de maintenir la plupart des lieux recevant du public ouverts. C'est ainsi qu'entre juillet et novembre 2021, en métropole, la plupart des établissements ont pu accueillir du public sans restriction, à

l'exception des discothèques et des lieux clos accueillant du public debout pour des concerts, où une jauge de 75 % de la capacité d'accueil a un temps été maintenue.

Face à l'augmentation de la circulation du virus observée ces dernières semaines, il est toutefois apparu nécessaire, à compter du 9 décembre et jusqu'au 6 janvier 2022 inclus, d'interdire de nouveau l'accueil du public dans les discothèques qui, de par leurs caractéristiques propres, sont des lieux particulièrement propices à la diffusion de l'épidémie. Sont également interdites au cours de la même période les activités de danse dans les restaurants et débits de boisson.

Les mesures individuelles de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement

En vertu de l'article 24 du décret du 1^{er} juin 2021, le préfet est habilité à mettre une personne en quarantaine ou à la placer à l'isolement lorsque : soit à son arrivée sur le territoire hexagonal ou en Corse, elle ne peut justifier d'un test négatif de moins de 72h ne concluant pas à une contamination ; soit elle arrive dans l'un de ces territoires en provenance d'un pays ou territoire classé en zone rouge ; soit elle arrive en Outre-mer en provenance du reste du territoire national ou d'un pays étranger sans pouvoir justifier d'un test ou examen réalisé moins de 24 heures avant le déplacement. Par ailleurs, il doit en principe prescrire la mise en quarantaine ou le placement à l'isolement, lorsqu'elles arrivent sur le territoire national en provenance de l'étranger, des personnes présentant des symptômes d'infection à la covid-19. La mise en quarantaine d'une personne ou son placement à l'isolement ne peut résulter que d'une décision préfectorale individuelle, le Conseil constitutionnel ayant censuré cet été toute possibilité de prévoir une obligation générale d'isolement pour les personnes testées positives.

Compte tenu de la situation sanitaire, le conseil scientifique a par ailleurs été saisi d'un projet de décret prévoyant la possibilité de placer à l'isolement des personnes se trouvant déjà sur le territoire national et faisant l'objet d'un test positif, comme le permet le II de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 août 2021.

Les mesures de couvre-feu et de confinement

Compte tenu de la situation sanitaire en Guyane et en Martinique, la loi du 10 novembre 2021 a prolongé l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 31 décembre 2021 dans ces deux territoires. En Martinique, le préfet de département doit y instaurer un couvre-feu dans les zones qu'il définit et dans une plage horaire comprise entre 18 heures et 6 heures. En Guyane, le préfet doit y instaurer des mesures de confinement dans les zones qu'il définit.

Ces mesures d'interdiction des déplacements hors du domicile s'accompagnent par ailleurs de la fermeture au public, le cas échéant à certaines heures, d'un certain nombre de lieux ou établissement recevant du public.

2. NECESSITE DE LEGIFERER ET OBJECTIFS POURSUIVIS

2.1. NECESSITE DE LEGIFERER

2.1.1. Transformation du passe sanitaire en passe vaccinal et renforcement de la lutte contre la fraude

En métropole, la vague épidémique observée au début de l'été 2021 a pu être contenue, sans restriction généralisée de la circulation des personnes ou des rassemblements et en maintenant ouverts, sauf rares exceptions, les établissements recevant du public, grâce à la progression de la vaccination, désormais obligatoire pour la plupart des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, et au passe sanitaire, dont l'application a été étendue au cours de l'été à l'ensemble des activités de loisirs, aux restaurants et départs de boissons, ainsi qu'au transport interrégional de voyageurs. Le recours à des mesures de freinage plus contraignantes pour la population s'est en revanche avéré nécessaire dans les Outre-mer, où la couverture vaccinale reste inférieure à celle atteinte en métropole.

Cependant, avec l'arrivée de la période automnale, le territoire métropolitain a été, comme le reste de l'Europe, confronté à une forte reprise épidémique. Ainsi, le taux d'incidence a connu 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. Le taux de reproduction effectif demeure supérieur au seuil de 1, synonyme d'une phase d'expansion du virus, après avoir connu un pic à plus de 1,5 fin novembre. 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.

Bien que la vaccination et le passe sanitaire aient permis jusqu'à présent de limiter très significativement les conséquences de l'épidémie sur le système hospitalier, le nombre de nouvelles hospitalisations et de patients admis en unités de soins critiques progresse. 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.

La dégradation de la situation sanitaire s'explique principalement par deux facteurs.

D'une part, la période hivernale est propice à une accélération de la circulation du virus pour des raisons tenant à la fois aux caractéristiques des virus respiratoires et à la multiplication des activités réalisées en milieu intérieur et clos.

D'autre part, l'intensité de la reprise épidémique tient aux caractéristiques des variants actuellement en circulation. Le variant Delta, aujourd'hui majoritaire sur le sol national, 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, ainsi que, selon plusieurs études internationales, par une augmentation du risque d'hospitalisation, du risque d'admission en soins critiques et de mortalité. Le variant Delta pourrait toutefois être rapidement supplanté par le variant Omicron, qui a été classé variant préoccupant par l'OMS le 26 novembre 2021. En effet, des études préliminaires au Royaume-Uni et en Afrique du Sud suggèrent qu'Omicron serait environ trois fois plus transmissibles que le variant Delta⁹. Ainsi, moins d'un mois après avoir été détecté pour la première fois, Omicron est d'ores et déjà la souche dominante au Danemark et représente la majorité des nouvelles contaminations aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. L'augmentation très significative des contaminations observée sur le territoire national depuis environ une semaine semble s'expliquer par la diffusion fulgurante du variant Omicron.

Face à ce rebond épidémique de grande ampleur, la vaccination demeure, avec le respect des gestes barrières, le principal instrument pour lutter contre la propagation du virus et éviter la saturation des capacités hospitalières, sans recourir à des mesures générales de restriction telles que le confinement. Les nombreuses études menées depuis le déploiement de la vaccination ont démontré le haut niveau de protection conféré par les vaccins contre les risques de forme grave, qui s'établit autour de 95% y compris contre le variant Delta, ainsi que leur efficacité pour réduire le risque de contamination. Le décalage observé entre le taux d'incidence de la reprise épidémique actuelle, supérieur aux niveaux atteints lors des vagues précédentes, et le nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques, qui progresse mais se maintient à des niveaux inférieurs à ceux connus lors des trois premières vagues, en fournit une bonne illustration. De plus, s'il est désormais avéré que la protection vaccinale diminue au cours du temps, il est également établi que l'administration d'une dose de rappel permet de rehausser ce niveau de protection et ainsi de réduire sensiblement le risque d'infection et d'hospitalisation.

En dépit des premiers éléments suggérant un échappement immunitaire au moins partiel du variant Omicron, la campagne de rappel vaccinal apparaît également comme le meilleur rempart contre le risque de vague épidémique liée à ce variant. Ainsi, selon les données préliminaires fournies par l'agence de sécurité sanitaire britannique, alors que l'efficacité des vaccins disponibles contre une infection symptomatique est significativement plus faible avec le variant Omicron qu'avec le variant Delta, une efficacité vaccinale de 70 à 75% est observée dans la période qui suit la dose de rappel, et de plus de 90% concernant les risques de forme grave.

L'intérêt et l'efficacité de la vaccination sont également établis pour les mineurs. D'une part, elle permet de diminuer le risque de formes sévères chez les plus jeunes qui, bien que plus faible que dans le reste de la population, demeure réel : entre le 2 mars 2020 et le 31 octobre 2021, 2 458 enfants âgés de 12 à 17 ans ont été hospitalisés pour cause de covid-19, dont 354 en soins critiques. D'autre part, la vaccination des mineurs est essentielle pour réduire la vitesse de propagation du virus et limiter les risques de contamination dans les foyers familiaux et au sein

⁹ Ces résultats pourraient néanmoins être biaisés par la surveillance accrue dont ce variant fait l'objet actuellement.

des lieux et établissements soumis à passe vaccinal. Ainsi l'étude ComCor de l'Institut Pasteur met en évidence une augmentation du risque d'infection de 27% vers les adultes si des adolescents sont présents dans le foyer. Pour ces raisons, la Haute Autorité de santé (HAS) et le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) estiment que la vaccination des adolescents est à même de diminuer la circulation virale, de permettre aux adolescents de retrouver une vie sociale normale et de maintenir leur accès à l'éducation, en évitant notamment les fermetures de classes dans les établissements scolaires.

Au cours des derniers mois, les importants efforts mis en œuvre pour favoriser le déploiement de la campagne de vaccination permettent à la France de figurer parmi les pays d'Europe les plus vaccinés. Avec 51,6 millions de schémas vaccinaux complets, près de 76,3% de la population totale et 89% de la population de 12 ans et plus est aujourd'hui vaccinée, soit davantage qu'en Allemagne (69,8%) ou au Royaume-Uni (69,3%) et autant qu'en Italie. Si elle a logiquement connu un ralentissement au cours des derniers mois, la progression du nombre de personnes vaccinées se poursuit avec un nombre de premières injections compris entre 20 000 et 40 000 par jour depuis le 1^{er} octobre, soit 1,9 million de personnes ayant entamé un schéma vaccinal lors des deux mois et demi écoulés. De plus, le rythme de la campagne de rappel vaccinal s'est également très nettement accéléré au cours des dernières semaines avec près de 21,8 millions de personnes ayant reçu leur injection de rappel au 22 décembre.

Ces progrès réalisés dans l'extension de la couverture vaccinale résultent notamment des mesures prises pour favoriser l'accès à la vaccination des personnes fragiles, précaires et éloignées du système de santé dans le cadre du dispositif « Aller vers ». Les actions mises en place en lien avec l'Assurance maladie, les médecins traitants, les associations et les élus incluent notamment l'envoi de courriers et de SMS, la mobilisation d'unités mobiles de vaccination, la sensibilisation des médecins traitants pour vacciner à domicile, le déploiement d'opérations de vaccination dans les centres d'hébergement d'urgence et les hôtels sociaux, ou encore la prise en charge par l'Assurance maladie des frais de transport vers un cabinet médical ou un centre de vaccination pour les personnes rencontrant des difficultés de déplacement.

En outre, la France dispose de la capacité à répondre à une hausse significative de la demande de vaccination liée en particulier à la campagne de rappel¹⁰. De plus, plusieurs mesures ont été prises pour permettre d'amplifier la campagne de vaccination à travers la montée en charge des centres de vaccination existants via une augmentation du nombre de lignes de vaccination et une extension des horaires de vaccination, l'ouverture de nouveaux centres de vaccination, qui s'est d'ores et déjà traduite par la création de 400 centres supplémentaires entre le 22 novembre et le 13 décembre, ainsi que la mobilisation de nouveaux effecteurs, en particulier chez les militaires, les pompiers et les secouristes formés à la vaccination. En parallèle, les capacités de vaccination en ville, qui ont permis l'administration de près de 2,5 millions de doses entre le 13 et le 20 décembre par les médecins, pharmaciens et infirmiers, seront soutenues.

Au regard de ces différents éléments, il apparaît nécessaire de renforcer encore l'efficacité de la vaccination afin de limiter l'ampleur et les conséquences hospitalières de la vague

¹⁰ Début janvier, 43 millions de personnes seront éligibles à la dose de rappel.

épidémique actuelle sans devoir recourir à des mesures générales restreignant les déplacements et l'ouverture des établissements recevant du public. De ce point de vue, et étant considéré que les personnes aujourd'hui en soins critiques sont majoritairement des personnes non vaccinées, la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal pour l'accès à certains lieux et établissements est essentielle à la fois pour renforcer encore l'incitation à la vaccination et favoriser la poursuite de l'extension de la couverture vaccinale, et limiter le nombre d'infections en ce qu'elle vise à garantir que seules des personnes bénéficiant d'un haut niveau de protection contre le virus grâce à un schéma vaccinal complet incluant, pour les personnes éligibles, l'administration d'une dose de rappel, puissent se rendre dans des lieux où les risques de contamination sont majorés.

De façon à garantir l'effectivité du passe vaccinal - et du passe sanitaire, qui demeurerait applicable aux personnes accompagnant ou rendant visite aux personnes pris en charge au sein d'établissements de santé, sociaux et médico-sociaux -, il convient également de renforcer la lutte contre la fraude. Ainsi, à titre d'illustration de l'ampleur du phénomène, au 16 décembre 2021, 373 enquêtes ont été initiées sur l'ensemble du territoire pour un total de 182 799 passes sanitaires frauduleux générés. Dès lors qu'il ne s'agit que des cas de fraude constatés par les agents habilités à réprimer ces infractions, le nombre réel de faux passes est par définition supérieur. La lutte contre ces agissements frauduleux passe en particulier par l'instauration de la possibilité, pour tous les exploitants d'ERP, de vérifier l'identité des personnes présentant un passe en cas de doute, ainsi que par le relèvement des sanctions applicables en la matière.

Les modalités d'application et de contrôle du passe sanitaire étant prévues par l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures suppose une intervention législative.

2.1.2. Application de l'état d'urgence sanitaire à La Réunion jusqu'au 31 mars 2022

Depuis le 2 juin 2021, le régime de gestion de la sortie de crise sanitaire issu de la loi du 31 mai 2021 s'applique sur le territoire métropolitain ainsi que dans les territoires d'Outre-mer où la situation sanitaire ne rend pas indispensable la mise en œuvre de mesures de couvre-feu ou de confinement, que seul l'état d'urgence sanitaire permet de prendre.

La loi du 31 mai 2021 a d'abord prorogé l'état d'urgence sanitaire sur le seul territoire de la Guyane. Ensuite, par le décret n° 2021-931 du 13 juillet 2021, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré sur les territoires de La Réunion et de la Martinique, à compter du 14 juillet 2021, eu égard à une augmentation exponentielle de la circulation du virus SARS-CoV-2 en Martinique et à une circulation particulièrement active depuis plusieurs mois à La Réunion.

Les Outre-mer, où la couverture vaccinale est sensiblement moindre, ont été confrontés à des vagues épidémiques de grande ampleur, qui ont rendu nécessaire la déclaration et la prorogation jusqu'au 15 novembre 2021 de l'état d'urgence en Guyane, en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy, à La Réunion, en Polynésie française et en Nouvelle-

Calédonie, le déploiement en urgence de moyens humains et matériels depuis l'hexagone, ainsi que l'organisation d'évacuations sanitaires.

Par un décret n° 2021-1328 du 13 octobre 2021, il a néanmoins été mis fin, de manière anticipée, à l'état d'urgence sanitaire à La Réunion, compte tenu de l'amélioration de la situation sanitaire constatée à ce moment-là.

La loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire a finalement prolongé l'application de l'état d'urgence sanitaire dans les seuls territoires de la Guyane et de la Martinique jusqu'au 31 décembre 2021.

La situation apparaît aujourd'hui particulièrement préoccupante à La Réunion. Au 22 décembre, le taux d'incidence du territoire s'élève à 577 cas pour 100 000 habitants, soit une augmentation de 46,6 % sur sept jours glissants. Le taux de positivité est également en forte augmentation. La courbe ne s'est jamais infléchie depuis début décembre.

L'augmentation de ces indicateurs épidémiologiques a un impact sur la situation hospitalière. La hausse est supérieure à 1 patient par jour en réanimation covid sur les derniers jours. En outre, la couverture vaccinale, bien que supérieure à celle de la plupart des autres territoires ultra-marins, reste insuffisante. A ce jour, 58 % de la population éligible dispose d'un schéma vaccinal complet et 63% a reçu au moins une dose. Les personnes les plus vulnérables apparaissent encore insuffisamment vaccinées, alors que les demandes pour une première dose continuent à baisser depuis mi-décembre : en particulier, 66 % des personnes âgées de plus de 85 ans ont reçu au moins une dose. On constate par ailleurs une faible adhésion de la population à la dose de rappel et à la vaccination pédiatrique.

S'il est potentiellement envisageable d'augmenter le nombre de lits en réanimation, certains facteurs rendent incertain la réalisation de cet objectif, et notamment la circulation probable du variant Omicron (à ce jour, 19 cas confirmés à La Réunion), la capacité du territoire à recruter des infirmiers afin de pouvoir monter en charge le capacitaire hospitalier sans difficultés, ou encore un éventuel rebond à Mayotte impliquant une montée en charge du territoire réunionnais de manière quasi automatique.

Au regard de la forte tension actuelle du système hospitalier métropolitain, les évacuations sanitaires transatlantiques comme les envois de renfort de la solidarité nationale seront plus difficilement accessibles tant que perdurera cette situation de tension, au moins pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois.

2.2. OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif général poursuivi par le présent projet de loi sur l'ensemble du territoire consiste à renforcer l'efficacité de la vaccination en vue de limiter l'intensité de la vague épidémique actuelle, par la diminution des contaminations, ainsi que son retentissement hospitalier. L'effet recherché est un ralentissement de la vitesse de propagation de l'épidémie et la maîtrise de son impact sur le système hospitalier sans recours, dans les territoires hors état d'urgence, aux

mesures les plus restrictives permises par les régimes juridiques institués pour faire face à la crise sanitaire.

Dans cette perspective, la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal pour l'accès à certains établissements et activités doit permettre, d'une part, de réduire le risque que des personnes infectées se rendent dans ces lieux à forts risques de contamination et, d'autre part, encourager les personnes non vaccinées à s'engager dans un parcours vaccinal, alors qu'elles concentrent les risques d'hospitalisation, en soins critiques particulièrement.

Les mesures contenues dans le projet de loi ont également vocation à garantir l'effectivité des passes vaccinal et sanitaire à travers un renforcement des modalités de contrôle et de sanction contre la fraude.

A La Réunion, il s'agit de permettre la mise en œuvre de mesures de protection adaptées à une situation sanitaire et hospitalière particulièrement préoccupante.

3. OPTIONS ENVISAGEES ET DISPOSITIF RETENU

3.1. OPTIONS ENVISAGEES

S'agissant du passe sanitaire, une première option aurait pu consister à laisser le cadre juridique de réponse à la crise inchangé. Cependant, compte tenu de la dynamique épidémique actuelle, la saturation des capacités de prise en charge à l'hôpital n'aurait pu être évitée que par l'adoption de mesures de restriction généralisée telles que le confinement, le couvre-feu ou la fermeture de nombreux établissements recevant du public, que seul l'état d'urgence sanitaire permet de prendre.

Une deuxième option aurait pu consister à généraliser le passe sanitaire à un très grand nombre d'activités indispensables à la vie quotidienne. Une troisième option aurait pu consister à instaurer une obligation vaccinale pour tout ou partie de la population au-delà du périmètre actuel des professionnels de santé et de ceux qui travaillent en secteur hospitalier ou médico-social. A ce stade, l'incitation à la vaccination, y compris avec rappel pour les personnes qui y sont éligibles, à travers la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal apparaît comme l'outil adapté, cohérent avec la stratégie jusque-là poursuivie et qui a montré son efficacité, et qui correspond d'ailleurs au choix retenu par plusieurs de nos pays voisins.

A La Réunion, une option alternative à la déclaration de l'état d'urgence sanitaire aurait été de maintenir l'application du seul régime issu de la loi du 31 mai 2021. Toutefois, si ce régime permet de limiter les rassemblements, de limiter l'accès aux établissements recevant du public, voire d'interdire l'accueil du public dans certains d'entre eux, ou encore de mettre en œuvre le passe sanitaire, des mesures de freinage de plus grande ampleur s'imposent compte tenu de la dynamique épidémique, de la couverture vaccinale encore insuffisante de ce territoire, ainsi que de ses capacités hospitalières propres. Il pourra être immédiatement mis fin à cet état d'urgence

sanitaire par décret en conseil des ministres dès que la situation sanitaire permettra une levée des mesures les plus contraignantes, comme cela a été fait en octobre 2021.

3.2. DISPOSITIF RETENU

L'option retenue consiste :

- à déclarer l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 31 mars 2022 inclus à La Réunion et à prévoir que si l'état d'urgence sanitaire est déclaré dans les autres collectivités d'Outre-mer avant le 1^{er} mars 2021, il s'appliquera jusqu'au 31 mars 2021.
- sur l'ensemble du territoire national, à transformer pour partie le passe sanitaire en passe vaccinal et à renforcer les moyens de lutte contre la fraude à ces deux dispositifs.

Ainsi, à partir du 15 janvier 2022, l'accès à certains lieux, établissements, services ou événements serait subordonné à la détention d'un justificatif attestant d'un schéma vaccinal complet, sans possibilité alternative de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination au covid-19. Un décret doit prévoir les conditions dans lesquelles, par dérogation, un certificat de rétablissement peut se substituer au justificatif de statut vaccinal.

Le passe frontières continuerait à s'appliquer aux déplacements en provenance ou à destination du territoire hexagonal, de la Corse ou des collectivités d'outre-mer et le passe sanitaire aux personnes accompagnant ou rendant visite aux personnes prises en charge dans les services et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Le passe vaccinal s'appliquera, à l'exception de la situation particulière des établissements de santé, aux professionnels travaillant ou intervenant dans les lieux concernés dans les mêmes conditions que le public qui y est accueilli. Il est cependant prévu la possibilité d'un accès transitoire de ces professionnels au passe vaccinal dès lors qu'ils s'engagent dans un parcours vaccinal, dans des conditions fixées par décret.

De façon complémentaire, plusieurs mesures visent à consolider les moyens de lutte contre la fraude au passe sanitaire et vaccinal.

D'une part, les modalités de contrôle du respect de ces deux dispositifs sont renforcées par l'instauration de la possibilité, pour tous les exploitants d'ERP, de vérifier l'identité des personnes présentant un passe en cas de doute sur le caractère non frauduleux du passe, et par l'introduction d'une disposition habilitant expressément les agents habilités à contrôler les infractions liées au passe sanitaire et vaccinal à accéder aux lieux où ce passe est exigé.

D'autre part, les sanctions encourues en cas de fraude au passe sanitaire et vaccinal sont relevées. Les personnes présentant un passe appartenant à autrui ou transmettant un passe authentique en vue d'une utilisation frauduleuse, de même que les exploitants d'établissements ne contrôlant pas le passe sanitaire ou vaccinal, seront passibles d'une

contravention de la cinquième classe dès la première infraction. Le fait de se rendre dans un établissement soumis à passe sans justificatif continuera en revanche d'être puni par une contravention de la quatrième classe. Enfin, les sanctions prévues pour le délit de faux passe, aujourd'hui applicables à l'établissement, l'usage, la procuration ou la proposition de faux, sont étendues à la détention d'un ou plusieurs faux passes.

4. ANALYSE DES IMPACTS DES DISPOSITIONS ENVISAGEES

4.1. IMPACTS JURIDIQUES

4.1.1. Impacts sur l'ordre juridique interne

L'article 1^{er} du présent projet de loi comprend plusieurs modifications des dispositions du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 applicables à compter du 15 janvier 2022 :

- le A est ainsi modifié pour imposer la présentation d'un passe vaccinal, reposant sur la présentation d'un justificatif de statut vaccinal ou, par dérogation et dans des conditions définies par décret, d'un certificat de rétablissement, applicable pour l'accès aux lieux, établissements, services ou événements aujourd'hui soumis au passe sanitaire en raison des activités qui s'y déroulent, à l'exclusion des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, qui demeurent soumis au passe sanitaire ;
- le A est également modifié pour prévoir que le passe vaccinal est applicable à la fois au public et aux professionnels intervenant dans les lieux concernés, ces derniers pouvant disposer transitoirement d'un passe vaccinal en démontrant qu'ils se sont engagés dans un schéma vaccinal, dans des conditions prévues par décret ;
- le dernier alinéa du B est remplacé par un alinéa disposant que la présentation de justificatifs requis dans le cadre du passe sanitaire ou vaccinal est réalisée sous une forme ne permettant pas aux personnes chargées d'en assurer le contrôle d'en connaître la nature et autorisant ces dernières à exiger, en cas de doute sur ces documents, la présentation d'un document officiel d'identité ;
- le D est modifié pour prévoir que le fait pour un exploitant d'ERP soumis à passe de ne pas contrôler la détention des justificatifs requis est sanctionné dans les mêmes conditions que les dispositions de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique réprimant la violation des mesures de mise en quarantaine et de placement en isolement, soit une contravention de la cinquième classe ;
- il est également modifié pour appliquer la même sanction aux personnes présentant un passe sanitaire ou vaccinal appartenant à autrui ou transmettant un passe authentique en vue d'une utilisation frauduleuse ;

- le dernier alinéa du D est modifié pour ajouter la détention de faux passes à la liste des infractions passibles d'une peine maximale de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ;
- le D est enfin complété par un alinéa autorisant expressément les agents habilités à constater les infractions liées au passe sanitaire ou vaccinal à accéder aux lieux où ce passe est exigé ;
- enfin, plusieurs alinéas des D, E, F, G et J sont également modifiés par coordination avec les modifications apportées au A.

L'article 1^{er} du présent projet de loi modifie par ailleurs l'article 3 de la loi du 31 mai 2021 pour déclarer l'état d'urgence sanitaire sur le territoire de La Réunion jusqu'au 31 mars 2022 et prévoir par anticipation, comme l'avaient déjà fait les lois des 5 août et 11 septembre 2021, que si l'état d'urgence sanitaire est déclaré dans d'autres territoires ultra-marins avant le 1^{er} mars 2022, il s'applique jusqu'au 31 mars 2022.

4.1.2. Articulation avec le droit international et le droit de l'Union européenne

Les mesures édictées sur le fondement du régime de gestion de la sortie de crise sanitaire, qui inclut le passe sanitaire vaccinal, sont prises dans le respect des normes de droit international et du droit de l'Union européenne, en particulier du droit de la Cour européenne des droits de l'homme ainsi que de la convention d'Oviedo qui consacre notamment le principe du consentement aux soins.

Ces mesures font également l'objet d'une notification à la Commission européenne lorsqu'elles relèvent du champ d'application de la directive 2015/1535 du Parlement européen et du Conseil du 9 septembre 2015 prévoyant une procédure d'information dans le domaine des réglementations techniques et des règles relatives aux services de la société de l'information ou de la directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur.

4.2. AUTRES IMPACTS

La transformation partielle du passe sanitaire en passe vaccinal et le renforcement des moyens de lutte contre la fraude affecteront les particuliers qui n'entrent pas dans l'un ou l'autre de ces dispositifs.

L'objectif poursuivi par les dispositions du présent projet de loi est toutefois d'éviter d'avoir à recourir à des mesures de restriction généralisée des déplacements ou de l'ouverture des établissements recevant du public.

5. CONSULTATIONS ET MODALITES D'APPLICATION

5.1. CONSULTATIONS MENEES

Le comité de scientifiques a été consulté par le Gouvernement, à titre obligatoire s'agissant des dispositions déclarant l'état d'urgence sanitaire sur le territoire de La Réunion jusqu'au 31 mars 2022, et à titre facultatif sur l'ensemble des autres dispositions des articles 1 et 2 du projet de loi, en vue d'éclairer les décisions du Parlement.

Le comité a rendu un avis favorable le 24 décembre 2021.

5.2. MODALITES D'APPLICATION

5.2.1. Application dans le temps

Les dispositions relatives à la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal et à la lutte contre la fraude entrent en vigueur le 15 janvier 2022.

Le présent projet de loi prévoit par ailleurs l'application de l'état d'urgence sanitaire à La Réunion jusqu'au 31 mars 2022.

5.2.2. Application dans l'espace

Les dispositions du projet de loi ont vocation à s'appliquer sur l'ensemble du territoire de la République.

Toutefois, la mise en œuvre des mesures prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ou au titre du régime de sortie reste susceptible d'être modulée selon certains périmètres géographiques en fonction de la situation sanitaire observée dans les différents territoires. En effet, ces deux régimes permettent au Premier ministre de prescrire des mesures sur tout ou partie du territoire national. Ils lui permettent également d'habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de leurs décisions et à décider lui-même de ces mesures lorsqu'elles doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département. Dans les Outre-mer, les dispositions de la loi du 31 mai 2021 et de l'article L. 3131-17 du code de la santé publique permettent au représentant de l'Etat d'adapter les mesures à la situation particulière des territoires, y compris en prévoyant des assouplissements ou en modulant leurs conditions d'entrée en vigueur. En outre, les mesures prises doivent être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu.

5.2.3. Textes d'application

La transformation du passe sanitaire en passe vaccinal nécessitera l'édiction d'un ou plusieurs décrets réglementaires pris sur le rapport du ministre chargé de la santé après avis du comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique et de la Haute autorité de santé. En fonction des habilitations octroyées au représentant de l'Etat dans les territoires, des mesures préfectorales réglementaires ou individuelles pourront être prises.

ARTICLE 2 : ADAPTATION DES SYSTEMES D'INFORMATION DEDIES A LA LUTTE CONTRE L'EPIDEMIE DE COVID-19 POUR PERMETTRE LE SUIVI ET LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE QUARANTAINE

1. ETAT DES LIEUX

1.1. CADRE GENERAL

L'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions permet au ministre chargé de la santé de mettre en œuvre un système d'information aux seules fins de lutter contre la prorogation de l'épidémie de covid-19. En outre, il permet au ministre chargé de la santé, à l'Agence nationale de santé publique, à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé (ARS) d'adapter aux mêmes fins des systèmes existants.

Ces systèmes peuvent comporter des données d'identification et de santé, et ont pour finalités d'identifier les personnes infectées, d'identifier les personnes présentant un risque d'infection (cas contacts, enquêtes sanitaires), d'assurer le suivi sanitaire et l'accompagnement social des personnes concernées, ainsi que d'assurer une surveillance épidémiologique et de permettre la recherche sur le virus.

Le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions autorise la création et l'adaptation des systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 susmentionnée. Il s'agit :

- de créer un système d'information national de dépistage, dénommé « SI-DEP », dont le responsable est le ministre chargé de la santé ;
- d'adapter les systèmes d'information de l'assurance maladie, aux fins de mettre en œuvre un traitement de données de suivi des personnes infectées et des cas contacts, dénommé « Contact Covid », dont le responsable est la Caisse nationale d'assurance maladie ;
- de permettre aux ARS de mettre en œuvre des traitements afin de répondre à la situation d'urgence sanitaire et d'exercer leurs missions de réalisation des enquêtes sanitaires, d'orientation, de suivi et d'accompagnement des personnes et de surveillance épidémiologique, dans les conditions de l'article 67 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, en ayant la possibilité de recourir à des sous-traitants.

Les systèmes d'information « Contact Covid » et « SI-DEP » ont été mis en place le 13 mai 2020. Ce dispositif contribue directement à la lutte contre l'épidémie car il permet :

- aux enquêteurs sanitaires de l'Assurance maladie et des ARS de détecter facilement et rapidement les personnes dont l'examen virologique s'est révélé positif, pour organiser le démarrage de l'enquête sanitaire ou continuer celles qui ont déjà été initiées par les médecins, afin de rompre les chaînes de contamination ;
- d'envoyer aux patients dont l'examen virologique s'est révélé positif, par voie numérique ou postale, une fiche résultat avec les dernières consignes détaillées, ainsi que le code permettant de signaler, de manière non identifiante, ce résultat positif dans l'application facultative « TousAntiCovid » ; et de générer et d'envoyer aux personnes concernées un justificatif d'absence de contamination par la covid-19 ou un certificat de rétablissement pouvant être présenté pour satisfaire aux obligations en matière de passe sanitaire ou d'obligation vaccinale ;
- d'avoir un système fiable et automatisé de suivi épidémiologique afin de suivre, territoire par territoire et au niveau national, le taux d'incidence, le taux de prélèvements et le taux de positivité.

A partir des données de « SI-DEP », Santé publique France (SPF) est en mesure de publier les indicateurs de suivi épidémiologique, au travers d'un bulletin épidémiologique hebdomadaire et d'une publication quotidienne des indicateurs, par territoire.

L'article 11 de la loi du 11 mai 2020 a été modifié à plusieurs reprises. S'agissant des modifications les plus récentes, on peut citer la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, qui a prévu que les données collectées dans le cadre de ces systèmes d'informations dédiés à la lutte contre la covid-19 sont rassemblées au sein du Système national des données de santé (SNDS) et sont soumises aux dispositions du chapitre Ier du titre VI du livre IV de la première partie du code de la santé publique, et peuvent ainsi notamment bénéficier d'une durée de conservation longue (20 ans, en vertu du 4° du IV de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique). La loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire a exclu les coordonnées de contact téléphonique et électronique des personnes concernées de ce versement dans le SNDS et a prévu, notamment pour permettre aux personnes diagnostiquées positives au covid de présenter des certificats de rétablissement au titre du passe sanitaire, une durée de conservation dérogatoire des données fixée à six mois à compter de leur collecte. La loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire a enfin renforcé le niveau de sécurité de ces systèmes d'information, en rendant obligatoires le respect, par les prestataires informatiques auxquels recourent les laboratoires et officines pour alimenter automatiquement « SI-DEP », de mesures de sécurité de haut niveau ainsi que le recours, par ces professionnels de santé, aux seuls prestataires répondant à ces conditions. La durée de mise en œuvre de ces systèmes d'information, indispensables à la gestion de la crise sanitaire, a enfin été systématiquement

prorogée aux mêmes dates que celle du régime de gestion de la sortie de crise sanitaire, soit au 31 juillet 2022.

1.2. CADRE CONSTITUTIONNEL ET COMMUNAUTAIRE

Par sa décision n° 2012-652 DC du 22 mars 2012, (cons. 8), le Conseil constitutionnel a estimé que la collecte, l'enregistrement, la conservation, la consultation et la communication de données à caractère personnel doivent être justifiés par un motif d'intérêt général et mis en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif.

Saisi sur les lois du 11 mai 2020, du 14 novembre 2020 et du 31 mai 2021, le Conseil constitutionnel a rappelé qu'« *il résulte du droit au respect de la vie privée que la collecte, l'enregistrement, la conservation, la consultation et la communication de données à caractère personnel doivent être justifiés par un motif d'intérêt général et mis en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif* » et que « *Lorsque sont en cause des données à caractère personnel de nature médicale, une particulière vigilance doit être observée dans la conduite de ces opérations et la détermination de leurs modalités* ». Comme il le rappelle dans sa décision du 9 novembre 2021 (CC, 9 novembre 2021, décision n° 2021-828 DC), le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution, sous certaines réserves, les dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 instituant ces systèmes d'information, par ses décisions des 11 mai 2020, 13 novembre 2020, 31 mai 2021 et 5 août 2021 (CC, 11 mai 2020, décision n° 2020-800 DC ; CC, 13 novembre 2020, décision n° 2020-808 DC ; CC, 31 mai 2021, décision n° 2021-819 DC ; CC, 5 août 2021, décision n° 2021-824 DC).

Dans sa décision du 5 août 2021, le Conseil constitutionnel a néanmoins censuré l'ajout d'une finalité aux systèmes d'information précités consistant à permettre l'édiction des mesures de placement sur la seule base d'un résultat positif de test à la covid-19. Il a estimé que l'objectif poursuivi n'était pas de nature à justifier qu'une telle mesure privative de liberté s'applique sans décision individuelle fondée sur une appréciation de l'autorité administrative ou judiciaire et que cette mesure était dès lors contraire à l'article 66 de la Constitution. Par voie de conséquence, la finalité assignée aux systèmes d'information utilisés à cet effet, disposition inséparable de celle censurée, a également été jugée contraire à la Constitution.

Ce cadre constitutionnel n'empêche nullement que les systèmes d'informations mentionnés à l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 soient utilisés dans le cadre du suivi et du contrôle des mesures de placement à l'isolement ou en quarantaine dès lors que celles-ci sont entourées des garanties suffisantes.

2. NECESSITE DE LEGIFERER ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Au II de l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020, il est prévu que « *II. - Les systèmes d'information mentionnés au I ont pour finalités : / 1° L'identification des personnes infectées [...]; / 2° L'identification des personnes présentant un risque d'infection, par la collecte des*

informations relatives aux contacts des personnes infectées et, le cas échéant, par la réalisation d'enquêtes sanitaires, en présence notamment de cas groupés ; / 3° L'orientation des personnes infectées, et des personnes susceptibles de l'être, en fonction de leur situation, vers des prescriptions médicales d'isolement prophylactiques, ainsi que l'accompagnement de ces personnes pendant et après la fin de ces mesures ; / 4° La surveillance épidémiologique aux niveaux national et local, ainsi que la recherche sur le virus et les moyens de lutter contre sa propagation [...] ; / 5° L'accompagnement social des personnes infectées et des personnes susceptibles de l'être pendant et après la fin des prescriptions médicales d'isolement prophylactiques [...]. ».

Le III de ce même article 11 dresse la liste des personnes ayant accès aux données recueillies dans le cadre des systèmes d'information dédiés à la lutte contre la covid-19.

Pour permettre le traitement des données recueillies dans le cadre de « SI-DEP » dans le cadre du suivi et du contrôle du respect des mesures individuelles prises sur le fondement des 3° et 4° du I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique et, en tant qu'il s'y réfère, de l'article L. 3131-1 du même code, il importe donc de modifier l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 pour compléter en ce sens la liste des finalités des systèmes d'information dédiés à la lutte contre la covid-19 (II de l'article 11). Plus précisément, ce traitement pourra être utilisé aux fins de contrôle du respect de l'obligation de dépistage imposée aux personnes faisant l'objet de ces mesures. En outre, il est nécessaire de compléter la liste des personnes ayant accès aux données concernées, (III de l'article 11), en ajoutant les services préfectoraux habilités à prendre de telles mesures.

3. DISPOSITIF RETENU

L'article 2 du projet de loi complète l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 modifiée prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, relatif aux systèmes d'informations mis en œuvre aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19, afin de prévoir, d'une part, que ces systèmes d'information ont également pour finalité le contrôle du respect de l'obligation de dépistage imposée aux personnes faisant l'objet des mesures de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement prises sur le fondement des 3° et 4° du I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique et, en tant qu'il s'y réfère, de l'article L. 3131-1 du même code et, d'autre part, que les services préfectoraux peuvent recevoir les données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions de suivi et de contrôle de ces mesures.

4. ANALYSE DES IMPACTS DES DISPOSITIONS ENVISAGEES

4.1. IMPACTS SUR L'ORDRE JURIDIQUE INTERNE

L'article 2 du projet de loi complète l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 modifiée prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions, relatif aux systèmes d'informations mis en œuvre aux fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19, afin de prévoir, d'une part, que ces systèmes d'information ont également pour finalité le contrôle du respect de l'obligation de dépistage imposée aux personnes faisant l'objet des mesures de mise en quarantaine ou de placement à l'isolement prises sur le fondement des 3° et 4° du I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique et, en tant qu'il s'y réfère, de l'article L. 3131-1 du même code et, d'autre part, que les services préfectoraux peuvent recevoir les données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions de suivi et de contrôle de ces mesures.

4.2. ARTICULATION AVEC LE DROIT INTERNATIONAL ET LE DROIT DE L'UNION EUROPEENNE

La disposition envisagée est conforme au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD).

5. MODALITES D'APPLICATION

5.1. APPLICATION DANS LE TEMPS

Les systèmes d'information concernés et les modifications envisagées de ces systèmes seront mis en œuvre jusqu'au 31 juillet 2022.

5.2. APPLICATION DANS L'ESPACE

La disposition envisagée sera applicable de manière homogène sur l'ensemble du territoire national. Compte tenu des compétences de ces collectivités, un dispositif similaire applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française a été expressément prévu par l'article 7 de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire.

5.3. TEXTES D'APPLICATION

L'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions trouve son application dans le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020. Ce décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, devra être modifié, dans les mêmes

formes, pour compléter la liste des finalités de SI-DEP et la liste des personnes ayant accès aux données de ce SI à cette nouvelle fin. Ce décret devra par ailleurs prévoir que les données relatives au statut vaccinal, qui sont déjà enregistrées dans le SI-DEP et utilisées à des fins d'enquêtes sanitaires, pourront également être traitées aux fins de délivrance du passe vaccinal.

ARTICLE 3 : ENCADREMENT DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE

1. ÉTAT DES LIEUX

Dans sa décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a censuré les troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) à la date du 31 décembre 2021.

Pour tirer les conséquences de cette décision, le Gouvernement a inséré dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, les dispositions de l'article 3 du présent projet de loi qui instaurent un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée (art. 41).

Le Conseil constitutionnel a, dans sa décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, considéré que ces dispositions, qui 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, et ne relevaient pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale et les a donc déclarées contraires à la Constitution.

2. NECESSITE DE LEGIFERER ET OBJECTIFS POURSUIVIS

2.1. NECESSITE DE LEGIFERER

Par décision en date du 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a déclaré les troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) dans leur rédaction résultant de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, contraires à la Constitution. Le Conseil constitutionnel a reporté la date de l'abrogation de ces alinéas au 31 décembre 2021.

Le troisième alinéa du II, objet de la censure, prévoit que le médecin peut renouveler, à titre exceptionnel, les mesures d'isolement ou de contention au-delà des durées totales respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures. Le médecin en informe sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que le patient et les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12. Le sixième alinéa énonce que cette information est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention sur une période de quinze jours.

Le Conseil constitutionnel, qui rappelle que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible, estime qu'aucune

disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution.

Il revient donc au législateur de prévoir une intervention systématique du juge judiciaire en cas de maintien de ces mesures au-delà d'une certaine durée.

2.2. OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif poursuivi est d'assurer le contrôle systématique, par le juge judiciaire, des mesures de renouvellement des mesures d'isolement et de contention à compter du 1^{er} janvier 2022, date d'abrogation des dispositions des troisième et sixième alinéas du paragraphe II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) en application de la décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021.

3. OPTIONS ENVISAGEES ET DISPOSITIF RETENU

3.1. OPTIONS ENVISAGEES

Les options suivantes ont été envisagées puis écartées :

- Fixer des limites strictes aux mesures d'isolement et de contention, sans possibilité de maintien au-delà de ces durées : cette option n'a pas été retenue car elle est apparue incompatible avec la situation médicale de certains patients qui doivent être maintenus en isolement ou en contention au-delà de ces bornes temporelles ;
- Prévoir que le JLD détermine la durée de la nouvelle mesure d'isolement ou de contention qui est prise en accordant un crédit d'heures : cette option n'a pas été retenue car elle apparaît incompatible avec l'office du juge ;
- Prévoir un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'isolement et de contention dès lors que les durées totales maximales des mesures fixées par la loi ont été atteintes : cette option a été écartée car elle ne semble pas compatible avec les contraintes de fonctionnement des juridictions.

3.2. OPTION RETENUE

Afin de tirer les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel, il est proposé une nouvelle rédaction de l'article L. 3222-5-1 du CSP.

Le paragraphe I prévoit les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement et de contention peuvent être prises et renouvelées dans la limite des durées totales respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures.

Le paragraphe II prévoit les conditions dans lesquelles ces mesures peuvent se poursuivre au-delà de ces durées totales.

En cas de renouvellement des mesures d'isolement et de contention au-delà des durées respectives de quarante-huit heures et de vingt-quatre heures, le directeur de l'établissement en informe sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut se saisir d'office pour mettre fin à ces mesures. Le médecin informe également du renouvellement de ces mesures au moins le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin ou à défaut, au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

Si le médecin souhaite poursuivre les mesures au-delà des durées respectives de soixante-douze heures et de quarante-huit heures, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD avant l'expiration des durées respectives de soixante-douze heures et de quarante-huit heures. Le JLD autorise le maintien de ces mesures si les conditions prévues au I sont réunies. A défaut, il en ordonne la mainlevée.

Dans le cas où le juge autorise le médecin à maintenir la mesure, celui-ci peut la renouveler dans les conditions prévues au I et aux alinéas qui précèdent. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge, celui-ci est saisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin en informe au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Le juge statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Il peut être ressaisi au moins vingt-quatre heures avant l'expiration de chaque délai de sept jours. Il statue dans les mêmes conditions. L'information des proches est réitérée dans les mêmes conditions à chaque saisine du JLD.

Ces dispositions permettent d'appréhender la situation des patients dont la situation médicale exige qu'ils soient maintenus en isolement de manière prolongée. Pour ce qui est de la contention, le cycle d'information et de saisine du juge décrit plus haut continue à s'appliquer jusqu'à la fin de la mesure.

Dans tous les cas, il appartient au médecin de déterminer la durée de la nouvelle mesure prise. Il peut également ne pas reprendre de mesure et/ou la lever à tout moment.

Pour l'application de ces dispositions, lorsque les mesures sont espacées de moins de quarante-huit heures, leurs durées s'ajoutent.

En cas de mainlevée de la mesure par le juge des libertés et de la détention, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration du délai de quarante-huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

Les dispositions proposées prennent également en compte l'hypothèse de mesures courtes, répétées mais discontinues afin d'éviter un éventuel risque de contournement de la saisine du JLD. En effet, le dispositif proposé prévoit une information systématique et une saisine systématique du juge des libertés et de la détention non seulement en cas de renouvellement de ces mesures au-delà d'une certaine durée mais aussi lorsque plusieurs mesures d'isolement ou de contention sont prises dans un délai rapproché et/ou sur une période de temps assez courte (15 jours).

L'article L. 3211-12, relatif à la saisine du JLD aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention, est également modifié afin de prévoir que le JLD qui est saisi aux fins de mainlevée de ces mesures statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine. Le patient et les tiers peuvent saisir à tout moment le JLD aux fins de mainlevée de celles-ci.

Le dispositif retenu prévoit ainsi une intervention systématique du JLD en cas de maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà d'une certaine durée. Il répond ainsi aux exigences du Conseil constitutionnel.

Pour permettre une adaptation des évaluations du patient placé en isolement et/ou sous contention aux spécificités de chaque maladie et aux modalités d'organisation des services dans les établissements de santé, les durées initiales des mesures d'isolement et de contention prévues à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique sont conservées mais le cadencement des évaluations lors du renouvellement des mesures est remplacé par une obligation de deux évaluations par vingt-quatre heures pour les mesures d'isolement et deux évaluations par douze heures pour les mesures de contention.

Le III de l'article L.3222-5-1 du CSP est modifié à compter du 1er juin 2023 pour le mettre en cohérence avec l'ordonnance du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds. Cette ordonnance modifie le régime de désignation des établissements autorisés en psychiatrie pour assurer les soins psychiatriques sans consentement en régime d'autorisation à compter du 1er juin 2023. Il convient donc de modifier la formulation de la première phrase du III paragraphe qui prévoit la tenue d'un registre dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Par ailleurs, la modification des articles L.3844-1 et L.3844-2 du Code de la santé publique vise à rendre applicable l'article L. 3222-5-1 dans sa version issue de la présente loi en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

4. ANALYSE DES IMPACTS DES DISPOSITIONS ENVISAGEES

4.1. IMPACTS JURIDIQUES

Le présent article modifie les articles L. 3222-5-1, L. 3211-12-2 et L. 3211-12-4 du code de la santé publique.

Il appellera l'adoption d'un décret en Conseil d'Etat.

La modification de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique sera accompagnée par une instruction de la DGOS destinée à faciliter la mise en place de la réforme dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Cette instruction sera concertée avec les acteurs de la psychiatrie (fédérations, conférences, associations représentants des usagers, des familles...), les ARS, la Commission nationale de la psychiatrie....

4.2. IMPACTS SUR L'ADMINISTRATION

La mise en œuvre du nouvel article L. 3222-5-1 nécessite des adaptations et des réorganisations rapides et en profondeur des établissements de santé autorisés en psychiatrie et autorisés pour recevoir des patients en soins sans consentement. Des mesures d'accompagnement doivent être mises en œuvre dans des délais très courts afin que les établissements de santé soient en mesure de mettre en œuvre les dispositions du présent article.

Ce plan d'accompagnement doit intégrer des mesures de formation, la mise en place d'équipes d'appui intra-hospitalières de prévention de crise, des recrutements d'effectifs IDE, une amélioration des SI dédiés pour assurer le suivi et le contrôle des mesures d'isolement et de contention dans les établissements et le développement des alternatives à l'isolement et à la contention, notamment l'aménagement de salons d'apaisement.

Les mesures d'accompagnement sont estimées à 15M€ pour 2022 à inscrire en crédits pérennes pour couvrir :

- le renforcement des équipes soignantes des unités de soins sans consentement en recrutant des IDE supplémentaires,
- la mise en place de binômes médecin/ infirmier « référents isolement/contention »,
- la formation continue destinée au personnel des établissements désignés à recevoir des patients en soins sans consentement (droits des patients, gestion de la violence, renforcement des compétences...),
- le renforcement du système d'information pour améliorer le suivi des mesures d'isolement et de contention,
- le développement d'alternatives à l'isolement et à la contention, notamment l'aménagement de salons d'apaisement.

Ce plan d'accompagnement devra intégrer des mesures de restructurations immobilières, en lien avec les travaux sur la réforme des autorisations et la mesure Investissements pour la psychiatrie du Ségur de la Santé.

La modification de l'article L.3222-5-1 du CSP en 2020 est accompagnée d'une délégation de crédits à hauteur de 35M€.

Le présent article a également un fort impact sur les juridictions et le nombre de saisines du JLD. Le JLD devient en effet compétent pour autoriser le maintien des mesures d'isolement et de contention au-delà des durées maximales respectives de 72 heures et 48 heures. Il convient en outre d'anticiper une augmentation de sa charge de travail lors de son activité de contrôle des soins sans consentement puisque ce contrôle inclura celui des mesures d'isolement et de contention éventuellement prises. Le JLD pourra en outre être saisi aux fins de mainlevée des mesures d'isolement et de contention à tout moment, par le patient ou l'une des personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 du CSP.

La mise en œuvre du texte engendre un certain nombre de charges nouvelles sur les personnels des services judiciaires susceptibles de se traduire au niveau national par les besoins globaux suivants :

S'agissant des magistrats : un besoin de 19,2 ETP de juges des libertés et de la détention.

S'agissant des fonctionnaires : un besoin de 17,8 ETP de fonctionnaires de greffe.

Sur la base des données produites par le ministère des solidarités et de la santé, une cartographie du besoin – juridiction par juridiction – a par ailleurs été établie.

Il en résulte que trois tribunaux judiciaires (Lyon, Paris et Bobigny) présentent un besoin avoisinant (voire supérieur) 1ETP de JLD et 1ETP de greffe.

Le besoin des autres juridictions est essentiellement constitué de rompus d'ETP, oscillant pour 28 d'entre elles entre 0,20 et 0,80 ETP de JLD et de fonctionnaire.

Pour les autres (soit 137 tribunaux judiciaires), le besoin inférieur à 0,20 ETP de JLD et de greffe doit être considéré comme résiduel.

Il sera tenu compte de cette évaluation dans le cadre des dialogues de gestion et des prochains mouvements de magistrats et de fonctionnaires au sein des juridictions afin de tenir compte de ces charges nouvelles et d'affecter les emplois nécessaires au sein des juridictions.

Dans un contexte plus global d'élargissement des missions des JLD, il est également prévu d'indemniser les astreintes effectuées dans le cadre de cette réforme. Sur la base du dispositif d'indemnisation des astreintes sans déplacement des magistrats du parquet, il est envisagé d'allouer aux JLD une indemnité de 20 € pour les astreintes de week-end et jours fériés, en cas d'intervention sans déplacement en matière de contention et d'isolement. L'impact budgétaire est de l'ordre de 221 000 € (2 JLD pour les TJ du G1 et 1 JLD pour les autres)

Nombre de jours (week-end et jours fériés)	Nombre de TJ	Nombre de JLD appelés à effectuer une astreinte (WE ou jours fériés)	Montant indemnité	Total
63	164	176	20	221 760
		2 JLD POUR TJ G1		

5. CONSULTATIONS ET MODALITES D'APPLICATION

5.1. MODALITES D'APPLICATION

5.1.1. Application dans le temps

La mesure envisagée s'appliquera dès le lendemain de la publication de la loi au Journal officiel de la République française.

5.1.2. Application dans l'espace

Les dispositions envisagées s'appliquent dans les collectivités régies par le principe d'identité législative (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Mayotte), à Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon, en Polynésie française et Nouvelle-Calédonie.

Collectivités d'Outre-mer	
Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion	Oui
Mayotte	Oui
Saint-Martin, Saint- Barthélemy	Oui
Saint-Pierre-et-Miquelon	Oui

Autres (Polynésie
française, Nouvelle-
Calédonie, Wallis-et-
Futuna, TAAF)

La modification des articles L.3844-1 et L.3844-2 vise à
rendre applicable la modification de l'article L.3222-5-1 du
CSP en Polynésie française et en Nouvelle Calédonie

Les TAAF et Wallis-et-Futina n'ont pas d'offre de soins
psychiatriques sans consentement.