

RAPPORT D'INFORMATION

ENGAGER AVEC TRANSPARENCE
LA LEVÉE DU PASSE VACCINAL© Chappatte, NZZ am Sonntag, Zurich - www.chappatte

Soucieuse de suivre la proportionnalité des mesures restrictives de gestion de la crise sanitaire, la commission des affaires sociales a obtenu le 20 janvier 2022 les prérogatives d'une commission d'enquête pour évaluer l'adéquation du passe vaccinal à l'évolution de l'épidémie de covid-19.

À l'issue de ses travaux, la commission estime qu'il est désormais temps d'engager une levée rapide du passe vaccinal et appelle à renforcer la transparence dans la gestion de l'épidémie, tout en veillant à la protection des plus fragiles.

1. UNE MESURE JUSTIFIÉE FACE À UNE DYNAMIQUE ÉPIDÉMIQUE DE LA FIN DE L'ANNÉE 2021 MARQUÉE PAR UNE VAGUE « DELTA »

A. LES PROJECTIONS DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE DISPONIBLES À L'AUTOMNE 2021 LAISSAIENT PRÉSAGER DE FORTES TENSIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS

1. Les risques de la cinquième vague liée à la propagation du variant Delta

Après une situation globalement maîtrisée durant l'été 2021 en France hexagonale, une nouvelle vague épidémique forte a émergé à l'automne. Ainsi, si le taux d'incidence au niveau national était passé sous le seuil des 50 cas pour 100 000 habitants le 1^{er} octobre 2021, une nouvelle progression a commencé dès le 8 octobre. Cette « cinquième vague », est alors caractérisée, comme le soulignait le Gouvernement en décembre¹, par une « **augmentation constante depuis le mois d'octobre et dépasse, sur la semaine glissante du 17 au 23 décembre, 700 cas pour 100 000 habitants** ».

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

¹ Étude d'impact du projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire.



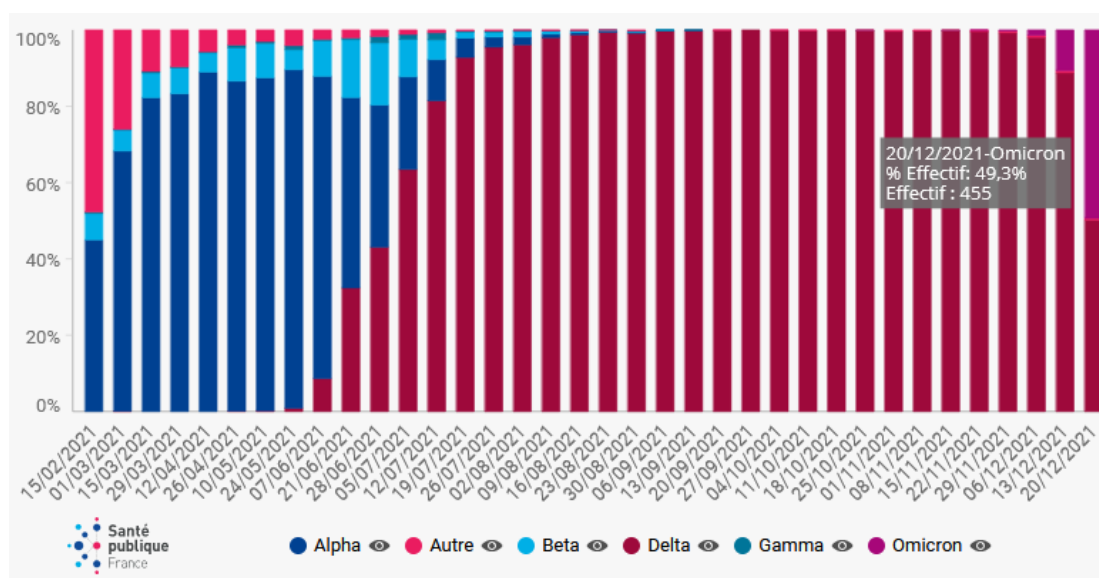
Cette situation apparaît préoccupante alors que les fêtes de fin d'année et le brassage de population qu'elles occasionnent approchent. Surtout, **des études publiées à l'automne indiquent que l'efficacité du vaccin diminue avec le temps et qu'une dose de rappel est nécessaire pour maintenir une protection suffisante** contre l'infection mais, surtout, contre les formes graves de la maladie.

2. La conjugaison des vagues « Delta » et « Omicron »

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

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

Proportions des variants identifiés en circulation



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

Le 5 janvier 2022, soit au début de l'examen en première lecture du projet de loi au Sénat, plus de 330 000 tests positifs étaient recensés.

3. Une vague hospitalière redoutée

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

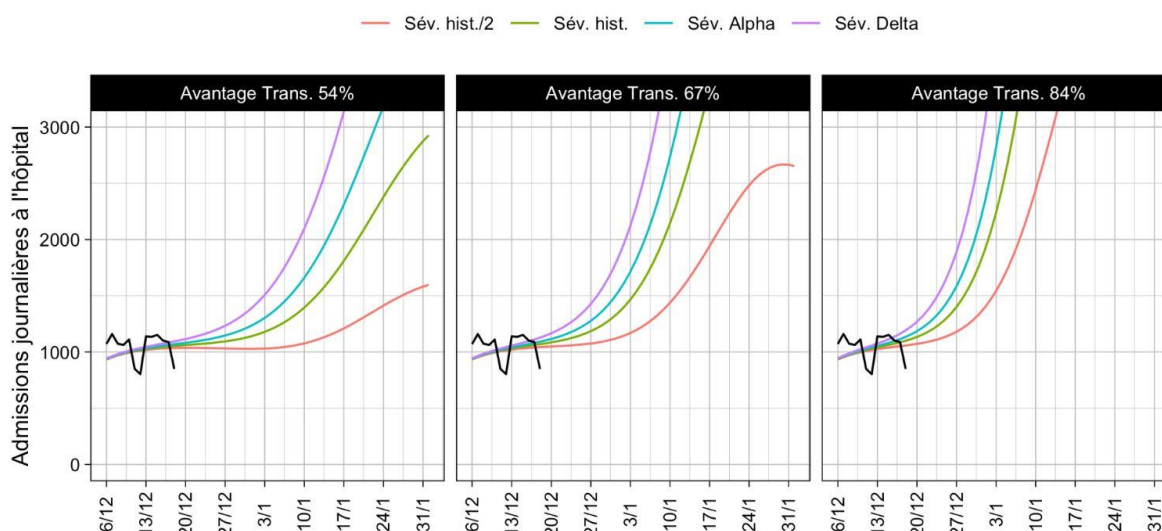
¹ Avis du Conseil scientifique COVID-19 du 16 décembre 2021 - Mise à jour de l'avis du 8 décembre 2021, le variant Omicron : anticiper la 6^{ème} vague.

Dans l'étude d'impact jointe au projet de loi déposé le 27 décembre 2021, le Gouvernement insistait particulièrement sur la situation hospitalière le conduisant à proposer ces mesures nouvelles : « 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 ». **Au 8 janvier, 21 721 personnes étaient hospitalisées, 3 821 personnes en soins critiques.**

Les premières études sur le variant Omicron indiquaient que ce dernier semblait conduire à des formes moins graves que le variant Delta. Cependant, les projections soulignaient alors que sa très forte contagiosité, renforcée par rapport au précédent variant, pourrait en définitive engendrer une vague hospitalière très haute. Était alors éventuellement anticipée **une répartition différente des besoins entre lits d'hospitalisation classique avec oxygénation et lits de réanimation.**

Aussi, bien que désormais minoritaire en proportion, le variant Delta demeurerait début janvier à un très haut niveau en nombre de cas, avec donc **un fort risque persistant pour les lits en réanimation.**

Reprise attendue des hospitalisations en fonction des hypothèses sur la croissance et la sévérité d'Omicron



Note : Les lignes noires représentent les données, les lignes colorées les simulations

Source : Institut Pasteur, publication du 27 décembre 2021

B. LA NÉCESSITÉ DE LIMITER L'IMPACT DE LA VAGUE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR UNE NOUVELLE INCITATION À LA VACCINATION

1. Les réponses préconisées : l'accroissement de la couverture vaccinale de la population et la campagne de rappel

Dans son avis sur le projet de loi, le conseil scientifique considérait à la fin décembre 2021¹ que « le nombre de nouvelles contaminations pourrait être très important, atteignant 200 000 nouvelles contaminations par jour ». Face à ce très haut niveau de contaminations et aux tensions qu'il pourrait provoquer, le conseil estimait que « **les éléments clés de la réponse à cette vague Omicron reposent sur l'accélération massive (en cours et à poursuivre) de la troisième dose de rappel ET sur les mesures de protection individuelles et collectives incluant une large utilisation des tests de dépistage. On estime cependant qu'environ 5 millions de personnes à risques ne sont pas primovaccinées ou n'ont pas encore reçu la dose de rappel** ».

¹ Avis du 24 décembre 2021, projet de loi transformant le passe sanitaire en passe vaccinal.

Dans le même contexte et dans un calendrier comparable face à la montée en puissance du variant Omicron sur le continent européen, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies incitait à la mi-décembre les États membres de l'Union européenne¹ à **considérer l'administration d'une dose de rappel à la population adulte à partir de 3 mois après la complétude du schéma de primo-vaccination**, à renforcer leurs plans de préparation et de montée en charge des capacités hospitalières et renforcer et accroître leur communication des risques.

Cette stratégie d'accélération de la couverture vaccinale avec rappel se trouvait également appuyée par les modélisations scientifiques. Ainsi, dans son étude de fin décembre, l'institut Pasteur² estimait que « l'accélération de l'administration des doses de rappel (1,2 millions par jour au lieu de 800 000 par jour) pourrait réduire la taille du pic d'hospitalisations de 9-17 % » quand « la vaccination de 90 % des adultes non vaccinés à un rythme de 100 000 doses administrées par jour pourrait réduire la taille du pic des hospitalisations de 17-35 % ».

2. Une transformation du passe sanitaire en passe vaccinal comme outil de prévention des conséquences de la nouvelle vague

Pour le Gouvernement, le passe vaccinal « **constitue le prolongement du dispositif de passe sanitaire tel qu'il avait été défini par les lois du 31 mai et du 5 août 2021, et qui avait permis d'amplifier significativement la campagne de primo-vaccination à l'été 2021** »³.

Les effets constatés du passe sanitaire sur la couverture vaccinale

Une étude du *Lancet Public Health*⁴, publiée le 13 décembre 2021, indique que le passe sanitaire a entraîné une augmentation des vaccinations 20 jours avant sa mise en œuvre, avec un effet durable jusqu'à 40 jours après. En France, les doses ont dépassé 55 672 vaccins par million d'habitants avant l'entrée en vigueur du passe sanitaire et 72 151 par million d'habitants après son entrée en vigueur.

L'étude constate également que l'augmentation était la plus élevée chez les personnes de moins de 30 ans après la mise en place du passe sanitaire et que l'extension du passe sanitaire aux lieux de la vie quotidienne a entraîné une forte augmentation chez les personnes âgées de 30 à 49 ans. Par ailleurs, selon cette étude, la mise en œuvre du passe sanitaire a également eu un effet sur la réduction du nombre de cas.

Source : Réponse du ministère de la santé au questionnaire de la commission

Par un outil comparable, le **Gouvernement espérait ainsi reproduire l'effet du passe sanitaire sur la réduction du nombre de personnes non-vaccinées dans la population** et satisfaire efficacement la principale réponse préconisée par les autorités de santé publique pour faire face à cette vague.

Comme le présentait le Gouvernement, le passe vaccinal répondait à deux objectifs :

- **Réduire les tensions sur le système hospitalier** en prévenant les potentiels cas graves de la covid-19 par une augmentation de la couverture vaccinale ;
- **Limiter les risques de contamination des non-vaccinés** en leur interdisant l'accès à certains lieux et en réservant leur accès aux seules personnes vaccinées.

¹ Assessment of the further emergence of the SARS-CoV-2 Omicron VOC in the context of the ongoing Delta VOC transmission in the EU/EEA, 18th update, ECDC, 15 décembre 2021.

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

³ Réponses au questionnaire de la commission.

⁴ The effect of mandatory COVID-19 certificates on vaccine uptake: synthetic-control modelling of six countries, Prof. Melinda C Mills, PHD, The Lancet Public Health, 13 décembre 2021.

« Le recours au passe vaccinal en tant qu'incitatif au recours à la vaccination devait garantir aux citoyens un retour à une vie quotidienne quasi-normale et une reprise de l'activité économique tout en minimisant les risques de transmission du virus et son impact sanitaire ». – Ministère des solidarités et de la santé¹

Passe vaccinal

Le passe vaccinal consiste à présenter l'un des justificatifs suivants :

- **un certificat de vaccination, à la condition que les personnes disposent d'un schéma vaccinal complet (dose de rappel effectuée dans le délai imparti pour les personnes à partir de 18 ans et 1 mois qui y sont éligibles) ;**
- **un certificat de rétablissement, soit le résultat d'un test RT-PCR ou antigénique positif attestant du rétablissement de la covid, de plus de 11 jours et de moins de 4 mois ;**
- un certificat de contre-indication à la vaccination.

Sauf exception, le passe vaccinal n'intègre plus comme preuve le résultat d'un test de dépistage covid-19 négatif.

Interrogé par la commission sur le calendrier de prise de décision, le Gouvernement s'est borné à indiquer que **la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal avait été envisagée en décembre, sans davantage préciser l'anticipation et la préparation de cette hypothèse avant l'annonce faite par le Premier ministre le 17 décembre en conférence de presse.**

Trois autres options envisagées de lutte contre la vague hivernale

Comme l'explique l'étude d'impact du projet de loi, trois autres options ont été envisagées par le Gouvernement en parallèle de la transformation du passe vaccinal.

La première option alternative aurait pu consister à **laisser le cadre juridique de réponse à la crise inchangé**. Le Gouvernement estime que cette option n'aurait pu permettre d'éviter une saturation des capacités de prise en charge hospitalières et aurait conduit à prendre des mesures de restriction généralisées relevant de l'état d'urgence sanitaire, telles que le confinement, le couvre-feu ou la fermeture de nombreux établissements recevant du public.

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 médicosocial.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les réponses au questionnaire adressé au ministre des solidarités et de la santé

Il convient de souligner que **le passe sanitaire intégrant la dose de rappel**, comme c'est le cas pour tous les adultes depuis le 15 janvier 2022, s'il ne se présente pas comme un moyen de soutenir les primo-vaccinations, apparaît strictement comparable en termes d'incitation à l'administration de la dose de rappel.

¹ Réponse du ministre des solidarités et de la santé au questionnaire adressé par la commission.

Cette incitation à la vaccination au moyen du passe vaccinal a été, en décembre, très clairement assumée par le Gouvernement, à la différence du mois de juillet 2021. Ce changement a d'ailleurs été remarqué par le Conseil d'État qui, dans son avis sur le projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire¹ « **relève que le "passe vaccinal" est présenté par les pouvoirs publics comme visant, en outre, à inciter les personnes ne s'étant pas encore engagées dans un schéma vaccinal à entamer cette démarche. Il estime qu'au vu de l'évolution de la situation épidémique et de la progression de la couverture vaccinale dans le pays, cet objectif indirect de la mesure, qui tend à limiter plus largement les risques de diffusion du virus dans les activités autres que celles entrant dans le champ de la mesure en raison des risques particuliers que celles-ci présentent, et les risques de développement des formes graves de la maladie, contribuant ainsi à réduire la pression exercée sur le système de soins, s'inscrit dans l'objectif à valeur constitutionnelle de protection de la santé** ».

Sollicité sur le projet de loi² visant à transformer le passe sanitaire en passe vaccinal, **le conseil scientifique a donné un avis favorable**, position réaffirmée par la suite³. Cependant, dans un avis de janvier 2022⁴, le conseil « rappelle une nouvelle fois que les dispositions encadrant le passe vaccinal **devront être appliquées en cas de besoin avec cohérence et proportionnalité et tenir compte au cours du temps d'une possible amélioration de la situation sanitaire**. Trois marqueurs seront à suivre avec attention : (i) le nombre de personnes ayant reçu une dose de rappel, (ii) le niveau d'occupation des lits en hospitalisation et en soins critiques et (iii) l'apparition éventuelle d'un nouveau variant ».

3. Une validation du Conseil constitutionnel sous réserve d'une adéquation à la situation sanitaire

Comme le Conseil d'État dans son avis, le Conseil constitutionnel a constaté dans sa décision sur la loi⁵ du 21 janvier 2022 que les dispositions relatives au passe vaccinal « **portent atteinte à la liberté d'aller et de venir et, en ce qu'elles sont de nature à restreindre la liberté de se réunir, au droit d'expression collective des idées et des opinions** ». Cependant, dans sa décision, le Conseil constitutionnel estime que l'appréciation du législateur, qui estime justifié de recourir au passe vaccinal, et les modalités de ce dernier « **ne sont pas, en l'état des connaissances, manifestement inadéquates** au regard de l'objectif poursuivi et de la situation présente ».

Surtout, le Conseil souligne, reprenant la formulation de la loi, que « **les mesures contestées ne peuvent être prises que dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre 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** ». Le Conseil insiste également pour rappeler qu' « elles doivent être **strictement proportionnées** aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires ».

- Ainsi le Conseil constitutionnel a-t-il validé l'analyse faite par le Sénat lors de l'examen du texte et particulièrement mis en avant la **nécessaire proportionnalité de la mesure et surtout son application limitée strictement à des situations le justifiant au regard d'indicateurs sanitaires objectivement identifiés**. C'est précisément l'objet de la mission d'information constituée par la commission.

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

² Avis du 24 décembre précité.

³ Dans son avis du 19 janvier 2022, le Conseil a également réitéré « sa position positive en faveur de la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal malgré les restrictions de libertés associées, à condition que cette décision soit proportionnée au regard de la crise sanitaire ».

⁴ Avis du Conseil scientifique COVID-19. 21 janvier 2022, Projet de décret de mise en œuvre du passe vaccinal.

⁵ Conseil constitutionnel, décision n° 2022-835 DC du 21 janvier 2022 - Loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

2. UN OUTIL QUI N'A PAS PLEINEMENT REMPLI SES OBJECTIFS ET DONT LES EFFETS SONT INCERTAINS FACE À L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

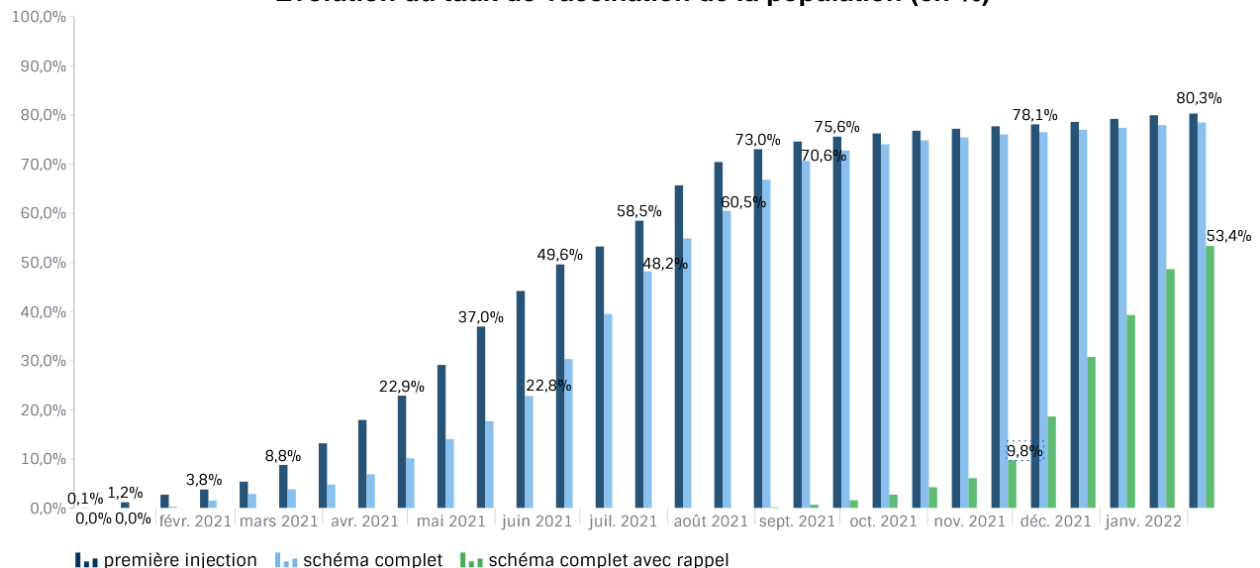
A. UN OUTIL QUI N'A PAS PERMIS DE RÉDUIRE SIGNIFICATIVEMENT LE NOMBRE DE PERSONNES SUSCEPTIBLES DE DÉVELOPPER DES FORMES GRAVES

1. Les primo-vaccinés recensés depuis mi-décembre ne constituent pas la cible prioritaire pour réduire les potentielles formes graves de la covid-19

Après avoir annoncé, le 25 novembre 2021, que la validité du passe sanitaire pour les personnes majeures serait conditionnée, à compter du 15 janvier 2022, à une dose de rappel administrée au plus tard 7 mois après la dose précédente, le Gouvernement a procédé, le 17 décembre, à l'annonce de la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal à compter du 15 janvier 2022. **Ces annonces ont été suivies d'une augmentation significative de l'administration de doses de vaccin**, pour l'entrée dans un schéma vaccinal ainsi que pour un rappel vaccinal.

Le taux de population ayant reçu une dose de rappel est ainsi passé de 8,5 % au 21 novembre 2021 à 47,1 % au 16 janvier 2022, pour atteindre 55,9 % au 13 février 2022. Quant à la part de la population ayant reçu au moins une première injection, elle est passée de 77,6 % au 21 novembre 2021 à 79,8 % au 16 janvier 2022, pour atteindre 80,4 % au 13 février 2022. Entre le 20 décembre et le 23 janvier, ce sont ainsi 800 000 personnes qui ont reçu une première dose de vaccin.

Évolution du taux de vaccination de la population (en %)

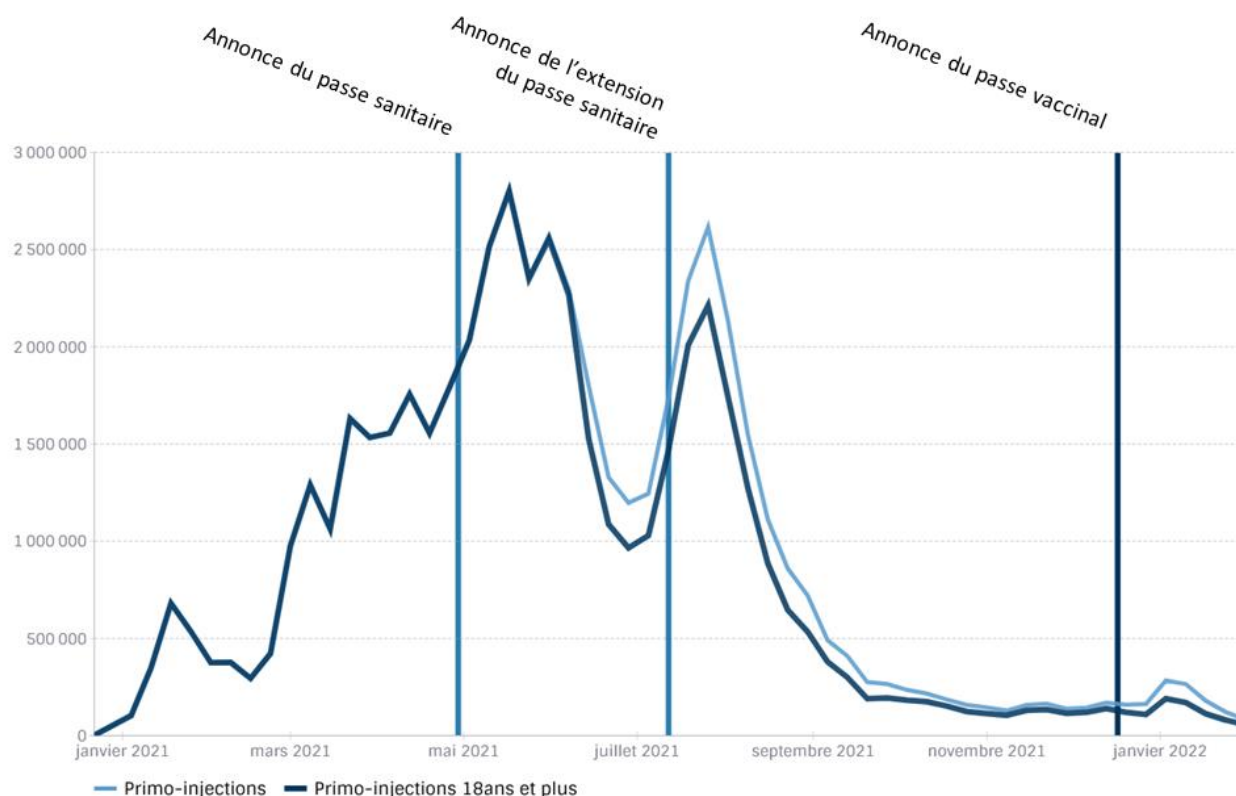


Source : commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

Alors que l'incitation à l'administration d'une dose de rappel pour les personnes vaccinées pouvait être obtenue en conditionnant la validité d'un passe sanitaire à une dose de rappel, **le passe vaccinal permettait d'inciter les personnes non vaccinées à s'engager dans la vaccination.**

L'utilité du passe vaccinal doit donc être principalement évaluée au regard du nombre de primo-vaccinations réalisées depuis qu'il a été annoncé, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

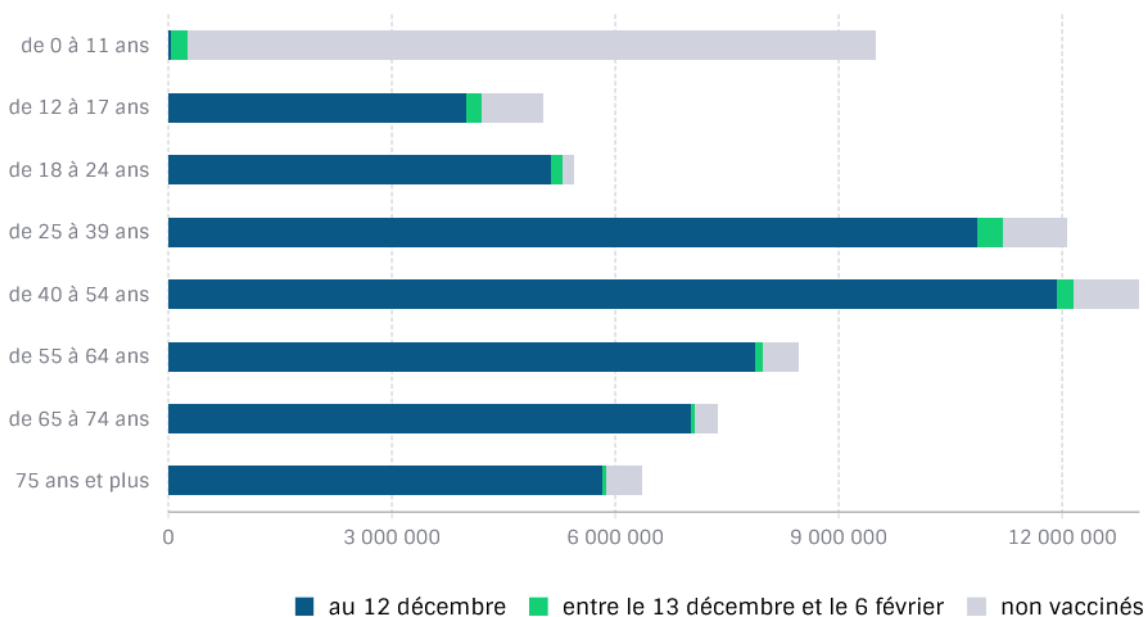
Nombre de primo-vaccinations réalisées en moyenne hebdomadaire



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

Si l'on constate une augmentation du nombre de primo-injections administrées après l'annonce du passe vaccinal, cette hausse est sans commune mesure avec celle observée après la mise en place du passe sanitaire. Cet écart doit toutefois être relativisé au regard du nombre de personnes encore non vaccinées à la fin de l'année 2021, estimé à environ 5 millions par le ministère des solidarités et de la santé.

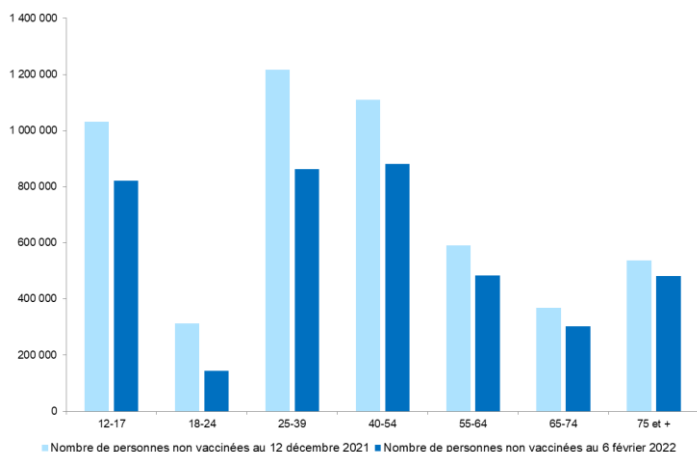
Personnes ayant reçu au moins une injection (par tranche d'âge)



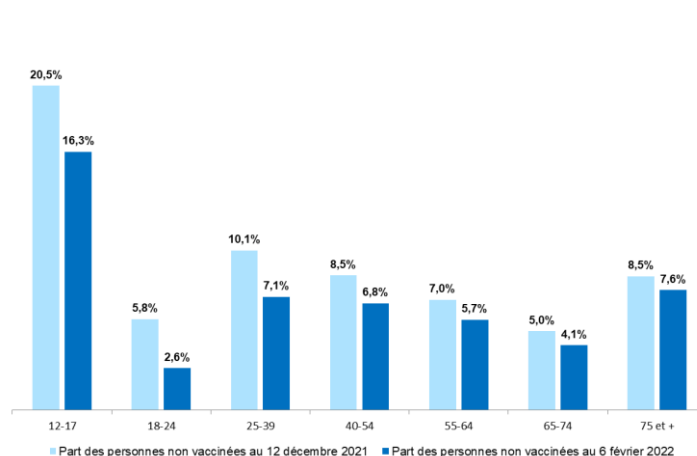
Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

Les données de l'Assurance maladie sur les primo-vaccinations réalisées depuis la mi-décembre 2021 montrent que **l'entrée dans la vaccination a davantage concerné les personnes âgées de moins de 40 ans**. Les personnes non vaccinées de moins de 40 ans étant plus nombreuses que celles de 40 ans et plus, elles ont logiquement été plus nombreuses à recevoir une première dose de vaccin. Il n'en demeure pas moins que **plus la population est âgée, moins la progression de la vaccination a été importante**, alors que les risques de développer une forme grave de la covid-19 augmentent avec l'âge.

Nombre de non vaccinés par tranche d'âge



Part des personnes non vaccinées par tranche d'âge

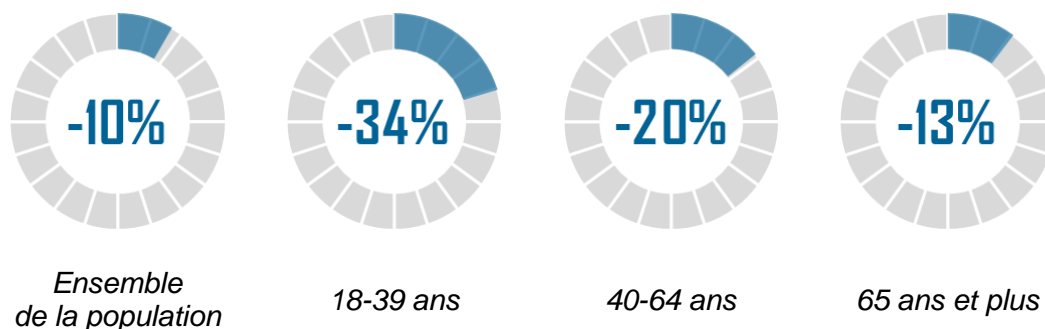


Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après les données Vac-SI

Si le nombre de personnes non vaccinées, tous âges confondus, a diminué de 10 % entre le 12 décembre et le 6 février, on observe que cette diminution a été plus significative chez les plus jeunes, sans même tenir compte de l'ouverture de la vaccination à l'ensemble des enfants de 5 à 11 ans depuis le 22 décembre 2021.

Entre le 12 décembre et le 6 février, le nombre de personnes non vaccinées a ainsi diminué de 34 % pour les personnes âgées de 18 à 39 ans, de 20 % pour celles âgées de 40 à 64 ans et de 13 % pour les personnes de 65 ans et plus¹.

Évolution du nombre de personnes non-vaccinées entre le 12 décembre 2021 et le 6 février 2022

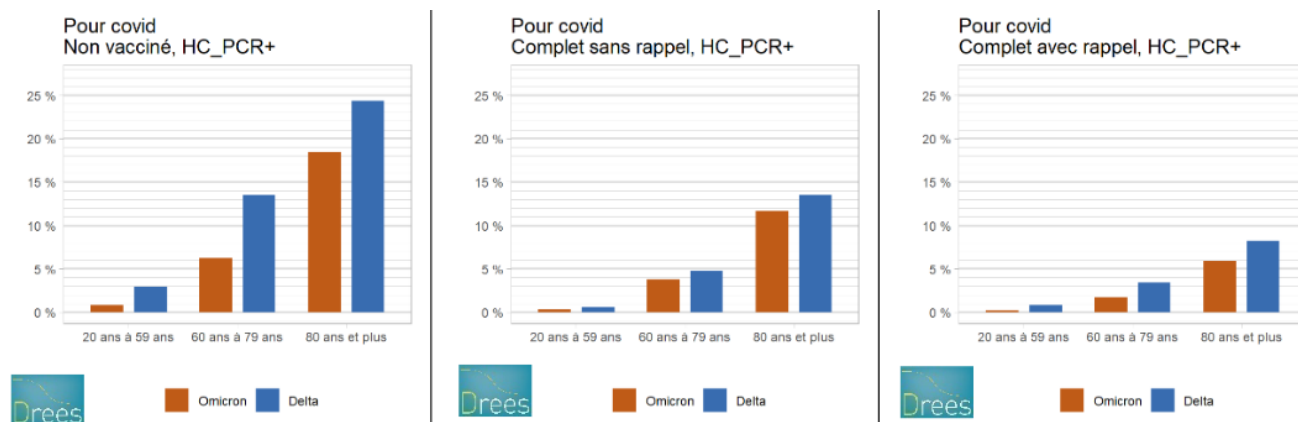


Associées au déploiement du passe sanitaire puis du passe vaccinal, les démarches dites « d'aller vers » pour inciter les personnes vulnérables à la vaccination, dont le renforcement a été annoncé le 17 décembre par le Gouvernement, n'ont donc pas dans le même temps suffisamment porté leur fruits. Au-delà des personnes qui ne sont pas entrées dans la vaccination par manque d'information ou du fait de difficultés d'accès à la santé, demeure en outre une part de la population qui est opposée au vaccin et qui a fait le choix, malgré les contraintes posées par la loi, de ne pas se faire vacciner.

¹ D'après les données de l'Assurance maladie.

Au total, l'annonce du passe vaccinal a donc été suivie d'une hausse certaine des primo-vaccinations entre la mi-décembre 2021 et la fin janvier 2022 mais elle n'a pas permis de cibler en priorité les personnes non vaccinées les plus âgées, qui présentent le plus de risques de développer une forme grave de la covid-19 et d'être hospitalisées.

Risque, conditionnel à un test positif, d'entrer en hospitalisation pour covid-19 selon le statut vaccinal



Source : Drees. Données au 11 février 2022 (appariements entre les bases SI-VIC, SI-DEP et VAC-SI)

L'annonce du passe vaccinal a donc été suivie d'une hausse certaine des primo-vaccinations jusqu'à la fin janvier 2022 mais elle n'a pas permis de cibler en priorité les personnes non vaccinées les plus susceptibles de développer une forme grave de la covid-19.

2. Un essoufflement de la vaccination face à l'évolution de l'épidémie et aux consignes sanitaires contradictoires

La hausse de la vaccination, tant pour un schéma initial que pour un rappel, s'est rapidement dégradée au début de l'année 2022, alors que le variant Omicron, plus contagieux mais moins sévère que Delta, devenait majoritaire et que des perspectives de levée des restrictions sanitaires se dessinaient.

Tout d'abord, la montée d'une vague liée au variant Omicron, marqué par une forte contagiosité, a entraîné une circulation virale encore jamais observée, la vaccination n'empêchant pas la transmission du virus. Le nombre de tests positifs quotidien a ainsi dépassé les 350 000 à la mi-janvier 2022.

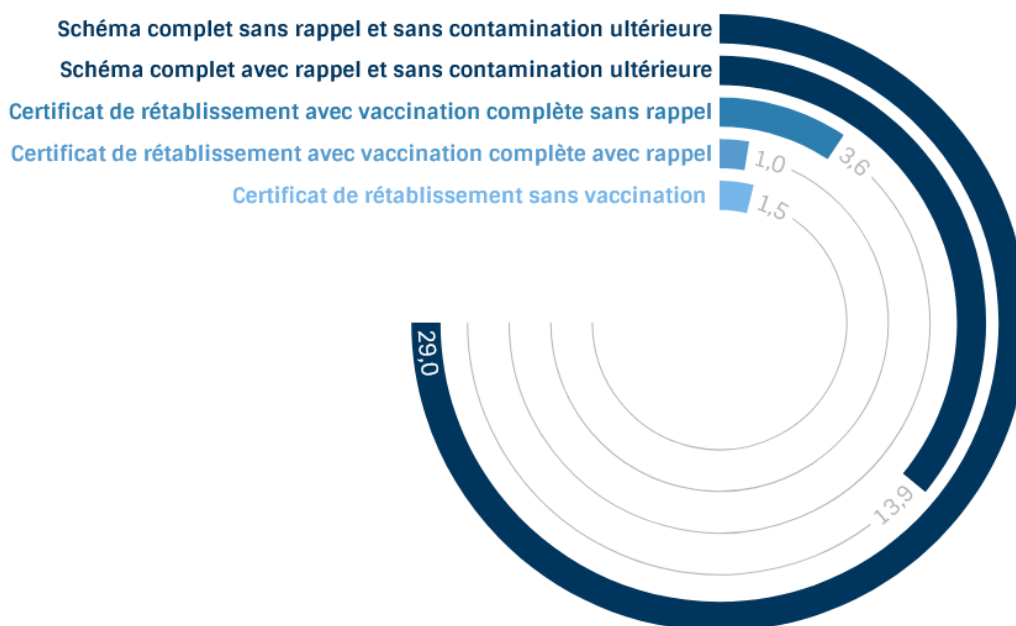
En conséquence, **près d'un français sur cinq aurait été contaminé par le variant Omicron**, comme l'indique le Conseil scientifique dans son avis du 19 janvier 2022 : « L'analyse des données de criblage et des données sur les cas suggère que depuis l'émergence d'Omicron, 4,5 millions de cas déclarés ont été infectés par le variant Omicron. Cela correspond à **9-14 millions d'infections par le variant Omicron depuis l'émergence du variant en France** sous l'hypothèse que 33-50 % des infections sont détectées comme étant des cas positifs. Ce niveau d'infections est exceptionnel sur une si courte période dans l'histoire de l'épidémie. Pour rappel, on estime que le nombre de contaminations durant la 1^{ère} vague (mars-avril 2020) était d'environ 3 millions. »

Ces contaminations ont ainsi annulé ou reporté la nécessité, pour les personnes concernées, de se faire vacciner, soit pour un schéma initial, soit pour un rappel. En effet, depuis le 15 février, un test positif doit dater de plus de 11 jours et, pour les personnes infectées avant toute injection, entre deux injections ou moins de 3 mois après leur schéma vaccinal initial, de moins de quatre mois pour assurer la validité du passe vaccinal. **Les personnes qui ont été testées positives plus de trois mois après leur schéma vaccinal initial complet obtiennent un passe vaccinal valide pour une durée illimitée, au même titre qu'avec une dose de rappel.**

Ainsi, au 15 janvier, **4,6 millions de personnes cumulent une vaccination complète, avec ou sans rappel, avec un certificat de rétablissement**, soit deux justificatifs permettant la validité du passe vaccinal.

Profil des passes vaccinaux actifs

pour les 18 ans et plus, au 15 janvier 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données transmises par le ministère des solidarités et de la santé

En outre, la moindre dangerosité du variant Omicron, comparée à Delta, a pu désinciter à la vaccination pour un schéma initial ou pour un rappel.

Enfin, **l'évolution de l'épidémie a conduit le Gouvernement à annoncer dès le 20 janvier la levée progressive de certaines restrictions alors que le passe vaccinal n'entrait en vigueur qu'au 24 janvier 2022**. Le Gouvernement a ainsi annoncé :

- à compter du 2 février, la fin des jauges dans les établissements recevant du public, la levée du télétravail « obligatoire » et la fin de l'obligation du port du masque à l'extérieur ;
- à compter du 16 février, la réouverture des discothèques, la reprise des concerts debout, la consommation debout dans les bars et la consommation possible dans les stades, cinémas et transports publics.

À cette même date, le Gouvernement a indiqué qu'à compter du 15 février, **le délai d'injection du rappel vaccinal serait réduit de 7 à 4 mois et que le délai de validité du certificat de rétablissement serait réduit de 6 à 4 mois**. Ces raccourcissements de délais ont pour conséquence de faire expirer plus rapidement les passes vaccinaux dont la validité était due à un seul schéma vaccinal initial complet ou à un certificat de rétablissement.

L'expiration progressive de certains passes vaccinaux

Le certificat de rétablissement pour les personnes possédant un premier schéma vaccinal complet est aujourd'hui valide sans limite de temps. Les expirations de passes vaccinaux ne concernent que les personnes n'ayant pas été vaccinées et ayant été infectées ou n'ayant pas complété leur premier schéma par une injection et n'ayant pas été contaminées.

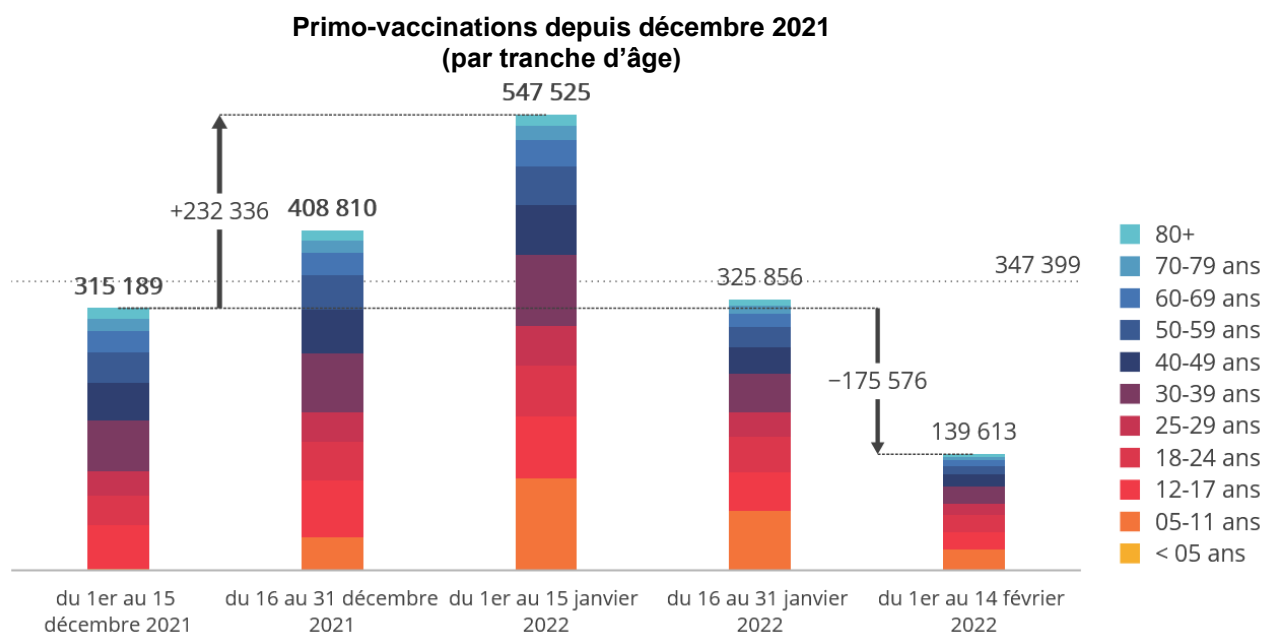
- Au 15 février : environ 4,0 millions de personnes ont perdu leur passe vaccinal (schéma initial complet), en moyenne 10 000 certificats de rétablissement (0 dose) expiront chaque semaine.

- Au 15 mars : environ 0,6 million de passes supplémentaires pourraient arriver à expiration (schéma initial complet), en moyenne 15 000 certificats de rétablissement (0 dose) pourraient expirer chaque semaine à cette période de l'année.

- Au 15 avril : environ 1,0 million de passes supplémentaires pourraient arriver à expiration (schéma initial complet), en moyenne 65 000 certificats de rétablissement (0 dose) pourraient expirer chaque semaine à cette période de l'année.

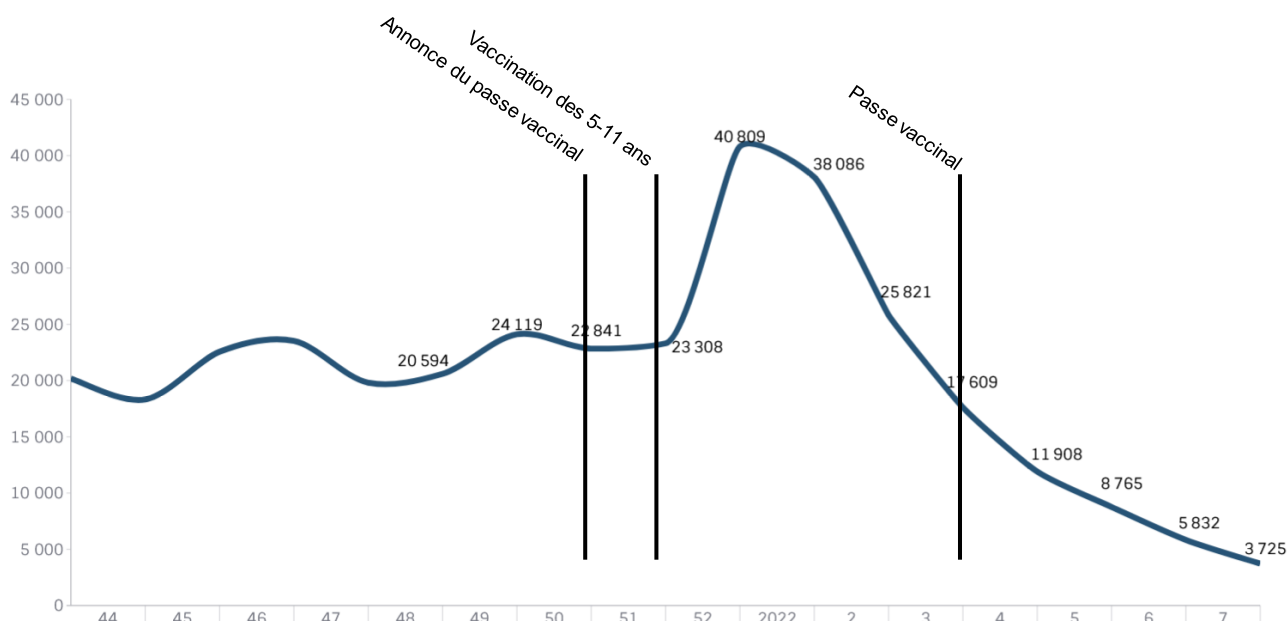
Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé aux questions des rapporteurs

La succession d'annonces parfois contradictoires, avant même que certains outils de gestion de l'épidémie soient applicables, a contribué à brouiller le message adressé à la population. La perspective d'une amélioration de la situation sanitaire, annoncée par le Gouvernement par la levée de certaines restrictions dès le début du mois de février, a certainement contribué à **limiter le principal effet du passe vaccinal qui est d'inciter les personnes non vaccinées à entrer dans la vaccination.**



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

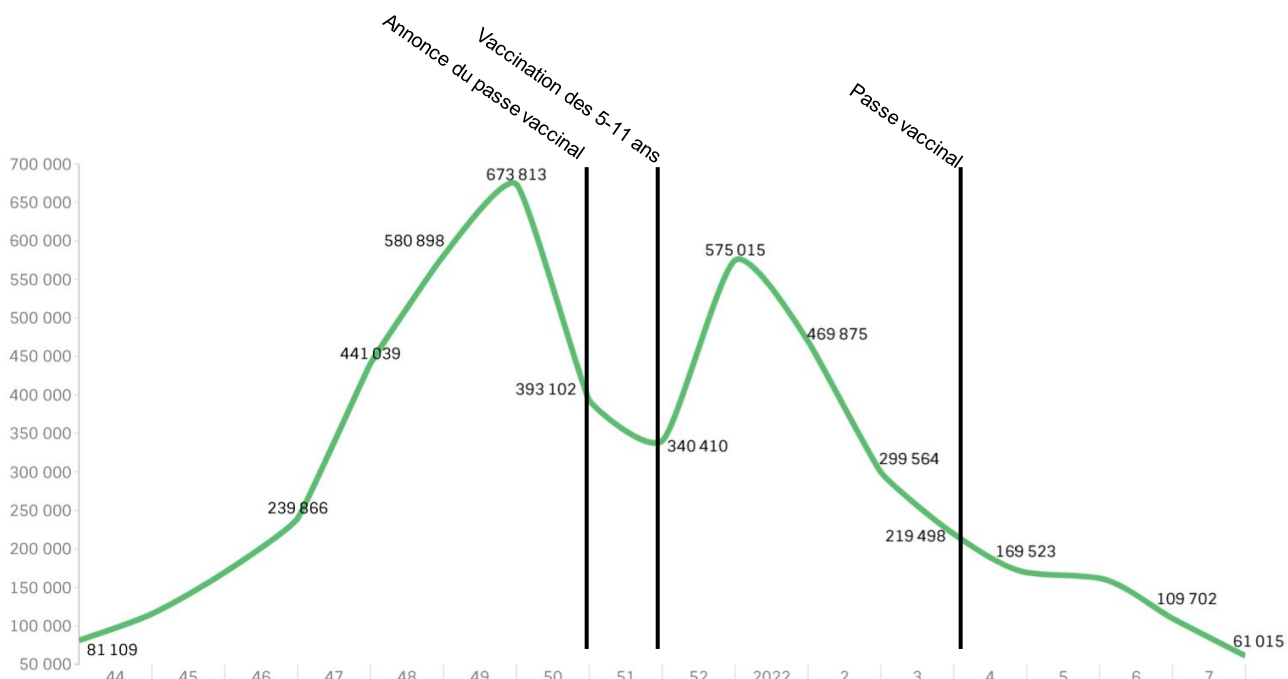
Nombre moyen de primo-injections quotidiennes depuis le 1^{er} novembre 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

Le nombre d'injections quotidiennes, qu'elles soient réalisées pour un schéma initial ou pour un rappel, a donc significativement diminué depuis la mi-janvier.

Nombre moyen d'injections de rappel réalisées quotidiennement depuis le 1^{er} novembre 2021



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données Vac-SI

B. UN OUTIL DONT LE SUIVI ET L'ÉVALUATION SONT INSUFFISANTS

1. Un suivi très insuffisant des effets du passe vaccinal

Alors que le passe sanitaire et le passe vaccinal restreignent les libertés publiques et imposent d'importantes contraintes pour la population, qui sont certes justifiées pour assurer la protection de la santé, il est nécessaire que la proportionnalité et l'utilité de ces mesures puissent être évaluées.

Or, il s'avère que **le passe sanitaire n'a pas fait l'objet d'une telle évaluation depuis sa mise en place renforcée en août 2021**. Selon l'étude d'impact du projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire, « *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* ». Toutefois, **l'affirmation selon laquelle le passe sanitaire a permis de limiter les conséquences de l'épidémie sur le système de santé n'est appuyée sur aucune étude ou évaluation de cet outil**. Certes, l'évolution de l'épidémie entre le mois d'août et le mois d'octobre 2021, ainsi que la progression significative de la couverture vaccinale pendant cette période, laissent penser que le passe sanitaire a eu un effet certain sur la maîtrise de l'épidémie. Pour autant, **ni le Gouvernement ni les agences sanitaires n'ont mis en place des outils de suivi pour évaluer la contribution de cet outil à la vaccination et à l'évolution de l'épidémie**.

Comme l'a indiqué le Pr Arnaud Fontanet lors de son audition par la commission de 2 février 2022, « ***nous disposons pour le moment d'éléments assez ténus sur l'efficacité du passe sanitaire*** ». Il a en outre précisé que « ***il est difficile d'évaluer l'effet du passe sanitaire parce que la vague Delta était déjà en reflux au moment de son introduction. Les mesures d'aération, la sécurisation ont aussi joué un rôle.*** »

Hormis l'étude précitée publiée dans la revue *The Lancet Public Health* le 13 décembre 2021, la seule étude disponible pour évaluer les effets du passe sanitaire est celle publiée par le Conseil d'analyse économique le 18 janvier 2022¹ selon laquelle le passe sanitaire a permis une augmentation du taux de vaccination d'environ 13 points de la population totale en France, entre son annonce à l'été 2021 et la fin de cette année. Le Pr Fontanet, qui a participé à ces travaux, a fait état de cette étude lors de son audition par la commission : « ***Mais il existe un autre élément d'appréciation du passe sanitaire : a-t-il incité à la vaccination ? Là encore, nous avons peu d'éléments de réponse. Un groupe d'économistes dirigés par Miquel Oliu-Barton a tenté de quantifier l'évolution de la couverture vaccinale à partir de l'annonce du passe sanitaire. Un simple examen des courbes de contamination le laisse supposer. L'équipe de Miquel Oliu-Barton a évalué à 13 le nombre de points gagnés dans la couverture vaccinale. Avec ses projections sur la théorie de la diffusion de l'innovation et des comparaisons avec des pays voisins qui n'ont pas mis en place le passe sanitaire, c'est à ma connaissance l'étude la plus fouillée sur le sujet.*** »

De la même manière, **les effets du passe vaccinal sur la maîtrise de l'épidémie et plus particulièrement sur la vaccination ne font pas l'objet d'un suivi spécifique en vue de son évaluation**.

Lors de son audition le 1^{er} février, le Pr Jérôme Salomon, directeur général de la santé, a indiqué que « ***le passe vaccinal a permis d'augmenter le taux de vaccination. Nous le savons parce que nous disposons chaque jour du compteur récapitulant le nombre de nouveaux vaccinés, celui des personnes qui ont reçu deux doses ainsi que de celles qui ont reçu un rappel ; ces données sont publiques, en open access, et les médias les reprennent. Le passe vaccinal a permis de réduire la pression sur le système de santé.*** » Si ces tendances sont effectivement constatées dans les données disponibles, **aucune étude ou évaluation ne permet de mesurer l'effet réel du passe vaccinal sur ces évolutions**.

Plusieurs personnes entendues par la commission ont ainsi confirmé que nous ne disposons pas de données sur les effets du passe vaccinal. Lors de son audition par la commission le 2 février, le Pr Fontanet a ainsi déclaré que « ***nous ne disposons pas d'une évaluation de l'impact du passe vaccinal.*** » Au cours de la même audition, M. Simon Cauchemez a indiqué que « ***nous n'avons pas de données pour le passe vaccinal. Je ne suis pas sûr qu'on en produise davantage. Nos modélisations sont assez conceptuelles : elles mesurent l'effet d'une diminution des contacts, mais n'évaluent pas précisément un outil donné.*** »

¹ Oliu-Barton, M., B.S.R. Pradelski, N. Woloszko, L. Guetta-Jeanrenaud, P. Aghion, P. Artus, A. Fontanet, P. Martin and G.B. Wolff (2022), *The effect of COVID certificates on vaccine uptake, health outcomes and the economy*, Working Paper 01/2022, Bruegel, doi:10.21203/rs.3.rs-1242919/v1

Quant au Pr Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France, elle a indiqué à la commission, lors de son audition du 3 février 2022 que l'agence de santé publique n'avait pas non plus procédé à de telles évaluations : « **nous n'avons pas mené d'évaluation spécifique de l'impact du passe sanitaire, aujourd'hui vaccinal, mais nous publions chaque jour l'ensemble des indicateurs qui sont utiles à la surveillance de l'épidémie.** »

« **Nous disposons pour le moment d'éléments assez ténus sur l'efficacité du passe sanitaire.** »

« **Nous ne disposons pas d'une évaluation de l'impact du passe vaccinal.** »

Pr Arnaud Fontanet, membre du conseil scientifique, audition du 2 février 2022

« **Nous n'avons pas mené d'évaluation spécifique de l'impact du passe sanitaire, aujourd'hui vaccinal.** »

Pr Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France, audition du 3 février 2022

Il est certes **très complexe d'évaluer la contribution d'un seul outil à la maîtrise de l'épidémie alors que son évolution est influencée par de nombreux facteurs, dont une multiplicité de mesures destinées à lutter contre la circulation virale.** C'est ce qu'a indiqué le Pr Fontanet devant la commission : « *L'évaluation du passe vaccinal se heurtera aux mêmes obstacles que celle du passe sanitaire : il y a toujours d'autres variables telles que l'aération, la distance physique, le changement de comportement des consommateurs dans les bars et les restaurants... Mais le fait d'interdire l'accès de personnes infectées à certains lieux est a priori une bonne chose.* »

Pour autant, s'il est complexe de procéder à une étude quantitative des effets du seul passe vaccinal sur l'évolution de l'épidémie, bien que **certaines études soient parvenues à estimer les effets du passe sanitaire sur la progression de la vaccination, un suivi qualitatif des effets du passe vaccinal pourrait être réalisé.** À cet égard, Santé publique France a initié depuis le 23 mars 2020 l'étude *CoviPrev*, enquête en population générale afin de suivre l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles). Cette enquête a permis de disposer de quelques éléments d'appréciation qualitative sur le passe sanitaire puis sur le passe vaccinal, comme l'a indiqué le Pr Geneviève Chêne lors de son audition du 3 février : « *À la fin du mois de novembre dernier, **pour quatre Français sur dix, le conditionnement du passe sanitaire à la dose de rappel a eu une influence sur le choix du rappel.** Parmi ceux qui ne l'avaient pas encore fait, sept sur dix ont indiqué que ce serait incitatif - cette dernière proportion d'ailleurs est un peu en baisse en janvier, autour de 60 %. Enfin, **58 % des répondants à l'enquête qui a eu lieu fin décembre - début janvier ont indiqué être favorables à la mise en place du passe vaccinal.*** » Le renforcement de ces outils de suivi pourrait permettre de mieux évaluer les effets du passe vaccinal sur l'incitation à la vaccination et sur l'évolution de l'épidémie.

Au total, les rapporteurs considèrent qu'au regard des restrictions qu'il impose, le suivi tant qualitatif que quantitatif des effets du passe vaccinal est largement insuffisant et qu'il ne permet pas d'évaluer correctement son incidence sur la maîtrise de l'épidémie et sur la progression de la vaccination.

Le suivi quantitatif et qualitatif des effets du passe vaccinal est largement insuffisant et ne permet pas d'évaluer son incidence sur la maîtrise de l'épidémie et sur la progression de la vaccination.

2. Les fluctuations et les insuffisances dans les données recueillies nuisent au suivi de l'évolution de l'épidémie

Les pouvoirs publics ont progressivement mis à la disposition du public de nombreuses données sur la situation sanitaire permettant une meilleure connaissance de l'évolution de l'épidémie, notamment grâce à l'exploitation de ces données par des journalistes et par des plateformes d'information et de suivi de l'épidémie, telles que *CovidTracker*. **Il faut ainsi saluer la démarche de mise à disposition d'un grand nombre de données en format exploitable**, réalisée par Santé publique France et les services du ministère des solidarités et de la santé.

Cette mise à disposition des données sur l'épidémie a été progressive, comme l'a indiqué M. Guillaume Rozier lors de son audition par la commission le 9 février 2022 : **« Ces données ont été publiées petit à petit. Cela n'a pas été une évidence dès le début de l'épidémie. La France est aujourd'hui l'un des pays les mieux placés en termes de publication des données relatives au covid-19 : un certain nombre de données y sont publiées en open data, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Au début du mois de mars 2020, aucune de ces données n'était publiée en open data. Puis, les données sanitaires ont été publiées, en mai 2020, sur l'initiative de Santé publique France : suivi des données de dépistage. Ensuite, les mois passant, les données ont été affinées, notamment par régions, départements et tranches d'âge. D'autres jeux de données sont arrivés, comme la vaccination, en janvier 2021, puis les données d'appariement de la Drees, en juillet 2021. »**

Malgré les avancées considérables réalisées dans la publicité et la mise à disposition de données qui permettent d'assurer le suivi de la situation sanitaire, des insuffisances ont été constatées dans les publications de ces données, ce qui a pu limiter l'information sur l'évolution de l'épidémie.

Ce fut notamment le cas pour les données relatives au suivi des variants du virus lorsqu'a émergé le variant Omicron. **Les données permettant de suivre la prévalence du variant Omicron ont été indisponibles à la fin de l'année 2021, nuisant ainsi au suivi de l'épidémie et à l'information du public.** C'est ce qu'a regretté M. Guillaume Rozier, entendu par la commission le 9 février : **« Via le criblage, on suivait une mutation appelée L452R, ce qui permettait un suivi relativement précis d'Omicron. Or la DGS a décidé de changer de système de criblage, de manière à détecter plus précisément Omicron, avec plusieurs cibles. La conséquence a été un arrêt du suivi d'Omicron à un moment critique, à la fin du mois de décembre, alors que ce variant était en train de se développer. Cette situation a peut-être été liée à un manque de fluidité entre la DGS et Santé publique France. En tout état de cause, je sais que Santé publique France a travaillé très dur à la fin du mois de décembre, entre les fêtes de fin d'année, pour appliquer la nouvelle méthode le plus rapidement possible. »**

Le Pr Geneviève Chêne a apporté des explications sur cette situation lors de son audition du 3 février : **« Après l'apparition d'Omicron, en décembre, le ministère de la santé a décidé de modifier la stratégie de criblage et a demandé aux laboratoires de faire évoluer les kits qu'ils utilisent pour détecter le virus. Il a fallu que les laboratoires s'organisent et que nous recevions les données. Les données ont été analysées, communiquées aux décideurs, en particulier le ministère de la santé et publiées dans le point épidémiologique. En revanche, leur mise en open data a en effet été un peu plus longue que d'habitude. »**

Une situation comparable s'est présentée à propos des données permettant de distinguer les patients hospitalisés en raison d'une infection par le virus de la covid-19 des patients infectés par le virus mais hospitalisés pour une autre raison. Alors que ces données étaient disponibles depuis le début de l'année 2021, elles n'ont été mises à disposition du public que très récemment. M. Nicolas Berrod a évoqué ce sujet lors de son audition par la commission le 9 février : **« Je peux citer l'exemple des hospitalisations « pour et avec covid », c'est-à-dire des patients qui sont porteurs du SARS-CoV-2, que l'on appelle aussi les « patients covid ». On sait qu'une part d'entre eux est hospitalisée en priorité pour un motif autre que le covid. Cette information figurait dans les rapports hebdomadaires de Santé publique France il y a maintenant près d'un an, mais plus à l'automne. Nous voulions que cette donnée, qui nous semblait intéressante, soit ajoutée aux données qui sont mises à jour chaque soir. Nous sentions que le**

public était demandeur de cette information. Cette donnée a fini par arriver, il y a quelques jours, en open data. Nous en sommes très contents. »

La directrice générale de Santé publique France a expliqué devant la commission que « l'indicateur sur les hospitalisations « pour » et « avec » le covid a, quant à lui, été produit dès le début de l'année 2021, mais compte tenu de sa stabilité dans un premier temps (environ 90 % d'hospitalisations « pour » et 10 % « avec »), il n'avait pas été mis en open data. La vague omicron a changé la donne, avec un variant plus contagieux et causant moins de formes graves. Nous avons ainsi vu le nombre d'hospitalisations « avec » progresser. Cet indicateur a donc été réintégré dans notre point épidémiologique et il est également disponible en open data depuis une semaine. Je tiens à souligner que, même pour des patients « avec », la charge pour le système hospitalier reste supérieure que pour la même pathologie sans infection conjointe au covid. Il faut en effet prendre davantage de précautions. »

Enfin, **il existe encore d'importants progrès à réaliser dans la mise à disposition des données collectées par le Gouvernement et par les agences sanitaires pour le suivi de l'épidémie.** À titre d'exemple, M. Guillaume Rozier a indiqué que les données de suivi de la situation sanitaire dans les établissements scolaires étaient incomplètes : « Les données qui m'ont le plus intéressé ces dernières semaines sont celles de l'éducation nationale : nombre de classes et d'écoles fermées, de cas positifs chez le personnel et les élèves... Or ces données sont parcellaires. Elles sont publiées de manière partielle et sont mises à jour de façon relativement peu fréquente. »

Les rapporteurs considèrent que **dès l'instant où des données sur le suivi de la situation sanitaire sont régulièrement collectées par le Gouvernement, il conviendrait que celles-ci soient mises à la disposition du public.** Cette démarche, déjà bien engagée, donc être poursuivie pour assurer la bonne information du public et contribuer à éclairer la décision des pouvoirs publics.

À titre de comparaison, le directeur du *Statens Serum Institut* danois¹ a notamment insisté sur la préoccupation de l'institut national de santé publique de **donner aux citoyens, aux autorités et aux responsables politiques un accès aux mêmes données.**

Dès l'instant où des données sur le suivi de la situation sanitaire sont régulièrement collectées par le Gouvernement, il conviendrait qu'elles soient mises à la disposition du public en « open data ».

3. La contribution variable et lacunaire des agences et des autorités sanitaires au suivi, à l'expertise et l'aide à la décision

Alors qu'aux termes de l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, **Santé publique France a notamment pour missions** « la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations », « la **préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires** » et « le lancement de l'alerte sanitaire », **cette agence semble cantonnée, dans le cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19, au seul rôle d'agrégation et de publication de données épidémiologiques.**

C'est ainsi que le Pr Geneviève Chêne a indiqué, lors de son audition, que « l'agence fournit, selon un rythme régulier, l'ensemble des données et des indicateurs qui relèvent de sa mission. Il y a un flux continu de documentations et d'analyses, de partages et de remontées sur la situation de l'épidémie. En tant qu'agence scientifique, son rôle est de fournir l'ensemble de ces données, ainsi qu'un certain nombre d'enquêtes ou d'études, par exemple sur l'adhésion des Français. **L'agence ne reçoit donc pas de sollicitations spécifiques.** ».

Or, en vertu de l'article L. 1413-5 du code de la santé publique, **le Gouvernement peut saisir cette agence pour des questions spécifiques relevant de ses missions** : « L'agence peut être saisie de toute question relevant de ses missions par le ministre chargé de la santé, le cas échéant, à la demande des autres ministres ou des autres établissements publics de l'État, et par

¹ Réunion du 23 février 2022.

tout organisme représenté à son conseil d'administration. » **Cette faculté n'est toutefois pas utilisée par le Gouvernement.** Interrogé par écrit sur les contributions sollicitées auprès de Santé publique France ayant appuyé la décision de mettre en place le passe vaccinal, **le ministère des solidarités et de la santé a indiqué qu'il n'avait sollicité de l'agence que ses bulletins épidémiologiques quotidiens et hebdomadaires.**

Par ailleurs, **si le Gouvernement a créé des conseils d'experts pour l'éclairer dans la gestion de l'épidémie, ces instances ne sont pas toujours formellement consultées sur l'opportunité de faire évoluer certains outils de gestion de la crise sanitaire.**

C'est ainsi que **ni le conseil scientifique, ni le conseil d'orientation sur la stratégie vaccinale n'ont été formellement saisis pour émettre un avis sur l'opportunité de transformer le passe sanitaire en passe vaccinal** avant que le Premier ministre annonce cette décision le 17 décembre 2021. Les présidents de ces conseils, le Pr Jean-François Delfraissy et le Pr Alain Fischer, ont fait part à la commission de contacts et de sollicitations informels avec les services du Gouvernement en amont de cette décision.

Or, l'intérêt d'un conseil de scientifiques est de réunir et d'agrèger des expertises et des points de vue complémentaires afin que, par une délibération collégiale, émerge un avis qui éclaire la décision du pouvoir politique. **Un tel processus n'est pas possible par la seule consultation informelle de certains membres de ces conseils.** Ces démarches nuisent à la **transparence de la décision**, alors que les saisines formelles de ces conseils se traduisent par des avis rendus publics.

« Sur le passe vaccinal, les choses sont allées plus vite. Nous avons discuté du passe vaccinal, mais nous n'avons rien écrit, contrairement à ce que nous avons fait pour le passe sanitaire. »

Pr Jean-François Delfraissy, président du conseil scientifique, audition du 1^{er} février 2022

« Nous n'avons pas été saisis officiellement pour la mise en place du passe vaccinal. Cela dit, moi-même et plusieurs de mes collègues avons eu une série de contacts informels avec les équipes du ministère de la santé. »

Pr Alain Fischer, président du conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, audition du 9 février 2022

– Mme Chantal Deseyne, rapporteur : **« Votre agence a-t-elle été spécifiquement interrogée sur l'intérêt de transformer le passe sanitaire en passe vaccinal ? »**

– Mme Geneviève Chêne : **« Nous n'avons pas été saisis de ce sujet en particulier. »**

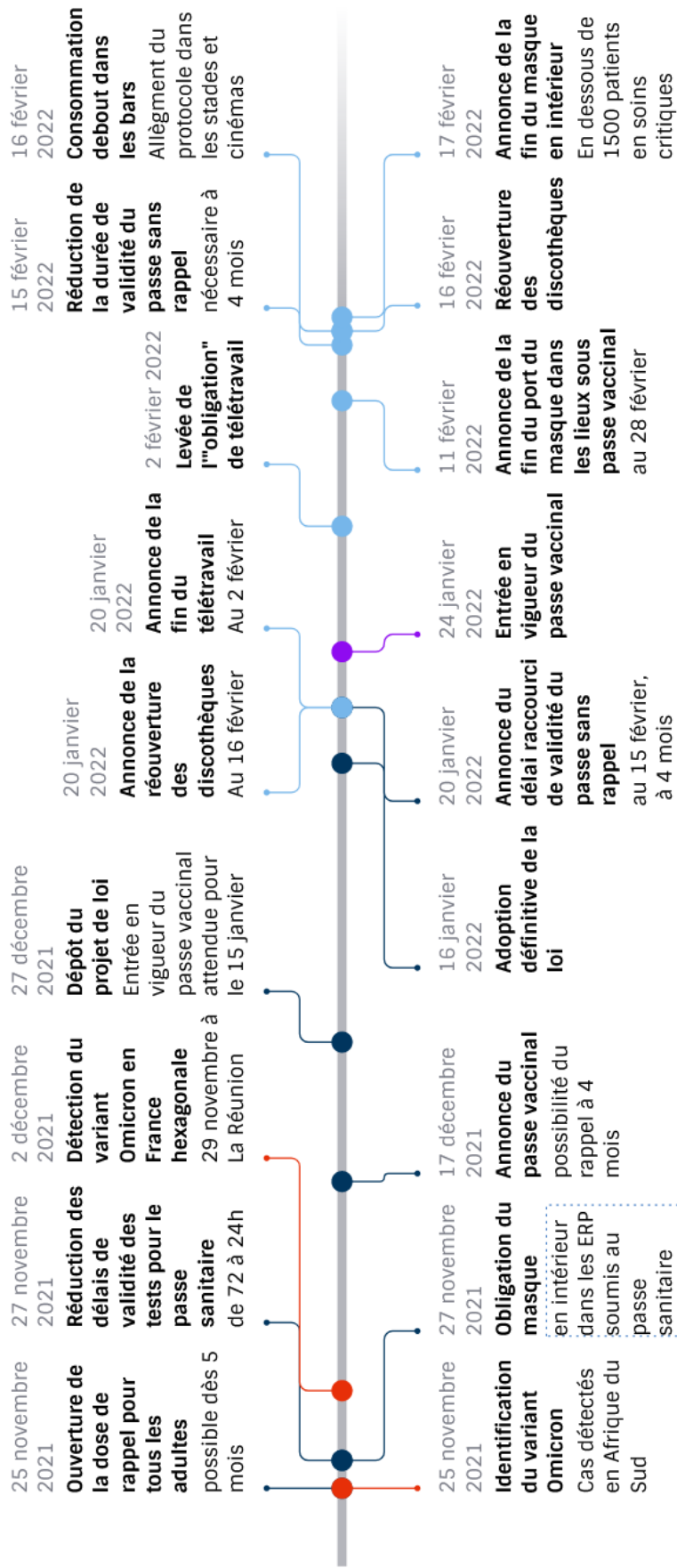
Audition du 3 février 2022

« L'agence ne reçoit donc pas de sollicitations spécifiques. »

Pr Geneviève Chêne, directrice générale de Santé publique France, audition du 3 février 2022

Face à la prise d'une décision majeure dans la lutte contre l'épidémie, au regard des restrictions imposées par le passe vaccinal, le Gouvernement ne s'est pas suffisamment appuyé sur les agences et autorités sanitaires chargées de lui apporter une expertise sur la gestion de la crise sanitaire. La contribution de l'expertise à la prise de la décision, le suivi de la situation sanitaire par des données exhaustives et disponibles ainsi que le développement d'outils destinés à évaluer les effets du passe sanitaire puis du passe vaccinal sont largement insuffisants.

Ces carences, constatées pour l'ensemble des étapes où l'expertise scientifique doit appuyer des choix politiques, sont regrettables : elles nuisent à la légitimité de la décision et ne permettent pas d'évaluer convenablement l'utilité sanitaire d'un outil pourtant restrictif des libertés publiques.



3. UN OUTIL DONT L'UTILITÉ PEINE À ÊTRE JUSTIFIÉE DE MANIÈRE OBJECTIVE PAR LE GOUVERNEMENT AU REGARD DE L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE

A. DES MESURES RESTRICTIVES À L'ASSISE SCIENTIFIQUE INSUFFISAMMENT EXPLIQUÉE

1. Un circuit de la décision qui ne favorise pas l'acceptabilité des mesures

La place prépondérante du conseil de défense sanitaire dans la prise de décision fait d'abord peu pour faciliter la compréhension de la politique menée par un corps social soumis depuis deux ans à un certain stress.

Le seuil des 80 réunions du conseil de défense sanitaire depuis le début de la pandémie a sans doute été franchi début 2022. Paradoxalement, le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale a cessé de les décompter dans son dernier rapport d'activité¹. L'appétence pour cette formation a certes précédé la crise sanitaire : la doctrine issue du livre blanc de la défense de 2008 dilatait déjà la notion de « *sécurité nationale* » jusqu'à englober la protection contre les crises majeures et les nouveaux risques technologiques, environnementaux et sociétaux, et les attentats terroristes ont multiplié la fréquence de réunion de cet organe à partir de 2015. **Recourir au conseil de défense pour combattre une épidémie est toutefois singulier ; nul n'y a songé lors de la « première pandémie du XXI^e siècle », ni même après².**

Or un tel mode de gouvernance achève de déséquilibrer les institutions. La présidence de cet organe étant attribuée par l'article 15 de la Constitution au Président de la République au nom de son rôle de « *chef des armées* », l'article L. 1122-1 du code de la défense peut bien disposer, même aussi cursivement, que « *la composition et les modalités de convocation du conseil de défense et de sécurité nationale sont fixées par décret en conseil des ministres* », lequel est présidé par le même chef des armées. Dès lors toutefois que son périmètre a été étendu aux « *réponses aux crises majeures* »³, il devient plus difficile de justifier un tel pouvoir discrétionnaire dans son organisation, qui n'est pas même dépendante d'une loi organique, et une telle opacité dans son fonctionnement, qui couvre du secret-défense les délibérations qui s'y tiennent.

Le conseil de défense sanitaire

Les Conseils de défense sanitaire sont des Conseils de défense et de sécurité nationale chargés de prendre des décisions de crise dans le domaine sanitaire.

Y siègent le Président de la République, le Premier ministre, le ministre de la Santé, le ministre de la Défense, le ministre de l'Intérieur, le ministre de l'Économie et celui du Travail, auxquels peuvent se joindre des acteurs des grandes institutions publiques du domaine de la santé.

Leurs décisions s'appuient sur les recommandations d'un Conseil scientifique covid-19 créé en mars 2020 à la demande du ministère de la Santé, formation autonome et indépendante composée de treize experts scientifiques, qui nourrissent leur analyse avec les travaux de recherche internationaux, et peuvent convier des experts extérieurs. Le Conseil scientifique siège quotidiennement et émet des avis publics et consultables par tous.

Le conseil de défense sanitaire peut également s'aider des avis d'un second conseil, le Comité analyse recherche et expertise (CARE), également créé en mars 2020 par le Gouvernement français afin de le conseiller dans la lutte contre la pandémie.

Source : Site internet de l'Élysée

¹ SGDSN, rapport d'activité 2019-2020, mis en ligne le 15 novembre 2021. Les précédents rapports d'activité indiquaient le nombre de réunions dans l'année du conseil de défense et de sécurité nationale.

² La grippe A (H1N1) : Retours sur « la première pandémie du XXI^e siècle », rapport n° 685 (2009-2010) de M. Alain Milon, fait au nom de la commission d'enquête sur la grippe A, déposé le 29 juillet 2010.

³ Article R. 1122-1 du code de la défense, issu du décret n° 2009-1657 du 24 décembre 2009.

Si la communication de l'Élysée présente un fonctionnement du conseil de défense comme un organe de décision ouvert, précisons que le Président de la République préside ce conseil et décide seul de sa composition ; les avis du conseil scientifique sont rarement publiés « sans délai » comme le prévoit la loi ; le comité CARE ne s'est plus réuni depuis le printemps 2020.

L'intérêt du conseil de défense sanitaire n'est pas même manifeste au regard des objectifs poursuivis. La décision y gagne peut-être en célérité, mais la pertinence des arbitrages rendus y est limitée par la restriction de l'éventail des participants ou des consultations préalables, et l'efficacité de la mise en œuvre des mesures choisies reste tributaire des administrations existantes – Direction générale de la santé, Santé publique France, ARS, etc. –, puisqu'il n'en est pas d'autres. À l'objection selon laquelle rien n'empêche de toute façon le chef de l'État d'organiser des réunions de travail décisionnelles en format restreint en amont ou en marge du conseil des ministres, on répondra que l'institutionnalisation d'une telle pratique n'est pas saine, ni pour le conseil des ministres qu'elle prive d'une partie de sa matière, ni donc pour la décision elle-même, ainsi soustraite au jeu ordinaire des influences et des avis exprimés à toutes les étapes normales du parcours de la décision publique.

La substitution du conseil de défense au conseil des ministres, et donc la soustraction de la décision au jeu normal des institutions, ne trouve sa justification que dans le caractère exceptionnel de la situation. Or l'exception dure depuis deux ans.

C'est ainsi « à la suite du conseil de défense qui [venait] de s'achever sous l'autorité du Président de la République » que le Premier ministre a voulu, le 17 décembre 2021, « partager avec [ses concitoyens] un point de situation sur l'évolution de l'épidémie », avant d'annoncer avoir « décidé avec le Président de la République » de soumettre au Parlement un projet de loi transformant le passe sanitaire en passe vaccinal ; c'est encore « à la suite du conseil de défense sanitaire qui s'est tenu [le matin même] sous l'autorité du Président de la République » qu'il a, le 20 janvier 2022, annoncé, entre autres, la future reprise de « la consommation debout dans les bars ». Ni la pédagogie, dont le porte-parole du Gouvernement dit régulièrement vouloir faire preuve¹, ni la démocratie ne gagnent sans doute grand-chose à l'entretien d'une telle mythologie du nœud gordien tranché en ce conseil.

2. Des annonces qui peinent à être justifiées scientifiquement par le Gouvernement

Prises dans des conditions peu respectueuses de la transparence qui s'attache en principe en démocratie à la décision publique, les mesures récentes sont encore de moins en moins fondées sur des critères objectivables au regard de la situation épidémique et donc compréhensibles par tout un chacun. Il semble ainsi que les objectifs initialement fixés au passe vaccinal aient été successivement modifiés par les dernières annonces officielles.

Le passe vaccinal a d'abord été présenté comme une « fin en soi ». Le 2 février, arguant de ce que « les scientifiques nous disent que pour bénéficier du passe, il faut qu'on ait été exposé au moins trois fois », le ministre de la santé Olivier Véran a déclaré que « vous conserverez le bénéfice du passe vaccinal » si « vous avez eu une injection et deux infections, ou deux injections et une infection – que cette dernière ait eu lieu avant les injections, entre les deux injections ou après –, ou trois injections ».

¹ Ainsi le 6 août 2021 sur LCI, le 29 août 2021 au Grand Jury RTL/Le Figaro/LCI, le 21 novembre 2021 sur LCI, ou encore le 19 décembre 2021 dans Le Parisien.

Le passe vaccinal a ensuite paru servir de justification au relâchement des réflexes prophylactiques. Le 11 février, le ministre de la santé annonçait dans un communiqué, d'une part, l'allègement du dispositif de dépistage des personnes en contact avec une personne positive, « *les personnes contacts n'ayant plus à réaliser qu'un seul test à J2 au lieu de trois tests aujourd'hui à J0, J2 et J4* », sans autre forme d'explication, et d'autre part la fin du port du masque obligatoire dans les lieux clos soumis au passe vaccinal.

Le communiqué prétend se fonder sur l'avis du Haut conseil de la santé publique du 11 février, qui pourtant recommande la fin du port du masque selon une casuistique plus fine, selon que les lieux sont confinés ou non, et selon le scénario épidémique constaté, lui-même ne pouvant « *se baser uniquement sur des valeurs chiffrées des différents déterminants* »¹. Or rien ne justifie que le passe vaccinal serve de prétexte à l'allègement des réflexes prophylactiques de base, surtout quand le HCSP constate que le port du masque est la mesure la plus systématiquement suivie par les Français².

Le passe vaccinal a enfin semblé un pur gadget. Le 17 février, le ministre de la santé a estimé pouvoir faire dépendre la levée de l'obligation de port du masque et du passe vaccinal à la mi-mars de « **deux critères indispensables** » : le nombre d'hospitalisations et le taux d'incidence, auxquels s'ajoute « **le temps nécessaire pour vérifier qu'il n'y a pas d'impact négatif de la levée des mesures de freinage** » : « *La mi-mars correspond à la croisée de ces trois paramètres : des hôpitaux en état de fonctionner normalement, un virus qui circule mais très faiblement, et suffisamment de recul par rapport au 28 février, date à laquelle on pourra enlever les masques, là où il y a le passe [vaccinal], pour pouvoir ensuite supprimer le masque en intérieur et supprimer le passe vaccinal avec la possibilité de le conserver dans certaines situations à risques* »³.

Le premier critère est même affecté d'une valeur, déterminée – elle aussi – par calcul théorique : « *Les conditions réunies, ça veut dire que l'hôpital est en état de fonctionnement normal, qu'on est plus obligés de déprogrammer des soins, que la charge sanitaire en réanimation, elle n'excède pas 1 000-1 500 malades, ce que nous disent les modélisations aujourd'hui, et ça veut dire que la circulation du virus se poursuit, mais qu'elle est très faible dans notre pays, ce que nous disent aussi les modélisations aujourd'hui* »⁴. **Le ministre a confirmé devant la commission**⁵ ce niveau retenu comme indicateur principal pour juger de la situation et des capacités de l'hôpital.

Or non seulement l'efficacité du passe vaccinal sur ces indicateurs reste difficile à établir, mais la couverture vaccinale de la population ne fait pas même partie des critères considérés pour envisager la levée du passe. Devant la commission, le Pr Alain Fischer ajoutait pourtant aux deux premiers indicateurs un troisième : « *D'abord, il faut que le taux d'incidence ait diminué. Il est actuellement à 2 500. Il faut qu'il soit divisé par dix ou vingt. Surtout, il faut que la surcharge hospitalière actuelle ait disparu et que les hôpitaux soient revenus à un état de fonctionnement habituel, c'est-à-dire que les patients n'ayant pas le covid-19 soient traités sans délai, sans retard et de façon efficace. Enfin, il faut que la couverture vaccinale de rappel ait atteint un niveau très élevé* »⁶.

¹ Haut conseil de la santé publique, Avis relatif à l'évolution de la doctrine de test et d'isolement des cas et des personnes contact dans le contexte de la décroissance de la diffusion du variant Omicron du virus SARS-CoV-2, 11 février 2022.

² Par 73 % des personnes suivies par l'enquête Coviprev de Santé publique France.

³ M. Olivier Véran, à Nice, le 17 février 2022.

⁴ M. Olivier Véran, le 16 février 2022, sur Francetvinfo.

⁵ Réunion du 22 février 2022.

⁶ Audition du 9 février 2022.

B. UNE NOUVELLE PHASE DE L'ÉPIDÉMIE DEPUIS LA MI JANVIER 2022

1. Une situation constatée au début de l'année proche des projections scientifiques

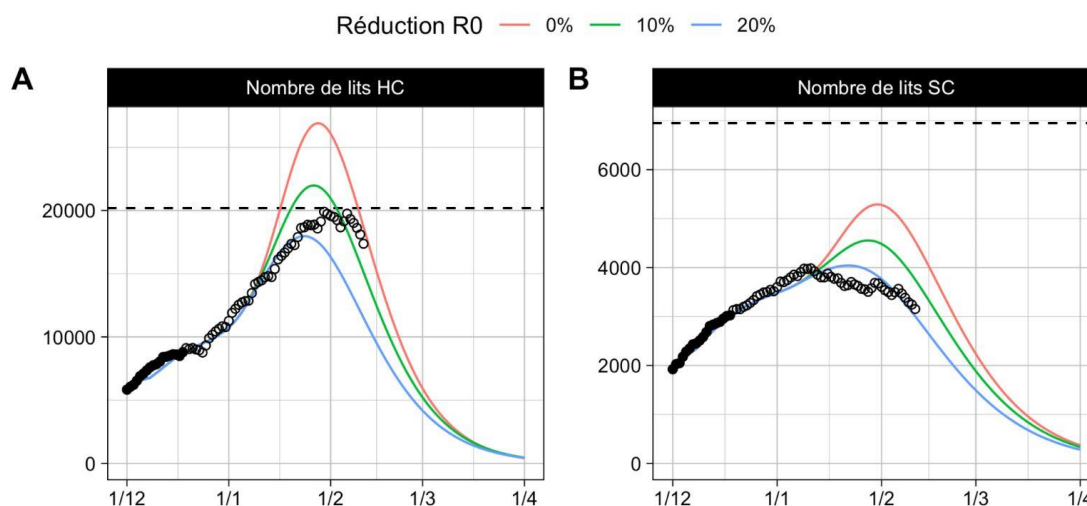
Alors que des interrogations ont été soulevées quant à la pertinence de l'utilisation fréquente des modélisations et projections sur l'épidémie de covid-19, la commission a souhaité entendre différents épidémiologistes, français mais aussi danois¹.

L'analyse des notes de l'Institut Pasteur sur l'évolution possible du nombre de patients COVID-19 dans les services hospitaliers en France montre bien l'évolution des projections au cours du déroulement de la cinquième vague.

Cependant, comme le montre le rapport publié le 15 février 2022², **les projections de l'Institut Pasteur se sont avérées pour tout ou partie dans les fourchettes anticipées. C'est particulièrement le cas des points de préoccupation déterminants que sont les niveaux d'hospitalisation en raison de la covid-19 et d'occupation des lits de soins critiques.**

- Les auteurs soulignent ainsi que, « *globalement, la trajectoire observée est proche du scénario où l'on faisait l'hypothèse que les Français allaient réduire leurs contacts de 20 % en janvier* ».

**Comparaison du nombre de lits occupés observés (points)
et projetés lorsque les taux de transmission restent inchangés (courbe rouge)
et lorsqu'ils diminuent de 10 % (courbe verte) et 20 % (courbe bleue) à compter du 3 janvier 2022**



Note : A : nombre de lits occupés en hospitalisation conventionnelle ; B : nombre de lits occupés en soins critiques. Les points noirs correspondent aux données disponibles au moment où le modèle a été calibré.

Source : Institut Pasteur, 15 février 2022

Concernant les hospitalisations, alors que le modèle anticipait 121 000 hospitalisations cumulées entre le 1^{er} décembre 2021 et le 11 février 2022, 118 000 ont été enregistrées.

¹ Réunions du 26 janvier 2022 et du 23 février 2022.

² Comparaison des projections réalisées pour évaluer l'impact d'Omicron et de la dynamique épidémique observée en janvier-février 2022 - 15 février 2022 Alessio Andronico^{1*} ; Cécile Tran Kiem^{1*} ; Paolo Bosetti^{1*} ; Juliette Paireau^{1, 2} ; Consortium Emergen[§] ; Simon Cauchemez¹

¹ : Unité de Modélisation Mathématique des Maladies Infectieuses, Institut Pasteur, Université de Paris, CNRS UMR2000 ; ² : Santé Publique France ; * : contribution égale ; § : les membres du consortium Emergen sont listés en annexe de la note.

Le pic des admissions à l'hôpital était attendu le 21 janvier 2022 avec 2 650 admissions quotidiennes au pic. Ce pic a été observé le 24 janvier 2022 avec 2 600 admissions quotidiennes au pic. La dynamique de décroissance des hospitalisations s'est enclenchée avec environ 10 jours de retard par rapport à ce qui était anticipé. Cependant, les auteurs constatent que **le modèle a légèrement sous-estimé le pic du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle**, projeté à 18 000 lits le 24 janvier mais observé le 30 janvier à 19 900 lits, évoquant des hypothèses relatives aux durées de séjour des patients Omicron jugées optimistes. De ce fait, les auteurs estiment que « *la dynamique de décroissance anticipée risque également d'être trop rapide* ».

Concernant précisément les **soins critiques**, l'Institut souligne que le nombre de lits actuellement occupés, à 3 150 le 11 février, est proche de ce qui était anticipé par le modèle avec un niveau attendu à 3 000 lits occupés à cette même date. Alors que le modèle anticipait 4 040 lits de soins critiques occupés au pic attendu le 22 janvier, **il y a eu 3 980 lits de soins critiques occupés au pic, mais celui-ci est finalement survenu 11 jours plus tôt que ce qui avait été anticipé par le modèle.**

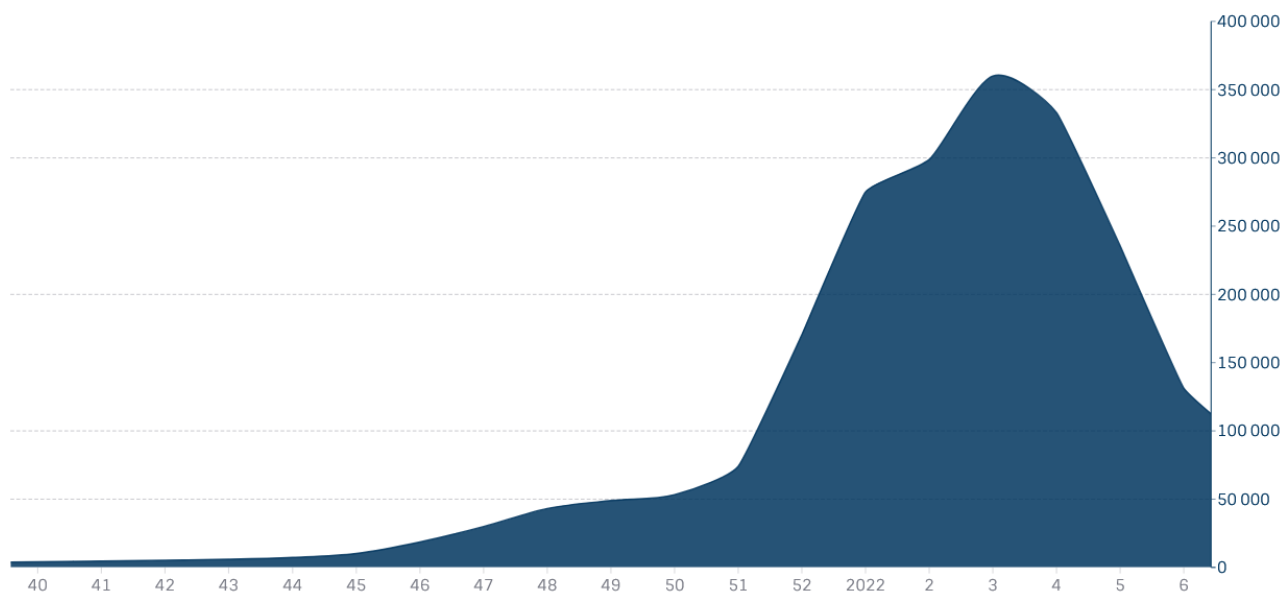
2. Les données scientifiques confirment les projections optimistes sur l'évolution de l'épidémie

a) Un « pic » de la vague qui semble franchi

La cinquième vague de l'épidémie de covid-19 en France hexagonale est entrée dans une nouvelle phase dans la seconde moitié du mois de janvier, avec une décrue rapide du nombre d'infections recensées.

- **Concernant les infections, le pic des cas a été observé le 21 janvier 2022** comme le souligne l'Institut Pasteur en analysant la moyenne mobile sur 7 jours.

**Nombre de cas positifs recensés quotidiennement,
en moyenne entre octobre 2021 et février 2022**



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de Santé publique France (SI-Dep)

Comme le souligne la Drees dans sa publication du 11 février¹, **le variant Omicron « représente désormais la quasi-totalité du nombre de tests RT-PCR positifs, soit 99 % des nouveaux cas détectés du 31 janvier au 6 février 2022 ».**

¹ Drees - Le nombre d'hospitalisations liées à la vague Omicron est en baisse, pour les patients admis pour covid-19 comme pour l'ensemble de ceux porteurs du virus - Appariements entre les bases SI-VIC, SI-DEP et VAC-SI.

Ce variant semble également, selon Santé publique France, avoir augmenté les cas de réinfections : « les cas possibles de réinfection représentaient 2,8% de l'ensemble des cas confirmés de COVID-19, avec une nette augmentation au cours de la 5e vague épidémique. Près de 80% des cas possibles de réinfection pour lesquels un résultat de criblage interprétable était disponible présentaient une infection suspectée d'être liée au variant Omicron lors du 2^e épisode »¹.



Taux d'incidence au 18 février



R effectif, semaine du 7 février

Source : Santé publique France

b) Une incertitude quant à l'impact du sous-variant « BA.2 » dont la part progresse dans les contaminations en France

Le variant Omicron présente à ce jour trois sous-lignages d'Omicron ont été définis : BA.1, BA.2 et BA.3.

Le **sous-lignage BA.2**, à la progression très rapide, est particulièrement présent au Danemark depuis le mois de janvier 2022, où il représentait 45 %² des contaminations la deuxième semaine. Aussi, **l'expérience danoise semble montrer³ que ce sous-lignage présente une transmissibilité supérieure à BA.1 et éventuellement un échappement vaccinal plus important.** Cependant, **aucune différence sur les conséquences en termes d'hospitalisation n'est pour le moment montrée.**

Dans une audition sénatoriale dédiée aux perspectives de l'épidémie⁴, le Pr. Bruno Lina a souligné les inconnues persistantes sur les descendants d'Omicron et les mutations qu'ils pourraient présenter. Comme le soulignait Mme Vittoria Colizza au cours de la même audition, **des interrogations demeurent, dans le scénario de l'« endémicité » sur la saisonnalité et la prévisibilité de l'épidémie, facteurs changeant profondément la capacité de réponse sanitaire.**

En France, comme l'indique le dernier point épidémiologique de Santé publique France⁵, le **sous-lignage BA.2 reste minoritaire mais en progression.** Ce sous-lignage représente ainsi 10,7 % des séquences interprétables¹ le 31 janvier contre 4,5 % une semaine plus tôt.

¹ Comme le précise Santé publique France, Près de 417 000 cas possibles de réinfection par le SARS-CoV-2 ont été identifiés au cours de la période d'étude portant du 1er janvier 2021 au 27 janvier 2022. Néanmoins, en raison d'un changement concernant l'identification des patients dans la base SIDEP rendant impossible l'identification des événements de réinfection possible avec un premier épisode en 2020, ce chiffre ne reflète pas le nombre total de cas possibles de réinfection survenus depuis l'existence de la base de données SIDEP.

² Statens Serum Institut - Now, an Omicron variant, BA.2, accounts for almost half of all Danish Omicron-cases – 20 janvier 2022.

³ Statens Serum Institut - BA.2 is more transmissible than BA.1 but vaccinated persons are less likely to be infected and to pass on infection – 31 janvier 2022.

⁴ Mission commune d'information sur les effets des mesures en matière de confinement - « Le variant Omicron, et après ? » - Audition du Pr. Éric Caumes, infectiologue à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu à Paris, de Mme Vittoria Colizza, épidémiologiste, directrice de recherche à l'Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (Inserm) et du Pr. Bruno Lina, virologue, chef de service à l'Institut des agents infectieux du Centre hospitalier universitaire de Lyon et membre du Conseil scientifique covid-19

⁵ COVID-19 : point épidémiologique du 17 février 2022 – Santé publique France.

Devant la commission, le ministre des solidarités et de la santé a indiqué le 22 février que la proportion du sous-lignage BA.2 représente près de 50 % des cas en France. Cependant, Olivier Véran estime qu'en l'état des connaissances, ce sous-lignage n'est **pas de nature à occasionner un « risque de rebond »**².

c) Une levée anticipée du passe au Danemark aux conséquences *a priori* maîtrisées

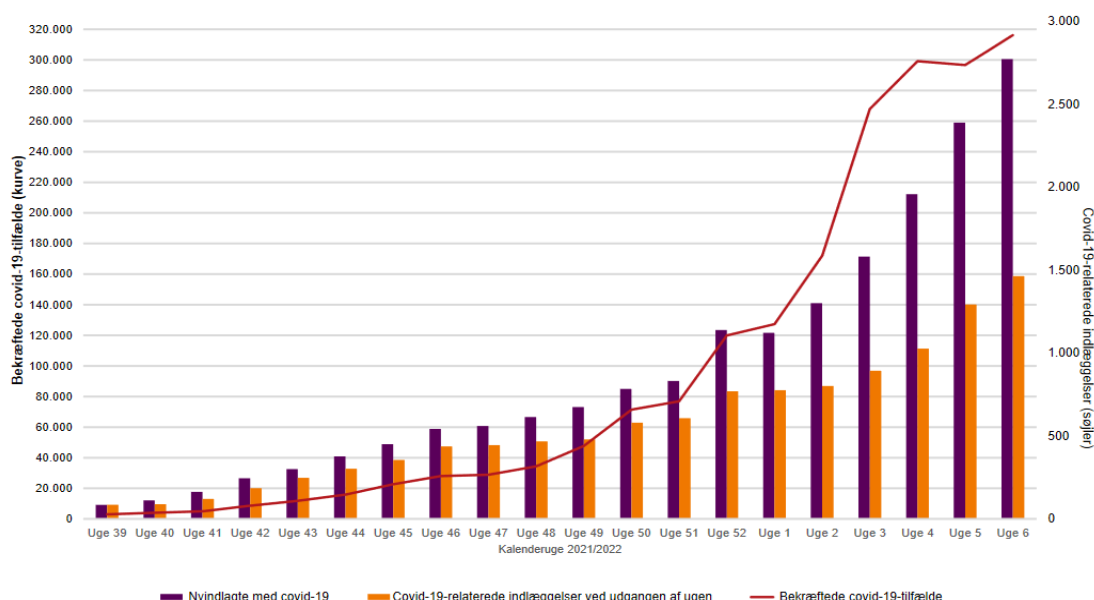
Premier pays européen à avoir introduit un passe sanitaire (*coronapas*) en avril 2021, le Danemark l'a suspendu une première fois à la mi-septembre 2021 avant de le réintroduire face à la vague liée au variant Delta en novembre 2021. Cependant, au regard des projections dont il disposait et aux caractéristiques de la vague « Omicron » depuis la fin décembre 2021, **le gouvernement danois a décidé de lever le passe sanitaire au 5 février 2022**. Le passe international reste nécessaire pour les voyages.

Pour le directeur de l'institut national de santé publique³, le **Statens Serum Institut (SSI)**, le *coronapas* eu des effets notables sur l'évolution de l'épidémie, en incitant à la vaccination et au dépistage, en impliquant les citoyens et en permettant la réouverture de la vie sociale. Cependant, le directeur nuance cette approche face au variant Omicron qui a remis en cause selon lui la logique sous-jacente de l'outil.

La levée des restrictions, dont le passe sanitaire, a été décidée à la fin du mois de janvier, en dépit de chiffres d'incidence encore hauts. **Le gouvernement danois expliquait alors considérer, au regard des prévisions, le pic proche et la levée des restrictions possibles au regard du niveau de vaccination mais aussi de la protection acquise, pour une partie des non-vaccinés, par les contaminations nombreuses.**

Dans son bilan épidémiologique du 17 février, le SSI constate qu'au cours de la **sixième semaine de 2022** (début février), **au moment de la fin du passe, le nombre de cas a augmenté de 6,6 %** et le taux de positivité a continué de progresser, atteignant même 44 % dans la région du Nord. Si le nombre de morts avec un test positif de contamination à la covid a augmenté, le taux de mortalité global est estimé à son niveau normal, de manière cohérente avec **une baisse des morts liées à la covid de 61 %**.

Évolution du nombre de cas positifs, d'hospitalisations liées au covid au Danemark



Source : Statens Serum Institut

¹ Enquête Flash S05 du 31 janvier 2022.

² Réunion du 22 février 2022.

³ Audition du 23 février 2022.

Pour autant, la **situation constatée correspond aux modélisations réalisées fin décembre** par l'institut et une baisse tant des cas et que des admissions à l'hôpital est attendue dans les prochaines semaines.

Interrogé par la commission sur l'exemple du cas danois, le Gouvernement a indiqué qu'au Danemark, où le passe vaccinal a déjà été abandonné, l'épidémie repart à la hausse depuis le 5 février, « *le nombre de nouveaux cas est en hausse avec un TI à 5 000 et le nombre de patients en soins intensifs en raison de la covid-19 a nettement augmenté le 07/02, alors qu'il avait tendance à diminuer depuis le début de l'année et à se stabiliser depuis la levée des restrictions le 01/02 (...)* Pour la première fois depuis le 1^{er} février, un lien a été fait entre l'augmentation des cas de covid-19 et la levée des restrictions sanitaires au Danemark »¹.

3. Des projections encourageantes pour la situation de l'hôpital

a) Une nécessaire approche différenciée des hospitalisations « avec » et « pour » covid

Depuis novembre 2020², la base SI-Vic³ permet de différencier les patients dont la prise en charge est directement liée à la covid-19 des patients covid+ dont le motif principal d'hospitalisation n'est pas la covid.

Cependant, comme cela a été particulièrement souligné durant la cinquième vague, **la distinction des patients selon le caractère « accessoire » de leur positivité à la covid-19 était jusqu'à la fin de l'année 2021 un élément relativement écarté des analyses et des indicateurs retenus** : preuve en la publication des données par Santé publique qui, bien qu'existantes, n'ont été mises en ligne que le 31 janvier 2022.

Comme le souligne le Pr Bruno Riou dans une note d'information de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, cette distinction est cependant apparue **beaucoup plus déterminante au cours de la cinquième vague où l'incidence dans la population générale a trouvé des conséquences directes dans la situation des personnes hospitalisées.**

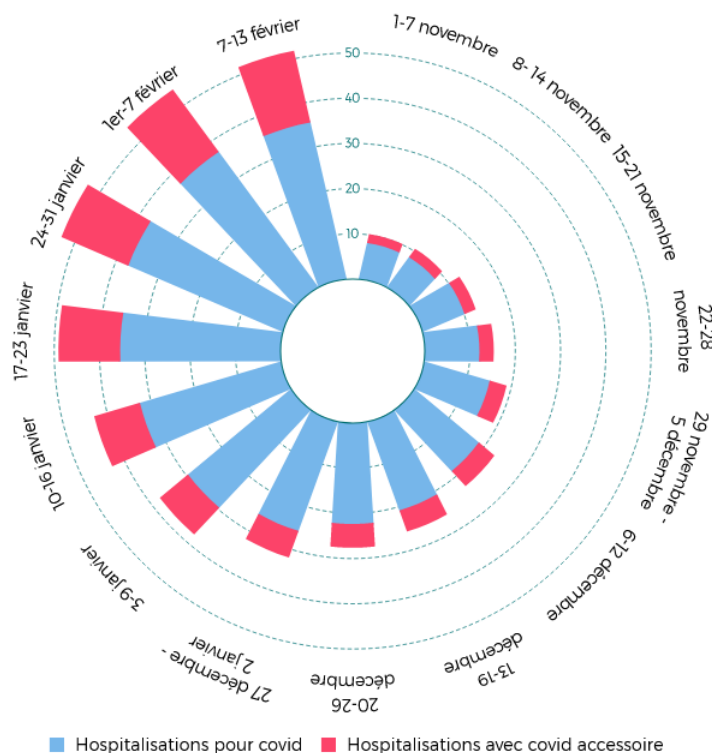
- Cette distinction apparaît tout à fait nécessaire pour **mieux appréhender les conséquences réelles de l'épidémie sur le niveau des hospitalisations.** Cependant, il serait faux d'écarter les patients « covid accessoire » des conséquences directes de l'épidémie sur les services hospitaliers. En effet, ces derniers doivent être **isolés, réduisant les capacités d'accueil**, et nécessitent un renforcement des **préventions contre les transmissions nosocomiales.**

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

² Novembre 2020, lettre d'information n° 6 du ministère chargé de la santé.

³ Version 2.3 mise en service le 16 novembre 2020. Par défaut, la base propose un renseignement de l'hospitalisation comme liée à la covid.

Comparaison des taux d'hospitalisation « pour » et « avec » covid, pour 100 000 habitants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données de Santé publique France

Distinction des patients hospitalisés « avec » et « pour » covid

Jusqu'ici le suivi épidémiologique des patients hospitalisation conventionnelle (HC) a considéré que tous les patients présentant un test covid positif étaient hospitalisés en raison d'une maladie covid comme cause prédominante de l'hospitalisation en HC. En soins critiques (SC), les patients ont été classés comme admis pour une pneumopathie covid ou pas et, dans l'hypothèse négative, aucune autre information n'était colligée. Cette vision simplifiée était justifiée par une incidence relativement faible de la maladie covid rendant peu probable la coexistence d'une maladie covid et d'une autre cause d'admission en HC ou en SC.

Le terme de « covid accessoire » semble plus adapté à la situation dans le sens où la présence du covid, symptomatique ou non, est accessoire quant au diagnostic qui amène à l'hospitalisation mais aussi quant à l'évolution du patient. En effet, le caractère accessoire posé dès l'admission est susceptible d'évoluer en cours d'hospitalisation du fait de la progression éventuelle de la maladie covid elle-même, ou de son interaction défavorable avec les comorbidités pré-existantes du patient ou de la cause non-covid ayant provoqué l'hospitalisation.

La qualification de « covid accessoire » est attribuée à un patient à l'admission en HC ou en SC lorsque les deux conditions suivantes sont vérifiées :

1) une (ou des) autre(s) cause(s) que le covid est (sont) la raison principale d'admission du patient en HC ou en SC ;

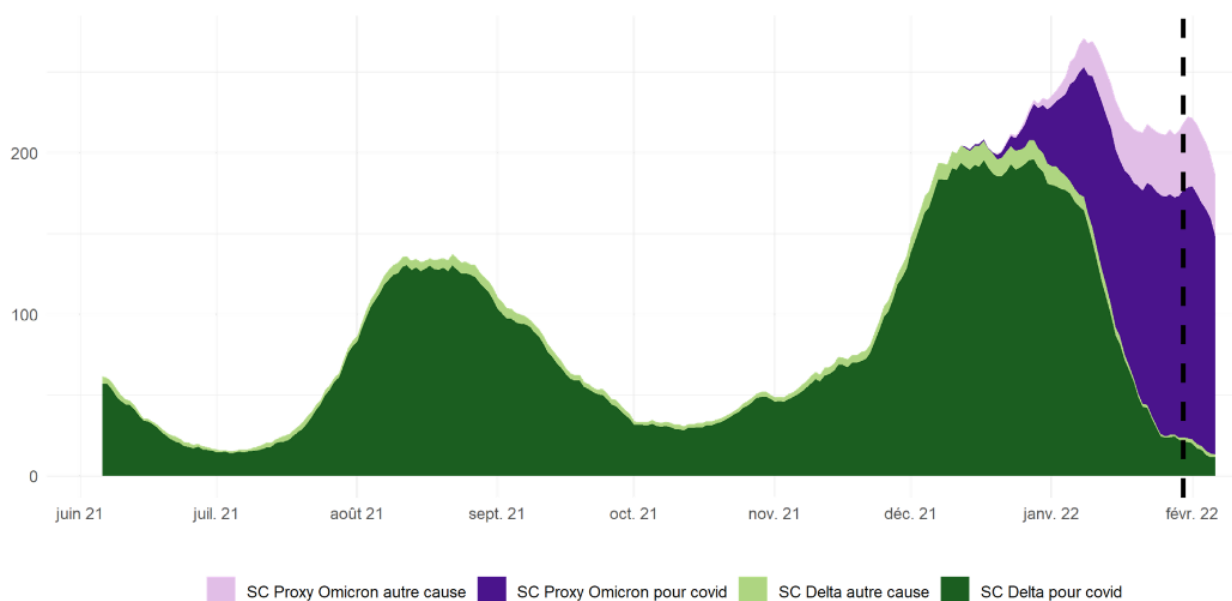
2) la présence d'une infection à SARS-CoV-2 n'est pas considérée par le médecin comme participant à l'aggravation clinique du patient motivant son admission en HC ou en SC.

Le statut de covid accessoire peut être révoqué en cours d'hospitalisation HC ou SC.

Source : APHP – note d'information INF-0082 du 12 janvier 2022 (extraits), de Bruno Riou, transmise à la commission des affaires sociales.

Dans sa publication du 11 février¹ la Drees souligne que « **les patients porteurs du SARS-CoV-2 entrant fin janvier 2022 en soins critiques sont pour 80 % d'entre eux hospitalisés en raison du covid-19** » (semaine du 31 janvier au 6 février). Cette même semaine, 93 % des entrées en soins critiques avec covid-19 relevaient du variant Omicron plutôt que Delta, proportion légèrement moins importante que parmi les hospitalisations conventionnelles.

Nombre quotidien d'entrées en soins critiques (pour covid-19 ou autre motif) pour lesquelles un test RT-PCR positif a été identifié, selon l'indication du variant



Note : l'ensemble des entrées en soins critiques pour lesquelles un test RT-PCR positif a été identifié est réparti selon la proportion d'entrées en soins critiques pour lesquelles le criblage associé est indicateur du variant Omicron parmi les entrées en soins critiques avec un test RT-PCR criblé. Données en moyenne quotidienne sur 7 jours glissants. Jusqu'à fin juillet, d'autres variants coexistaient dans des proportions non négligeables avec le variant Delta, notamment, les variants dits britannique, sud-africain et brésilien qui sont ici agrégés avec le variant Delta.

Source : appariement SI-VIC. Calculs DREES. Données extraites le 8 février 2022 pour la période du 31 mai 2021 au 6 février 2022, données provisoires, donc sous-estimées, après le 30 janvier (à droite du trait pointillé vertical).

b) Un ralentissement engagé des admissions et une baisse des hospitalisations projetée très rapide

Si le nombre d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques demeurent hauts, les flux ralentissent depuis la fin du mois de janvier.

¹ Drees - Le nombre d'hospitalisations liées à la vague Omicron est en baisse, pour les patients admis pour covid-19 comme pour l'ensemble de ceux porteurs du virus - Appariements entre les bases SI-VIC, SI-DEP et VAC-SI.



Hospitalisations
sur les 7 derniers jours



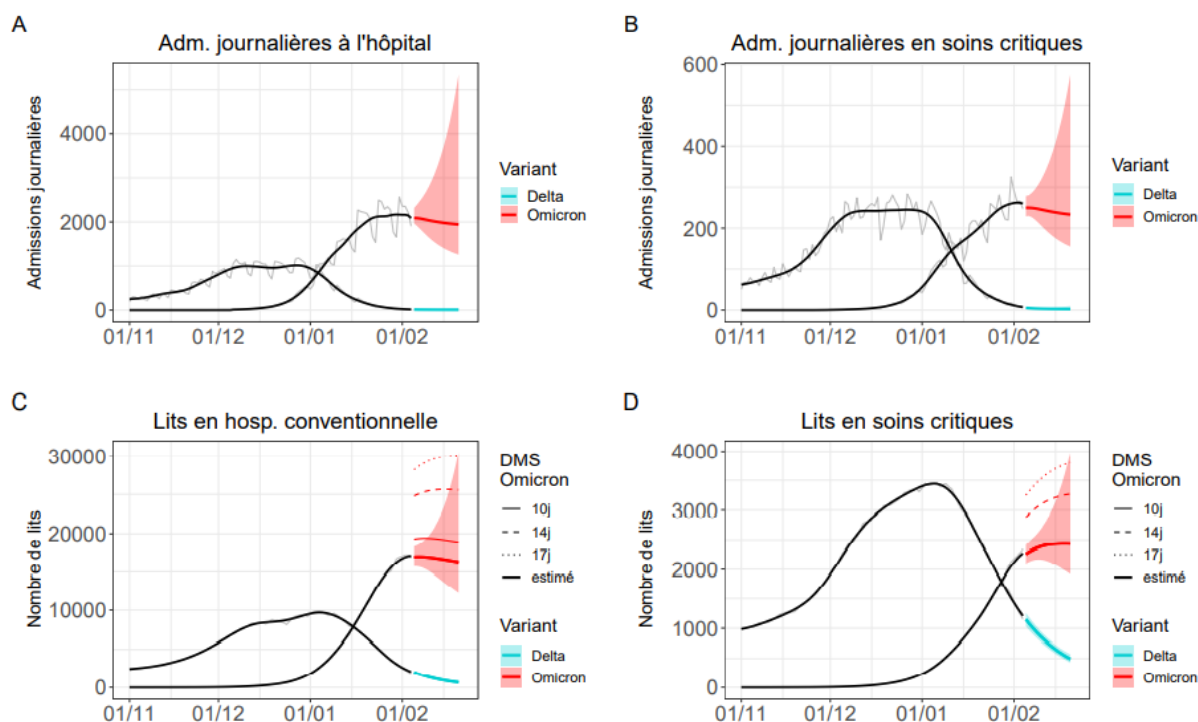
Admissions en soins critiques
sur les 7 derniers jours

Source : Santé publique France

- Surtout, les projections produites par l'Institut Pasteur les 8 et 14 février permettent d'anticiper une **amélioration rapide de la situation hospitalière**.

Au début du mois, les données d'hospitalisation SI-VIC du 6 février 2022 laissaient ainsi anticiper¹, au niveau national, un **plateau des admissions à l'hôpital dans les jours suivants**, avec une stabilisation des admissions et une légère baisse des admissions en soins critiques.

Projections du modèle par variant



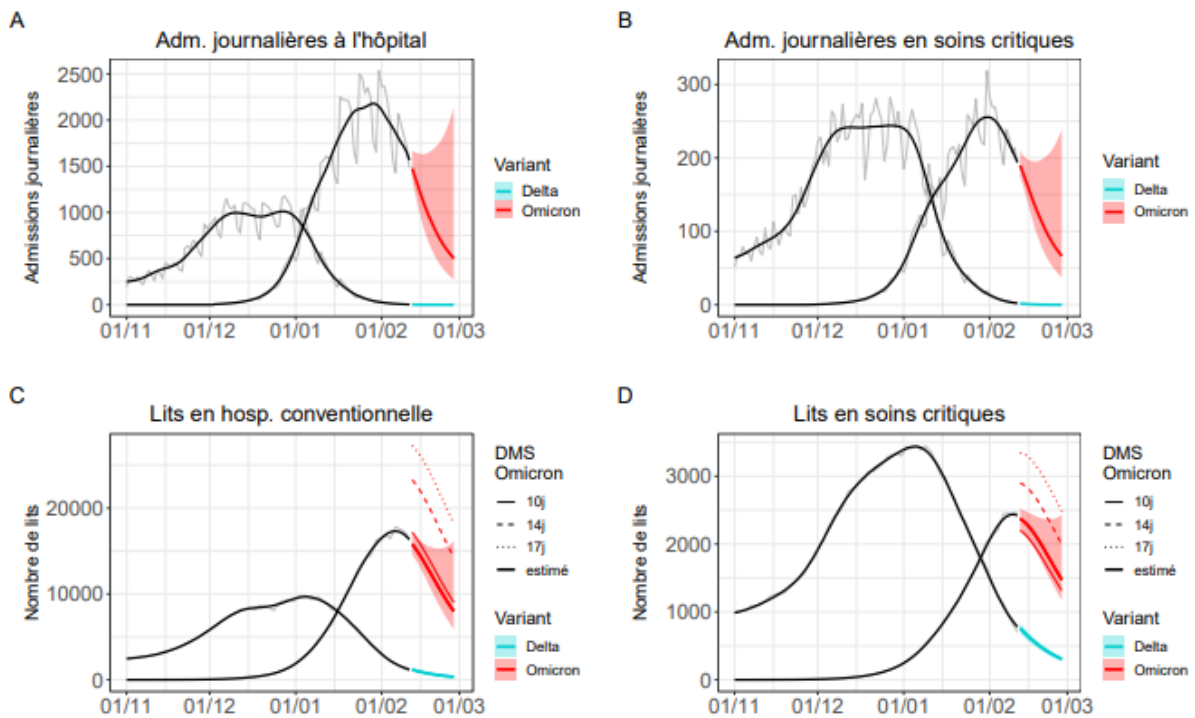
Source : Institut Pasteur, note du 8 février 2022

Plus récentes, les projections établies à partir des données SI-VIC du 13 février 2022 sont plus optimistes². Ainsi, au niveau national et dans les régions métropolitaines, « **le modèle d'ensemble anticipe une baisse des admissions à l'hôpital dans les jours qui viennent** ».

¹ Note 108 - Evolution possible du nombre de patients COVID-19 dans les services hospitaliers en France 8 février 2022 Modélisation Mathématique des Maladies Infectieuses, Institut Pasteur (Juliette Paireau, Alessio Andronico, Nathanaël Hozé, Paolo Bosetti, Cécile Tran Kiem, Simon Cauchemez) ; Santé Publique France.

² Note 109 - Evolution possible du nombre de patients COVID-19 dans les services hospitaliers en France 14 février 2022 Modélisation Mathématique des Maladies Infectieuses, Institut Pasteur (Juliette Paireau, Alessio Andronico, Nathanaël Hozé, Paolo Bosetti, Cécile Tran Kiem, Simon Cauchemez) ; Santé Publique France.

Projections du modèle par variant



Source : Institut Pasteur, note du 14 février 2022

Les auteurs soulignent cependant que « les durées de séjour restent difficiles à estimer par variant. Une sous-estimation ou sur-estimation de ces durées risquent d'induire une sous-estimation ou sur-estimation des besoins en termes de lits d'hospitalisation conventionnelle et de soins critiques. En particulier, il est possible que les durées pour Omicron soient actuellement sous-estimées, auquel cas le modèle pourrait être trop optimiste quant à la dynamique de décroissance des lits »¹. Les projections du nombre de lits varient en fonction de l'hypothèse concernant la durée moyenne de séjour des patients Omicron.

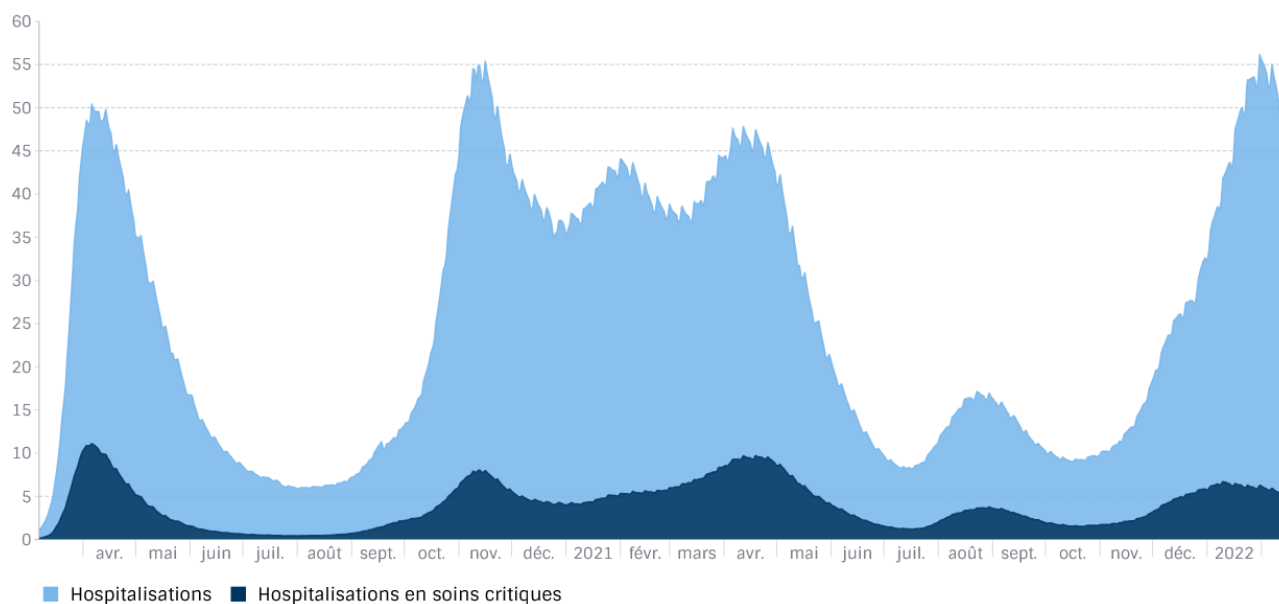
c) Une situation hospitalière très fragile après deux ans de pandémie

Si les projections présentées laissent voir un soulagement progressif de la pression de l'épidémie de covid-19 sur l'hôpital, **il convient d'être prudent sur le retour à la normale dans les services hospitaliers.**

En effet, si la dynamique engagée est encourageante, les niveaux actuels d'hospitalisations demeurent à court terme très hauts. Surtout, après deux ans de pandémie, **les capacités hospitalières demeurent fragiles du fait de départs et d'une situation d'épuisement prolongé des soignants.**

¹ Les auteurs expliquent s'attendre à ce que les erreurs les plus importantes surviennent au moment où un changement de dynamique a lieu (par exemple, au pic d'une vague).

Taux d'incidence des hospitalisations depuis le début de l'épidémie



Source : Commission des affaires sociales d'après les données SI-VIC

Enfin, la cinquième vague, massive, a conduit au déclenchement du **plan blanc** de nombreux hôpitaux et provoqué, comme les vagues précédentes de **fortes déprogrammations**.

Ainsi, au-delà de la seule occupation des lits tant en hospitalisation conventionnelle qu'en soins critiques, **un indicateur déterminant pour analyser la situation hospitalière sera le suivi de la « résorption » des interventions reportées**.

Interrogé sur ce point par la commission, le ministre des solidarités et de la santé¹ n'a pas été en mesure d'indiquer le nombre de plans blancs encore actifs, faute de remontées suffisantes d'information par les agences régionales de santé. Surtout, sans indicateur adéquat existant sur les opérations déprogrammées ou reportées, il n'est pas possible non plus pour le ministre des solidarités et de la santé d'anticiper une date de « retour à la normale » et de reprise d'activité à un niveau suffisant pour rattraper les retards accumulés. Olivier Véran a indiqué à ce sujet que si la situation actuelle était bien encore celle d'une « charge sanitaire » constant que si certains hôpitaux ne déprogramment plus, cette situation n'était pas homogène selon les territoires. Aussi, le ministre considère que **le seuil de 1500 lits de soins critiques correspond à un niveau auquel le fonctionnement normal de l'hôpital serait retrouvé**.

Pour rappel, le Conseil scientifique, dans son avis du 19 janvier², anticipait des conséquences durables sur le système de santé, évoquant « **un système de soins en tension très forte jusqu'à mi-mars 2022** » et considérant la **déprogrammation des patients non-covid comme « un enjeu majeur » des deux mois à venir**. Le Conseil explique ainsi sa préoccupation : « la déprogrammation des malades chirurgicaux sera peut-être plus limitée que prévu en raison d'une moindre tension sur les soins critiques et donc indirectement sur les services d'anesthésie-réanimation. **Par contre, la déprogrammation des malades médicaux (cancers, maladies chroniques...) risque d'être plus marquée que lors des vagues précédentes, car les lits d'hospitalisation classique seront plus mobilisés par la vague Omicron malgré une baisse significative de la durée de séjour de ces patients** ».

¹ Réunion du 22 février 2022.

² Note d'actualisation n° 4 du Conseil scientifique COVID-19 - 19 janvier 2022. La vague Omicron : une vague très différente des précédentes.

C. UNE LEVÉE DU PASSE VACCINAL QUI DOIT DÉSORMAIS S'ENGAGER AVEC PRÉCAUTION ET DE MANIÈRE TRANSPARENTE

1. Engager sans délai, mais avec prudence, la levée du passe vaccinal

Au regard de l'évolution de l'épidémie, les rapporteurs considèrent qu'il convient désormais d'engager une levée du passe vaccinal. Selon le dernier point épidémiologique de Santé publique France publié le 17 février en effet :

- le taux d'incidence en semaine 6 atteint 1 367 cas pour 100 000 habitants (soit 917 313 nouveaux cas confirmés) et un taux de positivité de 28,1 % en baisse dans toutes les classes d'âge ;
- la diminution des nouvelles hospitalisations se poursuit dans l'ensemble des régions, avec 11 699 nouvelles hospitalisations ;
- avec 1 415 nouvelles admissions en soins critiques, la baisse atteint près de 30 % sur une semaine et se constate dans toutes les régions. Le 15 février 2022, 31 160 patients covid étaient hospitalisés en France dont 3 248 en services de soins critiques, contre 3 568 le 8 février, soit une diminution de 9 %, ce qui ramène cet indicateur au niveau de la fin novembre.

La levée du passe vaccinal doit cependant être envisagée avec prudence, car l'épidémie reste imprévisible, ainsi que le rappelle ironiquement l'intitulé de l'avis du conseil scientifique du 5 octobre 2021 : « *une situation apaisée : quand et comment alléger ?* ». Les rapporteurs insistent en particulier sur les points suivants :

- **les conditions de la réversibilité de la décision devront être établies**, en cas par exemple d'apparition d'un nouveau variant dangereux ;
- **la levée du passe vaccinal n'est pas synonyme de levée du passe sanitaire dans les hôpitaux ni de l'obligation vaccinale pour les soignants**, qui par hypothèse sont les personnes le plus souvent en contact avec des personnes fragiles et doivent se prémunir contre tout risque de transmettre le virus ;
- **la territorialisation d'un tel outil doit pouvoir être envisagée**, le Conseil constitutionnel ayant jugé nécessaire que le passe soit « *strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu* ».

La détermination des indicateurs justifiant la levée ou le rétablissement du passe vaccinal reste un problème épineux. À la question de savoir sur quels critères recommander la levée des restrictions, le président du conseil scientifique a d'abord répondu « *Je ne vous répondrai pas, car je ne sais pas* »¹, avant de hasarder :

- d'abord, « **la situation hospitalière** et les chiffres qui la décrivent seront le nerf de la guerre [...] : *taux d'occupation des lits en soins intensifs et en réanimation, évolution des hospitalisations classiques* » ;
- ensuite, « **les déprogrammations** sont un bon critère [...] mais comment les mesurer ? Pour l'instant, je ne sais pas » ;
- mais aussi le « **nombre de contaminations**. Bien sûr, à 300 000 ou 400 000 contaminations par jour, ce dernier ne veut pas dire grand-chose. Mais s'il redescend autour de 50 000 ou 100 000, ce qui nous permettra de reprendre une stratégie « tester, tracer, protéger », et qu'on voit brutalement repartir la cinétique de contamination, cela voudra dire quelque chose » ;
- enfin, « **un autre critère, bien sûr, sera l'acceptabilité des mesures par nos concitoyens, qui est fondamentale depuis le début de la crise. Pour l'instant, les Français ont accepté des choses extraordinaires. Jusqu'à quel point ? À cet égard, l'explication vis-à-vis de nos concitoyens est vitale** ».

¹ Audition du 1er février 2022.

2. Impliquer le Parlement et veiller au formalisme de la décision

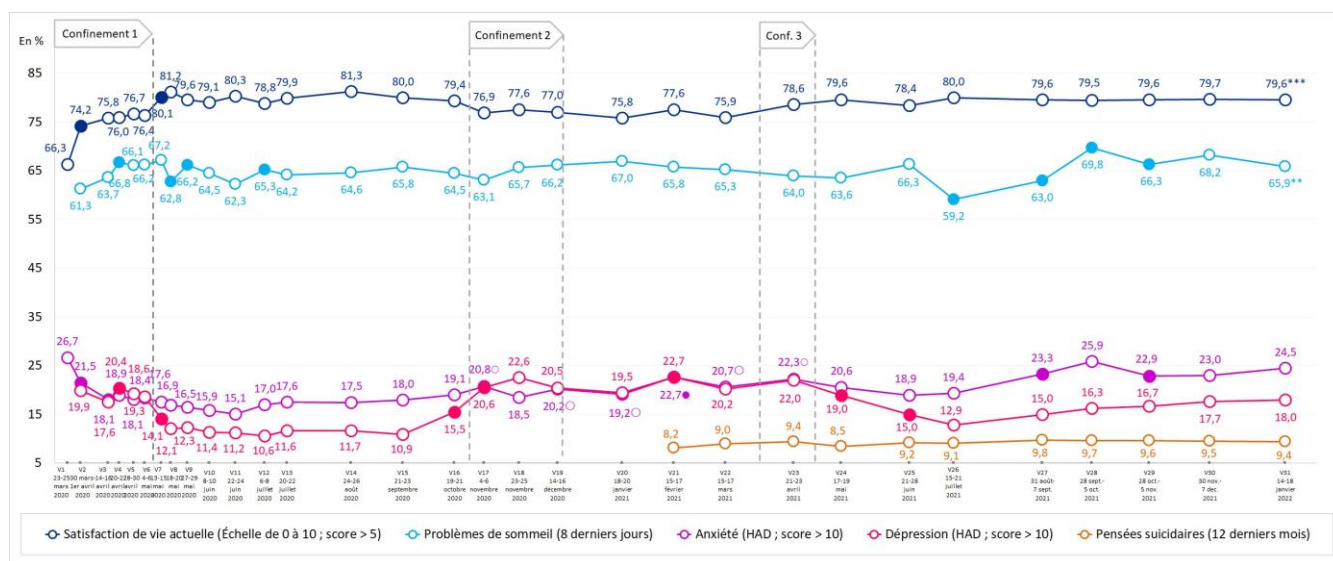
Réintroduire dans le circuit de décision le Parlement, épicerie de la vie démocratique du pays, semble d'abord à la commission de nature à mieux prendre en compte ce dernier critère d'acceptabilité des décisions, autrement dit de la proportionnalité des mesures prises à la gravité de la situation.

L'OMS alerte en effet depuis octobre 2020 sur le risque de « fatigue pandémique »¹, « réponse naturelle et attendue face à une crise de santé publique prolongée », marquée par un sentiment de « détresse » fondé sur la peur de la maladie, la perte des repères sociaux, les craintes pour son emploi, l'absence de visibilité sur la sortie de crise et donc de projet pour l'avenir. Les signaux d'alerte sur l'état de santé général de la population sont désormais bien trop nombreux pour que les pouvoirs publics puissent feindre de les ignorer².

D'autres experts auditionnés par la commission ont également abondé dans ce sens, telle la Dre Desbiolles : « il importe de mettre dans la balance, à la fois, des indicateurs spécifiques « covid » et des indicateurs « non-covid » relatifs à la santé physique, mentale et sociale, ainsi que, pour les enfants, des indicateurs pédagogiques », rappelant à juste titre que « selon l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne se résume pas à l'absence de maladie ou d'infirmités. On ne peut pas réduire la santé aux seuls indicateurs covid, ou à la seule absence de covid ».

La dernière édition de l'enquête Coviprev de Santé publique France fait à cet égard apparaître d'inquiétants éléments de continuité depuis le début de la crise sanitaire : les indicateurs de troubles du sommeil, de pensées suicidaires, d'états anxieux et dépressif restent élevés, et ces derniers demeurent plus nombreux chez les 18-24 ans, les personnes seules, les étudiants, les inactifs, et les personnes pauvres.

Évolution des indicateurs de santé mentale pendant l'épidémie de covid-19



Source : Santé publique France, enquête Coviprev, mise à jour le 3 février 2022

Les indicateurs de santé mentale chez les plus jeunes restent en janvier 2022 à des niveaux préoccupants : 43,4 % des 18-24 ans déclarent un trouble anxieux, 22,5 % un trouble dépressif, et 19,6 des pensées suicidaires, pour des moyennes dans la population générale entre 4 et 20 points inférieures.

¹ WHO, *Pandemic fatigue - Reinvigorating the public to prevent COVID-19*, novembre 2020 (1e éd. 2 octobre 2020).

² Santé publique France, Enquête Coviprev, mise à jour le 3 février 2022.

Dans un contexte où, comme l'a rappelé le Pr Fischer, « on peut affirmer sans risque d'erreur, à mon avis, qu'on ne peut pas éradiquer ce virus. Le seul virus jamais éradiqué à ce jour est celui de la variole, grâce à la vaccination, mais pour les virus respiratoires, il est vraiment illusoire d'y songer »¹, il importe de **normaliser la gestion de l'épidémie, et de lui redonner toutes ses dimensions, afin de doser la proportionnalité des mesures** mises en place.

L'association du Parlement à la décision pourrait prendre plusieurs formes. **Un débat suivi d'un vote, en application de l'article 50-1 de la Constitution**, semble le minimum pour préciser les indicateurs de suivi de l'épidémie, les conditions sous-tendant la décision de lever le passe, de le rétablir, de revenir à un passe sanitaire, ou encore, plus généralement, les outils de politique sanitaire concevables à l'avenir. En période de suspension des travaux, une audition du ministre en commission, ouverte à l'ensemble des sénateurs, est parfaitement envisageable.

La transmission de l'information utile au Parlement est encore perfectible. L'article L. 3131-19 du code de la santé publique prévoit que les avis du conseil scientifique sont rendus publics « sans délai », ce qui est rarement le cas. Les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat pourraient être rendues destinataires des conclusions de cet organe de conseil central dans le dispositif de gestion de crise.

3. Concentrer les efforts sur les populations les plus fragiles

Il apparaît enfin primordial de concentrer les efforts sur les populations les plus fragiles, donc les plus exposées à la maladie.

Le rapport de la commission d'enquête du Sénat sur l'évaluation de la gestion de la crise sanitaire en 2020² pointait déjà l'insuffisance de l'approche populationnelle dans la politique sanitaire. Que le covid ne touche pas tous les individus de la même façon dit la limite des politiques uniformes. Des vulnérabilités désormais bien identifiés, dont l'âge, les comorbidités, ou d'autres facteurs de risque comme le gradient social, la pauvreté et la précarité sont à considérer.

L'avis du Haut conseil de la santé publique de juillet 2020³, actualisant ceux du 31 mars et du 20 avril de la même année, a dressé la liste des personnes à risque de forme grave de covid-19.

Personnes vulnérables au SARS-Cov-2

D'après l'avis du Haut conseil de la santé publique de juillet 2020 :

- **les personnes âgées de 65 ans et plus ;**

- **les personnes avec comorbidités** telles que : antécédents cardiovasculaires, diabète non équilibré ou présentant des complications, pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale, insuffisance rénale chronique dialysée, cancer évolutif sous traitement, obésité, immunodépression, cirrhose, syndrome drépanocytaire majeur, femmes enceintes au 3^e trimestre, pathologie neuro-musculaire.

D'après les études de l'Insee, de l'Ined, de la Drees⁴ :

- **les personnes en situation de précarité ;**

- **les habitants de communes denses et usagers des transports en commun ;**

- **les personnes nées à l'étranger** (surtout hors d'Europe) surreprésentées dans les catégories précédentes.

¹ Audition du mercredi 9 février.

² Santé publique : pour un nouveau départ - Leçons de l'épidémie de covid-19 - Rapport n° 199 (2020-2021) de Mme Catherine Deroche, M. Bernard Jomier et Mme Sylvie Vermeillet fait au nom de la CE Évaluation des politiques publiques face aux pandémies, déposé le 8 décembre 2020.

³ HCSP, avis relatif à l'opportunité de recommandations spécifiques pour certaines personnes pouvant être considérées comme particulièrement vulnérables parmi les personnes à risque de forme grave de covid-19, 23 juillet 2020.

⁴ Insee, Décès en 2020 et début 2021 : pas tous égaux face à la pandémie de covid-19 ; Ined, Surmortalité due à la covid-19 en Seine-Saint-Denis : l'invisibilité des minorités dans les chiffres, juin 2020 ; Drees, En mai 2020, 4,5 % de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2, Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov, octobre 2020.

Pour conduire une politique de santé publique davantage ciblée, « *une myriade d'interventions sont envisageables : cibler la vaccination sur les plus fragiles, aller vers, se déplacer en zone rurale chez les personnes âgées et les personnes moins connectées. La mise en place du passe vaccinal a conduit à environ 800 000 primo-injections, mais elles n'ont pas concerné les personnes les plus fragiles. [...] Tout le monde ne peut pas se connecter facilement à des plateformes en ligne. Cette situation dénote en quelque sorte un échec de la politique du « aller vers » et la nécessité d'une approche plus proportionnée de la vaccination, tournée vers les personnes les plus à risque* »¹.

Il appartient à l'assurance maladie d'effectuer un tel travail, ainsi qu'elle le fait déjà pour certaines vaccinations ou certaines mesures de prévention. C'est dans cette optique que la Haute autorité de santé recommande par exemple une stratégie dite de « *cocooning* » autour des personnes immunodéprimées, prenant la forme d'une dose de rappel chez les personnes adultes âgées de plus de 18 ans dans l'entourage des personnes immunodéprimées, soit « *entre 350 000 et 400 000 personnes d'après les estimations du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale* »². Cette population particulièrement vulnérable à l'égard du SARS-Cov-2 doit se voir proposer plus systématiquement des traitements préventifs, et justifie un soutien à la recherche plus déterminé.

¹ Dre Alice Desbiolles, audition du 8 février 2022.

² Haute autorité de santé, « Covid-19 : la HAS élargit le périmètre de la dose de rappel », communiqué de presse mis en ligne le 6 octobre 2021.

RECOMMANDATIONS

Engager la levée du passe vaccinal sur des indicateurs objectifs

Fixer dès maintenant des niveaux d'incidence et d'hospitalisations permettant d'anticiper la levée du passe.
Assurer des allègements progressifs et coordonnés des différentes mesures.

Retrouver une gestion de crise plus démocratique

Mieux associer le Parlement au suivi des mesures et mettre à sa disposition les outils pertinents d'aide à la décision.
Formaliser et présenter les mesures d'allègement devant la représentation nationale.

Améliorer la transparence dans la gestion de l'épidémie

Renforcer la mise à disposition en *open data* de l'ensemble des indicateurs permettant de suivre l'épidémie et d'évaluer la nécessité des mesures prises

Protéger les plus vulnérables

Assurer une politique d'aller-vers qui cible de manière efficace et rapide les personnes âgées ou atteintes de comorbidités pour atteindre une couverture vaccinale quasi complète.

Une mission d'information dotée des prérogatives d'une commission d'enquête

En application de l'article 5 *ter* de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et de l'article 22 *ter* du Règlement du Sénat, la commission des affaires sociales s'est vue octroyer les prérogatives d'une commission d'enquête pour conduire la présente mission d'information.

- Réunie le mercredi 23 février 2022 sous la présidence de Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a adopté les recommandations et autorisé la publication du rapport d'information.



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



Chantal Deseyne
Rapporteur
Sénateur (LR)
Eure-et-Loir



Olivier Henno
Rapporteur
Sénateur (UC)
Nord



Michelle Meunier
Rapporteure
Sénatrice (SER)
Loire-Atlantique

http://www.senat.fr/commission/soc/mi_adequation_du_passe_vaccinal.html

Consulter le rapport : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-537-notice.html>

