

Le Premier Ministre

Paris, le 15 FEV. 2022

Cher Monsieur le Président, *Cher Richard*

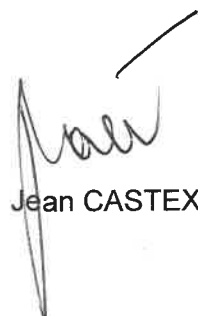
En application du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, **le Gouvernement doit présenter au Parlement**, trois mois après la promulgation de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 précitée et au plus tard le 15 février 2022, **un rapport exposant les mesures prises en application de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 précitée depuis son entrée en vigueur** et précisant « *leur impact sur les 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* ». Ce rapport doit également indiquer « *les raisons du maintien, le cas échéant, de certaines des mesures prises sur tout ou partie du territoire national ainsi que les orientations de l'action du Gouvernement visant à lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19* ».

La loi précise également que ce rapport pourra faire l'objet d'un débat en commission permanente ou en séance publique, ce qui sera le cas à l'Assemblée nationale le jeudi 24 février prochain avec la déclaration du Gouvernement, suivie d'un débat, sur l'évolution de la situation sanitaire, effectuée sur le fondement de l'article 50-1 de la Constitution.

Par conséquent, vous voudrez bien trouver ci-joint le rapport du Gouvernement prescrit par ces dispositions.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma haute considération.

et de mon amitié dévouée



Jean CASTEX

Monsieur Richard FERRAND
Président de l'Assemblée nationale
Député du Finistère
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rapport au Parlement
relatif à la gestion de la crise sanitaire**

Février 2022

Table des matières

Table des matières	2
Introduction	3
1. La situation sanitaire s’améliore en février 2022 après une cinquième vague occasionnée par le variant Omicron	4
1.1. Une situation épidémiologique plus favorable en février 2022 après une cinquième vague d’une ampleur exceptionnelle	4
1.2. Une situation hospitalière qui s’améliore à partir de février 2022 après une période de tension	8
2. La vague Delta puis la vague Omicron ont nécessité des mesures de gestion adaptées pour maîtriser l’épidémie.....	12
2.2. L’émergence d’Omicron : une nouvelle donne épidémique et un défi majeur pour le contrôle sanitaire aux frontières.....	12
2.3. Le renforcement et l’adaptation du dispositif Tester-Alerter-Protéger.....	14
2.3.1. Une adaptation régulière de la stratégie et des moyens de dépistage à l’évolution de l’épidémie	15
2.3.2. Une réponse sans précédent à la demande de la population en matière de dépistage dans le contexte du variant Omicron	17
2.3.3. Le contact-tracing et l’évolution du protocole en population générale et à l’école	19
2.4. L’instauration d’un passe sanitaire puis d’un passe vaccinal.....	20
2.4.1. Le passe sanitaire, puis le passe vaccinal, ont accéléré la campagne de vaccination	20
2.4.2. Plusieurs études confirment les effets sanitaires, sociaux et économiques des mesures liées à la vaccination.....	24
2.5. Les mesures de restriction pour freiner l’épidémie	28
2.6. Les territoires d’outre-mer, du fait de leurs spécificités, ont nécessité des mesures de gestion adaptées	30
2.6.1. Les spécificités ultra marines.....	30
2.6.2. L’évolution des mesures de gestion en lien avec l’évolution de la situation sanitaire	30
ANNEXES.....	41

Introduction

Le présent rapport est remis au Parlement en application du VI de l'article 1^{er} de la loi du n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, telle que modifiée par la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

Ces dispositions prévoient que : « *Le Gouvernement présente au Parlement, trois mois après la promulgation de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et au plus tard le 15 février 2022, un rapport exposant les mesures prises en application du présent article depuis l'entrée en vigueur de cette même loi et précisant leur impact sur les 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. Ce rapport indique les raisons du maintien, le cas échéant, de certaines des mesures prises sur tout ou partie du territoire national ainsi que les orientations de l'action du Gouvernement visant à lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19. Ce rapport peut faire l'objet d'un débat en commission permanente ou en séance publique* ».

Ce rapport vise à informer le Parlement sur les mesures de gestion de la crise sanitaire prises sur le fondement de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 précitée, dont les dispositions sont applicables jusqu'au 31 juillet 2022.

Après une présentation de la situation sanitaire récente au titre de l'épidémie de covid-19 et des caractéristiques de la période de trois mois considérée, le rapport s'attache à présenter les mesures de gestion mises en œuvre, en matière de dépistage, de vaccination et de freinage, ainsi que leur adaptation à l'évolution de la situation sanitaire, avec à l'appui différents documents graphiques et données chiffrées. Il consacre également des développements spécifiques aux territoires ultramarins.

Il comprend enfin plusieurs annexes détaillées sur les doctrines de séquençage et de criblage, le contact tracing, le dépistage, la vaccination et les mesures réglementaires prises depuis novembre 2021.

Ce rapport vient en complément des éléments transmis chaque semaine et mensuellement aux présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat sur l'évolution de la situation sanitaire et les mesures de gestion adoptées par le Gouvernement, ainsi que des consultations régulièrement effectuées depuis le début de la crise sanitaire avec les assemblées parlementaires, en particulier *via* la réunion du comité de liaison parlementaire sous la présidence du Premier ministre.

1. La situation sanitaire s'améliore en février 2022 après une cinquième vague occasionnée par le variant Omicron

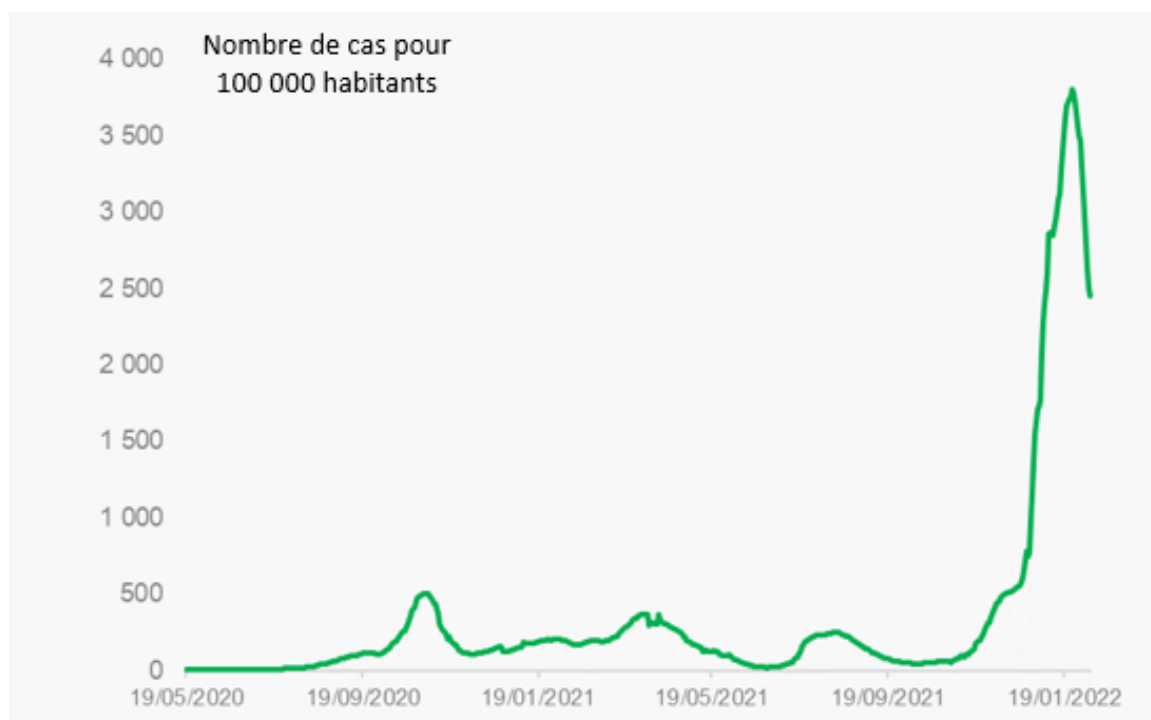
1.1. Une situation épidémiologique plus favorable en février 2022 après une cinquième vague d'une ampleur exceptionnelle

La France a été frappée, comme le reste de l'Europe, par une cinquième vague d'une ampleur exceptionnelle, marquée par la concomitance de la circulation de deux variants, Delta puis Omicron, concomitante, avant que le second ne supplante le premier. Les pics d'incidence de la 4^{ème} vague (été 2021), de la 3^{ème} vague (printemps 2021), de la 2^{ème} vague (automne 2020) et de la 1^{ère} vague (printemps 2020) ont été largement dépassés, avec une situation épidémique qui s'est dégradée pendant plus de quinze semaines consécutives.

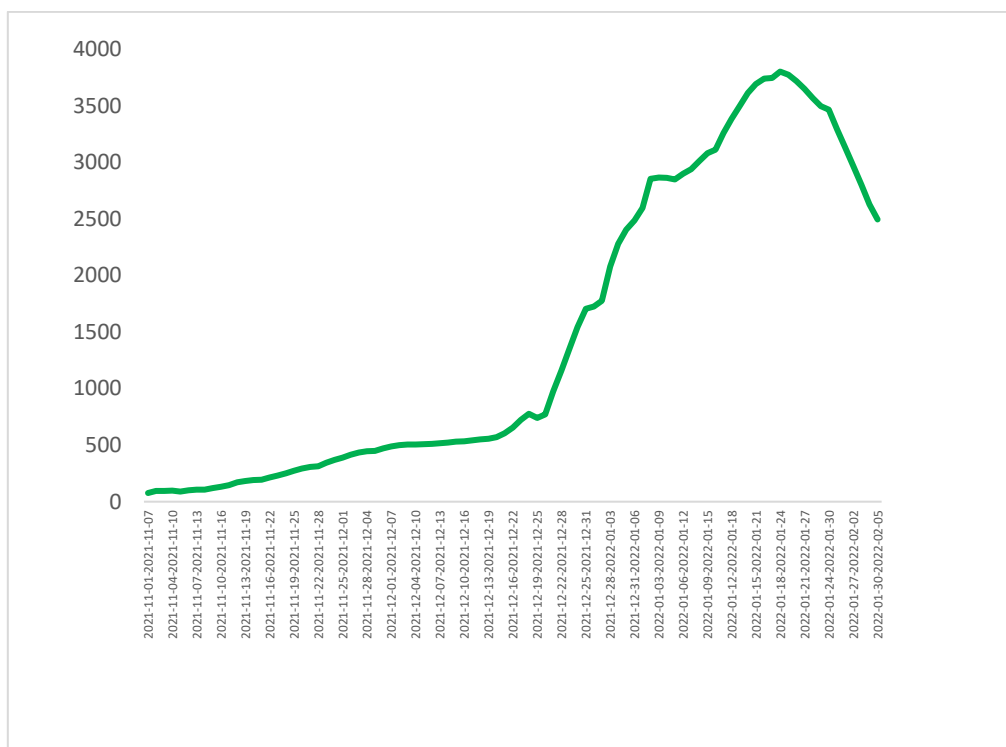
D'abord, à partir d'octobre 2021, alors que l'incidence au niveau national était passée sous le seuil des 50 cas pour 100 000 habitants le 1^{er} octobre, le taux d'incidence a entamé une nouvelle progression dès le 8 octobre. Puis, au cours du mois de novembre, la progression de l'incidence s'est accélérée. Au 10 novembre 2021, le taux d'incidence s'élevait à 99 cas pour 100 000 habitants, un chiffre en forte hausse (+50% sur 7 jours glissants). Dans le contexte de prédominance du variant Delta, les contaminations étaient à un niveau important ; comme élément de comparaison, le pic de la quatrième vague avait été atteint en août 2021 avec un taux d'incidence à 248 cas pour 100 000 habitants.

Sous l'influence du variant Omicron, la hausse de l'incidence a progressé jusqu'au 24 janvier 2022 pour atteindre 3 806,5 cas pour 100 000 habitants, avec des pics en terme de nombre de cas recensés dépassant le seuil symbolique du demi-million de contaminations quotidiennes. Au 14 février 2022, le taux d'incidence s'élevait à 1 489, en baisse de 43% sur 7 jours.

Graphique 1 – Taux d'incidence pour 100 000 habitants : de mai 2020 à février 2022
(Géodes, Santé publique France)



**Graphique 2 – Taux d'incidence pour 100 000 habitants : de novembre 2021 à février 2022
(Géodes, Santé publique France)**



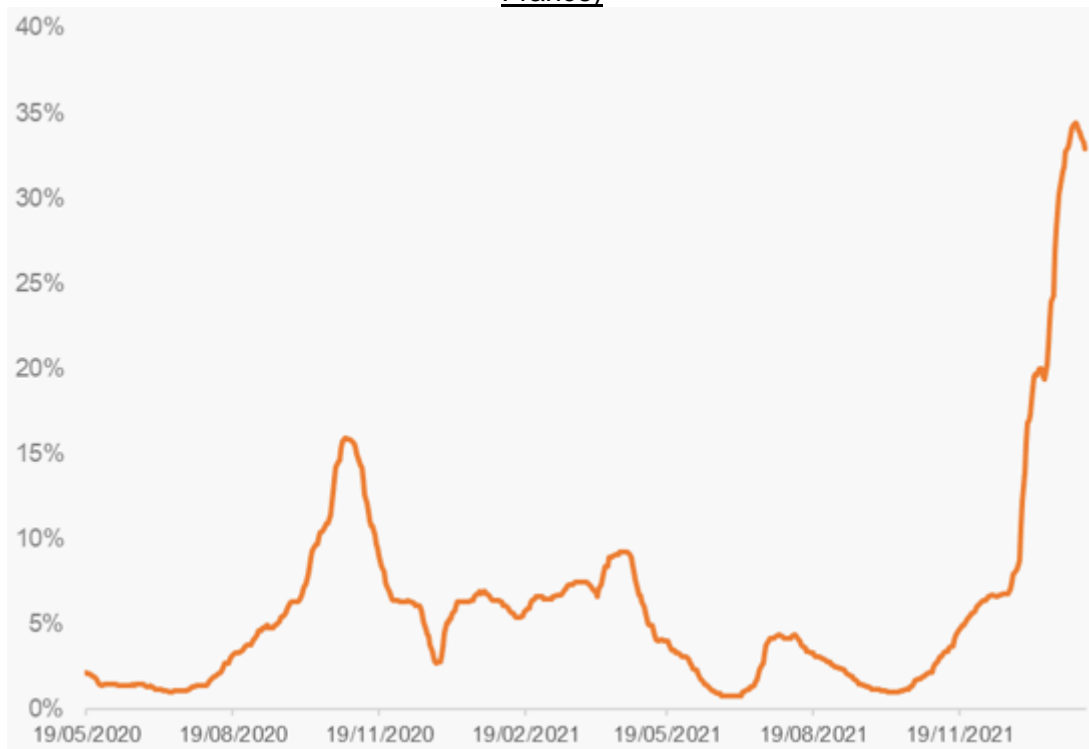
Au 10 octobre 2021, le taux de positivité (TP) s'établissait à 1 % des tests réalisés, à son niveau le plus bas depuis le 5 juillet 2021. A partir du 10 octobre 2021, le TP a augmenté de manière quasi continue jusqu'au 30 janvier 2022 pour atteindre 34,30%, soit plus d'un test sur trois dont le résultat était positif.

Lorsque les contaminations étaient principalement liées au variant Delta (entre octobre 2021 et mi-décembre 2021), le taux de positivité a connu une progression constante mais la rapidité de son augmentation était comparable aux hausses constatées lors des autres vagues. Il est ainsi passé de 1,0% au 10 octobre 2021 à 6,80% au 19 décembre 2021, un niveau supérieur au pic de la quatrième vague – 4,4% le 7 août 2021 – et proche de celui de la troisième vague, qui était de 9,2% le 24 avril 2021.

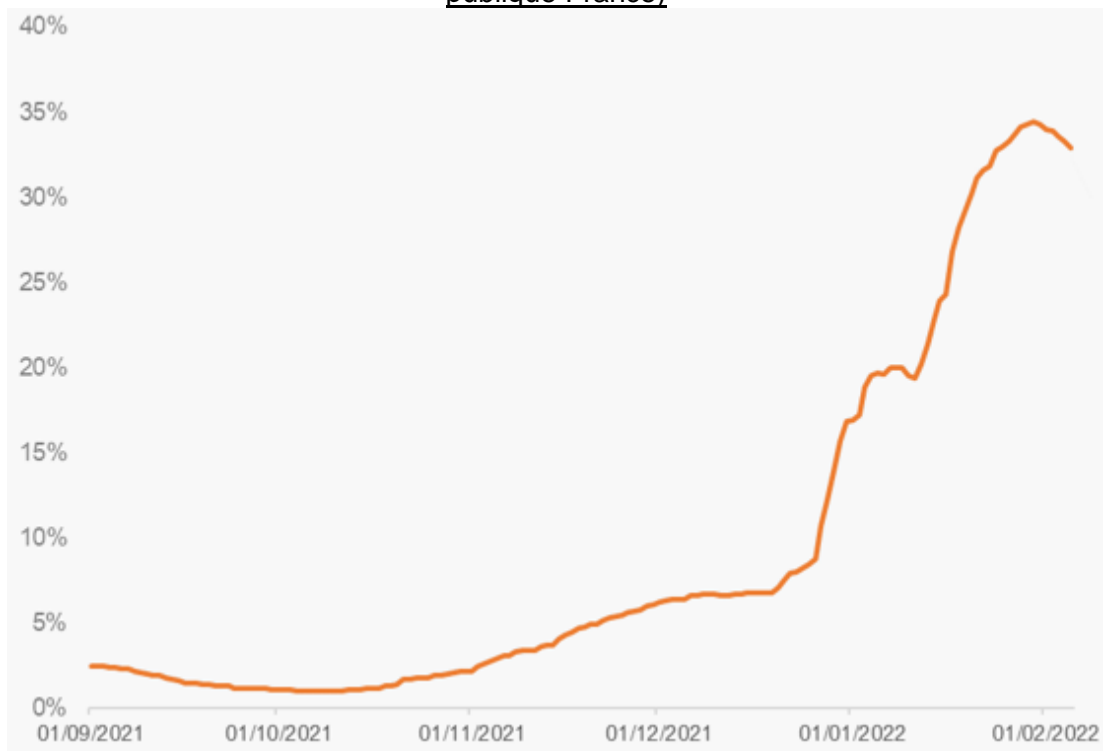
A partir de mi-décembre 2021, avec la diffusion rapide du variant Omicron, le taux de positivité a triplé entre le 19 décembre 2021 et le 7 janvier 2022 pour passer de 6,80% à 20%. Cette hausse a continué jusqu'au 30 janvier 2022 pour atteindre 34,30%. Depuis fin janvier 2022, on observe une légère baisse du taux de positivité. Au 14 février 2022, le taux de positivité s'élevait à 28,8%, en baisse de 4,4 points sur 7 jours.

	01/09/2021	01/10/2021	01/11/2021	01/12/2021	01/01/2022	01/02/2022
Taux d'incidence / 100K (7 jours glissants) : vs le même jour semaine précédente	178,7 - 17,7%	54 - 17,8%	58,7 + 9,7%	310,9 + 60,5%	1 456,2 +123,3%	3 488,0 -6,7%
Nombre de cas moyens sur 7j: vs le même jour semaine précédente	17 135 - 17,4%	5 181 - 13,9%	5 626 + 10,5%	29 804 + 61,0%	127 779 +106%	416 896 -16,9%

Graphique 3 – taux de positivité : de mai 2020 à février 2022 (Géodes, Santé publique France)

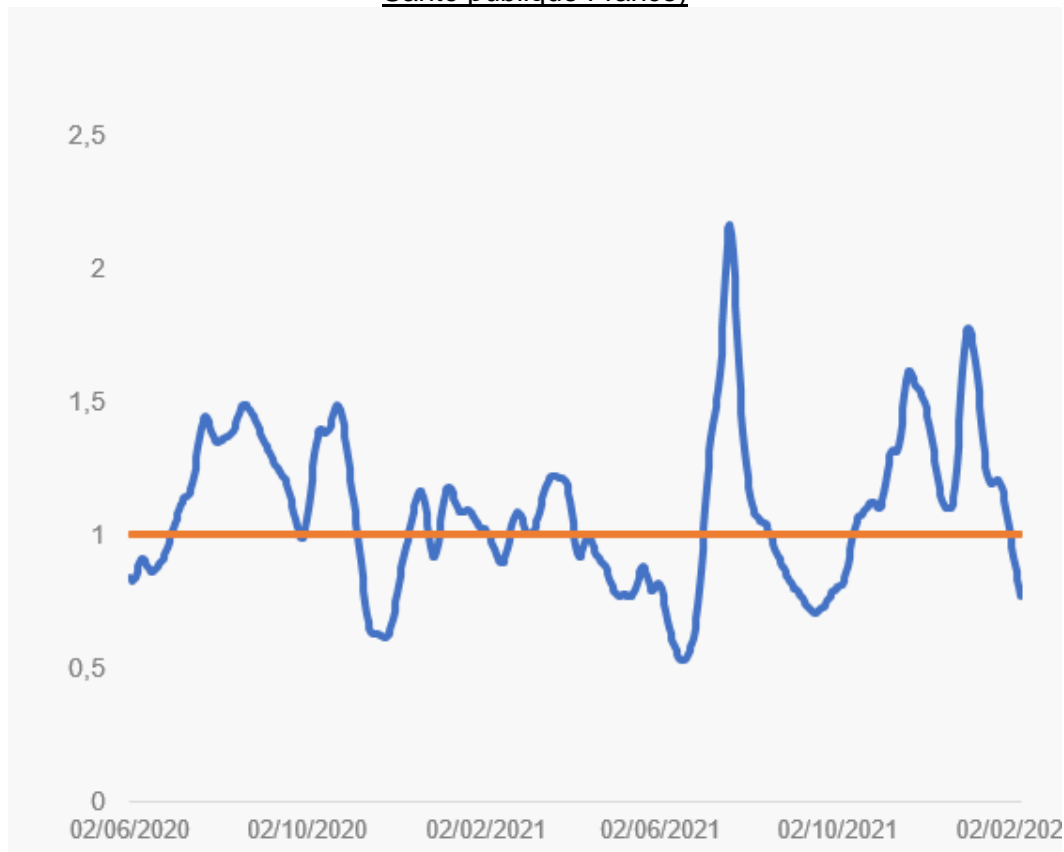


Graphique 4 – taux de positivité : de septembre 2021 à février 2022 (Géodes, Santé publique France)

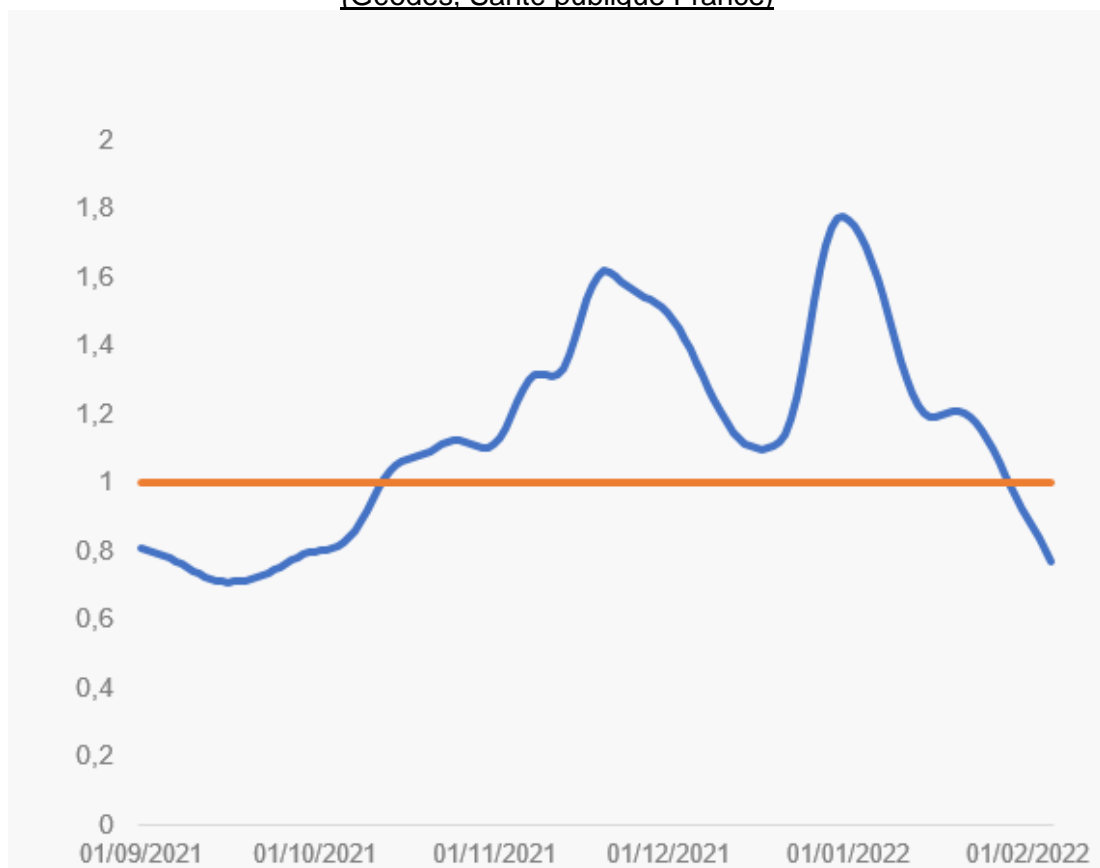


Avec la vague Delta, le taux de reproduction du virus, le *Reff*, a progressé jusqu'au 20 novembre 2021 pour atteindre 1,61 puis a diminué jusqu'à 1,09 le 17 décembre de la même année. Cette baisse du *Reff* témoignait alors d'un ralentissement de la hausse des cas et non d'un recul des contaminations puisque l'indicateur restait supérieur à 1. Avec l'intensification de la vague Omicron, le *Reff* a ensuite repris une progression forte pour atteindre 1,77 le 31 décembre. Depuis cette date, le *Reff* diminue et est passé sous le seuil de 1 le 29 janvier. Au 5 février, il atteint 0,77, et est inférieur à 1 dans toutes les régions françaises, ce qui témoigne d'un recul conséquent de l'épidémie.

Graphique 5 – Taux de reproduction effectif (Reff) :de mai 2020 à février 2022 (Géodes, Santé publique France)



Graphique 6 – Taux de reproduction effectif (Reff) : de septembre 2021 à février 2022 (Géodes, Santé publique France)



1.2. Une situation hospitalière qui s'améliore à partir de février 2022 après une période de tension

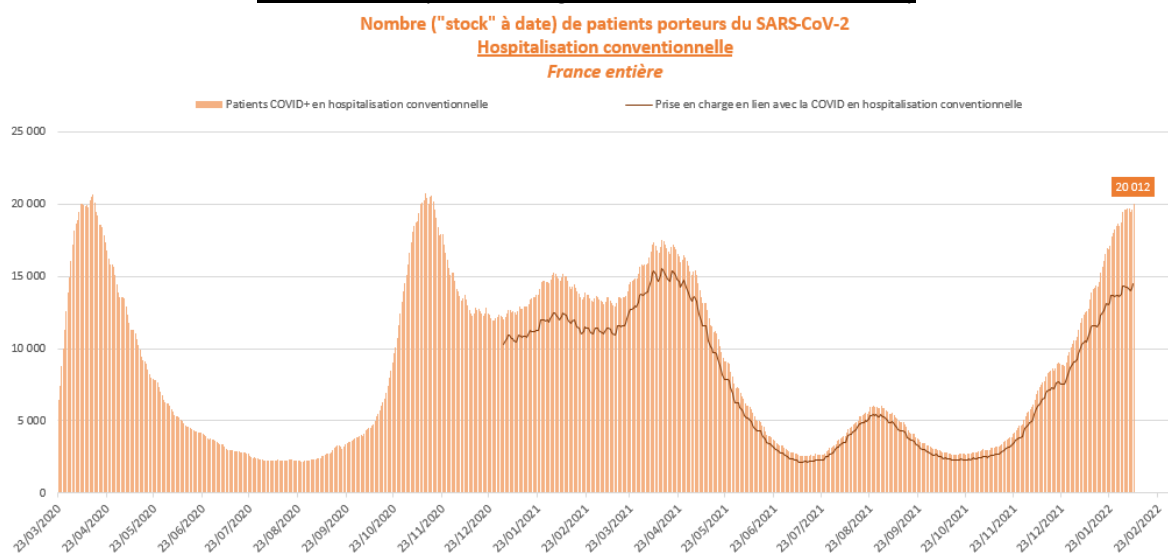
Au 1^{er} septembre 2021, le nombre de patients Covid pris en charge en hospitalisation conventionnelle (HC) s'élevait à 5 883. Ce nombre a continué de baisser jusqu'au 16 octobre 2021 pour atteindre 2 643 patients.

Avec l'arrivée de la vague Delta, le nombre de patients Covid en HC a connu une augmentation quasi-continue entre le 16 octobre 2021 (5 883 patients) et le 21 décembre 2021 (9 017), puis le nombre de patients a amorcé une légère décrue pendant quelques jours. Le nombre de patients Covid pris en charge restait alors largement inférieur aux pics de toutes les autres vagues, mis à part la 4^{ème} vague à l'été 2021 qui a eu peu d'impact sur les hospitalisations (seulement 6 068 patients Covid en HC au pic le 25/08/2021).

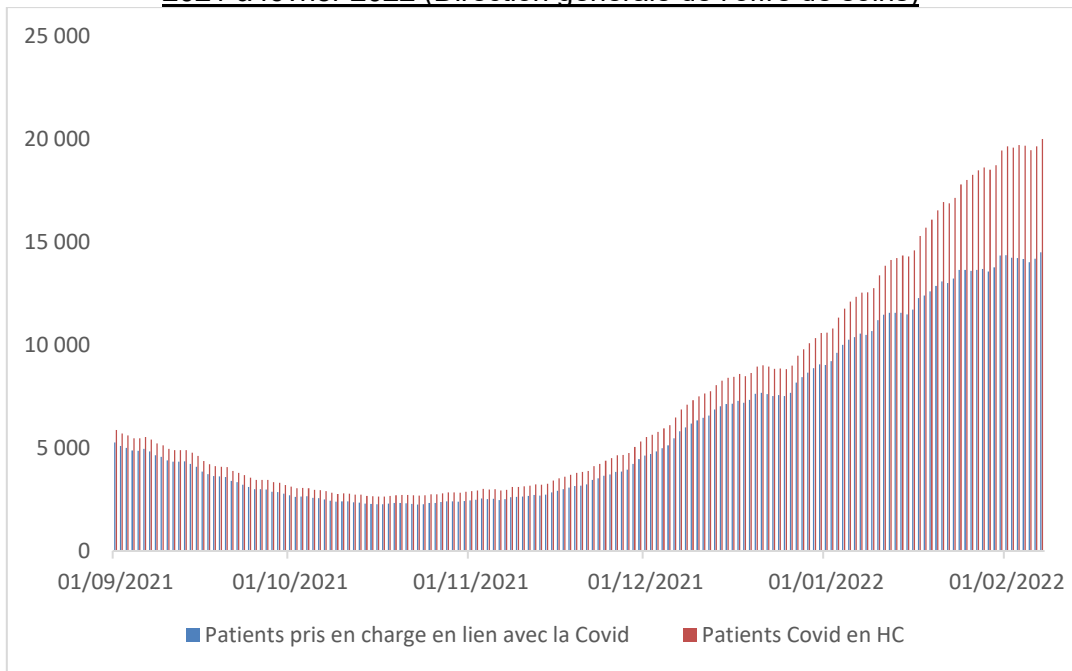
A partir de fin décembre, la vague Omicron a provoqué une forte hausse du nombre de patients Covid en HC. Au 26 décembre 2021, on dénombrait 9 002 patients Covid en hospitalisations conventionnelles. Ce nombre a progressé jusqu'à aujourd'hui : au 7 février 2022, on dénombre 20 012 patients Covid en HC. Ce nombre reste largement inférieur aux pics de la première et deuxième vagues (respectivement 20 704 patients Covid+ le 14 avril 2020 et 20 730 patients Covid+ le 12 novembre 2020).

Avec l'arrivée du variant Omicron, le nombre de patients en hospitalisation conventionnelle porteurs du Covid mais hospitalisés pour un autre motif a aussi fortement augmenté. Au 7 février 2022, parmi les 20 012 patients Covid en HC, 14 520 étaient hospitalisés pour un motif en lien avec la Covid, soit seulement 72,5% des patients. La part des patients Covid hospitalisés pour ce motif s'élevait respectivement à 88% et 90% aux pics des troisième et quatrième vagues (pour les vagues précédentes, les données ne permettaient pas de distinguer les patients hospitalisés avec Covid des patients hospitalisés pour Covid).

Graphique 7 – Nombre de patients en hospitalisations conventionnelles : de mars 2020 à février 2022 (Direction générale de l'offre de soins)



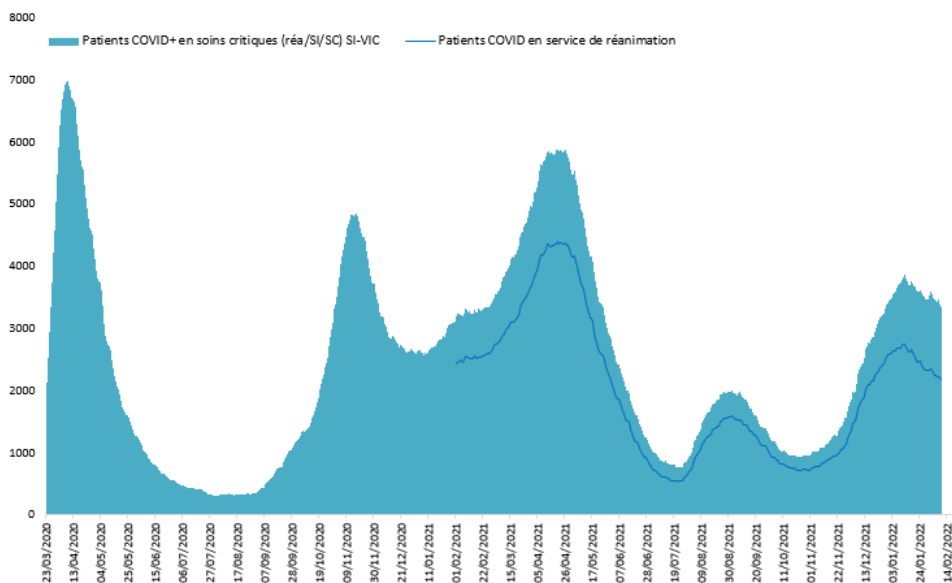
Graphique 8 – Nombre de patients en hospitalisation conventionnelle : de septembre 2021 à février 2022 (Direction générale de l'offre de soins)



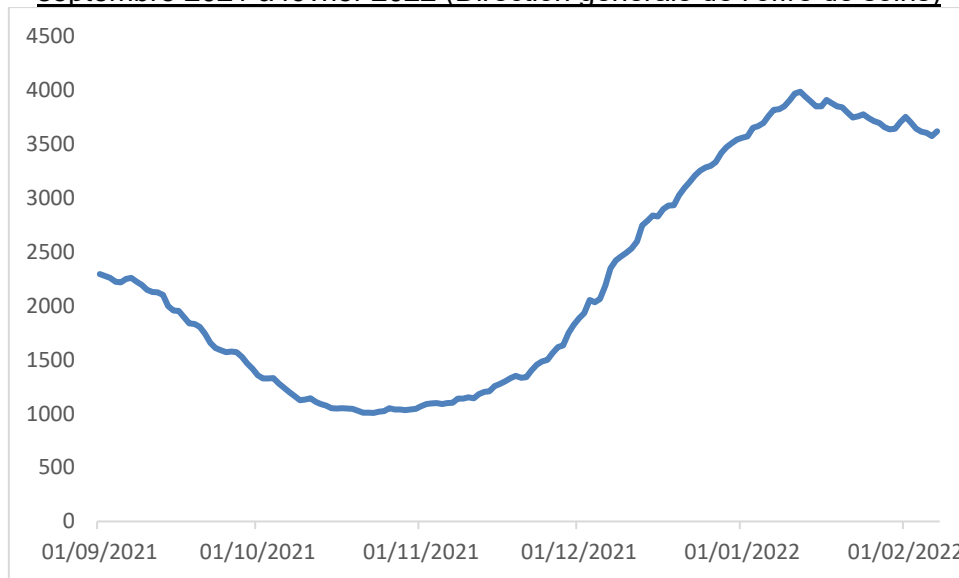
Au 1^{er} septembre 2021, 2 295 patients Covid étaient en soins critiques (SC). Ce nombre a diminué pour atteindre 1 007 patients au 23 octobre 2021.

Avec la succession des vagues Delta et Omicron, le nombre de patients Covid en SC a connu une augmentation quasi-continue entre le 23 octobre 2021 et le 12 janvier 2022 pour atteindre 3 987 patients en soins critiques. Depuis cette date, le nombre de patients amorce une légère décline. Au 7 février 2022, 3 621 patients Covid sont hospitalisés en SC, un nombre en légère baisse sur 7 jours. Mais là aussi, la part des patients hospitalisés avec le virus SARS-CoV-2 et non pour le COVID avait augmenté ; jusqu'à 15% alors qu'elle se situait à 5 à 7% maximum lors des vagues précédentes.

Graphique 8 – Nombre de patients Covid en soins critiques : de mars 2020 à février 2022 (Direction générale de l'offre de soins)



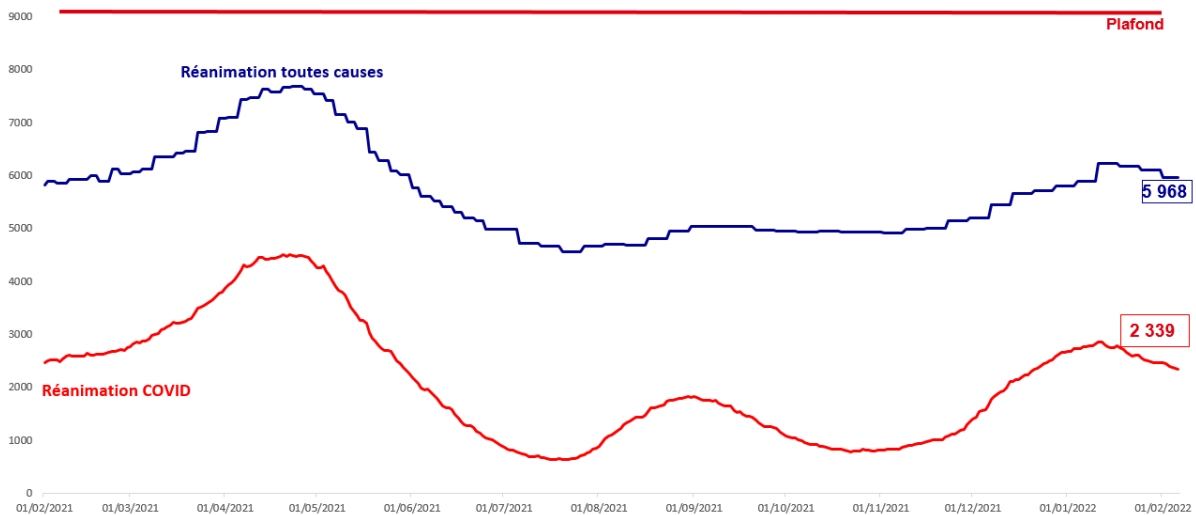
Graphique 9 – Nombre de patients Covid en soins critiques : de septembre 2021 à février 2022 (Direction générale de l'offre de soins)



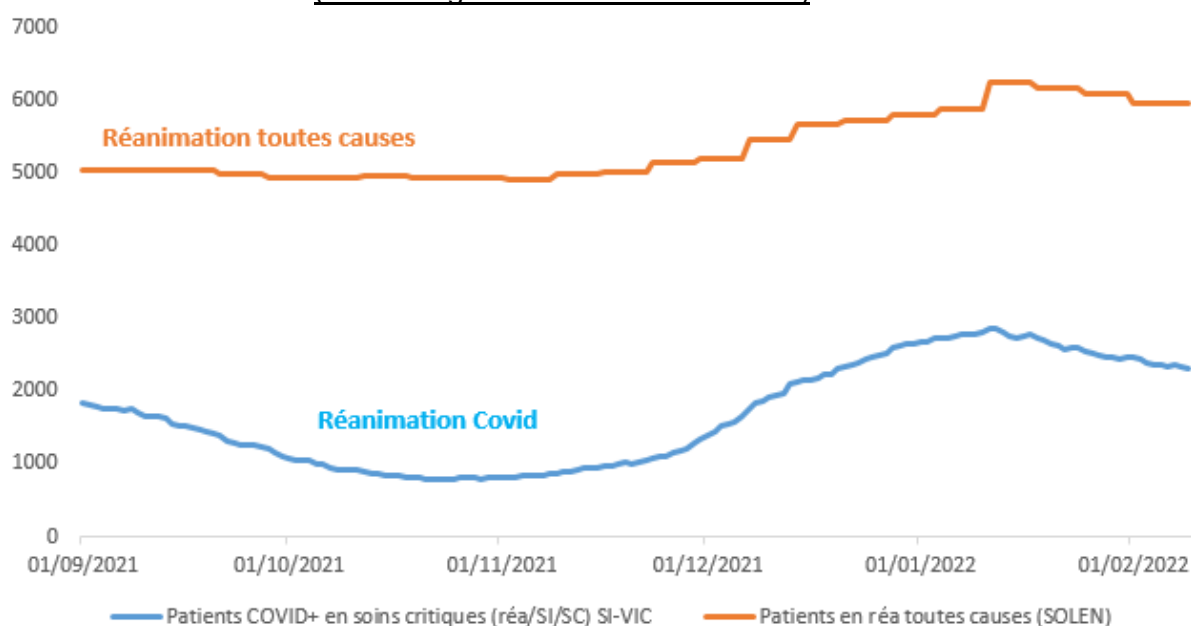
Au 1^{er} septembre 2021, 1 827 patients Covid étaient en réanimation. Ce nombre a diminué pour atteindre 794 patients au 29 octobre 2021.

Avec la succession des vagues Delta et Omicron, le nombre de patients Covid en réanimation a connu une augmentation quasi-continue entre le 29 octobre 2021 et le 12 janvier 2022 pour atteindre 2 861 patients Covid en réanimation. Depuis cette date, le nombre de patients amorce une légère dégrue. Au 7 février 2022, 2 356 patients Covid sont hospitalisés en réanimation, un nombre en légère baisse sur 7 jours.

Graphique 10 – Nombre de patients en réanimation : de février 2021 à février 2022 (Direction générale de l'offre de soins)



Graphique 11 – Nombre de patients en réanimation : de septembre 2021 à février 2022
(Direction générale de l'offre de soins)



Ainsi, sur la période automnale et hivernale, l'augmentation de l'incidence s'est accompagnée de façon systématique d'une augmentation des nouvelles hospitalisations, y compris en soins critiques, dans l'ensemble des régions françaises.

Cette incidence a pu être contenue grâce à la vaccination et notamment, depuis l'émergence d'Omicron, l'administration de doses de rappels. La situation sanitaire exerce toutefois encore une pression importante sur le système de santé pour le traitement des patients atteints de Covid-19 comme pour le traitement des autres pathologies, dans un contexte marqué par la reprogrammation des interventions dont certaines avaient déjà dû être reportées lors des précédentes vagues.

2. La vague Delta puis la vague Omicron ont nécessité des mesures de gestion adaptées pour maîtriser l'épidémie

2.2. L'émergence d'Omicron : une nouvelle donne épidémique et un défi majeur pour le contrôle sanitaire aux frontières

Le 26 novembre 2021, la découverte d'un variant originaire de la région du Gauteng en Afrique du Sud pouvant contribuer à une infectiosité accrue et étant doté de très nombreuses mutations, notamment sur la protéine *spike*, est rapportée par les virologues et les autorités sanitaires sud-africaines. L'éventualité d'un saut adaptatif et de réelles conséquences en termes d'épidémicité, d'échappement partiel aux vaccins et aux traitements disponibles conduit dès lors le Gouvernement à déconseiller tout voyage vers les pays à risque d'Afrique australe et à prendre des mesures immédiates d'interruption des liaisons, tant en métropole que dans les territoires ultramarins concernés (La Réunion, Mayotte) avec sept pays d'Afrique australe. Cette disposition, prévue pour 48h *a minima*, sera prolongée le 28 novembre. La mise en place de cette mesure de frein d'urgence est également décidée au niveau européen.

Comme redouté, le variant a une contagiosité nettement supérieure vis-à-vis des souches précédentes, ainsi qu'un échappement immunitaire au moins partiel, bien que les vaccins continuent à procurer une forte protection contre les formes graves, en particulier après l'injection d'une dose de rappel. Le scénario craint par les autorités scientifiques d'une augmentation de la pression hospitalière du fait de la co-circulation de Delta et d'Omicron se confirmera également, malgré une létalité intrinsèque moins importante pour ce dernier.

Le 27 novembre 2021, le traitement des signalements de cas suspects, le dispositif de contact-tracing international et de rétrotracing pour identifier les voyageurs arrivés en France depuis les pays d'Afrique australe sont renforcés, afin de limiter et de retarder l'importation du variant classé préoccupant par l'OMS. L'objectif est également de se doter rapidement d'un dispositif de criblage et de séquençage adapté à la nouvelle donne génomique. Alors que les mutations recherchées par technique de criblage ne permettent pas d'identifier spécifiquement Omicron, les autorités sanitaires généralisent dès le 27 novembre une technique de substitution visant à l'identification d'une suspicion de présence du variant par déduction, via un résultat de criblage spécifique et une délétion propre à Omicron. Cette première étape dans l'identification du variant va s'accompagner d'une accélération du dispositif de séquençage. Il est décidé le même jour de réaliser de façon prioritaire et accélérée le séquençage de tout prélèvement positif pour les personnes qui ont soit séjourné dans un pays à risque dans les 14 jours, soit eu un contact à risque avec une personne qui y a séjourné, soit eu le résultat de criblage en question soupçonnant une présence du variant. Dans l'attente de l'obtention des résultats, tous les cas suspects, possibles ou confirmés¹ de variant Omicron doivent observer un isolement strict d'une durée de 10 jours, quel que soit leur statut vaccinal. Par la suite, entre le 2 décembre 2021 et le 6 janvier 2022, le criblage d'un cas suspect Omicron sera rendu systématique et les doctrines en la matière vont être adaptées à l'évolution de la circulation du variant, afin de répondre au mieux à la nécessité de disposer d'un système de surveillance génomique efficace².

Malgré la réactivité de la communauté internationale et la mise en place rapide de ces dispositifs, le 1^{er} décembre 2021, à la suite d'une première identification de 8 cas potentiels en France le 29 novembre 2021 et dans le contexte de signalements similaires dans la plupart des pays européens, un premier cas positif est confirmé à La Réunion. Le 3 décembre 2021, plusieurs messages aux professionnels de santé, aux établissements de santé ainsi qu'aux Agences régionales de santé sur les consignes portant sur le renforcement du dépistage et les mesures aux frontières dans le contexte de diffusion du variant Omicron sont diffusés.

¹ Selon la définition de cas publiée le 3 décembre 2021 par Santé publique France des cas suspects, possibles et confirmés

² Tableau des adaptations des doctrines de criblage et de séquençage en annexe 1

Un nouveau dispositif entre alors en vigueur le 4 décembre 2021, avec la création de la catégorie des pays dits « rouge écarlate », concernant les pays où une circulation active du virus et/ou la découverte d'un variant susceptible de présenter un risque de transmissibilité accrue ou d'échappement immunitaire sont rapportés, en l'occurrence Omicron. Ces derniers nécessitent un motif impérieux pour s'y rendre, un test négatif au départ et à l'arrivée et le respect d'une quarantaine contrôlée par les forces de l'ordre. Un test est également imposé à tout voyageur, même vacciné, arrivant d'un pays hors Union européenne. Le 16 décembre, face à la diffusion extrêmement rapide du variant Omicron chez nos voisins britanniques, des mesures renforcées et spécifiques pour les déplacements au Royaume-Uni sont actées dans le cadre du contrôle sanitaire aux frontières.

Ce classement spécifique s'ajoute au système de classification des pays déjà en vigueur pour le contrôle sanitaire aux frontières, qui se compose de 3 catégories (vert, orange, rouge) en fonction du risque sanitaire sur son territoire. Pour chaque liste de pays, des mesures sanitaires spécifiques sont mises en place, et diffèrent selon le schéma vaccinal des voyageurs. Si ces dernières suffisent pour classer les pays en 2020 et 2021 sur la base des variants connus et leur circulation, l'arrivée d'Omicron demande une redéfinition des mesures. Des tests au départ sont demandés pour toutes les catégories quel que soit le schéma vaccinal, les dates limites de tests sont abaissées, etc. Les risques d'Omicron étant encore inconnus, il est alors nécessaire de créer une nouvelle liste spécifique pour le nouveau variant, avec des mesures strictes pour une réduction des risques au plus possible sur le territoire national.

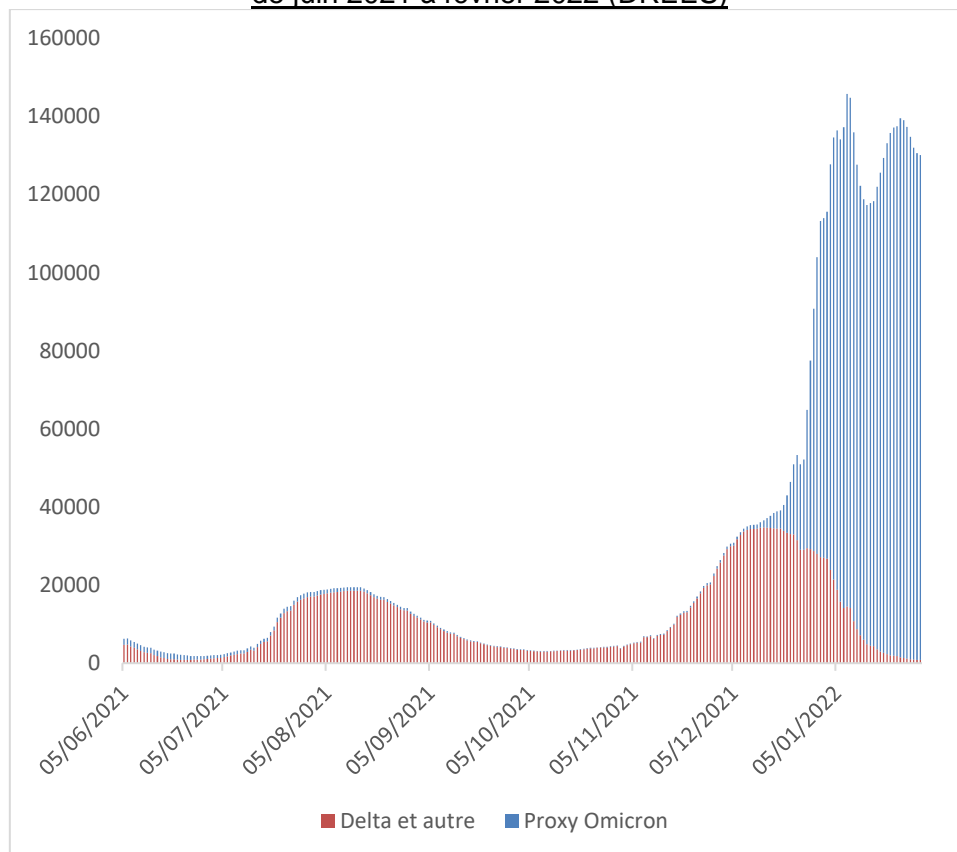
Classification des pays :

- **Pays « verts »** : pas de circulation active du virus.
- **Pays « orange »** : circulation active du virus dans des proportions maîtrisées.
- **Pays « rouges »** : circulation active du virus, présence de variants préoccupants.
- À titre conservatoire, et dans l'attente de données complémentaires sur le variant Omicron, il est créé une catégorie de **pays « rouge écarlate »** : circulation particulièrement active du virus et/ou découverte d'un variant susceptible de présenter un risque de transmissibilité accrue ou d'échappement immunitaire.

Dans le mois suivant, une forte hausse des cas positifs portée par le variant Omicron est rapportée, à la fois en métropole et en Outre-mer. Celle-ci a pu être limitée et retardée grâce aux mesures de gestion et de contrôle aux frontières renforcées, mais elle dégrade la situation épidémique de manière extrêmement rapide. Le 26 décembre, les cas imputés à Omicron étaient majoritaires en Ile-de-France, à Mayotte, en Guadeloupe, en Normandie et en Pays de la Loire. Deux semaines plus tard, Omicron se diffusait sur l'ensemble du territoire et atteignait une proportion de plus de 80 % des cas positifs dans toutes les régions à l'exception de la Guyane. A date du 4 février 2022, et comme le rapportent les dernières données disponibles de la DREES³, Omicron représente la quasi-totalité du nombre de tests RT-PCR positifs, soit 99 % des nouveaux cas détectés, mais également 94 % des admissions hospitalières conventionnelles, 87 % des entrées en soins critiques et 74 % des décès survenus à l'hôpital. Il est à noter que ces différences de proportion se réduisent et se résorbent chaque semaine.

³ « La vague Omicron a d'abord frappé les régions du Nord-Ouest, pour les cas puis pour les hospitalisations », note de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du 4 février 2022

Graphique 12 – Part de chaque variant dans le nombre de cas positifs (RT-PCR) : de juin 2021 à février 2022 (DREES)



2.3. Le renforcement et l'adaptation du dispositif Tester-Alerter-Protéger

Dans un contexte d'envolée du nombre de cas, la stratégie du Gouvernement a notamment été de renforcer et d'adapter le dispositif Tester-Alerter-Protéger (TAP).

Au cours du mois de septembre, quelques semaines après le dépassement du pic de la 4^{ème} vague, environ 4 millions de tests par semaine étaient réalisés. Malgré une diminution observée après la fin de la prise en charge générale des tests, les capacités de dépistage permettaient de répondre à trois besoins principaux : **tester les personnes symptomatiques et leurs cas contacts ; identifier l'apparition de nouveaux variants et suivre leur propagation sur le territoire national ; garantir l'accès aux activités concernées par le passe sanitaire.**

Cette décroissance s'est poursuivie jusqu'à la semaine du 25 au 31 octobre 2021. A partir de la semaine suivante, près de 1,7 millions de tests par semaine ont été enregistrés, soit une augmentation de près de 10% par rapport à la semaine précédente, accompagnée d'une reprise du taux de positivité (4,7%).

Les autorités sanitaires ont pu par la suite, en s'appuyant sur les possibilités ouvertes par le régime de gestion de la crise sanitaire, adapter la stratégie et diversifier les moyens de dépistage dans le contexte nouveau créé par l'émergence du variant Omicron. Ces évolutions ont permis un recours sans précédent de la population française au dépistage, premier pilier de la démarche TAP essentielle au suivi et au contrôle de l'épidémie.

2.3.1. Une adaptation régulière de la stratégie et des moyens de dépistage à l'évolution de l'épidémie⁴

Si l'activité de tests a régulièrement augmenté au cours du mois de novembre, avec la vague du variant Delta, cette augmentation a été absorbée grâce au dispositif de dépistage mis en place : élargissement des effecteurs, diversifications des types de tests, adaptation des doctrines concernant les conduites à tenir pour les personnes contact, y compris en milieu scolaire. Le système a progressivement été remis sous tension mais dans des proportions qui restaient soutenables pour l'ensemble des acteurs.

La principale préoccupation portait au début du mois de décembre sur la capacité à faire face à une nouvelle hausse de la demande de tests, notamment pour les tests de réassurance en prévision des fêtes de fin d'année.

La diffusion rapide du variant Omicron et la révélation de son caractère fortement contagieux ont conduit à envisager, à compter de la mi-décembre, de nouvelles mesures pour répondre aux nouveaux défis posés par le virus, et à la demande de dépistage qui en découlait, au-delà même de la période des fêtes et en prévenant le risque d'une saturation générale du système.

Il s'agissait alors de continuer à protéger la population, face à l'émergence du variant Omicron, et de maintenir un bon niveau de surveillance de l'épidémie. Les adaptations apportées, prises en lien avec les avis rendus par la Haute Autorité de santé (HAS), le Haut conseil de la santé publique (HCSP), le Conseil scientifique (CS) et en collaboration avec les professionnels de santé mobilisés sur le dépistage, ont porté sur les trois dimensions suivantes :

La diversification des outils de dépistage mis en œuvre

Cette diversification s'est révélée nécessaire à la fois pour augmenter globalement la capacité du dispositif à répondre à la très forte augmentation de la demande de dépistage et pour maintenir l'acceptabilité de ces mesures par la population.

Les tests antigéniques réalisés sur prélèvement nasal ont ainsi été autorisés en décembre chez les moins de 12 ans afin de réduire la pénibilité ressentie des tests réalisés par un nombre croissant de jeunes enfants.

Par ailleurs, les autotests ont été positionnés comme un nouvel outil de la stratégie de dépistage, complémentaire aux tests RT-PCR et antigéniques : d'abord dans le cadre des tests de réassurance en prévision des rassemblements privés de fin d'année puis comme une composante à part entière de schémas de dépistage pour les personnes contact, à l'école sans lien avec le schéma vaccinal, en en population générale pour les personnes contact vaccinées. Cet enrichissement de la stratégie de dépistage a permis, au regard notamment des caractéristiques de dangerosité du variant Omicron, de proposer une stratégie alternative à l'isolement pour les personnes contact vaccinées et de prévenir un risque de paralysie de l'ensemble des activités.

Afin de répondre à la demande pressentie d'autotests et d'en renforcer l'accessibilité, une mesure temporaire, dérogatoire à la vente des dispositifs médicaux en pharmacie, a été décidée fin décembre. Leur vente a été autorisée en grandes et moyennes surfaces jusqu'au 31 janvier, puis jusqu'au 15 février 2022. En parallèle, un suivi renforcé des besoins en autotests et des capacités d'approvisionnement, en lien en particulier avec les grossistes répartiteurs et les fabricants de la filière française a permis de satisfaire les besoins du pays.

⁴ Modifications de l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire par les arrêtés des 10 novembre 2021, 22 décembre 2021, 27 décembre 2021, 31 décembre 2021, 5 janvier 2022, 7 janvier 2022, 21 janvier 2022, 26 janvier 2022 et 11 février 2022.

En quelques semaines, les autotests sont par ailleurs devenus un dispositif parfaitement identifié par les Français dans le cadre de démarche d'auto surveillance, en lien avec la reprise de leurs activités et interactions familiales, sociales et culturelles. Au cours du mois de janvier, plus de 1,1 million d'autotests ont ainsi été délivrés par jour en officine.

Enfin, les conditions réglementaires ont été aménagées début janvier pour faciliter l'ouverture de nouveaux centres de dépistage. Ce dispositif, élaboré en cohérence avec les dispositions en vigueur pour le fonctionnement des centres de vaccination, facilite notamment l'offre de dépistage individuel organisée hors du lieu habituel d'exercice des professionnels (en centre de vaccination, dans le cadre de locaux publics dédiés mis à disposition ou de barnums en espace public).

Au cours du mois de janvier, 1 467 nouveaux centres de dépistages ont été ouverts sur le territoire. Près de la moitié des ouvertures de centres a eu lieu en Ile-de-France. Ces centres sont venus compléter l'offre constituée par les plus de 4 000 laboratoires de biologies médicale et 17 000 officines pharmaceutiques qui participaient déjà à l'activité de dépistage.

La liste des personnes autorisées à participer aux activités de dépistage, sous la responsabilité d'une des six professions autorisées (médecin, pharmacien, infirmier, sage-femme, masseur kinésithérapeute, Chirurgien-dentiste), a par ailleurs été élargie au début de l'année pour permettre de répondre à l'augmentation de la demande de tests enregistrée. Cette liste des effecteurs, de même que leurs modalités de rémunération, ont été alignées sur celle des personnes autorisées à intervenir en centre de vaccination afin de permettre la plus grande souplesse organisationnelle possible et d'adapter l'offre aux différentes situations.

L'évolution des consignes délivrées concernant les conduites à tenir

Le niveau extrêmement élevé de la circulation virale et la demande de tests qui en a découlé ont par ailleurs nécessité l'adaptation des conduites à tenir.

La priorisation de la prise en charge de certaines personnes a été demandée au mois de décembre aux effecteurs des laboratoires et des pharmacies (personnes symptomatiques, personnes identifiées comme cas contact), afin que les personnes positives continuent à être détectées et isolées le plus rapidement possible.

Pour soulager la pression qui s'exerçait sur les laboratoires de biologie médicale, la consigne de réaliser une RT-PCR de criblage après la réalisation d'un test antigénique positif a été levée, de même que les objectifs de criblage et de séquençage ont été ajustés à des niveaux suffisant pour continuer à assurer une surveillance efficace des éventuelles mutations du virus, sans surcharger excessivement les laboratoires au détriment de leur activité de dépistage.

Enfin, les conduites à tenir vis-à-vis des personnes contact, en population générale comme en milieu scolaire, ont été revues début janvier, sur la base de l'avis du HCSP⁵, dans un sens visant à limiter les contraintes d'isolement tout en maintenant une surveillance de dépistage :

- Les enfants identifiés comme contact à l'école, au collège ou au lycée peuvent continuer de suivre les enseignements en présentiel sous réserve de réaliser des autotests à J0, J2 et J4 ;
- Les personnes vaccinées identifiées comme contact en population générale ne sont pas obligées de s'isoler dès lors qu'elles réalisent un test à J0 puis un autotest à J2 et J4.

⁵ Avis du Haut conseil de santé publique du 31 décembre 2021, Variant Omicron du SARS-CoV-2 : propositions de contact tracing

La mise en œuvre de ces différentes mesures s'est par ailleurs accompagnée de dispositions relatives à la prise en charge des frais de dépistage par l'Assurance maladie, sans remettre en cause la fin de la gratuité générale des tests intervenue le 15 octobre 2021 : création d'un tarif pour les tests antigéniques sur prélèvement nasal, délivrance gratuite d'autotests pour les personnes et élèves identifiées comme cas contact, élargissement de la liste des effecteurs du dépistage et alignement des modalités de rémunération sur ceux des centres de vaccination, délivrance gratuite d'autotests aux personnels exerçant dans les établissements des premier et second degrés de l'éducation nationale, prolongation de la gratuité générale des tests dans les territoires d'outre-mer au regard de la situation spécifique de ces territoires.

2.3.2. Une réponse sans précédent à la demande de la population en matière de dépistage dans le contexte du variant Omicron

La mobilisation successive de ces différentes mesures a rendu possible une augmentation sans précédent de l'offre et de l'activité de dépistage.

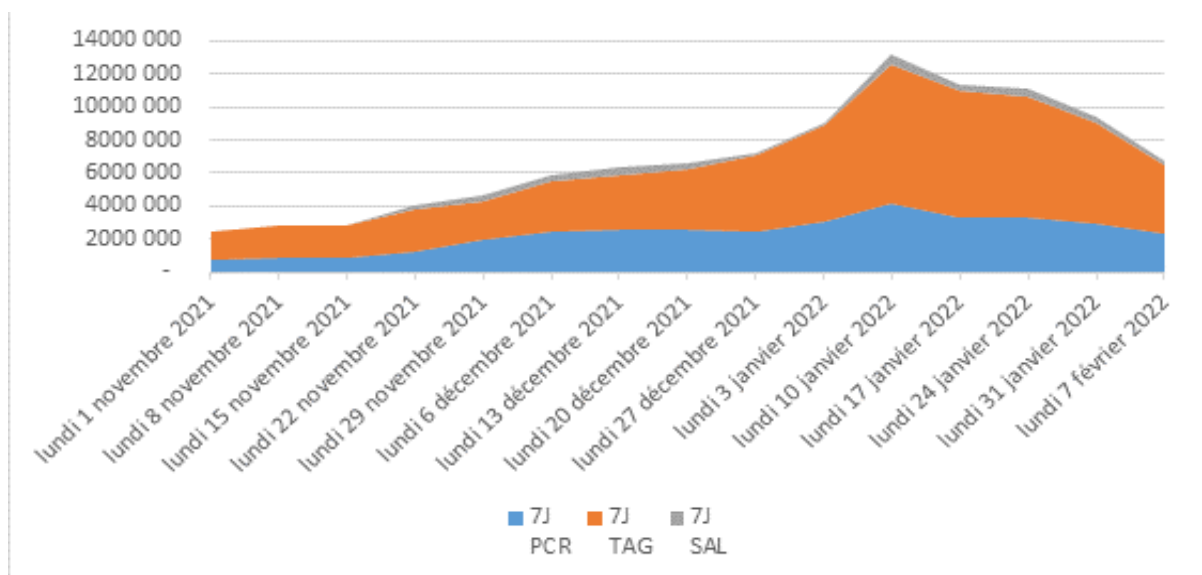
Alors que l'activité de dépistage avait atteint son maximum historique au mois d'août 2021 à l'occasion de la mise en œuvre du passe sanitaire (près de 6 millions de tests en 7 jours), et qu'elle était redescendue à moins de 2 millions fin octobre dans un contexte épidémique encore favorable, le nombre de tests réalisés par semaine n'a cessé de croître jusqu'à la mi-janvier pour atteindre près de 13 millions de tests en une semaine. Cette activité a progressivement décru tout en restant très élevée, supérieure à 10 millions par semaine jusqu'à la fin du mois de janvier, avant d'amorcer une baisse beaucoup plus significative depuis début février en lien avec l'amélioration de la situation épidémique.

Sans la mobilisation des leviers permis par la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021, ces adaptations successives et nécessaires du dispositif de dépistage, qui ont fait de la France l'un des pays où l'on a le plus testé⁶ et où la surveillance de la circulation du virus est la plus effective, n'auraient pas été possibles. En effet, avec plus de 250 millions de tests réalisés depuis le début de la crise, la France est le cinquième pays ayant le plus de tests au monde derrière les Etats-Unis d'Amérique, l'Inde, le Royaume-Uni, et la Russie avec respectivement, 790, 740, 446 et 263 millions de tests. Rapporté à la population générale, la France a le quatrième taux de dépistage le plus élevé derrière l'Autriche, le Danemark et le Royaume-Uni. A noter par ailleurs que les données de la France sont sous-estimées car elles ne comptabilisent pas les autotests, contrairement au Royaume-Uni par exemple.

La stratégie de dépistage et l'offre de tests se sont ainsi adaptées au fur et à mesure de l'évolution de la situation épidémique, notamment face à l'émergence d'Omicron. L'objectif de ces adaptations étaient de prendre en compte la nécessité de disposer d'une offre de tests conséquente, permettant de réguler la circulation virale et de briser rapidement les chaînes de contamination, en évitant à la fois les fermetures de lieux et la désorganisation de la société, bien que celle-ci allait être durablement impactée par les records d'incidence et de positivité observés. Dans ce contexte, le dépistage systématique a été également un outil à l'école, dès novembre 2021, pour mettre fin à la fermeture automatique des classes dès lors qu'un élève était positif à la Covid-19.

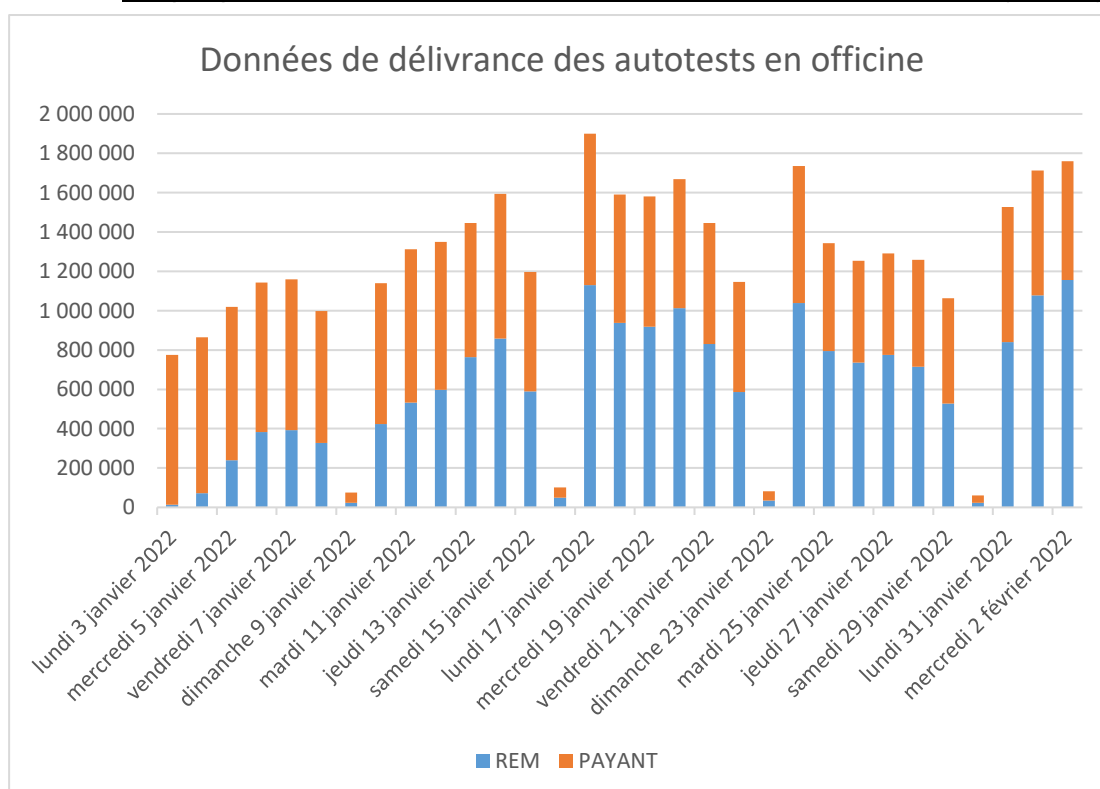
⁶ Selon les données de ourworldindata.org

Graphique 13 – Evolution des tests par semaine (DREES)



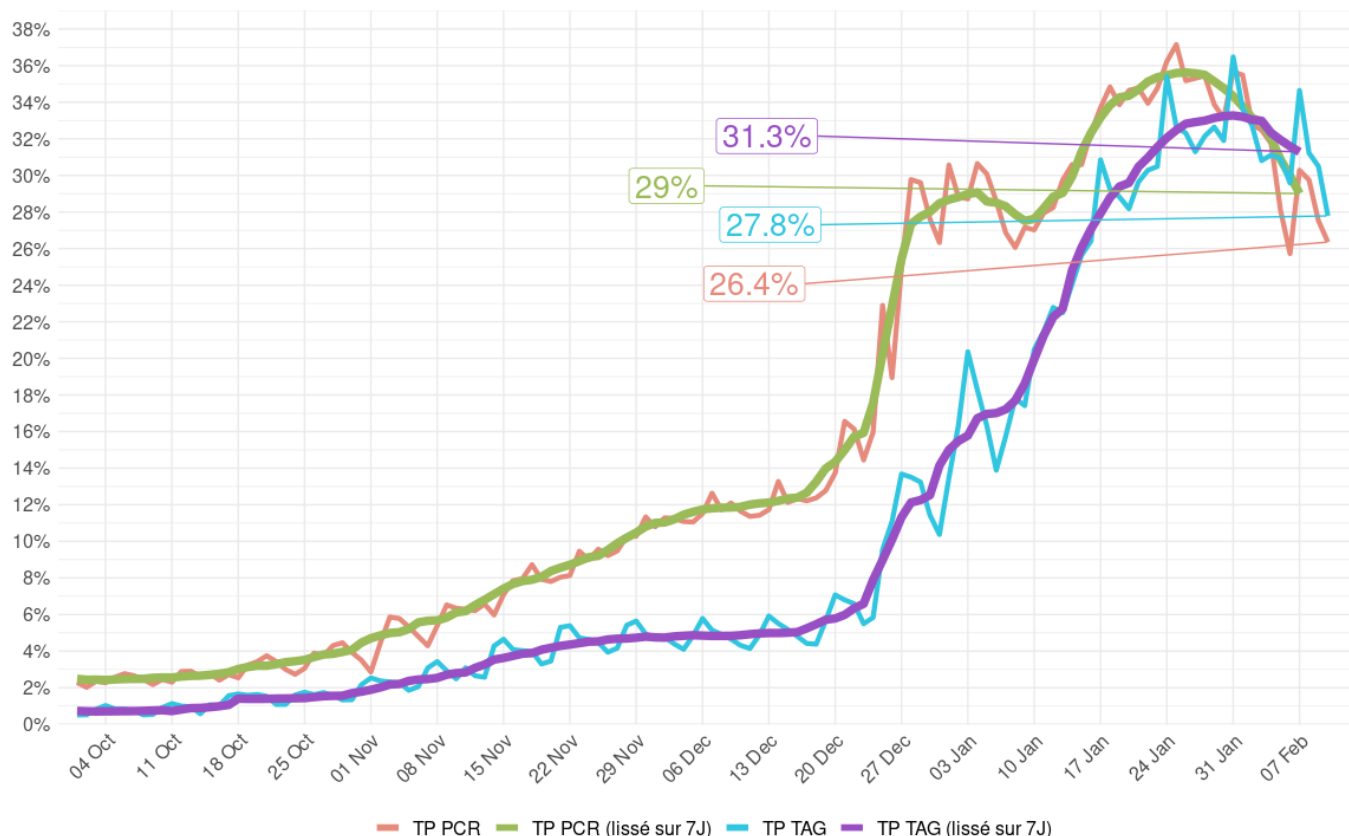
Concernant les autotests, ce sont au total depuis le début du mois de janvier plus de 36,5 millions autotests qui ont été délivrés en officine.

Graphique 14 – Evolution de la délivrance des autotests en officine (CNAM)



Cette réponse a été très efficace, notamment au vu du taux de positivité qui a dépassé 30% lors de cette vague Omicron : les auto-tests, dont la population s'est bien approprié l'utilisation, ont en effet fait office de filtre aux tests plus classiques.

Graphique 14 bis : taux de positivité (sur les tests PCR hors salivaires d'une part, TAG d'autre part en date de validation)



(DREES - g7, 2022-02-10)

2.3.3. Le contact-tracing et l'évolution du protocole en population générale et à l'école

Les doctrines et protocoles en place ont également évolué pour tenir compte du nombre sans précédent de cas détectés et limiter l'impact des mesures d'isolement et de quarantaine sur la continuité d'activité de la société, notamment dans les secteurs les plus essentiels. A l'école, l'arrêt de la fermeture systématique des classes au premier cas et le retour en classes des élèves testés négatifs concourrait à cet objectif. Le recours au contact tracing a notamment été priorisé dans une approche pragmatique, collective et localisée de traçage des cas-contact, en fonction des alertes des ARS, des tensions sur le dispositif et des niveaux de risques des personnes concernées. Les signalements en lien avec des clusters de criticité élevée ou avec des collectivités de personnes à risque de forme grave de Covid-19 comme les personnes âgées ont par exemple pu être priorisées.

De plus, une adaptation générale des protocoles et des conduites à tenir a été souhaitée par le Gouvernement pour le début de l'année 2022 afin de tenir compte des caractéristiques de transmissibilité d'Omicron. Sollicité par une saisine, le HCSP a notamment publié un avis le 31 décembre 2021⁷ relatif à l'allègement de la stratégie d'isolement social et professionnel (personnes infectées par le virus SARS-CoV-2) et de quarantaine (personnes contacts) qui a adapté la stratégie de contact-tracing, les durées d'isolement, de quarantaine, la stratégie de tests associées, mais également la conduite à tenir différenciée en population générale, en milieux scolaire et périscolaire (hors extrascolaire) dans les écoles, collèges et lycées. On note notamment le passage en phase 3 de la doctrine de contact-tracing⁸, motivé par le risque majeur de perturbations des activités socio-économiques et sanitaires.

⁷ [Variant Omicron du SARS-CoV-2 : propositions de contact tracing \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr/avis/Variant-Omicron-du-SARS-CoV-2-propositions-de-contact-tracing)

⁸ Cf. l'annexe 2 concernant les modalités d'application de la phase 3 de la doctrine de contact-tracing

2.4. L'instauration d'un passe sanitaire puis d'un passe vaccinal

Le passe sanitaire, créé par l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, a été pour la première fois mis en œuvre à compter du 2 juin 2021 par le décret du 1^{er} juin 2021 (dispositions combinées des articles 2-1 à 2-4 et 47-1 du décret). Les personnes souhaitant accéder à certains lieux, établissements, événements ou services devaient dans ce cadre présenter soit un justificatif de statut vaccinal, soit un certificat de rétablissement, soit un résultat de test ou examen ne concluant pas à une contamination par la covid-19.

Le passe vaccinal a quant à lui été instauré par la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique. A partir du 24 janvier 2022, il a succédé au passe sanitaire à périmètre constant, c'est-à-dire sans modification des lieux, activités ou personnes concernées (décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022). Toutefois, conformément à la loi, le passe sanitaire a été maintenu pour les mineurs âgés de 12 à 15 ans et pour l'accès aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

2.4.1. Le passe sanitaire, puis le passe vaccinal, ont accéléré la campagne de vaccination

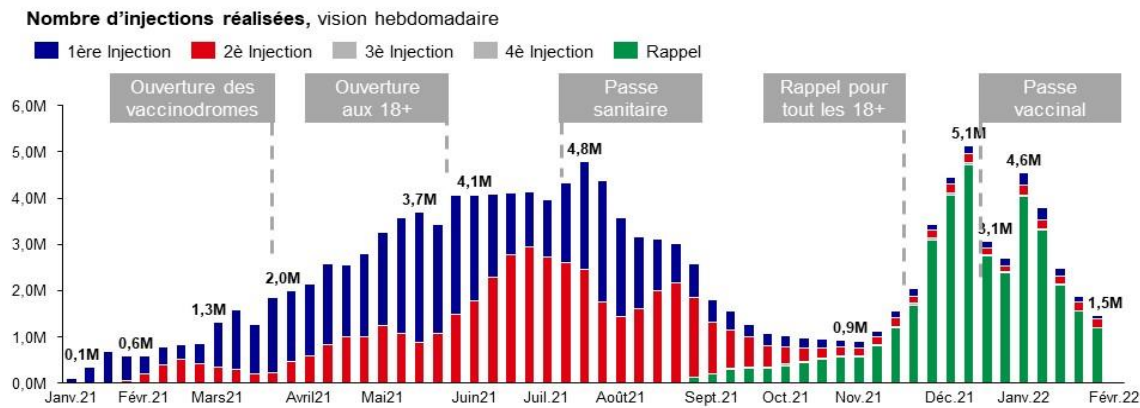
Avec la vaccination, le déploiement du passe sanitaire puis du passe vaccinal, le Gouvernement a souhaité minimiser la probabilité de contamination dans des situations à risque ainsi que la pression sur le système de soins afin de permettre la réouverture des frontières, de certaines activités et certains lieux. Il souhaitait également inciter au recours aux tests et à la vaccination, dans un contexte où le potentiel ralentissement de la cinétique épidémique risquait de conduire à un relâchement du recours aux mesures de dépistage et de prévention. Il souhaitait enfin 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.

Depuis son lancement, la campagne de vaccination a connu plusieurs cycles, chacun initié par une nouvelle mesure de la stratégie vaccinale.

Pour rappel, la première phase d'accélération a reflété l'ouverture progressive de la vaccination aux différentes tranches d'âge. Le haut plateau de vaccination de l'été 2021 – entre 4,1 millions et 4,8 millions d'injections réalisées par semaine – coïncide avec les suites de l'annonce d'obligation de disposer d'un passe sanitaire pour entrer dans certains lieux et son extension progressive⁹. En effet, à l'été 2021, face à la quatrième vague et pour protéger la population sans devoir recourir à des mesures de restriction généralisées, le passe est étendu à de nombreuses activités de la vie quotidienne identifiées comme à risque de contamination. Sa mise en place a entraîné une augmentation significative de la primovaccination, pour la population jeune comme pour les plus de 65 ans.

⁹ Cf. la chronologie des mesures liées à la vaccination en annexe 4

Graphique 15 – Nombre d'injections réalisées par semaine depuis le 4 janvier 2021 (Diqdash)



Une étude du Lancet Public Health, publiée le 13 décembre 2021¹⁰ 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.

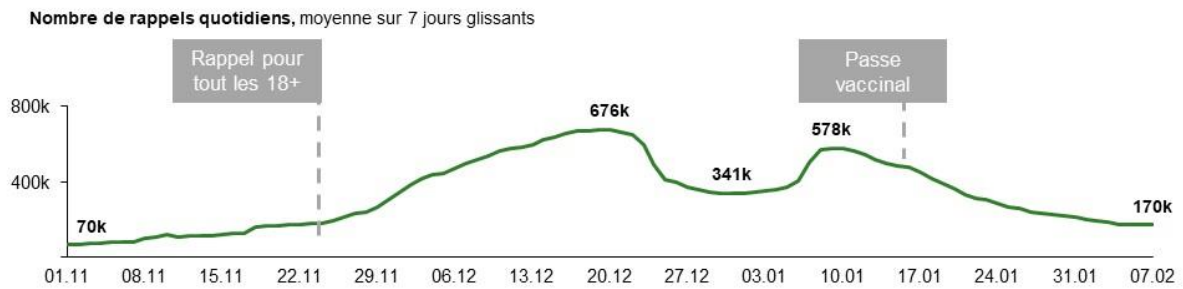
L'étude du Conseil d'analyse économique (CAE) publiée en janvier 2022 sur l'impact des passes sanitaires sur le taux de vaccination, la santé et l'économie en France, en Allemagne et en Italie estime également que « *le passe sanitaire a eu pour impact d'augmenter le taux de vaccination d'environ 13 points en France* ».

De même, la campagne de rappel de la fin d'année 2021 a été stimulée par trois mesures sanitaires d'envergure.

D'abord, dans un contexte marqué par le développement des variants Delta et Omicron sur le territoire, des mesures ont été annoncées le 25 novembre 2021 pour accélérer la stratégie de vaccination, notamment chez les personnes qui n'étaient toujours pas vaccinées et qui avaient la possibilité de recourir aux tests négatifs, mais également pour protéger les personnes à risque confrontées à la perte d'immunité progressive 6 mois après un schéma de primo vaccination complet. Ainsi, la réduction de la validité des tests PCR et antigéniques négatifs à 24h (au lieu de 48h) dans le passe sanitaire a été mise en application le 15 décembre, en même temps que l'introduction du rappel dans le passe sanitaire « activités » pour les 65 ans et plus (puis pour les plus de 18-64 ans au 15 janvier). Ces mesures se sont accompagnées de l'ouverture d'un nombre suffisant de rendez-vous de vaccination offrant la possibilité au plus grand nombre d'avoir recours à la vaccination. Elles expliquent le fort niveau de vaccination des mois de décembre et de janvier. Le rythme hebdomadaire des injections sur ces mois, hors période de vacances scolaires, était proche de celui de l'été alors qu'une seule injection par personne était nécessaire.

¹⁰ Melinda C. Mills, Tobias Rüttenauer, étude portant sur une analyse de la mise en place du pass sanitaire dans six pays (le Danemark, Israël, l'Italie, la France, l'Allemagne et la Suisse)

Graphique 16 – Nombre d'injections de rappel réalisé par semaine depuis le 1^{er} novembre 2021 (Digdash)

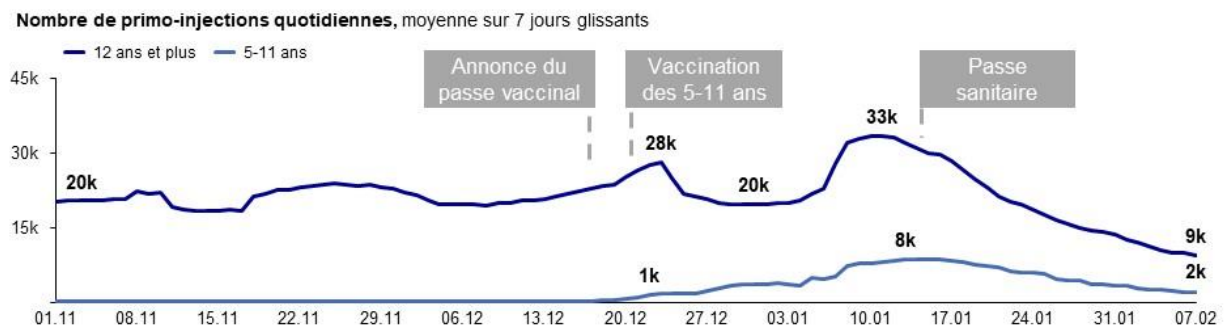


Au 23 janvier 2022, 33,8 millions de personnes avaient reçu une dose de rappel depuis l'ouverture de la campagne, soit une augmentation de plus de 5,4 millions de rappels sur deux semaines.

Ensuite, le 17 décembre 2021, la vaccination ayant démontré son utilité pour lutter durablement contre le virus, le Gouvernement a annoncé vouloir renforcer les outils de gestion de la crise sanitaire en substituant au passe sanitaire en vigueur un passe vaccinal. La conversion est entrée en vigueur le 24 janvier 2022 pour les 16 ans et plus. Le passe vaccinal intègre un certificat de vaccination à jour (avec dose de rappel pour les 18 ans et plus le cas échéant), un certificat de contre-indication à la vaccination pour les personnes concernées ou un certificat de rétablissement pour les personnes ayant été infectées et ne pouvant se faire vacciner avant un certain délai. A noter également le maintien de la possibilité de recourir à un test négatif pour les jeunes de 12-15 ans ou pour les personnes entamant un cycle de vaccination, qui peuvent bénéficier du système de dérogation avec un test de moins de 24h en attendant leur seconde dose complétant leur schéma de primo vaccination.

L'effet de l'annonce de la conversion du passe sanitaire en passe vaccinal peut s'observer sur le nombre de primo-injections réalisé (graphique 17). Celui-ci – hors période de fêtes de fin d'année – augmente, en réaction, de près de 50% jusqu'à la mi-janvier. Du point de vue de la vaccination pédiatrique, l'ouverture de la vaccination le 14 décembre 2021 s'est accompagné d'un niveau d'offre satisfaisant, récemment renforcé par l'élargissement des effecteurs (sages-femmes, infirmier et pharmaciens) au 26 janvier.

Graphique 17 – Nombre de primo-injections réalisé par semaine depuis le 1^{er} novembre 2021 par tranches d'âge (Digdash)

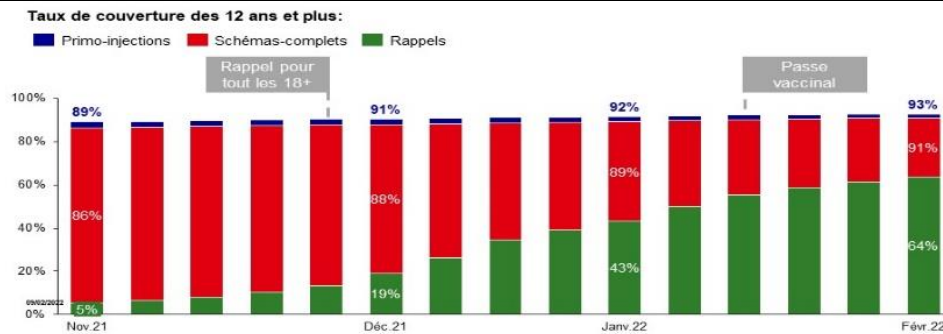


Au 20 décembre, environ 5,2 millions de personnes n'avaient pas encore reçu de primo-injection contre le covid-19. Au 23 janvier, elles n'étaient plus que 4,4 millions, soit une baisse de 15% en un mois. Le rythme de primo-vaccination des 12 ans et plus a également été particulièrement fort début janvier du fait d'une anticipation de la part des Français de la perspective de la transformation du passe sanitaire en passe vaccinal. En moyenne, plus de 30 000 primo-injections ont été réalisées chaque jour entre le 8 et le 15 janvier 2022, un niveau record par rapport à l'automne, même si depuis la mi-janvier 2022 la dynamique faiblit progressivement, et qu'à date de la mi-février la moyenne des injections par jour est de 12 000.

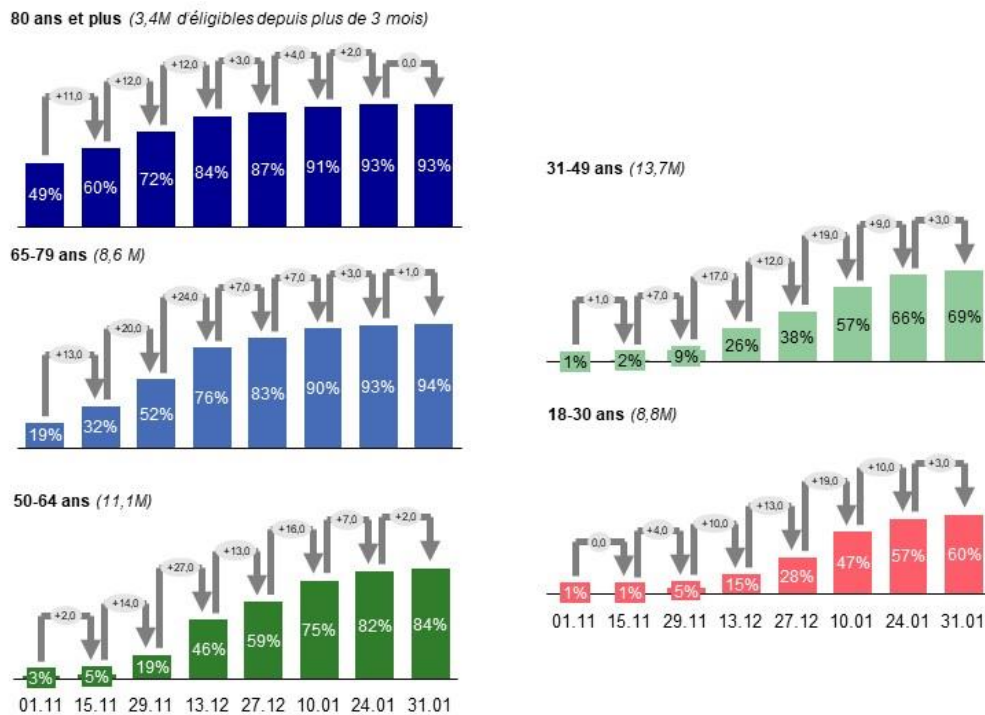
Enfin, la réduction du délai entre la primo-vaccination et la dose de rappel de 5 à 4 mois chez les personnes majeures a permis d'atteindre un haut niveau de couverture, comme en

témoigne le taux de couverture de 64% de la population des plus de 12 ans au 8 février. Plus spécifiquement, le taux de couverture des plus de 65 ans éligibles à 3 mois au 10 janvier est supérieur à 90% contre moins de 50% au 15 novembre. Cela coïncide avec l'échéance de la disparition du passe sanitaire pour cette catégorie de population (graphique 19). Une hausse des taux de couverture peut également être constatée pour les autres tranches d'âge dont l'échéance de perte de passe est plus tardive.

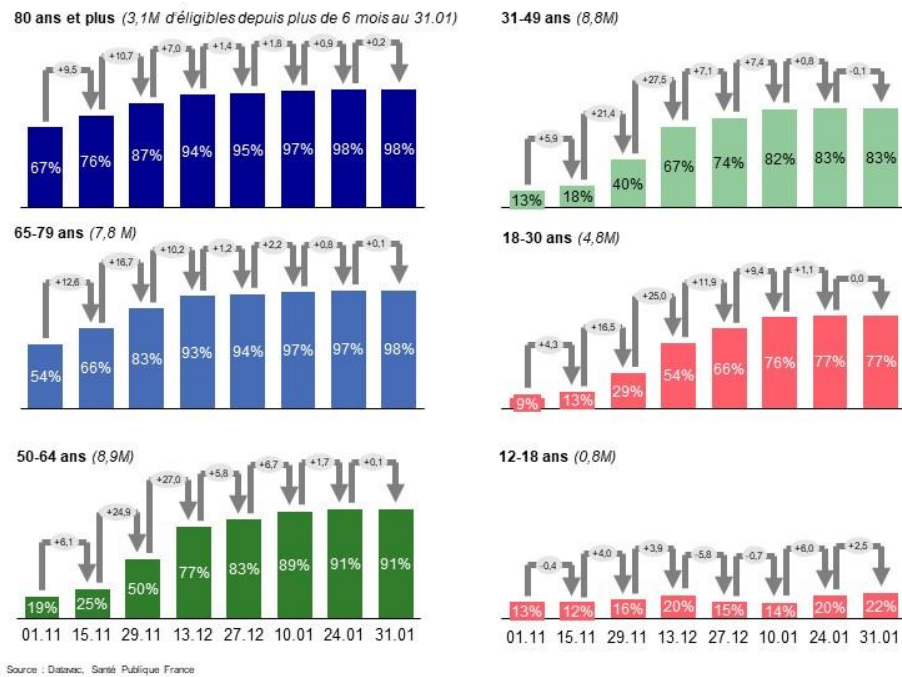
Graphique 18 – Evolution du taux de couverture chez les 12 ans et plus (DigDash)



Graphique 19 - Evolution du taux de couverture de rappel trois mois après le premier schéma vaccinal par tranche d'âge (DigDash)



Graphique 20 - Evolution du taux de couverture de rappel six mois après le premier schéma vaccinal par tranche d'âge (DigDash)



Ainsi, dans le sillage des nouvelles mesures, de l'extension du passe sanitaire puis de sa transformation en passe vaccinal, plus de 50% de la population totale a d'ores et déjà fait le choix de disposer d'un rappel et d'être pleinement protégée face à Omicron. Ces mesures ont été suivies par des évolutions de doctrine permettant le bon déroulement des campagnes de primovaccination et l'administration rapide des doses de rappel¹¹.

2.4.2. Plusieurs études confirment les effets sanitaires, sociaux et économiques des mesures liées à la vaccination

Outre le lien entre le comportement de vaccination et les annonces de nouvelles mesures, le passe sanitaire a également démontré son impact sur la situation épidémiologique au regard de son rôle dans la réduction des contaminations et des hospitalisations.

D'abord, le passe a permis une forte réduction du nombre de patients en soins intensifs. Cet effet est mesurable en lien avec l'efficacité des vaccins qui, observée sur les hospitalisations associées au variant Delta est « excellente, à plus de 90 % après une vaccination complète » (HAS dans son avis du 9 juillet). Le CAE, dans l'étude précitée, tire plusieurs conclusions sur la situation de la fin de 2021 en France :

- Le nombre de décès évités en France est d'environ 4 000 ;
- Le nombre d'admissions à l'hôpital évitées était de 32 000 (soit 31,7 et 31% de moins respectivement) ;
- Le nombre de patients Covid en soins intensifs aurait été d'environ 45 % supérieur sans passe sanitaire. ;
- La mise en place du passe sanitaire a permis d'éviter de dépasser les seuils d'occupation pour lesquels les confinements précédents avaient été déclenchés.

Comme le rappelle l'étude du CAE, la mise en place du passe sanitaire permet d'éviter des mesures plus restrictives, telles que les fermetures ou confinements, qui ont des conséquences économiques et sociales importantes. L'étude considère également qu'en moyenne « augmenter la part des vaccinés dans la population de 1 point de pourcentage permet d'augmenter le PIB hebdomadaire un mois plus tard d'environ 0,052 point de

¹¹ Cf. la chronologie des évolutions de doctrine liées à la vaccination en annexe 4

pourcentage ». « En se basant sur cette hypothèse, à la fin 2021, sans le pass sanitaire, le PIB hebdomadaire aurait ainsi été 0,6 % (l'intervalle de confiance est de 0,5-0,8 %) plus bas en France. Cela correspond pour le second semestre de 2021 à des pertes d'environ 6 milliards d'euros. »

Par ailleurs, la DREES a analysé les effets de la vaccination sur le nombre de décès évités, et publie ces rapports de manière hebdomadaire. Entre le 27 décembre 2021 et le 23 janvier 2022, les entrées en soins critiques des vaccinés avec rappel ont été 15,8 fois moins nombreuses que celles des non-vaccinés à taille de population comparable, alors que les vaccinés avec rappel ne sont que 1,2 fois moins souvent testés par RT-PCR que les personnes non vaccinées. Entre le 20 décembre 2021 et le 16 janvier 2022, les entrées en soins critiques des vaccinés avec rappel ont été 19,8 fois moins nombreuses que celles des non-vaccinés à taille de population comparable, alors que les vaccinés avec rappel ne sont que 1,4 fois moins souvent testés par RT-PCR que les personnes non vaccinées. Sur l'ensemble de la population, sont dénombrées 6,3 fois moins d'entrées en soins critiques que si toute la population résidente était non vaccinée (ie. présentait les mêmes fréquences d'entrées en soins critiques que la population non vaccinée durant la même période).

Concernant la réduction du taux de mortalité en France, celle-ci sera évaluée une fois l'ensemble des données consolidées sur la période pandémique. A date du 10 février 2022, seules les estimations du nombre de morts évités, produites par les études précitées et au niveau européen par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies publiées dans Eurosurveillance¹², permettent de quantifier l'effet sanitaire de la vaccination et des mesures qui y sont liées.

Cependant on peut citer une étude récente du Lancet qui a réalisé une analyse exploratoire au niveau global des taux d'infection et de mortalité (*Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. Lancet, 01/02/2022*). Les facteurs qui expliquaient le plus la variation du rapport infection-mortalité (IFR) COVID-19 sur la même période étaient le profil d'âge du pays (46,7% de la variation), le PIB par habitant (3,1%) et l'IMC moyen national (1,1%). La France présentait un faible taux ajusté de mortalité (taux de mortalité = 3,83 pour 1000 infections). Ce faible taux ajusté de mortalité en France s'expliquant par des prévalences assez faibles de comorbidités malgré un âge moyen avancé, et des conditions générales favorables (PIB, densité de la population). Si on compare la période du 1^{er} janvier 2020 au 15 octobre 2020 à la période totale de l'étude du 1^{er} janvier 2020 au 30 septembre 2021 : la France a amélioré sa position en abaissant le taux d'infection COVID-19 et le taux de mortalité liée aux infections COVID-19.

¹² Selon une étude du CEPCM (ECDC), 470 000 vies ont été sauvées entre décembre 2020 et novembre 2021 parmi 33 pays de la Région européenne de l'OMS, grâce au déploiement de la vaccination. Une estimation qui ne tient pas compte des vies sauvées grâce à la vaccination chez les personnes de moins de 60 ans et grâce à l'effet indirect de la vaccination en matière de réduction de la transmission.

Tableau 1 et 2 – Réduction de fréquence de tests et d'événements hospitaliers des personnes vaccinées par rapport aux personnes non vaccinées (à taille de population comparable)¹³

Statut vaccinal	Tests RT-PCR			Admissions et décès hospitaliers			Population résidente selon statut vaccinal
	RT-PCR	dont positives	dont symptômes parmi les +	Hospitalisation conventionnelle	Soins critiques	Décès	
Réduction de fréquence de tests et d'événements hospitaliers des personnes vaccinées par rapport aux personnes non vaccinées							
Non-vaccinés	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3 998 917
Partiellement vaccinés	1,6	2,1	2,3	2,6	4,8	2,6	1 048 994
Vaccination complète	1,2	1,3	1,4	4,9	8,1	7,0	21 246 561
<i>Complet de moins de 3 mois - sans rappel</i>	1,3	1,8	2,0	4,0	6,8	8,0	2 143 700
<i>Complet de 3 à 6 mois - sans rappel</i>	1,3	1,2	1,4	6,1	10,8	13,2	14 009 179
<i>Complet de plus de 6 mois - sans rappel</i>	1,2	1,3	1,4	3,4	5,0	3,0	5 093 682
Vaccination complète et rappel	1,4	2,3	3,2	8,8	15,8	14,8	24 370 301
Ensemble	1,3	1,6	1,8	4,4	6,0	5,6	50 664 774

Statut vaccinal	Tests RT-PCR			Admissions et décès hospitaliers		
	RT-PCR	dont positives	dont symptômes parmi les positives	Hospitalisation conventionnelle	Soins critiques	Décès
Nombre observé de tests et d'événements hospitaliers pour chaque statut vaccinal						
Non-vaccinés	895 876	340 118	172 074	16 199	3 666	2 560
Partiellement vaccinés	144 913	36 312	17 486	1 614	195	246
Vaccination complète	4 380 674	1 364 969	677 052	16 206	2 344	1 882
<i>Complet de moins de 3 mois - sans rappel</i>	384 145	90 664	42 065	2 007	290	172
<i>Complet de 3 à 6 mois - sans rappel</i>	2 971 506	968 376	490 807	8 511	1 148	666
<i>Complet de plus de 6 mois - sans rappel</i>	1 025 023	305 929	144 180	5 687	906	1 044
Vaccination complète et rappel	3 596 413	535 979	212 744	11 131	1 405	1 071
Ensemble	9 017 876	2 277 378	1 079 355	45 149	7 610	5 759
Nombre projeté de tests et d'événements hospitaliers pour chaque statut vaccinal						
Ensemble	11 947 128	4 250 369	2 349 785	200 550	45 953	32 338

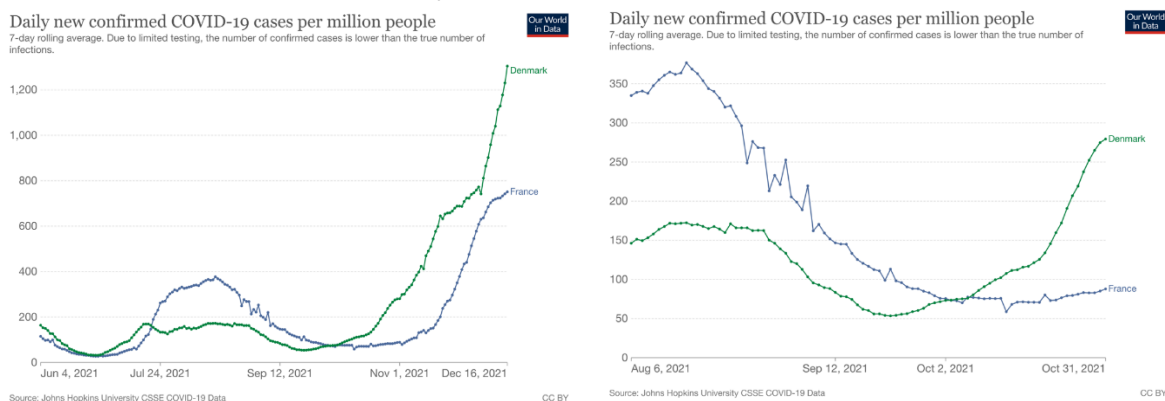
En utilisant le tableau 2, et notamment la ligne « Ensemble », on peut directement lire dans quelle proportion seraient plus élevés les nombres de tests et d'événements hospitaliers si toute la population était non-vaccinée (ie présentait les mêmes fréquences empiriques de tests et d'hospitalisations que celles observées durant cette période pour les non-vaccinées). Entre le 27 décembre 2021 et le 23 janvier 2022, à titre d'estimation, les entrées en soins critiques se seraient élevées à 45 953 pour l'ensemble des 4 semaines si l'ensemble de la population résidant en France avait connu les mêmes fréquences d'entrées en soins critiques que celles observées pour les personnes non vaccinées durant la même période.

En outre, le passe a eu un impact significatif sur le risque de contamination et la situation sanitaire du pays. Dans son avis du 5 octobre, le Conseil scientifique rappelle que le passe sanitaire a « pu contribuer à [la] décroissance de l'épidémie du variant Delta ». Celui-ci limite en effet les risques de diffusion épidémique du fait de l'efficacité vaccinale face à l'infection, qui est moins importante que celle contre les formes graves mais qui reste conséquente, y compris face à Omicron – elle serait de 37 à 86 % selon trois études medRxiv¹⁴ en prépublication datées des 14 décembre, 17 décembre 2021 et 1er janvier 2022. En outre, selon les données recueillies sur *Our World in Data* de la *Johns Hopkins University*, il est possible de comparer l'évolution des contaminations entre la France et le Danemark et les effets de la mise en place du passe sanitaire en France et de son retrait au Danemark. Ainsi, les contaminations en France entament une chute importante un peu après le 9 août 2021 (date de l'extension du passe sanitaire en France), alors que les contaminations au Danemark s'accroissent à la suite de la levée du passe sanitaire le 10 septembre (1^{er} septembre pour le retrait du *Coronapas* dans certains lieux dont les restaurants et le 10 septembre pour la fin du *Coronapas*).

¹³ Sources : appariement SI-VIC, SI-DEP, VAC-SI ; populations Insee estimées au 1er janvier 2021. Calculs DREES. Données extraites le 1^{er} février

¹⁴ [Effectiveness of COVID-19 vaccines against the Omicron \(B.1.1.529\) variant of concern | medRxiv](#)
[A meta-analysis of Early Results to predict Vaccine efficacy against Omicron | medRxiv](#)
[Effectiveness of COVID-19 vaccines against Omicron or Delta infection | medRxiv](#)

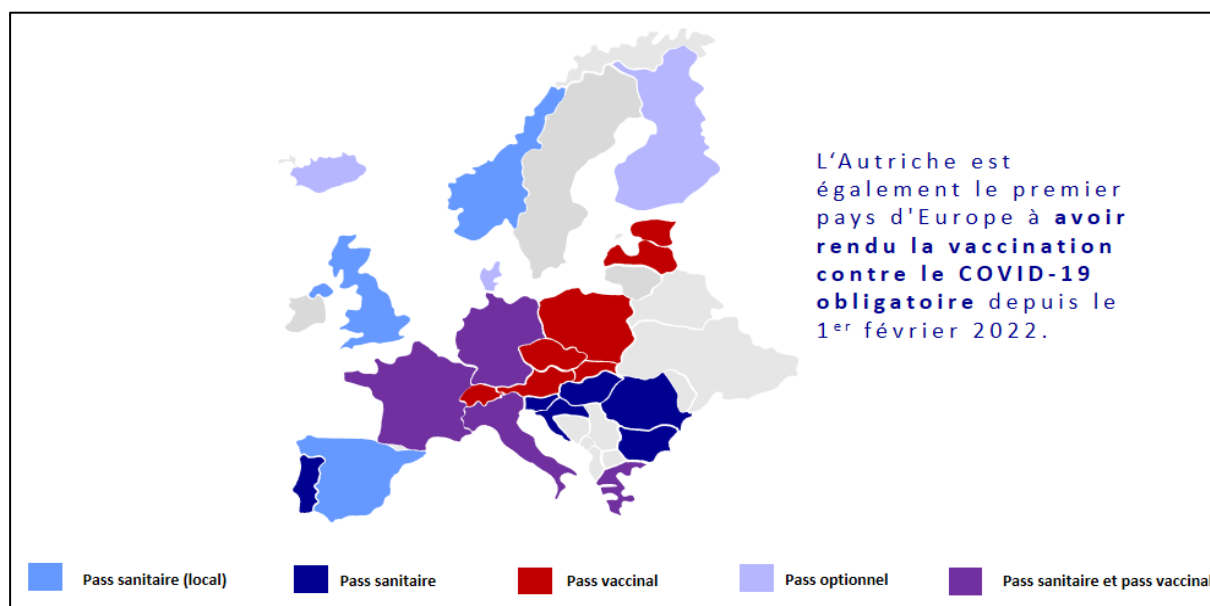
Graphique 20 et 21 – Nombre de cas confirmés par million de personnes en France et au Danemark : de juin à décembre 2021 (Our world in data)



En outre, le passe est un outil adapté à la gestion de crise car adaptable à la situation épidémiologique et à la diminution de la protection contre les infections à Omicron constatée dans le temps. Les annonces de réduction des délais de validité du passe, pris en conformité avec les avis des autorités scientifiques compétentes¹⁵, ont permis de protéger rapidement les Français contre virus, en fonction de la période de protection optimale offerte par le vaccin.

Enfin, la France est loin d'avoir été le seul pays à avoir opté pour cette stratégie, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

Graphique 22 – Cartographique européenne des restrictions sanitaires relatives à la vaccination : à date du 10 février 2022 (touteurope.eu)



¹⁵ La HAS (avis n° 2021.0080/AC/SESPEV) et le conseil scientifique se sont respectivement prononcés les 18 et 20 novembre 2021 sur la réduction de la durée de validité du schéma vaccinal initial à 7 mois pour les personnes âgées de 65 ans et plus à compter du 15 décembre 2021. Ces autorités se sont ensuite prononcées le 13 janvier 2022 (avis n° 2022.0006/SESPEV pour la HAS, faisant suite à un précédent avis n° 2021.0088/AC/SESPEV du 23 décembre 2021) sur l'application de cette réduction à l'ensemble des personnes âgées d'au moins 18 ans et 1 mois à compter du 15 janvier 2022. Enfin, elles se sont prononcées le 14 février 2022 (avis n° 2022.0012/SESPEV pour la HAS) sur la réduction à 4 mois à compter du 15 février 2022 de la durée de validité du schéma vaccinal initial pour les personnes âgées d'au moins 18 ans et 1 mois et du certificat de rétablissement à 4 mois pour l'ensemble des personnes concernées par sa délivrance. Le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) a par ailleurs rendu le 3 février 2022 un avis relatif à la durée d'espacement entre une infection covid-19 et une dose de vaccin et à la durée de validité des certificats de rétablissement des personnes infectées.

Conformément aux termes de la loi et comme annoncé à plusieurs reprises par le Gouvernement, le passe a vocation à être levé dès lors que la situation sanitaire le permettra, c'est-à-dire lorsque la situation en réanimation sera meilleure et lorsque la déprogrammation des soins ne sera plus nécessaire, en fonction des évaluations scientifiques menées avec les autorités compétentes et grâce aux éclairages obtenus avec les outils de modélisation dont disposent les autorités sanitaires.

2.5. Les mesures de restriction pour freiner l'épidémie

L'objectif principal des mesures de freinage prises dans le cadre du régime de sortie de l'état d'urgence sanitaire¹⁶ a été la limitation de la circulation virale pour protéger les personnes à risque et limiter l'impact sur l'offre de soins. Dans une situation instable et face aux risques relatifs aux variants et aux autres infections respiratoires (grippe, bronchiolite), le respect des gestes barrières, du port du masque et l'adhésion au contact-tracing s'imposaient comme mesures associées à la vaccination pour éviter un impact majeur sur le système hospitalier.

Ainsi, des mesures strictement proportionnées aux risques encourus et adaptées en continu à l'évolution de la situation sanitaire ont été prises. Dès le 26 novembre 2021, le port du masque redevient obligatoire partout en intérieur, même dans les lieux à l'accès soumis à la présentation du passe sanitaire. Le 27 décembre 2021, devant la rapidité du variant Omicron et la perspective de centaines de milliers de cas quotidiens, le Premier ministre annonce en prévision des fêtes l'interdiction des concerts, feux d'artifice, rassemblements et autres festivités prévues le soir du 31 décembre, en même temps qu'une nouvelle série de mesures prévues pour être appliquées à partir du 3 janvier 2022 :

- Les jauges sont mises en place pour les grands événements (2 000 personnes en intérieur, 5 000 personnes en extérieur) ;
- Les concerts debout sont interdits ;
- Dans les cafés et les bars, la consommation debout est interdite ;
- Dans certains lieux comme les cinémas, les théâtres, les équipements sportifs, la vente et la consommation de boissons et d'aliments sont interdites ;
- Dans les transports collectifs (y compris longue distance), la vente de boissons et d'aliments est interdite ;
- Le recours au télétravail est rendu obligatoire pour tous les salariés pour lesquels il est possible, à raison de trois jours minimum par semaine et quatre jours quand cela est possible. Il en est de même pour les agents de la fonction publique ;
- Les cérémonies de vœux doivent être reportées ;
- Le port du masque est obligatoire dès l'âge de 6 ans en intérieur dans tous les établissements recevant du public, il est étendu à certains centres-villes par les préfets en lien avec les maires ;
- Les discothèques ont interdiction d'accueillir du public ;
- Interdiction des activités de danse dans les établissements recevant du public, tels les restaurants ou les bars.

¹⁶ Cf. l'annexe 5 pour consulter l'ensemble des mesures réglementaires de gestion de la crise sanitaire prises depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire

Ces mesures, qui ont démontré leur efficacité pour limiter la propagation du virus, s'inscrivent dans la lignée de celles prises lors des précédentes vagues épidémiques. Comme le prévoit la loi du 31 mai 2021, elles sont strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus, appropriées aux circonstances de temps et de lieu et il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

Ces mesures ont été levées pour la plupart le 2 février 2022, le reste le 16 février 2022, dans un contexte de décrue de la vague Omicron et de pic des contaminations atteint dans la France entière. En effet, en semaine 5, le taux d'incidence était en baisse dans tous les départements français (outre-mer inclus), une première depuis le 27 novembre 2020 bien qu'il soit à des niveaux encore très élevés.

Ce type de mesure a été privilégié à des mesures de gestion plus strictes appliquées lors des précédentes vagues (couvre-feu, confinement) grâce notamment à la couverture vaccinale plus importante et à la mise en place du passe sanitaire puis du passe vaccinal.

Il a été jugé primordial de maintenir des recommandations strictes s'agissant du respect des mesures barrières, de la distanciation sociale, du port du masque et l'adhésion au contact-tracing. Ces dispositions ont de surcroît permis une protection plus importante face au sur-risque que présentaient les autres épidémies hivernales (grippe, bronchiolite) pour l'offre de soin. Le risque de rebond épidémique, le contexte d'incertitude (alors qu'un nouveau variant a été découvert tous les trois mois en 2021), la forte circulation virale à l'échelle mondiale et le contexte hivernal n'ont toutefois pas permis d'envisager rapidement la levée de toutes les mesures de prévention sanitaire, par exemple le port du masque obligatoire pour les enfants de plus de 6 ans.

2.6. Les territoires d'outre-mer, du fait de leurs spécificités, ont nécessité des mesures de gestion adaptées

2.6.1. Les spécificités ultra marines

Les territoires ultramarins présentent des spécificités et fragilités qui les distinguent du territoire hexagonal.

En premier lieu, certains d'entre eux disposent de prérogatives particulières notamment dans le domaine de la santé : la Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie sont ainsi compétentes en matière de santé ; les décisions prises par le Gouvernement via le Haut-Commissaire de la République sont nécessairement prises en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique mais également de la politique menée par le gouvernement local en termes de santé et de gestion de la crise épidémique (politique de tests, d'organisation de l'offre de soin...).

Ensuite, il existe des tensions au sein des systèmes de santé en ville ou à l'hôpital de l'ensemble des territoires, qu'elles soient structurelles (faible taux de professionnels de santé, dimensionnement de l'offre de soin, évacuations sanitaires au niveau zonal / métropole parfois difficiles) ou conjoncturelles (mouvements sociaux, impact de l'obligation vaccinale des soignants).

Enfin, comme on a pu l'observer lors de la 4^{ème} vague à l'été 2021 qui a durement frappé les territoires ultramarins, du fait de la fragilité immunitaire des populations, le risque de résurgence de l'épidémie y est plus fort, et peut s'avérer particulièrement intense. Cela s'explique notamment par la faiblesse du taux de vaccination des populations ultramarines, notamment aux Antilles et en Guyane, par l'impact de la pyramide des âges –notamment aux Antilles-, ou par la prévalence forte de comorbidités exposant les populations à davantage de risque de formes graves de Covid-19, phénomène qui s'observe dans la quasi-totalité des Outre-mer.

Pour l'ensemble de ces raisons, il est apparu nécessaire de prendre des mesures de gestion fortes et précoces en Outre-Mer en présence d'un rebond épidémique, d'autant plus dans les périodes où l'appui depuis la métropole (évacuations sanitaires, envois de renforts civils/militaires) était structurellement limité, du fait de la concomitance d'une vague métropolitaine pesant sur les structures de soin et des vagues Outre-Mer.

Les règles régissant les déplacements vers les Outre-Mer ont été renforcées à plusieurs reprises de façon à se prémunir contre l'importation de cas, notamment de métropole, puis de façon à ralentir l'introduction du variant Omicron. Depuis le 25 novembre 2021, il a été décidé l'abaissement de la durée de validité des tests au départ pour les personnes non vaccinées à 24h (contre 72h pour les vaccinés pour des tests RT-PCR et 48h pour les vaccinés pour des TAG). Depuis le 1er janvier 2022, il a été décidé l'abaissement de la durée de validité des tests au départ à 24h pour tous les voyageurs, vaccinés ou non.

2.6.2. L'évolution des mesures de gestion en lien avec l'évolution de la situation sanitaire¹⁷

Les dynamiques épidémiques et hospitalières n'étant pas les mêmes depuis le 10 novembre 2021 sur l'ensemble des Outre-Mer, les mesures de gestion permises par les textes législatifs et réglementaires ont été prises en adéquation avec l'évolution de la situation propre à chaque territoire. Les vagues épidémiques Outre-Mer observées depuis janvier 2022 ont par ailleurs été pour certaines d'entre elles couplées avec des situations de remontée épidémique du variant Delta (Ile de la Réunion) ou de nombre de patients Delta aux longues durées moyennes de séjour pesant largement sur les structures hospitalières (Martinique).

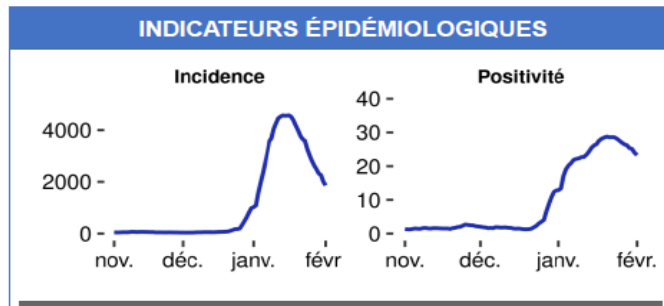
¹⁷ Source : Santé publique France

A date du 10 novembre 2021 et du 10 février 2022, la situation était la suivante :

Outre-Mer	Situation au 10 novembre 2021		Situation au 10 février 2022	
	Situation épidémiologique	Situation hospitalière	Situation épidémiologique	Situation hospitalière
Guadeloupe & Iles du Nord	Indicateurs épidémiologiques bas et stables	Tension hospitalière faible	Indicateurs épidémiologiques modérés et en nette baisse	Tension hospitalière encore importante
Martinique	Indicateurs épidémiologiques en plateau haut	Tension hospitalière toujours importante	Indicateurs épidémiologiques encore hauts et en légère baisse	Tension hospitalière encore importante
Guyane	Indicateurs épidémiologiques hauts mais en franche baisse	Tension hospitalière toujours importante	Indicateurs épidémiologiques bas et en baisse	Tension hospitalière modérée
La Réunion	Indicateurs épidémiologiques bas et stables	Tension hospitalière faible	Indicateurs épidémiologiques hauts mais en baisse	Tensions hospitalière notable et indicateurs en plateau haut
Mayotte	Indicateurs épidémiologiques bas et stables	Tension hospitalière faible	Indicateurs épidémiologiques bas et en franche baisse	Tension hospitalière faible
Polynésie française	Indicateurs épidémiologiques bas et stables	Tension hospitalière faible	Indicateurs épidémiologiques en franche hausse	Tension hospitalière faible mais en augmentation
Nouvelle-Calédonie	Indicateurs épidémiologiques hauts mais en franche baisse	Tension hospitalière notable mais en baisse	Indicateurs épidémiologiques en franche hausse	Tension hospitalière faible mais en augmentation
Saint-Pierre-et-Miquelon	Territoire « covid free »		Indicateurs épidémiologiques bas et en baisse	Pas de tension hospitalière
Wallis-et-Futuna	Territoire « covid free »		Territoire « covid free »	

En Guadeloupe, le territoire était début novembre 2021 dans une situation épidémique stable et basse, avec un nombre de patients hospitalisés faible. Compte-tenu de cette situation favorable depuis plusieurs semaines, le couvre-feu en place depuis la quatrième vague a été levé le 15 novembre 2021. En Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, l'état d'urgence sanitaire a été de nouveau déclaré à compter du 6 janvier 2022 (décret n° 2022-9 du 5 janvier 2022) et de nouvelles mesures, notamment de couvre-feu ont été prises, alors que la situation épidémiologique se dégradait fortement et que le variant Omicron était en large diffusion au niveau international et en métropole. L'objectif était d'éviter un éventuel impact hospitalier non absorbable dans un contexte de faible vaccination sur le territoire et de mobilisation difficile des ressources nationales dans le contexte métropolitain. Les mesures ont été allégées sur les îles du Nord dès lors que la situation hospitalière s'est améliorée.

GUADELOUPE	Période de dégradation/amélioration de la situation épidémiologique
De la S2021-52 à la S2022-04	Dégradation rapide de la situation épidémiologique
De la S2022-04 à aujourd'hui	Amélioration de la situation épidémiologique



	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre	Couvre-feu (CF) de 00h à 05h, demi-jauge dans les ERP sports		
Nouvelles mesures en date du 15/11/2021	Fin du Couvre-feu		Fin de l'EUS – Situation épidémiologique favorable
Nouvelles mesures en date du 29/12/2021		Jauges plus strictes dans les ERP, interdiction des activités dansantes, fermeture des discothèques	Dégradation de la situation épidémiologique
Nouvelles mesures en date du 07/01/2022		Couvre-feu de 22h à 05h	Dégradation rapide de la situation épidémiologique
Nouvelles mesures en date du 10/01/2022		Abaissement du CF de 20h à 05h	Dégradation rapide de la situation épidémiologique

SAINT-MARTIN

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Nouvelles mesures en date du 26 novembre 2021.		Port du masque obligatoire dans tous les lieux clos	Dégradation de la situation sanitaire.
Nouvelles mesures en date du 24 janvier 2022	Retrait du port du masque en extérieur dans les écoles.		Légère amélioration des indicateurs épidémiologiques

De la S2021-51 à S2022-02	Dégradation rapide de la situation épidémiologique
De la S2022-03 à aujourd'hui	Amélioration de la situation épidémiologique

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification apportée
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre	Fermeture des ERP à 1h du matin et jauges dans les ERP		
Nouvelles mesures en date du 07/01/2022		Instauration d'un Couvre-feu de 00h à 05h, interdiction de rassemblement sur la voie publique	Dégradation rapide de la situation épidémiologique

Nouvelles mesures en date du 12/01/2022		Avancée du CF de 23h à 05h	Dégradation continue de la situation épidémiologique, pression hospitalière très forte
Nouvelles mesures en date du 31/01/2022	Fin du CF et des interdictions de rassemblement sur la voie publique		Amélioration nette des indicateurs épidémiologiques et de la pression hospitalière

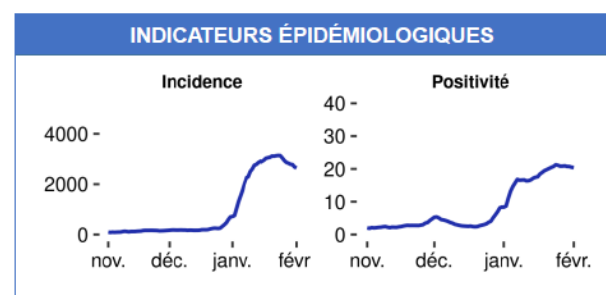
SAINT-BARTELEMY

	Période de dégradation/amélioration de la situation épidémique
De la S2021-51 à S2022-02	Dégradation rapide de la situation épidémiologique
De la S2022-03 à aujourd'hui	Amélioration de la situation épidémiologique

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre			
Nouvelles mesures en date du 07/01/2022		Instauration d'un CF de 00h à 05h, interdiction de rassemblement sur la voie publique	Dégradation rapide de la situation épidémiologique
Nouvelles mesures en date du 12/01/2022		Avancée du CF de 23h à 05h	Dégradation continue de la situation épidémiologique, pression hospitalière en augmentation
Nouvelles mesures en date du 31/01/2022	Fin du CF et des interdictions de rassemblement sur la voie publique, fermeture des ERP à 1h du matin		Amélioration nette des indicateurs épidémiologiques et de la tension hospitalière

En Martinique, le territoire était au 10 novembre 2021 dans une situation de plateau épidémique, avec une tension encore forte sur l'hôpital, héritée d'une quatrième vague n'ayant jamais totalement reflué, ce qui justifiait le maintien d'un couvre-feu, puis son durcissement en décembre alors qu'une nouvelle dégradation de la situation était observée, sous l'effet combiné des variants delta et omicron, avec impact hospitalier important, et mobilisation déjà importante des renforts nationaux, dans un contexte de mobilisation difficile de ressources nationales supplémentaires. Cette dégradation a justifié une nouvelle déclaration de l'état d'urgence sanitaire à compter du 1^{er} janvier 2022 (décret n° 2021-1828 du 27 décembre 2021) et la prorogation des mesures de couvre-feu,

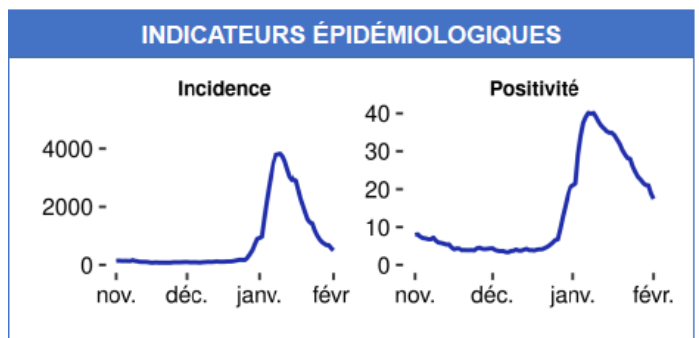
MARTINIQUE	
De la S2021-45 à la S2021-51	Situation de plateau haut en termes épidémiologique – Tension déjà forte sur l'hôpital
De la S2021-51 à la S2022-05	Dégradation progressive de la situation épidémiologique
De la S2022-05 à aujourd'hui	Amélioration très progressive de la situation épidémiologique



	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre	CF de 20h à 05h avec dérogation à 22h pour les clients d'ERP pour la pratique sportive		Situation épidémiologique en légère amélioration
Nouvelles mesures en date du 15/11/2021	CF de 20h à 05h avec dérogation à 22H pour les clients d'ERP soumis à passe sanitaire		Situation épidémiologique en plateau
Nouvelles mesures en date du 08/12/2021	CF de 20 à 05h sans dérogation		Situation épidémiologique en plateau, puis en dégradation très nette (vague Delta/Omicron)

La Guyane était début novembre 2021 dans une situation épidémique stable et basse, avec un nombre de patients hospitalisés faible. La dégradation de la situation sanitaire à partir de la fin décembre et l'introduction du variant Omicron a conduit à prolonger l'état d'urgence sanitaire en Guyane et à instaurer un couvre-feu début janvier, de manière à limiter l'impact hospitalier possible sur le territoire, alors que le département se caractérise par le plus faible taux de vaccination en France. Ces mesures sont progressivement allégées depuis début février, à mesure que les indicateurs épidémiologiques et la tension hospitalière diminuent.

GUYANE	
Du 10 novembre 2021 au 24 décembre 2021	Amélioration de la situation sanitaire puis stabilisation à un niveau bas
Du 24/12/2021 au 15/01/2022	Dégradation de la situation sanitaire de fin décembre jusqu'à la mi-janvier, suivi d'une période très rapide d'amélioration épidémiologique et hospitalière – la situation n'a pas nécessité d'envoi de renforts RH ni d'EVASAN zonales / nationales
Du 15/01/2022 à aujourd'hui	Amélioration nette de la situation sanitaire

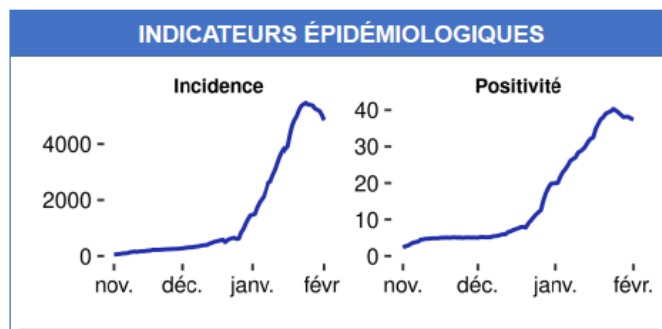


La Réunion était en phase de rebond épidémique du au variant Delta début novembre 2021. Alors que la situation épidémique se dégradait, plusieurs mesures de gestion ont été prise à intervalle régulier, de façon à s'adapter à l'évolution de la situation et à l'impact hospitalier observé, en prenant en compte les capacités de montée en charge des établissements hospitaliers réunionnais.

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10/11/2021	Couvre-feu applicable pour la zone « orange », levée du couvre-feu en zone « verte »		Amélioration de la situation sanitaire
Nouvelles mesures en date du 19/11/2021	Extension de la zone verte ; Ouverture possible jusqu'à 23h30 en zone orange pour les ERP soumis à passe sanitaire ;		Amélioration de la situation sanitaire
Nouvelles mesures en date du 29/11/2021	Fin du couvre-feu		Amélioration de la situation sanitaire
Nouvelles mesures en date du 07/01/2022		Pour les communes dont le TI > 400 cas / 100 000 habitants : <ul style="list-style-type: none"> - Couvre-feu de 20h30 à 5h avec dérogation possible jusqu'à 22h30 pour les ERP soumis à passe sanitaire ; - Jauge de 4m² / personne dans les ERP ; - Interdiction des rassemblements > 10 personnes sur la voie publique ; - 	Dégradation de la situation épidémiologique et hospitalière
Nouvelles mesures en date du 04/02/2022	Levée du Couvre-feu pour les communes avec TI < 400/100 000 habitants		Amélioration de la situation épidémiologique et hospitalière

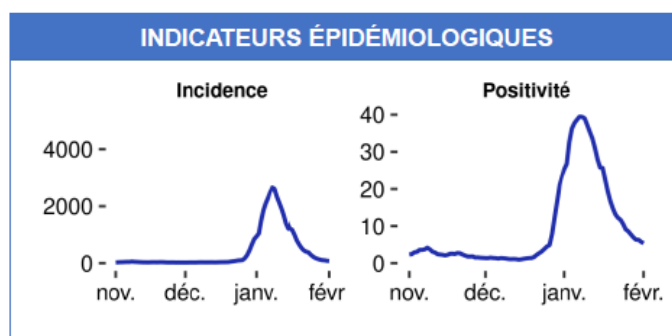
L'introduction précoce du variant Omicron sur le territoire (le premier cas détecté en France a été détecté à la Réunion) a conduit à alimenter la reprise épidémique, avec une vague Delta/Omicron, faisant fortement augmenter les indicateurs épidémiologiques et génératrice de très fortes tensions hospitalières. L'état d'urgence sanitaire a été déclaré sur le territoire à compter du 28 décembre 2021 par le décret n° 2021-1828 du 27 décembre 2021 et les mesures de couvre-feu mises en place le 1er janvier sont pour l'instant toujours en vigueur, alors que la situation épidémiologique donne des premier signes d'amélioration.

LA REUNION	
Du 10 novembre 2021 au 31 janvier 2022	Dégradation de la situation sanitaire, due au variant delta dans un premier temps puis due à une double vague delta/omicron à partir de mi/fin décembre.
Depuis le 1 ^{er} février 2022	Légère diminution de la circulation virale dans un contexte de situation hospitalière toujours très tendue



	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre 2021	Port du masque en extérieur et dans les ERP, regroupements dans l'espace public limités à 10 personnes		Situation épidémiologique en cours de dégradation
Nouvelles mesures en date du 15 novembre 2021		Interdiction des pique-nique, jauges dans les ERP	Hausse des indicateurs épidémiologiques et hospitaliers
Nouvelles mesures en date du 22 novembre 2021		Interdictions des prestations à domicile	Hausse des indicateurs épidémiologiques et hospitaliers
Nouvelles mesures en date du 20 décembre 2021		Jauge de 4m2 par personne sur la voie publique et dans tous les ERP ; Interdiction de regroupements festifs, interdiction des activités de danse dans les ERP	Hausse des indicateurs épidémiologiques et hospitaliers ; Circulation autochtone du variant Omicron
Nouvelles mesures en date du 1 ^{er} janvier 2022		Couvre-feu de 21h à 5h	Hausse des indicateurs épidémiologiques et hospitaliers ; Co circulation des variants Omicron/Delta

Mayotte était dans une situation épidémique stable et basse début novembre 2021, avec un faible nombre de patients hospitalisés. L'introduction du variant Omicron sur le territoire, structurellement fragile, et la reprise épidémique constatée à la fin décembre ont conduit à déclarer l'état d'urgence sanitaire à compter du 6 janvier 2022 et à (décret n° 2022-9 du 5 janvier 2022) et à prendre rapidement des mesures de couvre-feu, qui ont été levées dès lors que la courbe des contaminations s'est inversée et qu'il n'était pas constaté d'impact hospitalier non absorbable par le territoire.



MAYOTTE			
Du 10 novembre à fin décembre	Stabilité des indicateurs épidémiologiques à un niveau bas		
De fin décembre à mi-janvier	Indicateurs épidémiologiques en forte hausse		
Depuis mi-janvier	Indicateurs épidémiologiques en forte baisse		
	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre	Obligation du port du masque dans les lieux de forte densité, dans les ERP et interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes		
Nouvelles mesures en date du 15 novembre 2021	Jauges dans les ERP assouplie à 75% avec application du passe sanitaire		Indicateurs stables et bas
Nouvelles mesures en date du 31 décembre 2021		Obligation du port du masque dans l'espace public ; tables limitées à 6 personnes dans les bars et restaurants ; interdiction des rassemblements de plus de 6 personnes dans l'espace public ; jauges dans les mosquées ; fermetures des salles fermées dans les bars et les restaurants ; fermeture des salles de sport ;	Dégradation de la situation épidémique avec hausse exponentielle des indicateurs Circulation active du variant Omicron
Nouvelles mesures en date du 9 janvier 2022		Couvre-feu de 20h à 5h avec dérogation pour la livraison à domicile et pour l'accès aux restaurants sous passe sanitaire jusqu'à 22 heures ; mise en place de jauge dans les commerces (50 % de leur capacité et 4m2 par personne)	Dégradation de la situation épidémique avec hausse exponentielle des indicateurs, impossibilité de réaliser des évacuations sanitaires vers la Réunion
Nouvelles mesures en date du 28 janvier	Levée du couvre-feu, retour aux mesures en place au 15 novembre 2021		Baisse continue des indicateurs épidémiologiques

La Nouvelle-Calédonie était en phase d'amélioration de la situation épidémiologique et hospitalière début novembre 2021, après la violente vague épidémique du mois d'octobre. La situation étant encore fragile, un couvre-feu a été maintenu, qui a été levé lorsque les indicateurs se sont stabilisés à un niveau bas en décembre 2021. Une nouvelle dégradation de la situation au cours du mois de janvier a conduit à déclarer l'état d'urgence sanitaire à compter du 3 février 2022 (décret n° 2022-107 du 2 février 2022).

NOUVELLE-CALEDONIE	
Du 10 novembre 2021 au 25 décembre	Amélioration de la situation épidémique (stabilité puis forte décline à la fois des indicateurs épidémiologiques et hospitaliers)
Depuis le 25 décembre 2021	Dégradation de la situation épidémique avec augmentation très importante des indicateurs épidémiologiques

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre 2021	Couvre-feu de 22h à 5h & confinement le Week-end à partir du samedi 14h ; Port du masque en extérieur		Indicateurs épidémiologiques et hospitaliers en diminution mais encore élevés
Nouvelles mesures en date du 15 novembre 2021	Fin du confinement le week-end (maintien du Couvre-feu) Réouverture des bars et des nakamals sur présentation du passe sanitaire, rassemblements autorisés jusqu'à 30 personnes (contre 15 auparavant)	Maintien d'un couvre-feu	Baisse des indicateurs
Nouvelles mesures en date du 29 novembre 2021	Réouverture des salles de spectacle et théâtre avec passe sanitaire		Baisse des indicateurs
Nouvelles mesures en date du 19 décembre 2021	Levée du Couvre-feu Rassemblements autorisés jusqu'à 50 personnes (contre 30 auparavant)		Baisse des indicateurs
Nouvelles mesures en date du 7 janvier 2022		Durcissement des jauges	Hausse des indicateurs, présente du variant Omicron
Nouvelles mesures en date du 3 février 2022	Les outils juridiques permettant la mise en place d'un couvre-feu, dont l'horaire et les conditions restent à l'appréciation du haut-commissaire de la République, ont été mis en place à partir du 3 février 2022 (décret n° 2022-115 du 2 février 2022 instaurant l'Etat d'urgence sanitaire en NC).		

La Polynésie française était dans une situation épidémique stable et basse début novembre 2021, avec un faible nombre de patients hospitalisés, ce qui a conduit à la levée du couvre-feu et de différentes mesures de gestion dans les jours suivants. La situation se dégrade de nouveau depuis le début du mois de février, nécessitant le renforcement des mesures en place.

POLYNESIE FRANCAISE	
Entre le 10 novembre et fin décembre	Indicateurs épidémiologiques stables et peu élevés
Depuis fin décembre 2021	Dégradation progressive puis importante de la situation sanitaire (variant Omicron)

	Allègement des mesures	Durcissement des mesures	Justification apportée (situation épidémiologique, hospitalière, tension sociale...)
Mesures de gestion préexistantes au 10 novembre	Fermeture des discothèques, événements festifs interdits ; Couvre-feu maintenu de 23h à 4h dans les Iles du Vent et Iles sous le Vent.		
Nouvelles mesures en date du 15 novembre 2021	Fin du couvre-feu dans les piles encore concernées		Situation épidémiologique stable et basse
Nouvelles mesures en date du 1 ^{er} décembre 2021	Réouverture des discothèques, fin des jauges		Situation épidémiologique stable et basse
Nouvelles mesures en date du 08 février 2022		Mise en place du passe vaccinal, généralisation aux restaurants et aux déplacements inter-îles dans les deux sens	Forte dégradation de la situation épidémiologique

Wallis-et-Futuna se caractérise par une situation de territoire « *covid-free* » depuis le 29 avril 2021, avec une reprise des vols en provenance de Nouvelle-Calédonie le 18 novembre (vols interrompus en raison de la vague automnale en Nouvelle-Calédonie). Un sas sanitaire très strict a été mis en place à Nouméa pour les passagers souhaitant se rendre sur Wallis-et-Futuna (1 vol hebdomadaire).

Saint-Pierre-et-Miquelon était un territoire « *covid-free* », la situation sanitaire s'est depuis dégradée du point de vue épidémiologique suite à l'introduction d'un cas à Saint-Pierre-et-Miquelon en novembre. Compte-tenu du fort taux de vaccination sur le territoire et de l'impact hospitalier modéré constaté, ainsi que de l'envoi de renforts nationaux pour contribuer à la maîtrise de l'épidémie, l'état d'urgence sanitaire n'a pas été déclaré sur le territoire, le préfet prenant des mesures de prévention et de gestion moins contraignantes.

SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	
Du 12 novembre 2021 au 19 janvier 2022	Dégradation de la situation sanitaire suite à l'apparition de cas à Saint-Pierre-et-Miquelon (auparavant « Covid-free »)
Depuis le 20 janvier 2022	Amélioration de la situation sanitaire

Annexe 1 – évolution des doctrines de séquençage et de criblage

	CRIBLAGE	SEQUENCAGE
27 novembre 2021 (DGS-Urgent 123)	<ul style="list-style-type: none"> Les mutations recherchées par technique de criblage (A=L452R, B=E484K, C=E484Q) ne permettent pas d'identifier spécifiquement Omicron mais un résultat de criblage A0B0C0 peut suggérer sa présence mais n'est pas spécifique ; Omicron est porteur de la délétion 69/70, dans la mesure du possible, demande aux LBM de réaliser un criblage complémentaire de cette mutation et renseigner le résultat dans le champ E de SI-DEP. 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisation de façon prioritaire et accélérée le séquençage de tout prélèvement positif : <ul style="list-style-type: none"> d'une personne ayant séjourné dans un pays à risque dans les 14 jours précédant la date des symptômes ou du prélèvement ; ou d'une personne ayant eu un contact à risque avec une personne y ayant séjourné dans les 14 jours suivant son retour ; ou criblé A0B0C0 pour le SARS-CoV-2 ; ou dont le résultat de RT-PCR (kit ThermoFisher avec 3 cibles : N, ORF1ab, S) est positif (Ct pour le gène N <28) mais atteste d'un défaut de détection pour le gène S.
2 décembre 2021 (REPLY DGS-Urgent 121)	<ul style="list-style-type: none"> Tout cas suspect doit faire l'objet sans délais d'une RT-PCR de criblage ; Elargissement des mutations complémentaires à rechercher en criblage complémentaire : kit spécifique de criblage détectant la délétion 69/70 et validé pour le variant omicron), de la mutation N501Y ou de la mutation K417N, peut suggérer sa présence. 	<ul style="list-style-type: none"> Si le résultat du criblage est A0B0C0 ou A8B8C0, le cas suspect devient cas possible et le séquençage du prélèvement doit être réalisé prioritairement ; Mise en place d'une filière de séquençage d'urgence avec la CIBU.
20 décembre 2021 (DGS-Urgent 131)	<p>Actualisation de la doctrine générale ; Remplacement de la recherche de la mutation E484Q par une des mutations suivantes identifiées sur Omicron : K417N OU del69/70 OU S371L-S373P OU Q493R ; En résumé : un résultat de criblage A0C1D0 probabilité Delta / A0C0D1 probabilité Omicron</p>	<p>Pas de séquençage systématique pour les résultats de criblage A0B9C0D1</p>
6 janvier 2022 (REPLY	<ul style="list-style-type: none"> Un criblage systématique des prélèvements avec Ct 	

DGS-Urgent 131)	<p>≤30 n'est plus demandé (charge virale faible) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passage d'un criblage d'au moins 80% à 25% (seuil minimal) des prélèvements RT-PCR positifs avec Ct ≤30. 	
Fin janvier 2022		Séquençage systématique des résultats de criblage C1D1.

Annexe 2 – les modalités d’application de la phase 3 de la doctrine de contact-tracing

Hors milieux scolaire et périscolaire

Phase 3 (phase actuelle) Risque majeur de perturbations du maintien des activités socio-économiques et sanitaires	CAS (PERSONNES TESTEES POSITIVES)	PERSONNES CONTACTS
Personnes avec schéma vaccinal complet¹⁸ (rappel réalisé conformément aux exigences du pass sanitaire) et enfants de moins de 12 ans* indépendamment de leur statut vaccinal, hors milieux scolaire et périscolaire	<p>Isolement d’une durée de 7 jours après la date du début des signes ou la date de prélèvement du test positif (7 jours pleins).</p> <p>Levée de l’isolement possible à J5 avec un résultat de TAG négatif (et en l’absence de signes cliniques d’infection depuis 48h).</p> <p>Si le test réalisé à J5 est positif ** ou en l’absence de réalisation de ce test, l’isolement est de 7 jours au total (pas de nouveau test à réaliser à J7).</p> <p>Une dérogation exceptionnelle à l’isolement pour les activités essentielles dans le secteur sanitaire et médico-social pour les cas asymptomatiques et pauci-symptomatiques est possible dans les conditions fixées par le MARS n°2022_01.</p>	<p>Pas de quarantaine, application stricte des mesures barrière dont le port du masque, limitation des contacts, en particulier avec les personnes à risque de forme grave, télétravail si applicable.</p> <p>Réalisation d’un test TAG ou RT-PCR immédiat, puis surveillance par autotests ** à J2 et J4 après la date du test immédiat.</p> <p>La personne contact se voit remettre les autotests gratuitement en pharmacie lors de la réalisation de son test immédiat, ou elle présente en pharmacie la preuve de son dépistage immédiat réalisé en laboratoire ou dans une autre pharmacie (résultat de test négatif), ainsi qu’un document justifiant de son statut de personne contact à risque (SMS/mail de l’Assurance maladie ou attestation sur l’honneur justifiant être personne contact) pour se voir délivrer gratuitement les autotests.</p>
Personnes non vaccinées ou avec un schéma vaccinal incomplet	<p>Isolement d’une durée de 10 jours après la date du début des signes ou la date de prélèvement du test positif (10 jours pleins).</p> <p>Levée de l’isolement possible à J7 avec un résultat de TAG ou RT-PCR négatif (et en l’absence de signes cliniques d’infection depuis 48h).</p> <p>Si le test réalisé à J7 est positif ** ou en l’absence de</p>	<p>Quarantaine d’une durée de 7 jours après la date du dernier contact avec le cas (7 jours pleins).</p> <p>Levée de la quarantaine avec un résultat de TAG ou RT-PCR négatif.</p>

¹⁸ Au sens de l’article 2-2 du décret du 1^{er} juin 2021 modifié

	réalisation de ce test, l'isolement est de 10 jours au total (pas de nouveau test à réaliser à J10).	
--	--	--

En milieu scolaire et périscolaire (hors extrascolaire) dans les écoles, collèges et lycées

Phase 3 (phase actuelle) Risque majeur de perturbations du maintien des activités socio-économiques et sanitaires	CAS (PERSONNES TESTEES POSITIVES)	PERSONNES CONTACTS
<p>Enfants de moins de 12 ans * indépendamment de leur statut vaccinal et enfants de plus de 12 ans avec schéma vaccinal complet¹⁹, <u>dans les milieux scolaire et périscolaire</u></p>	<p>Isolement d'une durée de 7 jours après la date du début des signes ou la date de prélèvement du test positif (7 jours pleins).</p> <p>Levée de l'isolement possible à J5 avec un résultat de TAG négatif (et en l'absence de signes cliniques d'infection depuis 48h).</p> <p>Si le test réalisé à J5 est positif ** ou en l'absence de réalisation de ce test, l'isolement est de 7 jours au total (pas de nouveau test à réaliser à J7).</p>	<p>Pas de quarantaine, réalisation d'un autotest immédiat, puis surveillance par autotests ** à J2 et J4.</p> <p><u>En milieu scolaire et périscolaire</u> et en l'absence de symptômes, le premier test est un autotest (il reste possible de réaliser un test RT-PCR ou antigénique pour ce premier test, si souhaité par les représentants légaux). Pour le retour et le maintien de l'élève à l'école et dans les activités périscolaires, les représentants légaux devront présenter une unique déclaration sur l'honneur attestant de la réalisation effective de l'autotest immédiat et de son résultat négatif et portant engagement à réaliser des autotests à J2 et à J4 et à ne pas présenter leur enfant à l'école ou dans le périscolaire en cas de résultat positif.</p> <p>Les représentants légaux se voient remettre les autotests gratuitement en pharmacie sur présentation d'une attestation fournie par l'école (nouveau modèle d'attestation disponible à partir de vendredi 14/01).</p> <p>Par ailleurs les représentants légaux s'engagent à ne pas envoyer l'élève à l'école en cas de résultat positif à un autotest dans l'attente de la confirmation de ce résultat par un test TAG ou RT-PCR.</p>

¹⁹ Au sens de l'article 2-2 du décret du 1^{er} juin 2021 modifié

<p>Enfants de plus de 12 ans non vaccinés ou avec un schéma vaccinal incomplet</p>	<p>Isolement d'une durée de 10 jours après la date du début des signes ou la date de prélèvement du test positif (10 jours pleins).</p> <p>Levée de l'isolement possible à J7 avec un résultat de TAG ou RT-PCR négatif (et en l'absence de signes cliniques d'infection depuis 48h). Si le test réalisé à J7 est positif ** ou en l'absence de réalisation de ce test, l'isolement est de 10 jours au total (pas de nouveau test à réaliser à J10).</p>	<p>Quarantaine d'une durée de 7 jours après la date du dernier contact avec le cas (7 jours pleins).</p> <p>Levée de la quarantaine avec un résultat de TAG ou RT-PCR négatif.</p>
---	---	---

Annexe 3 – Volume de tests

Semaine	7J PCR	7J TAG	7J SAL		7 J TOTAL	Δ 7J
lundi 7 février 2022	2 300 000	4 199 000	258 000		6 757 000	-28%
lundi 31 janvier 2022	2 961 000	6 045 000	366 000		9 372 000	-15%
lundi 24 janvier 2022	3 282 000	7 363 000	432 000		11 077 000	-3%
lundi 17 janvier 2022	3 327 000	7 647 000	424 000		11 398 000	-14%
lundi 10 janvier 2022	4 146 000	8 410 000	621 000		13 177 000	46%
lundi 3 janvier 2022	3 036 000	5 865 000	145 000		9 046 000	25%
lundi 27 décembre 2021	2 440 000	4 666 000	152 000		7 258 000	9%
lundi 20 décembre 2021	2 548 000	3 725 000	361 000		6 634 000	4%
lundi 13 décembre 2021	2 582 000	3 347 000	468 000		6 397 000	8%
lundi 6 décembre 2021	2 412 000	3 042 000	455 000		5 909 000	28%
lundi 29 novembre 2021	1 982 000	2 253 000	373 000		4 608 000	13%
lundi 22 novembre 2021	1 249 000	2 555 000	269 000		4 073 000	42%
lundi 15 novembre 2021	866 000	2 008 000	X		2 874 000	0%
lundi 8 novembre 2021	868 000	2 016 000	X		2 884 000	16%
lundi 1 novembre 2021	713 000	1 779 000	X		2 492 000	x

Annexe 4 – Chronologie de la vaccination

1. Chronologie des mesures liées à la vaccination

Loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, instaurant le pass sanitaire
1^{er} juillet 2021 : application du règlement européen relatif au certificat Covid numérique de l'Union européenne
Décret du 19 juillet 2021 sur le passe sanitaire appliqué aux lieux et événements de plus de 50 personnes, à partir du 21 juillet
Loi du 5 août 2021 et décret du 8 août 2021 sur l'extension du passe sanitaire
26 août 2021 : lancement par le Premier ministre de la campagne de rappel pour les 65 ans et plus
9 novembre : annonce de l'accélération de la campagne de rappel vaccinal par le président de la République pour les 65 ans et plus
25 novembre 2021 : annonce du Ministre des solidarités et de la santé instaurant dès le 27 novembre 2021, la généralisation du rappel pour tous les adultes de 18 ans et plus et son introduction dans le pass sanitaire
15 décembre 2021 : intégration du rappel dans le passe sanitaire pour les 65 ans et plus
15 janvier 2022 : intégration du rappel dans le passe sanitaire pour les plus de 18 ans et 1 mois
24 janvier 2022 : entrée en vigueur du passe vaccinal

2. Chronologie des principales évolutions de doctrine

26/11/21 : DGS-URGENT N°2021_122 : VACCINATION ANTI COVID-19 : NOUVELLES MODALITES DE LA CAMPAGNE DE RAPPEL :

- Elargissement du rappel aux 18+ à 5 mois après la dernière injection ou infection et définition des procédures et règles en fonction des schémas vaccinaux
- Intégration du rappel dans le passe sanitaire « activités » :
 - o Présentation du dispositif intégrant l'échéance du rappel au 15 décembre pour les 65+ et du 15 janvier pour les 18-64 ans ;
 - o Conséquences sur le dispositif de dépistage (certificat de test négatif passe de 72h à 24h ;

14/12/21 : DGS-URGENT N°2021_128 : OUVERTURE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 AUX ENFANTS DE 5 A 11 ANS A RISQUE DE FORMES GRAVES DE COVID-19 ET AUX ENFANTS VIVANT DANS L'ENTOURAGE D'UNE PERSONNE IMMUNODEPRIMEE :

- Périmètre de cette première campagne de vaccination des enfants de 5 à 11 ans ;
- Offre de vaccination pour les enfants à risques ;
- Modalités d'extension éventuelle de la vaccination pédiatrique à tous les enfants de 5 à 11 ans.

24/12/21 : DGS-URGENT N°2021_135 : RACCOURCISSEMENT A 4 MOIS DU DELAI DE RAPPEL DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 :

- Passage du délai entre la primo-vaccination et le rappel de 5 à 4 mois.

28/12/21 : DGS-URGENT N°2021_136 : RACCOURCISSEMENT A 3 MOIS DU DELAI ENTRE LA PRIMO-VACCINATION ET LE RAPPEL ET ELIGIBILITE AU RAPPEL DES ADOLESCENTS A RISQUE DE FORMES GRAVES DE COVID-19

- Passage du délai entre la primo-vaccination et le rappel de 4 à 3 mois.

**05/01/22 : DGS-URGENT N°2022_04 : VACCINATION CONTRE LA COVID-19 : (1)
SUPPRESSION DU DELAI DE SURVEILLANCE DE 15 MINUTES POST RAPPEL POUR
CERTAINS PUBLICS (2) AJUSTEMENT DU DELAI ENTRE DEUX DOSES DE VACCIN
PEDIATRIQUE**

- Suppression du temps de 15 minutes de surveillance poste-vaccinale pour le rappel pour certains publics ;

**10/01/22 : DGS-URGENT N°2022_07 : VACCINATION COVID : INTEGRATION DE LA
DOSE DE RAPPEL DANS L'OBLIGATION VACCINALE DES PERSONNES
TRAVAILLANT DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL**

- Annonce de l'intégration de la dose de rappel dans l'obligation vaccinale des professionnels de santé le 30 janvier selon les mêmes modalités que son intégration dans le passé.

**21/01/22 : DGS-URGENT N°2022_12 : ELIGIBILITE AU RAPPEL VACCINAL CONTRE LA
COVID-19 DES ADOLESCENTS AGES DE 12 A 17 ANS**

- Extension du rappel aux 12-17 ans à compter du 24/01/22.

Annexe 5 – Mesures réglementaires de gestion de la crise sanitaire prises depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire

Les mesures réglementaires de freinage de l'épidémie de covid-19 sont prévues par le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire, modifié à 19 reprises depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire.

Passes sanitaires et vaccinal

Passes sanitaires

Le passe sanitaire, créé par l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, a été pour la première fois mis en œuvre à compter du 2 juin 2021 par le décret du 1er juin 2021 (dispositions combinées des articles 2-1 à 2-4 et 47-1 du décret). Les personnes souhaitant accéder à certains lieux, établissements, événements ou services doivent présenter soit un justificatif de statut vaccinal, soit un certificat de rétablissement, soit un résultat de test ou examen ne concluant pas à une contamination par la covid-19. Les personnes justifiant d'une contre-indication médicale à la vaccination, dont la liste est fixée par l'annexe 2 du décret du 1er juin 2021, ne sont par ailleurs pas tenues de bénéficier d'un autre justificatif pour accéder aux lieux où le passe sanitaire est exigé.

Dès lors que la loi du 31 mai 2021 donnait une définition restrictive du champ d'application du passe sanitaire, permettant seulement de l'exiger dans les lieux, établissements ou événements « *impliquant de grands rassemblements de personnes pour des activités de loisirs ou des foires ou salons professionnels* », le passe sanitaire a d'abord été appliqué à des lieux accueillant un nombre de visiteurs ou de spectateurs au moins égal à 1 000 personnes pour des activités culturelles, sportives, ludiques ou festives, ainsi que pour des foires et salons professionnels, avant que cette jauge ne soit réduite à 50 personnes lorsque le variant Delta s'est propagé activement au début de l'été 2021 (décret n° 2021-955 du 19 juillet 2021). La loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire ayant étendu le périmètre du passe sanitaire, celui-ci a été rendu applicable à compter du 9 août 2021 (décret n° 2021-1059 du 7 août 2021) dès le premier visiteur ou client accueilli dans l'ensemble des lieux où il était déjà mis en œuvre. Il a par ailleurs été étendu aux restaurants et débits de boisson, aux grands magasins et centres commerciaux sur décision préfectorale, aux séminaires professionnels réalisés en dehors du lieu d'exercice habituel, aux déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux, ainsi qu'aux personnes accueillies dans les établissements de santé pour des soins programmés et aux personnes accompagnant celles accueillies dans de tels établissements ou leur rendant visite. L'obligation de présenter le passe s'est également appliquée, à compter du 30 août 2021, aux salariés, agents publics, bénévoles et aux autres personnes qui interviennent dans les lieux, établissements, services ou événements concernés, lorsque leur activité se déroule dans les espaces et aux heures où ils sont accessibles au public, à l'exception des activités de livraison et sauf intervention d'urgence. Les personnes âgées de 12 à 17 ans sont également concernées par sa mise en œuvre depuis le 30 septembre 2021 (décret n° 2021-1268 du 29 septembre 2021).

La possibilité de mettre en œuvre le passe sanitaire ayant été prorogée jusqu'au 31 juillet 2022 par la loi du 10 novembre 2021 le dispositif a été maintenu dans le décret du 1^{er} juin 2021 (article 47-1) après l'entrée en vigueur de cette loi, dès lors que la situation sanitaire le justifiait. Compte tenu de l'augmentation de la circulation du virus observée au cours de l'automne, la durée de validité des tests pouvant être valablement présentés, qui avait été portée à 72 heures en août 2021, a été réduite à 24 heures à compter du 29 novembre 2021 (décret n° 2021-1521 du 25 novembre 2021) et la dose de rappel a été intégrée au justificatif de statut vaccinal pris en compte au titre du passe sanitaire, d'abord pour les personnes âgées d'au moins 65 ans à partir du 15 décembre 2021 (décret n° 2021-1521 du 25 novembre 2021), puis pour l'ensemble des personnes âgées d'au moins 18 ans et 1 mois à compter du 15 janvier 2022 (décret n° 2022-27 du 13 janvier 2022). Comme annoncé par le Gouvernement, ce délai

de 7 mois a été abaissé à 4 mois à compter du 15 février 2022 (décret n° 2022-176 du 14 février 2022). En outre, le passe a été rendu applicable aux remontées mécaniques à compter du 4 décembre 2021 (décret n° 2021-1521 du 25 novembre 2021).

Passe vaccinal

Le passe vaccinal a été instauré par la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique. A partir du 24 janvier 2022, il a succédé au passe sanitaire à périmètre constant, c'est-à-dire sans modification des lieux, activités ou personnes concernées (décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022). Toutefois, conformément à la loi, le passe sanitaire a été maintenu pour les mineurs âgés de 12 à 15 ans et pour l'accès aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

Par dérogation, les personnes s'engageant dans un schéma vaccinal peuvent accéder aux lieux où le passe vaccinal s'applique en présentant un justificatif de l'administration d'une première dose (qui doit avoir été effectuée au plus tard 4 semaines auparavant) et le résultat d'un test négatif de moins de 24 heures. Initialement prévue pour être applicable aux premières doses reçues jusqu'au 15 février 2022, cette dérogation a été prorogée au-delà de cette date sans qu'une nouvelle échéance ne soit fixée.

Le décret du 1^{er} juin 2021 intègre en outre les conditions particulières d'application des passes vaccinal et sanitaire aux déplacements de longue distance par transport public interrégional, telles que le législateur les a définies : pour les personnes âgées d'au moins 16 ans, pour lesquelles le passe vaccinal s'applique, un résultat de test négatif de moins de 24h peut être valablement présenté en lieu et place du justificatif de statut vaccinal si la personne justifie d'un motif impérieux d'ordre familial ou de santé et aucun justificatif n'est en tout état de cause requis en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention d'un justificatif de statut vaccinal. Pour ce qui concerne les personnes âgées de 12 à 15 ans, qui restent quant à elles soumises au passe sanitaire, aucun justificatif n'est exigé en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis.

Comme le permet la loi, le décret du 1^{er} juin 2021 prévoit que, dans les Outre-mer, le représentant de l'Etat est habilité à adapter la mise en œuvre du passe vaccinal aux circonstances locales, notamment en maintenant de manière transitoire le passe sanitaire.

Enfin, le pouvoir réglementaire n'a à ce jour pas fait usage de la possibilité que lui confère la loi de subordonner l'accès à certains lieux à la présentation cumulative d'un justificatif de statut vaccinal attestant d'un schéma vaccinal complet et d'un résultat de test négatif, sauf pour les primo-vaccinés récents qui peuvent bénéficier d'un passe vaccinal valide à condition d'y ajouter un test de moins de 24h.

Accueil du public dans les établissements recevant du public

A partir du 10 décembre 2021, compte tenu de la dégradation de la situation sanitaire, ont été interdits l'accueil du public dans les salles de danse (établissements de type P), ainsi que les activités de danse que les restaurants et débits de boisson sont légalement autorisés à proposer (décret n° 2021-1585 du 7 décembre 2021). D'abord applicable jusqu'au 6 janvier 2022 inclus, cette interdiction a été prorogée jusqu'au 23 janvier 2022 inclus (décret n° 2021-1957 du 31 décembre 2021) puis jusqu'au 15 février 2022 inclus (décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022).

Par ailleurs, à compter du 3 janvier 2022, des règles de jauge ont été imposées dans les établissements de type PA (établissements de plein air), X (établissements sportifs couverts), L (salles d'auditions, de conférences, de projection, de réunions, de spectacles ou à usages multiples) et CTS (chapiteaux, tentes et structures). Le nombre de personnes pouvant être accueillies a été limité à 2 000 personnes dans les établissements couverts et à 5 000 personnes dans les établissements de plein air (décret n° 2021-1957 du 31 décembre 2021). Initialement prévues pour s'appliquer jusqu'au 23 janvier 2022, ces règles de jauge ont été

prorogées jusqu'au 1^{er} février 2022 inclus et ont pris fin à cette date (décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022).

Enfin, dans ces mêmes établissements, depuis le 3 janvier 2022, les personnes accueillies doivent obligatoirement avoir une place assise et la vente et la consommation d'aliments et de boissons sont interdites, sauf dans les espaces de restauration dédiés à cet effet. De telles restrictions s'appliquent jusqu'au 15 février 2022 inclus. Au cours de la même période, l'obligation pour les personnes accueillies d'avoir une place assise est également rendue applicable aux restaurants, débits de boisson et établissements assimilés, tandis que la vente et le service pour consommation à bord d'aliments et de boissons sont interdits dans les transports maritime, aérien et terrestre pour les trajets au sein du territoire métropolitain ou de l'une des collectivités d'Outre-mer.

Port du masque

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

Dans les écoles et accueils collectifs de mineurs, l'obligation de port du masque, qui, dans un certain nombre de départements où la situation sanitaire s'était améliorée entre la fin de l'été et le début de l'automne, ne s'appliquait plus qu'aux enfants âgés de onze ans et plus, a été rétablie pour les enfants âgés de 6 à 10 ans, d'abord dans les espaces clos de ces établissements à compter du 15 novembre 2021 (décret n° 2021-1471 du 10 novembre 2021), puis dans les espaces extérieurs à partir du 9 décembre 2021 (décret n° 2021-1585 du 7 décembre 2021). Dès lors que des enfants de 6 à 10 ans sont accueillis dans les écoles et accueils collectifs de mineurs, l'obligation de port du masque dans les espaces extérieurs de ces établissements s'applique par ailleurs aux personnels ainsi qu'aux responsables légaux des enfants. Enfin, le port du masque a été rendu obligatoire pour les enfants âgés de 6 à 10 ans dans l'ensemble des lieux et établissements recevant du public où il était jusqu'alors exigé à partir de 11 ans (décret n° 2021-1957 du 31 décembre 2021).

L'obligation de port du masque a par ailleurs été rétablie à compter du 26 novembre 2021 pour le public accueilli dans les espaces extérieurs des établissements de type PA (établissements de plein air), X (établissements sportifs couverts), L (salles d'auditions, de conférences, de projection, de réunions, de spectacles ou à usages multiples), CTS (chapiteaux, tentes et structures) ou P (salles de danse), ainsi que, de manière générale, dans les établissements où le passe sanitaire avait été rendu applicable (établissements au sein desquels l'obligation générale de port du masque avait été levée le 30 juin 2021 mais où le port du masque pouvait toujours être imposé par l'autorité préfectorale ou l'exploitant de l'établissement).

Contrôle sanitaire aux frontières

La dégradation de la situation sanitaire dans la plupart des pays du monde puis l'émergence du variant « Omicron » ont conduit le Gouvernement à faire évoluer les règles sanitaires applicables aux déplacements de longue distance à destination du territoire hexagonal, de la Corse et des Outre-mer.

Dans un premier temps, marqué par la poursuite de la propagation de la vague Delta en Europe, les obligations de test ont été renforcées pour les trajets en provenance d'un certain nombre de pays européens confrontés à une circulation particulièrement active du virus.

Ensuite, avec l'émergence fin novembre 2021 du variant Omicron, des mesures exceptionnelles de fermeture des frontières ont été mises en œuvre pour une durée limitée au départ de certains pays d'Afrique australe. Entre le 27 novembre et le 4 décembre 2021, ont été interdits les déplacements de personnes en provenance d'Afrique du Sud, du Botswana, d'Eswatini, du Lesotho, du Mozambique, de Namibie et du Zimbabwe (décrets n° 2021-1527 du 26 novembre 2021, n° 2021-1533 du 27 novembre 2021 et n° 2021-1546 du 30 novembre 2021).

Au terme de cette période initiale, ont été mises en œuvre des mesures renforcées de protection du territoire national :

- Des dispositions particulièrement strictes ont été appliquées aux pays d'Afrique australe où le variant Omicron avait été détecté. Toute personne, même vaccinée, arrivant sur le territoire métropolitain en provenance de l'un de ces pays devait justifier d'un motif impérieux et présenter le résultat négatif d'un examen RT-PCR de moins de 48 heures ou d'un test antigénique de moins de 24 heures (décret n° 2021-1568 du 3 décembre 2021). Limitées ensuite aux seuls voyageurs en provenance d'Afrique du Sud, d'Eswatini ou du Lesotho, de telles mesures ne sont plus en vigueur depuis le 6 janvier 2022 (décret n° 2022-10 du 5 janvier 2022),
- Toute personne, même vaccinée, arrivant sur le territoire métropolitain en provenance d'un pays extérieur à l'espace européen doit présenter le résultat d'un test ou examen négatif de moins de 48 heures.
- Les personnes arrivant sur le territoire métropolitain en provenance de l'espace européen et qui ne sont munies ni d'un justificatif de leur statut vaccinal, ni d'un certificat de rétablissement, doivent quant à elles présenter le résultat d'un test ou examen négatif réalisé moins de 24 heures avant l'embarquement.
- Les voyageurs arrivant en France en provenance du Royaume-Uni ont pendant plusieurs semaines été soumis à des règles particulières, eu égard à la circulation précoce et très active du variant Omicron sur le territoire britannique et à l'importance des flux de passagers en provenance de ce pays (décret n° 2021-1671 du 16 décembre 2021) : tout voyageur, même vacciné, devait présenter le résultat d'un test ou examen de dépistage négatif réalisé moins de 24 heures avant l'embarquement et pouvait, à son arrivée sur le territoire national, faire l'objet d'une mesure individuelle de mise en quarantaine par arrêté préfectoral. En outre, l'ensemble des voyageurs en provenance du Royaume-Uni devaient justifier du motif impérieux de leur déplacement. Désormais, l'obligation de justifier d'un motif impérieux s'applique aux personnes non-vaccinées et les obligations de test ont été légèrement assouplies pour les personnes vaccinées (décret n° 2022-120 du 3 février 2022).
- Enfin, le décret du 1^{er} juin 2021 prévoit l'application de mesures particulières pour les personnes souhaitant voyager à destination des Outre-mer : toute personne souhaitant s'y rendre en provenance du territoire métropolitain ou d'un pays étranger doit être munie du résultat d'un test ou examen de dépistage négatif réalisé moins de 24 heures avant le déplacement.

Compte tenu de l'évolution de la situation sanitaire, les règles applicables aux déplacements de longue distance ont été assouplies depuis le 12 février 2022 (décret n° 2022-165 du 11 février 2022).

Les voyageurs vaccinés n'ont désormais aucun autre justificatif à présenter que celui de leur statut vaccinal pour tout déplacement en provenance d'un pays étranger classé en zone verte ou orange. Les voyageurs non vaccinés continuent, en revanche, de devoir présenter un test négatif PCR de moins de 72 heures ou un test antigénique de moins de 48 heures. Depuis les pays de la zone verte, qui incluent notamment ceux de l'Union européenne, un certificat de rétablissement est également admis. S'ils proviennent d'un pays classé en zone orange, les

voyageurs non-vaccinés doivent par ailleurs, pour voyager vers le territoire national, justifier d'un motif impérieux et attester sur l'honneur qu'ils acceptent qu'un test puisse être réalisé à l'arrivée.

Le décret prévoit en outre un mécanisme de « frein d'urgence » permettant de mettre en œuvre des mesures plus restrictives en cas de dégradation de la situation épidémique, notamment liée à l'apparition d'un nouveau variant. Dans le cadre de ce mécanisme, tous les voyageurs de douze ans ou plus souhaitant se rendre sur le territoire métropolitain en provenance d'un pays classé dans la zone rouge doivent, y compris s'ils sont vaccinés, justifier d'un motif impérieux pour tout déplacement. Ils doivent en outre présenter le résultat d'un test négatif RT-PCR de moins de 48 heures ou d'un test antigénique de moins de 24 heures, ainsi qu'une déclaration sur l'honneur attestant qu'ils acceptent qu'un test puisse être réalisé à leur arrivée et mentionnant le lieu de réalisation de la mesure de quarantaine susceptible de leur être prescrite. Un tel mécanisme ne trouve aujourd'hui pas à s'appliquer, dès lors qu'aucun pays n'est classé dans la zone rouge.

Compte tenu de la situation particulière et encore fragile des Outre-mer, l'obligation pour tout voyageur s'y rendant en provenance du territoire métropolitain ou d'un pays étranger de produire un test RT-PCR ou antigénique négatif de moins de 24 heures est maintenue.

Couvre-feu dans les Outre-mer

Depuis le 10 novembre 2021, ont été instaurées dans certains territoires d'Outre-mer des mesures de couvre-feu, dont il revient aux représentants de l'Etat dans les territoires concernés, de définir les zones et plages horaires d'application, dans la limite d'une plage horaire comprise entre 18h et 6h. Le couvre-feu, auparavant applicable en Martinique, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, a été limité au seul territoire de la Martinique à partir du 16 novembre 2021 (décret n° 2021-1471 du 10 novembre 2021). Compte tenu de la dégradation très rapide de la situation sanitaire à la fin de l'année 2021, notamment liée à la diffusion du variant Omicron, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré dans un certain nombre de collectivités ultra-marines et des mesures de couvre-feu ont été instaurées : à La Réunion à partir du 28 décembre 2021 (décret n° 2021-1829 du 27 décembre 2021), puis à la Guadeloupe, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Mayotte et la Guyane à partir du 6 janvier 2022 (décret n° 2022-10 du 5 janvier 2022). Enfin, en Nouvelle Calédonie, les outils juridiques permettant la mise en place d'un couvre-feu, dont l'horaire et les conditions restent à l'appréciation du haut-commissaire de la République, ont été mis en place à partir du 3 février 2022 (décret n° 2022-115 du 2 février 2022).

Annexe 6 – Article 1er de la loi du n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire (version en vigueur)

I. - A compter du 2 juin 2021 et jusqu'au 31 juillet 2022 inclus, le Premier ministre peut, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19 :

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

2° Réglementer l'ouverture au public, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, à l'exception des locaux à usage d'habitation, en garantissant l'accès des personnes aux biens et aux services de première nécessité. Cette réglementation est adaptée à la situation sanitaire et prend en compte les caractéristiques des établissements concernés.

La fermeture provisoire d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion peut, dans ce cadre, être ordonnée lorsqu'ils accueillent des activités qui, par leur nature même, ne permettent pas de garantir la mise en œuvre des mesures de nature à prévenir les risques de propagation du virus ou lorsqu'ils se situent dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus ;

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

II. - A. - A compter du 2 juin 2021 et jusqu'au 31 juillet 2022 inclus, le Premier ministre peut, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique, aux seules fins de lutter contre l'épidémie de covid-19 et si la situation sanitaire le justifie au regard de la circulation virale ou de ses conséquences sur le système de santé, appréciées en tenant compte des indicateurs sanitaires tels que le taux de vaccination, le taux de positivité des tests de dépistage, le taux d'incidence ou le taux de saturation des lits de réanimation :

1° Imposer aux personnes âgées d'au moins douze ans souhaitant se déplacer à destination ou en provenance du territoire hexagonal, de la Corse ou de l'une des collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution, ainsi qu'aux personnels intervenant dans les services de transport concernés, de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 ;

2° Subordonner à la présentation d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 l'accès des personnes âgées d'au moins seize ans à certains lieux, établissements, services ou événements où sont exercées les activités suivantes :

a) Les activités de loisirs ;

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

c) Les foires, séminaires et salons professionnels ;

d) (Abrogé) ;

e) Les déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux au sein de l'un des territoires mentionnés au 1° du présent A, sauf motif impérieux d'ordre familial ou de santé, sous réserve de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19. Le présent e n'est pas applicable en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis ;

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

3° Subordonner à la présentation soit du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, soit d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19, soit d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 :

a) Sauf en cas d'urgence, l'accès des personnes âgées d'au moins douze ans aux services et aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, pour les seules personnes accompagnant les personnes accueillies dans ces services et ces établissements ou leur rendant visite ainsi que pour celles qui y sont accueillies pour des soins programmés. La personne qui justifie remplir les conditions prévues au présent 3° ne peut se voir imposer d'autres restrictions d'accès liées à l'épidémie de covid-19 pour rendre visite à une personne accueillie et ne peut se voir refuser l'accès à ces services et à ces établissements que pour des motifs résultant des règles de fonctionnement et de sécurité, y compris sanitaire, de l'établissement ou du service ;

b) L'accès des personnes âgées de douze à quinze ans inclus à certains lieux, établissements, services ou événements où sont exercées les activités suivantes :

- les activités de loisirs ;
- les activités de restauration commerciale ou de débit de boissons, à l'exception de la restauration collective, de la vente à emporter de plats préparés et de la restauration professionnelle routière et ferroviaire ;
- les foires, séminaires et salons professionnels ;
- les déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux au sein de l'un des territoires mentionnés au 1° du présent A, sauf en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis ;
- sur décision motivée du représentant de l'Etat dans le département, lorsque leurs caractéristiques et la gravité des risques de contamination le justifient, les grands magasins et centres commerciaux, au-delà d'un seuil défini par décret, dans des conditions garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ainsi, le cas échéant, qu'aux moyens de transport.

Le 2° du présent A est applicable au public et, lorsqu'elles ne relèvent pas du chapitre II de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, aux personnes qui interviennent dans les lieux, établissements, services ou événements concernés lorsque la gravité des risques de contamination en lien avec l'exercice des activités qui y sont pratiquées le justifie, au regard notamment de la densité de population observée ou prévue.

Le décret mentionné au premier alinéa du présent A détermine, en fonction de l'appréciation de la situation sanitaire effectuée en application du même premier alinéa et lorsque les activités organisées, par leur nature même, ne permettent pas de garantir la mise en œuvre des mesures de nature à prévenir les risques de propagation de la covid-19, les cas relevant du 2° du présent A dans lesquels l'intérêt de la santé publique nécessite d'exiger la présentation cumulée d'un justificatif de statut vaccinal et du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19. Il prévoit également les conditions dans lesquelles, par exception, un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 peut se substituer au justificatif de statut vaccinal.

Le décret mentionné au premier alinéa du présent A prévoit les conditions dans lesquelles un justificatif d'engagement dans un schéma vaccinal vaut justificatif de statut vaccinal pour l'application du 2° au public et aux personnes qui interviennent dans les lieux, établissements,

services ou événements concernés, pour la durée nécessaire à l'achèvement de ce schéma, sous réserve de la présentation d'un résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19.

L'application de cette réglementation ne dispense pas de la mise en œuvre de mesures de nature à prévenir les risques de propagation du virus si la nature des activités réalisées le permet.

B.- La présentation du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 dans les cas prévus au A du présent II peut se faire sous format papier ou numérique.

La présentation des documents prévus au premier alinéa du présent B par les personnes mentionnées au 1° du A du présent II est réalisée sous une forme permettant seulement aux personnes ou aux services autorisés à en assurer le contrôle de connaître les données strictement nécessaires à l'exercice de leur contrôle.

La présentation des documents prévus au premier alinéa du présent B par les personnes mentionnées aux 2° et 3° du A du présent II est réalisée sous une forme ne permettant pas aux personnes ou aux services autorisés à en assurer le contrôle d'en connaître la nature et ne s'accompagne d'une présentation de documents officiels d'identité que lorsque ceux-ci sont exigés par des agents des forces de l'ordre.

Toutefois, lorsqu'il existe des raisons sérieuses de penser que le document présenté ne se rattache pas à la personne qui le présente, les personnes et services autorisés à en assurer le contrôle peuvent demander à la personne concernée de produire un document officiel comportant sa photographie afin de vérifier la concordance entre les éléments d'identité mentionnés sur ces documents. Les personnes et services autorisés, dans le cadre du présent alinéa, à demander la production d'un document officiel comportant la photographie de la personne ne sont pas autorisés à conserver ou à réutiliser ce document ou les informations qu'il contient, sous peine des sanctions prévues au dernier alinéa du E du présent II.

C.-1. Lorsqu'un salarié soumis à l'obligation prévue au A du présent II ne présente pas les justificatifs, certificats ou résultats dont ces dispositions lui imposent la présentation et s'il ne choisit pas d'utiliser, avec l'accord de son employeur, des jours de repos conventionnels ou des jours de congés payés, ce dernier lui notifie, par tout moyen, le jour même, la suspension de son contrat de travail. Cette suspension, qui s'accompagne de l'interruption du versement de la rémunération, prend fin dès que le salarié produit les justificatifs requis.

Lorsque la situation mentionnée au premier alinéa du présent 1 se prolonge au delà d'une durée équivalente à trois jours travaillés, l'employeur convoque le salarié à un entretien afin d'examiner avec lui les moyens de régulariser sa situation, notamment les possibilités d'affectation, le cas échéant temporaire, au sein de l'entreprise sur un autre poste non soumis à cette obligation.

2. Lorsqu'un agent public soumis à l'obligation prévue au A du présent II ne présente pas les justificatifs, certificats ou résultats dont ces dispositions lui imposent la présentation et s'il ne choisit pas d'utiliser, avec l'accord de son employeur, des jours de congés, ce dernier lui notifie, par tout moyen, le jour même, la suspension de ses fonctions ou de son contrat de travail. Cette suspension, qui s'accompagne de l'interruption du versement de la rémunération, prend fin dès que l'agent produit les justificatifs requis.

Lorsque la situation mentionnée au premier alinéa du présent 2 se prolonge au delà d'une durée équivalente à trois jours travaillés, l'employeur convoque l'agent à un entretien afin d'examiner avec lui les moyens de régulariser sa situation, notamment les possibilités d'affectation, le cas échéant temporaire, sur un autre poste non soumis à cette obligation.

D.- La méconnaissance des obligations instituées en application du A du présent II est sanctionnée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 3136-1 du code de la

santé publique réprimant le fait, pour toute personne, de se rendre dans un établissement recevant du public en méconnaissance d'une mesure édictée sur le fondement du 5° du I de l'article L. 3131-15 du même code.

Le fait, pour un exploitant de service de transport, de ne pas contrôler la détention des documents mentionnés au A du présent II par les personnes qui souhaitent y accéder est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe. Cette contravention peut faire l'objet de la procédure de l'amende forfaitaire prévue à l'article 529 du code de procédure pénale. Si une telle infraction est verbalisée à plus de trois reprises au cours d'une période de trente jours, les peines sont portées à un an d'emprisonnement et à 9 000 € d'amende.

Lorsque l'exploitant d'un lieu ou d'un établissement ou le professionnel responsable d'un événement ne contrôle pas la détention, par les personnes qui souhaitent y accéder, des documents mentionnés aux 2° et 3° du A du présent II, il est mis en demeure par l'autorité administrative, sauf en cas d'urgence ou d'évènement ponctuel, de se conformer aux obligations qui sont applicables à l'accès au lieu, établissement ou événement concerné. La mise en demeure indique les manquements constatés et fixe un délai, qui ne peut être supérieur à vingt-quatre heures ouvrées, à l'expiration duquel l'exploitant d'un lieu ou établissement ou le professionnel responsable d'un événement doit se conformer auxdites obligations. Si la mise en demeure est infructueuse, l'autorité administrative peut ordonner la fermeture administrative du lieu, établissement ou événement concerné pour une durée maximale de sept jours. La mesure de fermeture administrative mentionnée au présent alinéa est levée si l'exploitant du lieu ou établissement ou le professionnel responsable de l'évènement apporte la preuve de la mise en place des dispositions lui permettant de se conformer auxdites obligations. Le manquement mentionné au présent alinéa est sanctionné dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique réprimant la violation des mesures de mise en quarantaine et des mesures de placement et de maintien en isolement.

La procédure prévue aux deuxième et troisième alinéas du présent D n'est pas applicable aux violations constatées avant la promulgation de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

Les violences commises sur les personnes chargées de contrôler la détention par les personnes des documents mentionnés au A du présent II sont punies des peines prévues aux articles 222-8, 222-10, 222-12 et 222-13 du code pénal.

Le fait de présenter un document attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 appartenant à autrui est sanctionné dans les conditions prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique réprimant la violation des mesures de mise en quarantaine et des mesures de placement et de maintien en isolement.

Le fait de transmettre, en vue de son utilisation frauduleuse, un document authentique attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 est puni dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 3136-1 dudit code réprimant la violation des mesures de mise en quarantaine et des mesures de placement et de maintien en isolement.

Le faux commis dans un document attestant du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. L'usage, la procuration ou la proposition de procuration du faux mentionné au présent alinéa est puni des mêmes peines. La détention frauduleuse de l'un des faux documents mentionnés au présent alinéa est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. La peine est portée à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende en cas de détention

frauduleuse de plusieurs faux documents. La procédure simplifiée de l'ordonnance pénale prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale est applicable aux délits prévus au présent alinéa.

Les agents habilités à constater les infractions prévues au présent D peuvent accéder, pendant les horaires d'ouverture au public, aux lieux, établissements, services ou événements concernés afin de contrôler la détention par les personnes qui s'y trouvent des documents mentionnés au A du présent II ainsi que le respect par l'exploitant ou le professionnel responsable de son obligation de contrôle de la détention de ces documents.

D bis. - L'action publique pour l'application des peines prévues aux premier et sixième alinéas du D du présent II ainsi qu'au huitième alinéa du même D concernant l'usage de faux et la détention de faux en vue d'un usage personnel est éteinte si, dans un délai de trente jours à compter de la date de l'infraction, la personne concernée justifie s'être fait administrer après cette date une dose de l'un des vaccins contre la covid-19 prise en compte pour la délivrance du justificatif de statut vaccinal mentionné au A du présent II. Lorsque la personne concernée a commis l'infraction avant l'entrée en vigueur du 2° du I de l'article 1er de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique et que l'action publique n'est pas éteinte, le délai de trente jours court à compter de cette entrée en vigueur. Lorsque la personne concernée a réalisé, dans le délai de trente jours, un examen de dépistage virologique concluant à une contamination par la covid-19, ce délai est suspendu à compter de la réalisation de cet examen et jusqu'à la date à laquelle cette contamination cesse de faire obstacle à l'administration d'une dose de l'un des vaccins contre la covid-19 prise en compte pour la délivrance du justificatif de statut vaccinal mentionné au A du présent II. Dès la présentation du justificatif de l'administration d'une dose de l'un des vaccins contre la covid-19 prise en compte pour la délivrance du justificatif de statut vaccinal mentionné au même A, il est mis fin à la procédure de recouvrement.

E.- Les personnes habilitées ou nommément désignées et les services autorisés à contrôler les documents mentionnés au A du présent II pour les sociétés de transport et les lieux, établissements, services ou événements concernés ne peuvent exiger leur présentation que sous les formes prévues au B du présent II et ne sont pas autorisés à les conserver ou à les réutiliser à d'autres fins.

Par dérogation au dernier alinéa du même B, les professionnels mentionnés au A du présent II peuvent présenter à leur employeur leur justificatif de statut vaccinal sous une forme ne permettant d'identifier que la nature de celui-ci et l'information selon laquelle le schéma vaccinal de la personne est complet. L'employeur est alors autorisé, par dérogation au premier alinéa du présent E, à conserver, jusqu'à la fin de la période prévue au premier alinéa du A, le résultat de la vérification opérée et à délivrer, le cas échéant, un titre spécifique permettant une vérification simplifiée.

Le fait de conserver les documents mentionnés au A dans le cadre d'un processus de vérification en dehors du cas prévu au deuxième alinéa du présent E ou de les réutiliser à d'autres fins est puni d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

F.- Hors les cas prévus au A du présent II, nul ne peut exiger d'une personne la présentation d'un résultat d'examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19.

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait d'exiger la présentation des documents mentionnés au premier alinéa du présent F pour l'accès à des lieux, établissements, services ou événements autres que ceux mentionnés au A du présent II.

G.- Lorsque le Premier ministre prend les mesures mentionnées au A du présent II, seule l'autorisation de l'un ou l'autre des titulaires de l'autorité parentale est requise pour la réalisation d'un dépistage ou l'injection du vaccin contre la covid-19, sans préjudice de l'appréciation des éventuelles contre-indications médicales.

Il en est de même lorsque le ministre chargé de la santé prend les mesures mentionnées aux articles L. 3131-1 et L. 3131-16 du code de la santé publique pour autoriser la vaccination des mineurs âgés d'au moins cinq ans.

H.- Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, la vaccination contre la covid-19 peut être pratiquée, à sa demande, sur le mineur de plus de seize ans.

I.- Lorsqu'un mineur âgé d'au moins cinq ans est confié au service de l'aide sociale à l'enfance, le président de la collectivité chargée de ce service peut autoriser sa vaccination si les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, invités à donner cette autorisation, n'ont pas répondu pendant un délai de quatorze jours à compter de cette invitation.

S'agissant des mineurs âgés de moins de seize ans faisant l'objet d'une mesure prise en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou du code de la justice pénale des mineurs, la même autorisation est délivrée dans les mêmes conditions :

1° Par le directeur interrégional de la protection judiciaire de la jeunesse lorsque le mineur fait l'objet d'une mesure de placement ;

2° Par le directeur interrégional des services pénitentiaires lorsque le mineur est incarcéré.

Pour les mineurs non accompagnés, cette autorisation peut être délivrée par le juge qui statue en urgence.

J.-Un décret, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine les cas de contre-indication médicale faisant obstacle à la vaccination et permettant la délivrance d'un document pouvant être présenté dans les cas prévus aux 2° et 3° du A du présent II.

Le certificat médical de contre-indication vaccinale mentionné au premier alinéa du présent J peut être contrôlé par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie auquel est rattachée la personne concernée. Ce contrôle prend en compte les antécédents médicaux de la personne ainsi que l'évolution de sa situation médicale et du motif de contre-indication, au regard des recommandations formulées par les autorités sanitaires.

Un décret détermine, après avis de la Haute Autorité de santé et du comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique, les éléments permettant d'établir le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, le justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou le certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19.

Un décret détermine, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les modalités d'application du présent II, notamment les personnes, ainsi que leurs modalités d'habilitation, et services autorisés à procéder aux contrôles au titre du A, ainsi que les conditions dans lesquelles les systèmes d'information constitués au sein des Etats membres de l'Union européenne sont reconnus comme supports de présentation de ces documents.

Un décret détermine les conditions d'acceptation de justificatifs de vaccination établis par des organismes étrangers attestant la satisfaction aux critères requis par le justificatif de statut vaccinal mentionné au troisième alinéa du présent J.

III. - Lorsque le Premier ministre prend des mesures mentionnées aux I et II, il peut habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions. Lorsque les circonstances locales le justifient, il peut également habiliter le représentant de l'Etat territorialement compétent à adapter les mesures mentionnées aux mêmes I et II et notamment à prévoir, pour une durée limitée, que l'accès aux lieux, établissements, services ou événements relevant du 2° du A du II est subordonné à la présentation soit du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, soit d'un justificatif de statut vaccinal

concernant la covid-19, soit d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19.

Lorsque les mesures prévues aux mêmes I et II doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département, le Premier ministre peut habilier le représentant de l'Etat dans le département à les décider lui-même. Les décisions sont prises par ce dernier après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. Cet avis est rendu public.

Les mesures prises en application des deux premiers alinéas du présent III le sont après consultation des exécutifs locaux ainsi que des parlementaires concernés.

Le Premier ministre peut également habilier le représentant de l'Etat dans le département à ordonner, par arrêté pris après mise en demeure restée sans effet, la fermeture des établissements recevant du public qui ne mettent pas en œuvre les obligations qui leur sont imposées en application du 2° des I et A du II.

IV. - Les mesures prescrites en application du présent article sont 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. Les mesures individuelles font l'objet d'une information sans délai du procureur de la République territorialement compétent.

V. - Les mesures prises en application du présent article peuvent faire l'objet, devant le juge administratif, des recours présentés, instruits et jugés selon les procédures prévues aux articles L. 521-1 et L. 521-2 du code de justice administrative.

VI. - L'Assemblée nationale et le Sénat sont informés sans délai des mesures prises par le Gouvernement au titre du présent article. L'Assemblée nationale et le Sénat peuvent requérir toute information complémentaire dans le cadre du contrôle et de l'évaluation de ces mesures.

Le Gouvernement présente au Parlement, trois mois après la promulgation de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et au plus tard le 15 février 2022, un rapport exposant les mesures prises en application du présent article depuis l'entrée en vigueur de cette même loi et précisant leur impact sur les 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. Ce rapport indique les raisons du maintien, le cas échéant, de certaines des mesures prises sur tout ou partie du territoire national ainsi que les orientations de l'action du Gouvernement visant à lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19. Ce rapport peut faire l'objet d'un débat en commission permanente ou en séance publique.

Un deuxième rapport contenant les informations mentionnées au deuxième alinéa du présent VI est présenté par le Gouvernement au Parlement avant le 15 mai 2022.

Les informations mentionnées au même deuxième alinéa sont également communiquées chaque mois, entre la date de publication de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et le 31 juillet 2022, par le Gouvernement au Parlement sous la forme d'un rapport d'étape.

VII. - Le comité de scientifiques mentionné à l'article L. 3131-19 du code de la santé publique se réunit pendant la période mentionnée au I du présent article et rend périodiquement des avis sur les mesures prescrites en application des I et II ainsi que sur les mesures prises par le ministre chargé de la santé en application de l'article L. 3131-1 du code de la santé publique. Dès leur adoption, ces avis sont communiqués par le président du comité simultanément au Premier ministre, au Président de l'Assemblée nationale et au Président du Sénat. Ils sont rendus publics sans délai. Le comité peut être consulté par les commissions parlementaires sur toute question concernant les sujets mentionnés à la quatrième phrase du premier alinéa de l'article L. 3131-19 du même code.

VIII. - Les troisième à dernier alinéas de l'article L. 3136-1 du code de la santé publique sont applicables aux mesures prises en application des I à III du présent article.

IX. - Les I à VIII du présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.

X. - Les attributions dévolues au représentant de l'Etat par le présent article sont exercées à Paris et sur les emprises des aérodromes de Paris-Charles de Gaulle, du Bourget et de Paris-Orly par le préfet de police.