

**MEMOIRE DE QUESTION PRIORITAIRE DE
CONSTITUTIONNALITE POSÉE DEVANT
LA COUR DE CASSATION**

**Cour de Cassation
Recours QPC N°**

POUR:

1. **L'association** [REDACTED] a ant notamment our ob et la défense de la liberté individuelle, re résentée ar sa résidente [REDACTED]
2. **L'association** [REDACTED], a ant notamment our ob et la défense des droits de l'homme, re résentée ar sa résidente [REDACTED]
3. **La** [REDACTED] ayant notamment pour objet le libre choix pour le médecin d'appliquer les méthodes préventives et curatives qu'il entend adopter et, avec l'accord du patient, le droit de les a li uer dans l'exercice de sa rofession, re résentée ar son résident **Monsieur** [REDACTED]

- 1352 personnes physiques - document en mode anonyme -

Ayant pour avocat :

Maître Me Virginie DE ARAUJO-RECCHIA

Avocat au Barreau de Paris

[REDACTED] -

– Toque J 056 [REDACTED]

**Demandeurs à la question prioritaire
de constitutionnalité**

CONTRE :

Le Ministère des Solidarités et de la Santé, représenté par le Ministre des solidarités et de la santé, domicilié en cette qualité 14, avenue Duquesne, 75350 PARIS

Le Cabinet du Premier ministre, représenté par le Premier ministre, domicilié en cette qualité Hôtel Matignon, 57 rue de Varenne, 75700 Paris SP 07

L'Agent judiciaire de l'Etat, domicilié en cette qualité au Ministère de l'Économie et des Finances, Bâtiment Condorcet, 6 rue Louise Weiss, 75703 PARIS Cedex 13

Ayant pour avocat :

Maître Bernard GRELON - LIBRA AVOCATS AARPI

Avocat au Barreau de Paris

5 rue Juliette Récamier, 75007 Paris -

[REDACTED]

– Toque E 0445 [REDACTED]

**Défendeurs à la question prioritaire de
constitutionnalité**

MEMOIRE DE QUESTION PRIORITAIRE DE CONSTITUTIONNALITÉ

En application des dispositions de l'article 61-1 de la Constitution et de la loi organique n°2009-1523 du 10 décembre 2009, les demandeurs ont l'honneur de soulever devant la Cour de cassation la question prioritaire de constitutionnalité transmise au greffe de la Cour de cassation par la Cour d'appel de Paris relative à la constitutionnalité du second alinéa du paragraphe I de l'article L.3131-15 du Code de la santé publique.

I.- FAITS ET PROCÉDURE

La loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19¹ a été adoptée dans le cadre d'une procédure accélérée par les parlementaires, la discussion du texte par les deux chambres s'étant déroulée du 19 au 22 mars 2020.

En l'espace de quatre jours, les citoyens ont vu leurs libertés réduites à néant du fait de l'adoption de deux nouveaux articles du code de santé publique.

C'est d'ailleurs ce que relève **M. Alain Milon**, président de la commission des affaires sociales, rapporteur, au Sénat, en séance du 19 mars 2020:

*« Nous prenons néanmoins date auprès du Gouvernement, monsieur le Premier ministre, pour redéfinir ensemble, lorsque cet épisode douloureux sera passé, le régime juridique de l'urgence sanitaire, dont nous voyons aujourd'hui qu'il ne peut se satisfaire d'interventions législatives précipitées. Nous ne pourrions pas faire l'économie d'une réflexion approfondie. **Ce ne sont certainement pas les conditions dans lesquelles nous légiférons aujourd'hui, sur le fondement d'un texte connu seulement dans la soirée d'hier, qui permettront d'élaborer un dispositif d'exception pérenne et proportionné.** »*

En effet, aux termes du **nouvel article L. 3131-12 du code de la santé publique** issu de cette loi:

*«L'état d'urgence sanitaire peut être déclaré sur tout ou partie du territoire métropolitain ainsi que du territoire des collectivités régies par les articles 73 et 74 de la Constitution et de la Nouvelle-Calédonie **en cas de catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population** ».*

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041746313/>

Aux termes du **nouvel article L. 3131-15 du code de la santé publique**, issu de cette même loi (modifié par la loi n°2020-856 du 9 juillet 2020, art. 1):

"I.-Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :

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

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

III.- 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 décrets d'application contestés par les demandeurs dans le cadre de leur action en référé devant le juge judiciaire sont les suivants:

- Les mesures de confinement forcé général:

Le confinement forcé général, est une mesure d'interdiction de sortie du domicile concernant l'ensemble de la population, qui a été décidée par le premier ministre, le ministre de la santé et le ministre de l'intérieur par le biais de décrets successifs.

Comme le Premier ministre de l'époque le reconnaît lui même lors de son intervention devant le Sénat en séance de discussion du 19 mars 2020²:

*« Ces mesures sont massives, **draconiennes**; jamais notre pays n'avait connu des mesures de restriction aussi générales et rigoureuses sur l'ensemble de son territoire. »*

² https://www.senat.fr/seances/s202003/s20200319/s20200319002.html#Niv1_SOM6

- Par un **décret n°2020-260 du 16 mars 2020** portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus Covid-19³, signé notamment par le ministre des solidarités et de la santé, il a été décidé que:

« Le Premier ministre,

Vu le code civil, notamment son article 1er ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 3131-1 ;

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé (...)

Décète :

Article 1:

Afin de prévenir la propagation du virus covid-19, est interdit jusqu'au 31 mars 2020 le déplacement de toute personne hors de son domicile à l'exception des déplacements pour les motifs suivants, dans le respect des mesures générales de prévention de la propagation du virus et en évitant tout regroupement de personnes : (...)

Les personnes souhaitant bénéficier de l'une de ces exceptions doivent se munir, lors de leurs déplacements hors de leur domicile, d'un document leur permettant de justifier que le déplacement considéré entre dans le champ de l'une de ces exceptions.(...)

Article 2:

Le représentant de l'Etat dans le département est habilité à adopter des mesures plus restrictives en matière de déplacement des personnes lorsque les circonstances locales l'exigent. »

- Par un **décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020** prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, signé notamment par le ministre des solidarités et de la santé, il a de nouveau été décidé que:⁴

« Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, (...)

Article 4

I. - Tout déplacement de personne hors de son lieu de résidence est interdit à l'exception des déplacements pour les motifs suivants en évitant tout regroupement de personnes : (...)

III. - Le représentant de l'Etat dans le département est habilité à adopter des mesures plus restrictives en matière de trajets et déplacements des personnes lorsque les circonstances locales l'exigent. »

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041728476/>

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042475143>

- Par un **décret n° 2021-384 du 2 avril 2021** modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, un troisième confinement forcé général a été mis en place:

« Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, (...)»

Article 2:

2° L'article 4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 4. - I. - **Tout déplacement de personne hors de son lieu de résidence est interdit** entre 19 heures et 6 heures du matin à l'exception des déplacements pour les motifs suivants, en évitant tout regroupement de personnes : (...)»

II.-**Tout déplacement de personne hors de son lieu de résidence est interdit** entre 6 heures et 19 heures à l'exception des déplacements pour les motifs mentionnés au I et les motifs suivants, en évitant tout regroupement de personnes : (...)»

Par temps de paix, les demandeurs ont donc subi des mesures de confinement forcé général:

- pour la première fois **du 17 mars 2020 au 11 mai 2020** (soit 1 mois et 25 jours), et
- une seconde fois **du 30 octobre 2020 au 14 décembre 2020** (soit 1 mois et 17 jours).
- une troisième fois **du 3 avril 2021 jusqu'au 3 mai 2021** (soit 1 mois)

Il s'agit d'une période équivalant à plus de quatre mois de confinement forcé général.

- Les mesures de confinement forcé partiel:

Par temps de paix, des mesures de confinement forcé partiel ont également été décidées par des décrets successifs:

- Par un **décret n°2020-1262 du 16 octobre 2020** prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire⁵, signé notamment par le ministre des solidarités et de la santé, il a été décidé que:

⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042430554>

« Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé (...) »

Article 51

*« I. - Dans les départements mentionnés à l'annexe 2, le préfet de département interdit, dans les zones qu'il définit, aux seules fins de lutter contre la propagation du virus, les déplacements de personnes hors de leur lieu de résidence **entre 21 heures et 6 heures** du matin à l'exception des déplacements pour les motifs suivants, en évitant tout regroupement de personnes (...) »*

- Par un **décret n°2020-1582 du 14 décembre 2020** modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, signé notamment par le ministre des solidarités et de la santé.⁶

« Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, (...) »
Art. 4.-I.

*-**Tout déplacement de personne hors de son lieu de résidence est interdit entre 20 heures et 6 heures du matin à l'exception des déplacements pour les motifs suivants, en évitant tout regroupement de personnes : (...)** II.-Le représentant de l'Etat dans le département est habilité à adopter des mesures plus restrictives en matière de trajets et déplacements des personnes lorsque les circonstances locales l'exigent. »*

- Par un **décret n°2021-31 du 15 janvier 2021** modifiant les décrets n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 et n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire⁷:

« Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, (...) »

4° L'article 51 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa du I, les mots : « **entre 20 heures et 6 heures** » sont remplacés par les mots : « **entre 18 heures et 6 heures** » ;
- b) Le 2° du même I est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000042665662>

⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042993250?r=k8nLtXZdWt>

« 2° Déplacements pour des consultations, examens, actes de prévention et soins ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés ou pour l'achat de produits de santé ; » »

A compter du 6 mars 2021 et sur arrêtés préfectoraux, les citoyens de vingt-trois régions de France se sont vu imposer des mesures d'interdiction de sortie du domicile à compter de 18 heures en semaine doublées d'interdiction de sortie totale du samedi 6h00 au dimanche 18h00.⁸

Par temps de paix, les demandeurs et plus largement les citoyens ont donc subi et continuent de subir des mesures de confinement forcé partiel:

- pour la première fois **du 17 octobre 2020 au 29 octobre 2020 entre 21h00 et 6h00**, dans un premier temps en région Ile-de-France et dans huit métropoles françaises puis étendu à 54 départements le 22 octobre 2020. Ainsi, les commerces, restaurants et autres établissements recevant du public doivent fermer chaque nuit pendant cette tranche horaire, tandis que d'autres établissements tels que les bars, discothèques, salles de sport, sont fermés toute la journée.
- une seconde fois **du 15 décembre 2020 au 20 janvier 2021 entre 20h00 et 6h00** sur tout le territoire français. Les commerces doivent fermer chaque soir pendant cette tranche horaire, tandis que d'autres établissements tels que les bars, restaurants, lieux culturels, discothèques, salles de sport, sont fermés toute la journée. Certaines régions ont même mis en place un couvre-feu renforcé à partir de 18h00.
- une troisième fois **du 16 janvier 2021 jusqu'au 30 juin 2021** entre 18h00 et 6h00 puis par paliers sur tout le territoire.

Soit à ce jour, une période équivalant à plus de six mois de confinement forcé partiel.

Le total cumulé des périodes d'interdiction de sortie de domicile (confinements forcés partiel et général) correspond à une **période de dix mois depuis le 17 mars 2020**.

LES CITOYENS SUBISSENT DES MESURES D'INTERDICTION DE SORTIE DU DOMICILE EN CONTINU DEPUIS LE 17 OCTOBRE 2020 ET DEVRAIENT SUBIR

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043185125>

CE TYPE DE MESURE JUSQU'À NOUVEL ORDRE PUISQU'IL N'EST PAS MIS FIN À L'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE.

OR L'ENSEMBLE DES DÉCRETS SUSVISÉS VIOLENT LE PRINCIPE FONDAMENTAL RECONNU PAR LES LOIS DE LA RÉPUBLIQUE CONCERNANT LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE, LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 66 DE LA CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958, LES ARTICLES 5, 7 ET 9 DE LA DÉCLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DE 1789 ET L'ARTICLE 55 DE LA CONSTITUTION, EN PORTANT MANIFESTEMENT ATTEINTE À LA LIBERTÉ INDIVIDUELLE DES CITOYENS.

C'est pourquoi, dans cette situation d'extrême urgence, les requérants ont assigné les défendeurs en référé devant Monsieur le Président du Tribunal Judiciaire de Paris, dans le cadre d'une assignation en date du 12 mars 2021 régularisée le 24 mars 2021, signifiée par voie d'huissier et enregistrée sous le numéro de RG 21/02712 (21/A2712), aux fins de voir cesser la violation de leur liberté individuelle et aux fins de voir réparer leur préjudice moral découlant de cette violation.

Par un **jugement en date du 17 mai 2021, le Tribunal judiciaire de Paris en la forme des référés** a rejeté la demande des requérants en se déclarant notamment incompétent pour connaître du litige.

Les demandeurs entendent interjeter appel de cette décision devant la Cour d'appel de Paris.

Parallèlement au recours, les demandeurs ont soulevé une Question Prioritaire de Constitutionnalité soutenue par le présent mémoire.

II.- DISPOSITION LÉGISLATIVE FAISANT L'OBJET DE LA QUESTION PRIORITAIRE DE CONSTITUTIONNALITÉ

Le nouvel article L. 3131-15 du code de la santé publique, issu de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (modifié par la loi n°2020-856 du 9 juillet 2020, art. 1 et par la loi du 31 mai 2021, art. 5) dispose⁹:

"I.-Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :

⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000043589782/2021-06-02/>

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

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

III.- 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.».

III. DISCUSSION

1) L'article 61-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 dispose :

« Lorsque, à l'occasion d'une instance en cours devant une juridiction, il est soutenu qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit, le Conseil constitutionnel peut être saisi de cette question sur renvoi du Conseil d'État ou de la Cour de cassation qui se prononce dans un délai déterminé ».

2) L'article 23-4 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel modifiée par la loi organique n° 2009-1523 du 10 décembre 2009 relative à l'application de l'article 61-1 de la Constitution prévoit que:

« dans un délai de trois mois à compter de la réception de la transmission prévue à l'article 23-2 ou au dernier alinéa de l'article 23-1, le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation se prononce sur le renvoi de la question prioritaire de constitutionnalité au Conseil constitutionnel. Il est procédé à ce renvoi dès lors que les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article 23-2 sont remplies et que la question est nouvelle ou présente un caractère sérieux. »

Le présent mémoire démontre que les trois conditions précitées sont remplies et justifient de transmettre la question prioritaire de constitutionnalité au Conseil constitutionnel.

A) **La disposition contestée est applicable au litige ou à la procédure.**

Les conditions prévues par les dispositions du nouvel article L.3131-12 du Code de santé publique et par le paragraphe III du nouvel article L.3131-15 du Code de la santé publique n'ont jamais été remplies afin de justifier les mesures d'interdiction de sortie du domicile dans le cadre des confinements forcés.

Les décrets contestés par les demandeurs devant le juge judiciaire sont malgré tout fondés, d'après les défendeurs, sur le second alinéa du paragraphe I de l'article L.3131-15 du Code de la santé publique, qui dispose que *"I.-Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique : (...) 2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé »*.

La question prioritaire de constitutionnalité posée est d'une application directe au litige ou à la procédure dont la Cour d'appel de Paris est saisie et impose pour ce motif qu'elle soit transmise au Conseil constitutionnel dans le délai de trois mois prescrit par les dispositions de l'article 23-4 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 précitée.

B) **La disposition contestée n'a pas déjà été déclarée conforme à la Constitution dans les motifs et le dispositif d'une décision du Conseil constitutionnel.**

La disposition contestée n'a pas fait l'objet d'une décision du Conseil constitutionnel la déclarant conforme à la Constitution dans les motifs et le dispositif d'une des décisions qu'il a rendues à ce jour. Elle peut donc être soumise au Conseil constitutionnel pour qu'il se prononce sur sa constitutionnalité.

1) Grief tiré de la méconnaissance de la liberté individuelle

Par une **décision en date du 12 janvier 1977 n°76-75 DC**¹⁰, le Conseil constitutionnel consacre la **liberté individuelle en tant que principe fondamental reconnu par les lois de la République**:

« 1. Considérant que la liberté individuelle constitue l'un des principes fondamentaux garantis par les lois de la République, et proclamés par le Préambule

¹⁰ <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/1977/7675DC.htm>

de la Constitution de 1946, confirmé par le Préambule de la Constitution de 1958 ;

2. Considérant que l'article 66 de la Constitution, en réaffirmant ce principe, en confie la garde à l'autorité judiciaire ; »

En effet, l'Habeas Corpus à la française figure à l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958:

L'Habeas corpus ad subjiciendum et recipiendum énonce la liberté fondamentale, selon laquelle personne ne peut être emprisonné sans jugement, contraire de l'arbitraire qui permet d'arrêter n'importe qui sans raison valable. En vertu de ce principe, toute personne arrêtée a le droit de savoir **pourquoi elle est arrêtée et de quoi elle est accusée**.

Les origines de « l'Habeas Corpus » remontent à la Rome antique avec la *provocatio*, qui en est le précurseur, et son principe moderne naît dans l'Angleterre du Moyen Âge.

L'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 dispose:

*« Nul ne peut être arbitrairement détenu.
L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi. »*

Ce texte proclame l'intervention du pouvoir judiciaire en matière de liberté individuelle et confie à l'autorité judiciaire le soin d'en assurer la sauvegarde.

Lorsqu'il contrôle des mesures privatives de liberté, le Conseil constitutionnel distingue la décision de privation de liberté de l'exécution dans le temps de cette décision. Ainsi, le Conseil juge de manière constante que, si la décision sur la privation de liberté peut être prononcée par une autorité administrative, c'est à la condition que l'autorité judiciaire puisse contrôler ensuite cette privation de liberté dans un délai qui varie selon la nature de la mesure.

Concernant le délai dans lequel l'autorité judiciaire doit intervenir pour contrôler la privation de liberté, le Conseil constitutionnel juge que **« la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible »**.

Ce délai varie, cependant, selon la nature de la procédure à l'origine de la mesure en cause et de la justification de la privation de liberté. Ainsi, le Conseil l'a fixé à quinze jours pour une hospitalisation d'office et sept jours en matière de rétention administrative. Il a par ailleurs jugé conforme à l'exigence fixée par l'article 66 le délai de quarante-huit heures prévu pour l'intervention d'un magistrat du siège en cas de garde à vue et celui de quatorze jours prévu pour une mise en quarantaine ou un placement en isolement « sanitaire ».

La rédaction large de l'article 66 de la Constitution englobe dans son champ d'application, toute mesure administrative, quelle que soit sa portée individuelle ou impersonnelle.

Cet article est au nombre des droits et libertés que la Constitution garantit et peut être invoqué à l'appui d'une Question prioritaire de constitutionnalité.

Nous rappelons également **les articles 5, 7 et 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789**:

- L'article 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 dispose:

« La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société »

- L'article 7 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 dispose:

« Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi, et selon les formes qu'elle a prescrites. Ceux qui sollicitent, expédient, exécutent ou font exécuter des ordres arbitraires, doivent être punis ».

- L'article 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 dispose:

« Tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable, s'il est jugé indispensable de l'arrêter, toute rigueur qui ne serait pas nécessaire pour s'assurer de sa personne doit être sévèrement réprimée par la loi ».

C'est ce que rappelle Monsieur Paul CASSIA, Professeur de droit public à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne:

Il y a une règle de procédure constitutionnelle que ni l'urgence, ni le droit à la vie, ni la protection de la santé publique, ni l'ordre public sanitaire ne peuvent écarter : celle qui figure à l'article 66 de la Constitution, en vertu de laquelle le juge judiciaire est seul compétent, à l'exclusion donc du juge administratif, pour vérifier que «nul n'est arbitrairement détenu».

Il est établi dans le cadre de la jurisprudence du Conseil constitutionnel :

1/ qu'une «détention» est caractérisée par une privation non-brève (supérieure à quelques heures ou quelques jours) de la liberté individuelle ;

2/ que l'obligation qui est faite à quiconque de demeurer dans son domicile plus de douze heures par jour constitue une telle privation même si la personne concernée peut sortir de son domicile lorsqu'elle le souhaite en dehors de cette restriction ho-

raire, ainsi que cela avait été jugé à propos des assignations à domicile prises au titre de l'état d'urgence sécuritaire entre novembre 2015 et octobre 2017 ;

3/ qu'enfin, le juge judiciaire doit être mis à même de contrôler dans le plus court délai possible la privation de la liberté individuelle.

Or, la loi du 23 mars 2020 créant le régime exceptionnel de police administrative de l'état d'urgence sanitaire n'a pas tenu compte de cette contrainte constitutionnelle. L'article L.3131-15 qu'elle a inséré dans le Code de la santé publique prévoit que le Premier ministre peut «interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé», et c'est sur cette base beaucoup trop rigoureuse – elle n'autorise aucune sortie pour motif professionnel – que le Premier ministre a pris un décret du 23 mars 2020 prohibant par principe «tout déplacement de personne hors de son domicile» et exigeant la détention d'une auto-attestation donnant le motif et la durée de telle sortie ponctuelle.

Concernant le cas de la quarantaine et de l'isolement « sanitaire » précisément:

La loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 10 juillet a prévu, pour l'application de l'article 66 de la Constitution, de corriger une malfaçon de la loi du 23 mars 2020 et de confier au juge judiciaire le contentieux des mesures individuelles de quarantaine et d'isolement, qui sont privatives de la liberté de circulation.

Cependant les modalités de mise en œuvre du confinement forcé n'ont pas été modifiées, et le Conseil constitutionnel ne les a pas examinées dans sa décision n° 2020-800 DC du 11 mai 2020 relative à la loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire.

Pourtant, quelle que soit l'appréciation subjective pouvant être portée sur la nécessité ou la proportionnalité de cette mesure de police administrative d'une rigueur sans égale, son régime juridique est de toute évidence contraire au monopole constitutionnel de compétence du juge judiciaire.

Pour reprendre les termes employés par le Conseil constitutionnel dans sa **décision n° 2020-800 DC** du 11 mai 2020 à propos des mesures de quarantaine et d'isolement, en permettant au Premier ministre de confiner tout ou partie de la population française, la loi du 23 mars 2020 n'a, à tort, **«assorti [sa] mise en œuvre d'aucune [...] garantie, notamment quant aux obligations pouvant être imposées aux personnes y étant soumises, à leur durée maximale et au contrôle de ces mesures par le juge judiciaire dans l'hypothèse où (les mesures litigieuses) seraient privatives de liberté» (paragraphe 86).**

« 86. Or, si le dernier alinéa de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique dans sa rédaction actuellement en vigueur prévoit que ces me-

sures doivent être strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu et qu'il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, le législateur n'a assorti leur mise en œuvre d'aucune autre garantie, notamment quant aux obligations pouvant être imposées aux personnes y étant soumises, à leur durée maximale et au contrôle de ces mesures par le juge judiciaire dans l'hypothèse où elles seraient privatives de liberté.

87. Dès lors, l'article 13 méconnaît la liberté individuelle. Sans qu'il soit besoin de se prononcer sur la conformité aux autres droits et libertés invoqués, il est donc contraire à la Constitution. »

Or, les personnes maintenues en isolement à domicile, plus de 12 heures par 24 heures sont testées positives (nous faisons ici abstraction de la non fiabilité des tests).

Dans les faits, les personnes astreintes à domicile sous confinement forcé, qui n'ont pas même été soumises à un test, doivent pouvoir au moins bénéficier de garanties équivalentes étant donné que :

- Une personne sous confinement forcé ne peut sortir de son domicile que pour des raisons très limitées (la liste étant déterminée par l'autorité administrative), dans un rayon de 10 km, avec une attestation de sortie sous peine de sanction pénale et qu'en outre l'ensemble des lieux culturels, des lieux de convivialité, des commerces qualifiés arbitrairement de « non essentiels », des lieux de pratique d'un sport ont été fermés;
- Une personne est mise à l'isolement sous réserve des déplacements qui lui sont spécifiquement autorisés par l'autorité administrative, puisque le maintien en isolement n'est pas forcément total.

Dans les faits, il s'agit bien dans les deux cas d'une privation de liberté individuelle, il s'agit dans les deux cas de détention.

En l'absence de contrôle à bref délai par ce juge de la légalité du confinement, le gouvernement français aura donc arbitrairement détenu près de 68 millions de personnes dans leurs domiciles respectifs.

Par ailleurs, étant donné que le régime prévu dans le cadre des dispositions de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique est un régime nouveau et particulièrement coercitif, il est nécessaire de faire une comparaison avec des régimes spécifiques ou dérogatoires existants.

En effet, le projet de loi présenté à l'origine par le Premier ministre pour avis au Conseil d'Etat indiquait clairement que ce nouveau régime dérogatoire était fortement assimilable au régime prévu par **la loi n° 55-385 du 3 avril 1955, sur l'état d'urgence**.

Ladite loi permet de prendre des mesures urgentes exceptionnelles, qui restreignent les libertés individuelles pour une durée de 12 jours maximum (au-delà desquels il doit être prorogé par la loi) . Ces mesures exceptionnelles peuvent être décidées par le conseil des ministres, soit en cas de péril imminent résultant d'atteintes graves à l'ordre public, soit en cas de calamité publique.

Ainsi d'après le compte rendu de séance du Sénat en date du 19 mars 2020, l'esprit de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 était le suivant (intervention du Premier ministre)¹¹ :

*« C'est la raison pour laquelle le projet de loi vise à créer un cadre juridique clair, solide pour le déclenchement de l'état d'urgence sanitaire et sociale, permettant au Parlement d'exercer son contrôle. **Ce cadre est inspiré, avec des adaptations, par la loi du 3 avril 1955 relative à l'état d'urgence.** Il prévoit une déclaration par la voie d'un décret en conseil des ministres, dont la prorogation au-delà d'un mois devra être autorisée par la loi. Dans une démocratie, on ne peut pas gérer l'exception sans le Parlement ; on ne peut pas déroger aux libertés essentielles sans en appeler à son contrôle. Le cadre que nous proposons est objectivement plus satisfaisant et plus respectueux du Parlement que celui qui prévaut à ce jour. »*

En réalité, la loi sur l'état d'urgence « sanitaire » s'en écarte largement et interdit de fait le contrôle de l'action du gouvernement au mépris du principe même de la séparation des pouvoirs.

Ainsi le Parlement se voit empêché d'exercer un quelconque contrôle sur cette action, au mépris de l'article 24 de la Constitution du 4 octobre 1958 et le juge judiciaire est écarté en violation de l'article 66 de la Constitution.

En effet, la loi n° 55-385 du 3 avril 1955 sur le régime dérogatoire de l'état d'urgence prévoit le contrôle du juge judiciaire, conformément à l'article 66 de la Constitution.

Par une décision en date du 11 décembre 2015 n°395009¹² et dans le cadre d'une procédure de référé-liberté, relative à une affaire d'assignation à résidence prononcées sous le régime de la loi d'urgence à l'occasion de la COP21, le Conseil d'Etat a rappelé que les mesures d'assignation à résidence sont prévues par l'article 6 de la loi du 3 avril 1955.

L'article 6 permet au ministre de l'intérieur de prononcer l'assignation à résidence, dans le lieu qu'il fixe, de **toute personne** résidant dans l'une des zones d'application de l'état d'urgence et à l'égard de laquelle il existe des **raisons sérieuses de penser que son comportement constitue une menace pour la sécurité et l'ordre publics**.

¹¹ https://www.senat.fr/seances/s202003/s20200319/s20200319_mono.html#Niv1_SOM6

¹² <https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/assignments-a-residence-prononcees-a-l-occasion-de-la-cop-21-dans-le-cadre-de-l-etat-d-urgence>

La personne assignée à résidence peut être **astreinte à demeurer à domicile pendant une plage horaire, dans la limite de douze heures par vingt-quatre heures.**

Par une décision n° 2015-527 QPC du 22 décembre 2015¹³, le Conseil constitutionnel, saisi par le Conseil d'Etat dans le cadre de la même affaire a rappelé:

*« 5. Considérant, en premier lieu, que les dispositions contestées permettent au ministre de l'intérieur, lorsque l'état d'urgence a été déclaré, de «prononcer l'assignation à résidence, dans le lieu qu'il fixe, de toute personne résidant dans la zone fixée » par le décret déclarant l'état d'urgence ; que **cette assignation à résidence, qui ne peut être prononcée qu'à l'égard d'une personne pour laquelle «il existe des raisons sérieuses de penser que son comportement constitue une menace pour la sécurité et l'ordre publics »**, est une mesure qui relève de la seule police administrative et qui **ne peut donc avoir d'autre but que de préserver l'ordre public et de prévenir les infractions** ; que cette assignation à résidence « doit permettre à ceux qui en sont l'objet de résider dans une agglomération ou à proximité immédiate d'une agglomération » ; qu'elle ne peut en aucun cas « avoir pour effet la création de camps où seraient détenues les personnes » assignées à résidence ; que, tant par leur objet que par leur portée, ces dispositions ne comportent pas de privation de la liberté individuelle au sens de l'article 66 de la Constitution ;*

*6. Considérant, en second lieu, que, dans le cadre d'une assignation à résidence prononcée par le ministre de l'intérieur, la personne « peut également être astreinte à demeurer dans le lieu d'habitation déterminé par le ministre de l'intérieur, pendant la plage horaire qu'il fixe, dans la limite de douze heures par vingt-quatre heures » ; que **la plage horaire maximale de l'astreinte à domicile dans le cadre de l'assignation à résidence, fixée à douze heures par jour, ne saurait être allongée sans que l'assignation à résidence soit alors regardée comme une mesure privative de liberté, dès lors soumise aux exigences de l'article 66 de la Constitution** ; »*

Nous constatons que le régime dérogatoire d'état d'urgence permet le contrôle des mesures d'assignation à résidence prises par le ministre de l'intérieur, en garantissant notamment la possibilité de contester devant le juge judiciaire, les raisons qui seraient à l'origine de la mesure d'assignation à résidence et de vérifier qu'une plage horaire limitée à 12 heures par 24 heures a bien été respectée.

En ce sens, la loi du 3 avril 1955 est beaucoup plus protectrice des droits des personnes susceptibles de commettre une infraction au code pénal et qui représentent un danger pour la sécurité et l'ordre publics, que des droits des personnes soumises « arbitrairement » au régime de l'état d'urgence sanitaire.

Ce contrôle n'est pas prévu par prévu dans le cadre de l'application de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L.3131-15 du code de santé publique, interdisant de fait aux citoyens

¹³ <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2015/2015527QPC.htm>

de contester les mesures d'interdiction de sortie du domicile, ce qui a permis au Premier ministre et au ministre des solidarités et de la santé d'interdire aux citoyens la sortie du domicile pendant des plages horaires supérieures à 12 heures par 24 heures durant les trois périodes de confinement et qui leur a permis d'interdire aux citoyens de vingt-trois régions de sortir de leur domicile du samedi 6h00 au dimanche 18h00.

Nous souhaiterions également faire un parallèle avec le régime spécifique de l'hospitalisation d'office sans consentement applicable dans le domaine de la santé.

Aux termes de l'article L3213-1 du code de santé publique:

*« A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, **l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes**. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. **Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.***

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. (...)

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

*L'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement d'une personne en cas de péril imminent, nécessite préalablement **la délivrance d'un certificat médical circonstancié**, lequel doit être établi dans les conditions prévues à l'article L3212-1 du Code de la santé publique. »*

Ces conditions de fond doivent ensuite être soumises au contrôle du juge des libertés et de la détention, là encore le juge judiciaire.

Nous pouvons en conclure, que jusqu'à présent les régimes dérogatoires, limitatifs ou privatifs de la liberté individuelle, ont toujours prévu l'intervention du juge judiciaire, contrairement aux dispositions de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L.3131-15 du code de la santé publique, qui ne prévoient aucun contrôle juridictionnel systématique des mesures de confinement forcé en violation des principes constitutionnels susvisés.

2) La mesure de confinement forcé n'est ni adaptée, ni nécessaire, ni proportionnée ou justifiée par la protection d'un objectif de valeur constitutionnelle

L'adoption du confinement forcé général, montre que **cette méthode venue d'un État non démocratique** qui ne repose pas sur les droits fondamentaux **ne peut être transposée dans une société démocratique, sans faire tomber les unes après les autres, les garanties légales qui assurent sa pérennité**. En effet, en raison de l'ampleur des atteintes au droits fondamentaux, qu'il provoque, recourir au confinement forcé général implique d'ignorer la première et plus importante de ces garanties: le principe de proportionnalité.

C'est précisément ce qu'a fait l'État français. Sans recherche d'un équilibre entre expertise scientifique et expertise juridique, toute solution a été examinée au travers du seul prisme du risque sanitaire.

Ainsi **l'opportunité d'un confinement forcé général n'a été appréhendée, qu'à l'aune des réactions à cette mesure de la population**. À partir du moment où elle a semblé être tolérée, sa pertinence, relative aux libertés n'a pas été questionnée. Dans ce contexte, **la possibilité de limiter l'isolement aux seules personnes à risques n'a pas été explorée, pendant la période où la probabilité d'une contamination était la plus forte, comme une alternative au confinement forcé général**.

Or, depuis sa **décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008** rendue au sujet de la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, le Conseil constitutionnel juge que les dispositions portant atteinte à la liberté individuelle doivent satisfaire à une triple exigence d'adéquation, de nécessité et de proportionnalité au sens strict :

« La liberté individuelle, dont la protection est confiée à l'autorité judiciaire, ne saurait être entravée par une rigueur non nécessaire.

Les atteintes portées à l'exercice de cette liberté doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis ».

Or, aucune justification scientifique n'est apportée afin de légitimer l'intégration des dispositions de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L.3131-15 du code de santé publique au sein de notre corpus législatif et justifier par là même une telle atteinte aux principes constitutionnels susvisés.

a) Au préalable, nous souhaiterions formuler quelques observations d'ordre général concernant l'épidémie de Covid-19:

- Le degré de gravité d'une épidémie étant évalué par rapport au taux de mortalité, nous conviendrons que le taux de mortalité lié à la maladie Covid-19 est très faible: 0,03 à

0,05%. «La COVID-19 a un taux de létalité réel similaire à celui de la grippe saisonnière » d'après l'éminent Professeur John Ioannidis (intervention du 17 Avril 2020).

Le taux de létalité est quand à lui de 0,12 à 0,14% sans soins avec 2,6 comorbidités en moyenne et un âge médian de 84 ans.

- En France, les tensions hospitalières arrivent chaque année depuis 15 ans, c'est un fait avéré. Or à aucun moment, nous n'avons imposé de confinement forcé à l'ensemble de la population jusque là.
- Les cliniques privées n'ont pas été réquisitionnées et les hôpitaux de fortune n'ont pas été mis en place dans les gymnases, ce qui démontre que cela n'était probablement pas nécessaire.
- En outre, les traitements disponibles et efficaces ont été interdits pour soigner la maladie de Covid-19 alors que bon nombre d'entre eux sont utilisés à travers le monde: hydroxychloroquine (HCQ), azithromycine, ivermectine, artemisia, vitamine D, zinc (plus de 300 études et plus de 3500 scientifiques font part de ces traitements et de leurs résultats)¹⁴.

b) Suite à ces observations, nous vous prions de trouver ci-dessous, l'ensemble des études, qui démontrent que le confinement forcé de la population prévu dans le cadre des dispositions de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L.3131-15 du code de santé publique est **inadapté**, **inutile** et **disproportionné**.

- Par une lettre publiée dans la revue médicale The Lancet le 18 février 2021, certains membres du Conseil scientifique français dont Laetitia Atlani-Duault, Bruno Lina, Franck Chauvin, Jean-François Delfraissy et Denis Malvy proclament¹⁵:

« La lutte contre l'évasion immunitaire nécessitera une réévaluation des stratégies de santé publique et la création d'un nouveau contrat social fondé sur des preuves.

Il est donc temps d'abandonner les approches fondées sur la peur, basées sur un confinement généralisé, en apparence aléatoire, comme principale réponse à la pandémie. (...)

L'impact de l'enfermement général sur des économies entières a été dévastateur, et le pire est à venir en ce qui concerne les niveaux de chômage et de dette nationale. Les conséquences sociales et sanitaires (y compris la santé mentale) sont également colossales, en particulier pour les jeunes générations, bien

¹⁴ HCQ études scientifiques et résultats : <https://hcqmeta.com>

Ivermectine études scientifiques et résultats: <https://c19ivermectin.com/>

¹⁵ [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00036-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext)

qu'elles soient peu menacées en termes de morbidité et de mortalité par l'infection par le SRAS-CoV-2. (...)

Bien qu'il soit attrayant pour de nombreux scientifiques et qu'il constitue une mesure par défaut pour les dirigeants politiques qui craignent d'être tenus pour légalement responsables de la lenteur ou de l'indécision des réponses nationales, son utilisation doit être revue, mais seulement en dernier recours. »

- D'après une étude de l'Université de Stanford en date du 12 janvier 2021, intitulée en français « **Evaluation empirique des effets des interdictions de sortie du domicile et des fermetures d'entreprise sur la propagation de la Covid-19** »¹⁶, en comparant les courbes épidémiques de huit pays ayant adopté des mesures autoritaires (fermeture d'entreprises, couvre-feu, confinement) avec celles de deux pays s'étant contentés de conseils à la population, il s'avère qu'il n'y a **pas de résultats significativement différents dans les deux groupes**. (Eran Bendavid, Stanford University; Christopher Oh Department of Medicine, Stanford University; Jay Bhattacharya, Stanford University - Center for Primary Care and Outcomes Research, National Bureau of Economic Research (NBER); John P.A. Ioannidis Department of Medicine, Stanford University — SSRN preprint avec The Lancet)¹⁷

Plus précisément, les chercheurs ont étudié les résultats en Allemagne, Espagne, Etats-Unis, France, Iran, Italie, Pays-Bas et au Royaume-Uni avec ceux de la Corée du Sud et de la Suède.

Cette étude découle du fait que les mesures de confinement présentent de graves effets nocifs reconnus et que les effets de ces politiques sur la réduction de la transmission sont **supposés plutôt qu'évalués** en l'absence d'évaluation empirique desdites politiques.

Les chercheurs relèvent dans le cadre de cette étude, que les dynamiques épidémiques sont démontrées par une analyse montrant que le ralentissement de la croissance de l'épidémie de Covid-19 était similaire dans de nombreux contextes, d'une manière **plus conforme à la dynamique naturelle qu'aux prescriptions politiques**.

Les chercheurs concluent :

« Bien que de petits avantages ne puissent être exclus, les décrets de confinement obligatoire à domicile et de fermeture d'entreprise ne semblent pas avoir eu d'avantages substantiels sur la croissance des cas dans les huit pays aux premiers stades de la pandémie. Des réductions similaires de la croissance des cas peuvent être réalisables avec des changements de comportement résultant d'interventions moins restrictives. »

¹⁶ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13484>

¹⁷ *Empirical Assessment of Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19*, 12 janvier 2021: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3746254

- D'après une étude intitulée « **Effets des interventions non pharmaceutiques** ¹⁸ **sur la Covid-19 : A Tale of Three Models** »¹⁹ (Vincent Chin, John P.A. Ioannidis, Martin A. Tanner, Sally Cripps, *MEDRXIV*, 22.07.2020, doi : 10.1101/2020.07.22.20160341)

« Les conclusions sur les effets des interventions non pharmaceutiques ne sont pas robustes et sont très sensibles à la spécification du modèle. Les avantages revendiqués du confinement forcé semblent grossièrement exagérés. »

- D'après une étude intitulée « **Une analyse au niveau national mesurant l'impact des actions du gouvernement, de la préparation du pays et des facteurs socio-économiques sur la mortalité COVID-19 et les résultats sanitaires associés** »²⁰ (Rabail Chaudhry, George Dranitsaris, Talha Mubashir, Justyna Bartoszek, Sheila Riazi —*THE LANCET*, 21.07.2020, DOI : <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100464>):

« Cependant, dans notre analyse, le confinement forcé général et les tests COVID-19 largement répandus n'ont pas été associés à une réduction du nombre de cas critiques ou de la mortalité globale. »

- D'après une étude intitulée « **Le confinement de l'Allemagne à la Corona était-il nécessaire ?** »²¹ (Christof Kuhbandner, Stefan Homburg, Harald Walach, Stefan Hockertz —*AVANCEMENT DES SCIENCES SOCIALES ET HUMAINES*, 24.06.2020):

*"Les données officielles de l'agence allemande RKI suggèrent fortement que la propagation du coronavirus en Allemagne a reculé de manière autonome, **avant que toute intervention ne devienne efficace**. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer ce **déclin autonome**. La première est que les différences de sensibilité et de comportement de l'hôte peuvent entraîner une immunité collective à un niveau de prévalence relativement faible. En tenant compte des variations individuelles de sensibilité ou d'exposition au coronavirus, on obtient un maximum de 17 à 20 % de la population qui doit être infectée pour atteindre l'immunité collective [11], une estimation qui est empiriquement soutenue par la cohorte du navire de croisière Diamond Princess [12]. Une autre raison est que la saisonnalité peut également jouer un rôle important dans la dissipation [13]. Enfin, l'inefficacité des interventions non pharmaceutiques est également étayée par des études empiriques qui déterminent directement leurs effets : Des études récentes ont montré que les enfants sont moins impliqués dans la transmission du CoV-2*

¹⁸ Par « effets non pharmaceutiques », les chercheurs se réfèrent essentiellement aux mesures de confinement forcé et aux fermetures d'entreprises.

¹⁹ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.22.20160341v3>

²⁰ [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30208-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30208-X/fulltext)

²¹ https://advance.sagepub.com/articles/preprint/Comment_on_Deining_et_al_Science_15_May_2020_eabb9789/Inferring_change_points_in_the_spread_of_COVID-19_reveals_the_effectiveness_of_interventions_/12362645

du SRAS que les adultes [14,15], ce qui suggère que la fermeture des écoles et des jardins d'enfants contribue peu à freiner la propagation du CoV-2 du SRAS. Cette conclusion est étayée par des études sur les pandémies précédentes : Un examen des effets des fermetures d'écoles sur la propagation du SRAS-1 en Chine, à Hong Kong et à Singapour en 2003 n'a révélé que des effets marginaux [16]. Une étude plus récente qui utilise les données des comtés allemands [17], est également en accord avec nos conclusions. »

- D'après une étude intitulée « **Les infections par COVID-19 ont-elles diminué avant le confinement du marché britannique ?** »²² (Simon N. Wood, University of Edinburgh, UK 21.07.2020)

*« Cet article ne prouve pas que le pic des infections mortelles en Angleterre et au Pays de Galles a précédé de plusieurs jours le confinement. En effet, l'absence d'échantillonnage qui aurait pu permettre de recueillir des données pour mesurer directement les infections au début de l'épidémie signifie qu'il ne sera jamais possible d'être certain des délais, étant donné les biais importants des données cliniques autres que les décès et la durée des maladies mortelles. **Ce que les résultats montrent, c'est qu'en l'absence d'hypothèses solides, les données actuellement les plus fiables suggèrent fortement que le déclin des infections en Angleterre et au Pays de Galles a commencé avant le confinement général, et que les infections communautaires, contrairement aux décès, étaient probablement à un faible niveau bien avant que le verrouillage ne soit allégé.** En outre, un tel scénario serait cohérent avec le profil d'infection de la Suède, qui a entamé son déclin des infections mortelles peu après le Royaume-Uni, mais l'a fait sur la base de mesures bien antérieures à l'isolement total.*

***Ces faits peuvent avoir des implications pour les politiques à adopter lors des vagues d'infection ultérieures, notamment en raison des questions éthiques particulières liées au confinement.** Par exemple, une estimation plausible des pertes de vies humaines dues à une épidémie de COVID-19 non atténuée au Royaume-Uni est d'environ deux semaines par personne. La limite inférieure plausible des pertes en vies humaines au Royaume-Uni à la suite de la crise financière de 2008 et de ses conséquences est de 7 semaines par personne. **Le choc économique dû à l'immobilisation est nettement plus important qu'en 2008 : Les projections de la Banque d'Angleterre suggèrent le plus grand choc depuis 100 ou 300 ans.** D'un autre point de vue, des mesures de suppression rigoureuses pourraient permettre de sauver 2 millions d'années de vie au Royaume-Uni, mais la même population britannique était en passe de subir environ 200 millions d'années de vie perdues en raison du dénuement économique et des inégalités avant la crise COVID-19 : une politique soigneusement équilibrée est nécessaire pour garantir que les mesures de suppression n'aggravent pas la situation de beaucoup plus d'un pour cent et n'entraînent pas une perte nette de vies humaines. De même, la volonté implicite de payer pour sauver une année de vie de la crise COVID-19 semble être d'un ordre de grandeur supérieur au seuil habituel du National Institute for Health and Care Excellence britannique utilisé pour d'autres maladies⁸. Les interventions*

²² <https://arxiv.org/pdf/2005.02090.pdf>

sanitaires retardées pour des affections graves, bien que difficiles à atténuer, représentent un fardeau supplémentaire en termes de pertes de vies humaines".

- D'après une étude intitulée « **Commentaire sur Flaxman et al. (Imperial College, 2020, Nature, <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>) : Les effets illusoire des interventions non pharmaceutiques²³ sur le COVID-19 en Europe** »²⁴ (Stefan Homburg¹, Christof Kuhbandner^{2*} — *1Leibniz University Hannover, Department of Public Finance, Germany 2University of Regensburg, Department of Human Sciences, Germany* —DataScienceASSN)

« Dans un article récent, Flaxman et al.¹ affirment que les interventions non pharmaceutiques imposées par 11 pays européens ont sauvé des millions de vies. Nous montrons que leurs méthodes impliquent un raisonnement circulaire. Les effets supposés sont de purs artefacts, qui contredisent les données. De plus, nous démontrons que le confinement du Royaume-Uni était à la fois superflu et inefficace. (...)

Contrairement aux conclusions de Flaxman et al, la figure 2 suggère fortement que le confinement britannique était à la fois superflu (il n'a pas empêché un comportement par ailleurs explosif de la propagation du coronavirus) et inefficace (il n'a pas ralenti visiblement le taux de croissance des décès). (...)

Notre dernière remarque concerne la Suède, le seul pays de l'ensemble des données qui s'est abstenu de prendre des mesures énergiques, mais dont le nombre de décès par couronne par habitant est inférieur à celui de la Belgique, de l'Italie, de l'Espagne ou du Royaume-Uni. En l'absence d'un confinement, mais avec un nombre de reproduction effectif qui a diminué de la manière habituelle, Flaxman et al. (Extended Data Fig. 1) attribuent le déclin soudain de la $R(t)$ de la Suède le 27 mars presque entièrement à l'interdiction des événements publics, c'est-à-dire à une intervention non pharmaceutique qu'ils ont trouvée inefficace dans tous les autres pays. Cette incohérence souligne notre affirmation selon laquelle les résultats de Flaxman et al. sont des artefacts d'un modèle inapproprié.»

- D'après une étude intitulée « **La fin de la croissance exponentielle : Le déclin de la propagation des coronavirus** »²⁵ (Prof. Isaac BEN-ISRAEL, Head of the Security Studies program in Tel Aviv University —THE TIMES OF ISRAEL, 19.04.2020)

²³ Par « interventions non pharmaceutiques », les chercheurs se réfèrent essentiellement aux mesures de confinement forcé et aux fermetures d'entreprises. La seule intervention non pharmaceutique majeure utilisée par la Suède concerne l'interdiction d'événements publics.

²⁴ <https://www.datascienceassn.org/sites/default/files/Illusory%20Effects%20of%20Non-pharmaceutical%20Interventions%20on%20COVID19%20in%20Europe.pdf>

²⁵ <https://www.timesofisrael.com/the-end-of-exponential-growth-the-decline-in-the-spread-of-coronavirus/>

« Au vu des données, il est impératif de préciser ce qui a provoqué la baisse du nombre de nouvelles infections.

Certains peuvent prétendre que la diminution du nombre de patients supplémentaires chaque jour est le résultat du confinement strict imposé par le gouvernement et les autorités sanitaires. L'examen des données de différents pays du monde entier jette un lourd doute sur la déclaration ci-dessus.

Il s'avère qu'un schéma similaire - une augmentation rapide des infections qui atteint un pic à la sixième semaine et diminue à partir de la huitième semaine - est commun à tous les pays dans lesquels la maladie a été découverte, indépendamment de leurs politiques de réponse : certains ont imposé un confinement sévère et immédiat qui comprenait non seulement une "distanciation sociale" et l'interdiction de la promiscuité, mais aussi l'arrêt de l'économie (comme Israël) ; certains ont "ignoré" l'infection et ont continué à mener une vie presque normale (comme Taïwan, la Corée ou la Suède), et certains ont d'abord adopté une politique indulgente mais sont rapidement passés à un confinement général (comme l'Italie ou l'État de New York). Néanmoins, les données montrent des constantes de temps similaires entre tous ces pays en ce qui concerne la croissance initiale rapide et le déclin de la maladie. (...)

Conclusion:

Un confinement sévère a des implications négatives. Son résultat immédiat est une augmentation du niveau de chômage et la baisse du PIB (en Israël, on estime que chaque mois de lockdown réduit le PIB de 8%). Il en résultera à terme une augmentation de la pauvreté et de la vie humaine, pertes dues à d'autres maladies.

Étant donné que les preuves révèlent que la maladie Covid-19 décline même sans un confinement complet, il est recommandé d'inverser la politique actuelle et de supprimer le confinement. Par exemple, nos calculs montrent que le schéma des nouvelles infections quotidiennes en pourcentage du nombre d'infections accumulées (moyenne hebdomadaire) est commun à tous les pays du monde. Généralement, dans la première phase de la propagation, ce pourcentage s'élevait à environ 30 %, diminuait à un niveau inférieur à 10 % après 6 semaines, pour finalement atteindre un niveau inférieur à 5 % une semaine plus tard. »

- D'après une étude intitulée **« Impact des interventions non pharmaceutiques contre la COVID- 19 en Europe : Une étude quasi-expérimentale »**²⁶ (Paul R Hunter, Felipe J Colón-González, Julii Brainard, Steven Rushton — *MEDRXIV*, 01.05.2020, doi : <https://doi.org/10.1101/2020.05.01.20088260>)

²⁶ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2>

*« L'épidémie actuelle de COVID-19 est sans précédent dans l'histoire récente, tout comme les interventions de distanciation sociale qui ont conduit à un arrêt significatif de la vie économique et sociale de tant de pays. Cependant, il existe très peu de preuves empiriques sur les mesures de distanciation sociale qui ont le plus d'impact. Nous présentons une étude quasi-expérimentale de l'impact de diverses interventions pour contrôler l'épidémie. Les données sur le nombre de cas et de décès ont été tirées des chiffres quotidiens publiés par le Centre européen de contrôle des maladies et les dates de lancement des différentes stratégies de contrôle du site web de l'Institut de métrologie et d'évaluation de la santé et des sources publiées. Nos analyses complémentaires ont été modélisées dans R à l'aide de modèles mixtes additifs généralisés bayésiens (GAMM) et dans Stata à l'aide de modèles de régression à effets mixtes à plusieurs niveaux. À partir des deux séries de modélisation, nous avons constaté que la fermeture d'établissements d'enseignement, l'interdiction de rassemblements de masse et la fermeture de certaines entreprises non essentielles étaient associées à une incidence réduite, **tandis que les interdictions de sortie du domicile et la fermeture de toutes les entreprises non essentielles n'étaient associées à aucun impact supplémentaire indépendant. Nos résultats pourraient contribuer à éclairer les stratégies de sortie de confinement.** »*

- D'après une étude intitulée « **Les politiques de confinement total dans les pays d'Europe occidentale n'ont pas d'impact évident sur l'épidémie de COVID-19** »²⁷ (Thomas Meunier —- *MEDRXIV*, 24.04.2020, doi : <https://doi.org/10.1101/2020.04.24.20078717>)

*"Cette étude phénoménologique évalue les impacts des stratégies de confinement total appliquées en Italie, en France, en Espagne et au Royaume-Uni, sur le ralentissement de l'épidémie de COVID-19 en 2020. **En comparant la trajectoire de l'épidémie avant et après le confinement, nous ne trouvons aucune preuve d'une discontinuité dans le taux de croissance, le temps de doublement et l'évolution du nombre de reproduction. En extrapolant les tendances du taux de croissance avant le confinement, nous fournissons des estimations du nombre de décès en l'absence de toute politique de confinement, et nous montrons que ces stratégies n'auraient peut-être pas sauvé de vie en Europe occidentale. Nous montrons également que les pays voisins qui appliquent des mesures d'éloignement social moins restrictives (par opposition au confinement à domicile par la police) connaissent une évolution temporelle de l'épidémie très similaire.***"

- D'après une étude intitulée « **Trajectoire de l'épidémie de COVID-19 en Europe** »²⁸ (Marco Colombo, Joseph Mellor, Helen M Colhoun, M. Gabriela M. Gomes, Paul M McKeigue —- *MEDRXIV*, 26.09.2020, doi : <https://doi.org/10.1101/2020.09.26.20202267>)

²⁷ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.24.20078717v1>

²⁸ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.26.20202267v1>

« Le modèle classique Susceptible d'être infecté-Infecté-Guéri formulé par Kermack et McKendrick suppose que tous les individus de la population sont également sensibles à l'infection. En adaptant un tel modèle à la trajectoire de la mortalité de COVID-19 dans 11 pays européens jusqu'au 4 mai 2020, Flaxman et al. ont conclu que "les interventions majeures non pharmaceutiques -- et les confinements en particulier -- ont eu un effet important sur la réduction de la transmission". Nous montrons que l'assouplissement de l'hypothèse d'homogénéité pour tenir compte de la variation individuelle de la sensibilité ou de la connectivité donne un modèle mieux adapté aux données et une prévision plus précise de la mortalité à 14 jours. En tenant compte de l'hétérogénéité, l'estimation des décès "contrefactuels" qui auraient eu lieu s'il n'y avait pas eu d'interventions passe de 3,2 millions à 262 000, ce qui implique que **la plupart des ralentissements et des renversements de la mortalité due à la COVID-19 s'expliquent par le renforcement de l'immunité collective**. L'estimation du seuil d'immunité collective dépend de la valeur spécifiée pour le taux de létalité de l'infection (IFR) : une valeur de 0,3 % pour l'IFR donne 15 % pour le seuil moyen d'immunité collective. »

- D'après une étude intitulée « **Le confinement a-t-il vraiment permis d'éviter 3 millions de décès par COVID-19, comme le prétendent Flaxman et al.?** »²⁹ (Nicholas Lewis, 20.06.2020)

« Avant tout, **l'incapacité du modèle de Flaxman et al. à prendre en compte d'autres causes possibles, en dehors des interventions non pharmaceutiques, des réductions importantes de la transmission de COVID-19 qui se sont produites, rend ses conclusions, quant à l'effet global des interventions non pharmaceutiques, non scientifiques et non soutenables**. En effet, le modèle constatera forcément que les interventions non pharmaceutiques représentent ensemble la totalité de la réduction de la transmission qui s'est manifestement produite.

Deuxièmement, leur conclusion selon laquelle la quasi-totalité des fortes réductions de la transmission que le modèle déduit sont dues à des confinements, les autres interventions n'ayant pratiquement aucun effet, s'est révélée non soutenable, pour deux raisons :

- la distribution antérieure qu'ils ont utilisée pour la force des effets de l'intervention non pharmaceutique est fortement biaisée et montre que la plupart des interventions n'ont eu pratiquement aucun effet sur la transmission, la quasi-totalité de la réduction étant causée par une ou deux interventions non pharmaceutiques.
- la force relative des différentes interventions déduites par le modèle est extrêmement sensible aux hypothèses formulées concernant le délai moyen entre l'infection et le décès et, dans une moindre mesure, à la question de savoir si l'isolement et la distanciation sociale sont pris en compte pour exercer toute

²⁹ <https://www.nicholaslewis.org/did-lockdowns-really-save-3-million-covid-19-deaths-as-flaxman-et-al-claim/>

leur force immédiatement après la mise en œuvre ou s'ils sont introduits progressivement sur quelques jours. »

- D'après une étude intitulée « **Effet des fermetures d'écoles sur la mortalité due aux maladies à coronavirus 2019 : anciennes et nouvelles prévisions** »³⁰, (Ken Rice, professor of computational astrophysics, Ben Wynne, postdoctoral researcher, Victoria Martin, professor of collider physics, Graeme J Ackland, professor of computer simulation — *British Medical Journal*, 07.10.2020, doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.m3588>)

« Nous confirmons que l'ajout de la fermeture d'écoles et d'universités à l'isolement des cas, à la mise en quarantaine des ménages et à l'éloignement social des plus de 70 ans entraînerait plus de décès par rapport au scénario équivalent sans la fermeture d'écoles et d'universités. De même, la distanciation sociale générale devrait également réduire le nombre de cas mais augmenter le nombre total de décès par rapport à une distanciation sociale des plus de 70 ans seulement. Nous notons que dans l'évaluation de l'impact des fermetures d'écoles, les conseils politiques britanniques se sont concentrés sur la réduction du nombre total de cas et non sur le nombre de décès. »

- D'après une étude intitulée « **Modélisation des stratégies de distanciation sociale pour prévenir la propagation du SRAS-CoV2 en Israël - Une analyse coût-efficacité** »³¹ (Amir Shlomai, Ari Leshno, Ella H Sklan, Moshe Leshno — *MEDRXIV*, 30.03.2020, doi : <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047860>):

"Un confinement national présente un avantage modéré en permettant de sauver des vies, avec des coûts énormes et des effets économiques potentiellement écrasants. Ces conclusions devraient aider les décideurs à faire face à des vagues supplémentaires de cette pandémie. »

- D'après une étude intitulée « **Trop peu d'une bonne chose - Un paradoxe de la lutte contre les infections modérées** »³² (Ted Cohen and Marc Lipsitch — *Etude revue par les pairs* — *PMC US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 19.07.2008, doi : [10.1097/EDE.0b013e31817734ba](https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31817734ba)):

« La mortalité due aux maladies infectieuses a chuté précipitamment dans les pays développés des décennies avant l'avènement d'interventions spécifiques telles que la vaccination ou le traitement antimicrobien. Ce déclin a été attribué de diverses manières à l'amélioration de la nutrition, à la purification de l'eau et à la réduction des possibilités de transmission. Il est évident que la réduction de l'exposition et du risque d'infection par des agents pathogènes devrait réduire la morbidité (tant pour les individus que pour les communautés). Mais le lien entre

³⁰ <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3588>

³¹ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047860v3>

³² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652751/>

la limitation de l'exposition aux agents pathogènes et l'amélioration de la santé publique n'est pas toujours aussi évident. La réduction du risque que chaque membre d'une communauté soit exposé à un agent pathogène a pour effet d'augmenter l'âge moyen auquel les infections se produisent. Pour les agents pathogènes qui infligent une plus grande morbidité à un âge plus avancé, les interventions qui réduisent mais n'éliminent pas l'exposition peuvent paradoxalement augmenter le nombre de cas de maladies graves en déplaçant la charge de l'infection vers les personnes plus âgées. »

- D'après une étude intitulée « **Pensée intelligente, verrouillage et COVID-19 : Implications concernant la politique publique** »³³ (*Journal of Behavioral Economics for Policy*, 2020, Available at SSRN, 22.05.2020, Altman, Morris, University of Dundee)

« La réponse à COVID-19 a été, dans une très large mesure, de verrouiller une grande partie des économies mondiales afin de minimiser les taux de mortalité ainsi que les effets négatifs immédiats de COVID-19. Je soutiens qu'une telle politique est trop souvent décontextualisée car elle ignore les externalités politiques, suppose que les calculs des taux de mortalité sont suffisamment précis et, en outre, qu'il est approprié de se concentrer sur les effets directs de COVID-19 pour maximiser le bien-être humain. Cette approche peut avoir pour conséquence que la politique actuelle soit mal orientée et qu'elle ait des effets très négatifs sur le bien-être humain. De plus, ces politiques peuvent involontairement avoir pour conséquence de ne pas minimiser du tout les taux de mortalité (en intégrant les externalités), surtout à long terme. Une telle politique mal orientée et sous-optimale est le résultat de l'utilisation par les décideurs politiques de modèles mentaux inappropriés qui font défaut dans un certain nombre de domaines clés ; de l'incapacité à adopter une perspective macroéconomique plus complète pour lutter contre le virus, de l'utilisation d'une mauvaise heuristique ou d'outils de prise de décision, de la méconnaissance des effets différentiels du virus et de l'adoption d'une stratégie de gestion des masses (follow-the-leader) lors de l'élaboration des politiques. L'amélioration de l'environnement décisionnel, y compris la mise en place d'une gouvernance plus complète et l'amélioration des modèles mentaux, aurait pu éviter un verrouillage dans le monde entier, ce qui aurait permis d'améliorer considérablement le bien-être des populations. »

- D'après une étude intitulée « **Commentaire sur le marché et la volatilité, Risques politiques de pandémie, données en faveur d'une réouverture** »³⁴ (Marko Kolanivc, PhD AC, Bram Kaplan, CFA — *Stratégie mondiale en matière de produits quantitatifs et dérivés*, J.P. Morgan, 20.05.2020):

³³ https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3607803

³⁴ <https://imgcdn.larepublica.co/cms/2020/05/21180548/JP-Morgan.pdf>

« Bien que nous entendions souvent dire que les confinements sont déterminés par des modèles scientifiques, et qu'il existe une relation exacte entre le niveau d'activité économique et la propagation du virus, cela n'est pas étayé par les données ».

- D'après une étude intitulée « **Excès de décès dus à la COVID-19 et à d'autres causes, mars-avril 2020** »³⁵ (Steven H. Woolf, MD, MPH; Derek A. Chapman, PhD; Roy T. Sabo, PhD; et al — American Medical Association Réseau JAMA, 01.07.2020, doi: 10.1001/jama.2020.11787):

« De plus, les restrictions imposées par la pandémie (par exemple, les interdictions de sortie du domicile) pourraient faire indirectement des victimes en retardant les soins pour les urgences aiguës, en exacerbant les maladies chroniques et en provoquant une détresse psychologique (par exemple, les surdoses de médicaments). »

- D'après une étude intitulée « **Le confinement a-t-il fonctionné ? Comparaison entre pays d'un économiste** »³⁶ (Christian Bjørnskov, Université d'Aarhus Department of Economics and Business; Research Institute of Industrial Economics (IFN); Center for Political Studies; Institute for Corruption Studies — Journal of Behavioral Economics for Policy, 2020, Available at SSRN):

« Le verrouillage des économies dans la plupart des pays occidentaux a plongé le monde dans la récession la plus grave depuis la Seconde Guerre mondiale et dans la récession qui se développe le plus rapidement jamais observée dans les économies de marché matures. Ils ont également entraîné une érosion des droits fondamentaux et de la séparation des pouvoirs dans une grande partie du monde, les régimes démocratiques et autocratiques ayant abusé de leurs pouvoirs d'urgence et ignoré les limites constitutionnelles à l'élaboration des politiques (Bjørnskov et Voigt, 2020). Il est donc important d'évaluer si et dans quelle mesure les mesures de confinement ont fonctionné comme prévu officiellement : pour réprimer la propagation du virus du SRAS-CoV-2 et prévenir les décès qui y sont associés. En comparant la mortalité hebdomadaire dans 24 pays européens, les conclusions de cet article suggèrent que les politiques de confinement plus sévères n'ont pas été associées à une baisse de la mortalité. En d'autres termes, les mesures de confinement n'ont pas fonctionné comme prévu.

Ces conclusions générales sont cohérentes avec les résultats d'un précédent article utilisant une méthode de contrôle synthétique pour tester les effets de l'absence de verrouillage en Suède (Born et al., 2020). Bien que l'on ait beaucoup parlé du taux de mortalité relativement élevé de la Suède par rapport aux autres pays nordiques, les données actuelles montrent que le pays a connu 161 décès de moins par million au cours des dix premières semaines, et 464 décès de plus au cours des semaines 11-22. Au total, le taux de mortalité suédois est supérieur de

³⁵ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768086>

³⁶ https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3665588

14 % à celui des trois années précédentes, ce qui est légèrement supérieur à la France, mais considérablement inférieur à l'Italie, à l'Espagne et au Royaume-Uni qui ont tous mis en œuvre des politiques beaucoup plus strictes.

Le problème qui se pose est donc que les preuves de la Suède ainsi que celles présentées ici ne suggèrent pas que les confinements ont eu un impact significatif sur le développement de la mortalité en Europe. Il a néanmoins causé des ravages économiques dans la plupart des sociétés et pourrait entraîner un nombre substantiel de décès supplémentaires pour d'autres raisons. Un rapport du gouvernement britannique datant d'avril par exemple a évalué qu'un confinement limité pourrait causer 185 000 décès supplémentaires au cours des prochaines années (DHSC, 2020). Évaluées dans leur ensemble, les politiques de confinement du printemps 2020 semblent donc, à première vue, être des échecs gouvernementaux substantiels à long terme. »

- D'après une étude intitulée « **Quatre faits stylisés concernant la Covid-19** » ³⁷ (Andrew Atkeson Karen Kopecky Tao Zha, NBER WORKING PAPER SERIES, août 2020, DOI 10.3386/w27719):

« Notre constat dans le rapport Fact 1, selon lequel le déclin précoce du taux de transmission de COVID-19 était presque universel dans le monde entier, suggère que le rôle de la mise en œuvre d'interventions non pharmaceutiques spécifiques à une région dans cette phase précoce de la pandémie est probablement surestimé. Cette constatation suggère plutôt que d'autres facteurs communs à toutes les régions ont été à l'origine de la baisse rapide et précoce du taux de transmission. Si les trois facteurs mentionnés dans l'introduction, à savoir la distanciation sociale volontaire, la structure en réseau des interactions humaines et la nature de la maladie elle-même, sont des concurrents naturels, il est difficile de démêler leurs rôles respectifs.

Nos conclusions dans les faits 2 et 3 soulèvent un doute supplémentaire quant à l'importance des interventions non pharmaceutiques (politiques de confinement en particulier) pour expliquer l'évolution des taux de transmission COVID-19 dans le temps et entre les différents lieux. De nombreuses régions de notre échantillon qui ont mis en place des politiques de confinement au début de leur épidémie locale, les ont supprimées plus tard au cours de notre période d'estimation, ou n'ont pas du tout eu recours aux interventions non pharmaceutiques obligatoires. Pourtant, les chiffres de la reproduction effective dans toutes les régions sont restés faibles par rapport aux niveaux initiaux, ce qui indique que la suppression des politiques de confinement a eu peu d'effet sur les taux de transmission.

La littérature existante a conclu que la politique d'interventions non pharmaceutiques et la distanciation sociale ont été essentielles pour réduire la propagation de COVID-19 et le nombre de décès dus à cette pandémie mortelle. Les faits stylisés établis dans ce document remettent en question cette conclusion. Nous soute-

³⁷ <https://www.nber.org/papers/w27719>

nons que les recherches à venir devraient tenir compte de ces faits lorsqu'elles évalueront l'importance de la politique d'interventions non pharmaceutiques dans la progression de la COVID-19. »

- D'après une étude intitulée « **Covid-19 : Comment la Biélorussie peut-elle avoir l'un des taux de mortalité les plus bas d'Europe ?** »³⁸ (Kata Karáth reports Budapest, Hungary — *British Medical Journal* 2020 ; 307, 15.09.2020, doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.m3543>)

« Le gouvernement biélorusse n'a pas été épargné par le Covid-19. Le président Aleksander Loukachenko, au pouvoir depuis 1994, a catégoriquement nié la gravité de la pandémie, refusant d'imposer un confinement, de fermer les écoles ou d'annuler les événements de masse comme la ligue de football biélorusse ou le défilé du jour de la Victoire.

Pourtant, le taux de mortalité du pays est l'un des plus bas d'Europe - un peu plus de 700 sur une population de 9,5 millions d'habitants avec plus de 73 000 cas confirmés. »

- D'après une étude intitulée « **Exploration de la mortalité par coronavirus entre pays - Nombre de décès par million ~ âge + comorbidité + obésité** »³⁹ (Trevor Nell, Ian McGorian, Nick Hudson — PANDATA, 9 juillet 2020):

« Nous testons et constatons que les notions populaires selon lesquelles le confinement avec son corollaire de distanciation sociale et diverses autres interventions non pharmaceutiques confèrent une protection sont insuffisantes. La qualité des soins de santé ne présente aucun avantage statistique malgré son attrait intuitif. De même, ni les redoutables maladies respiratoires (par exemple la tuberculose), ni la prévalence du VIH n'ont prouvé les signaux d'alarme lancés par la collectivité médicale. Bien sûr, nous aurions été négligents si nous n'avions pas fait de tests pour d'autres préoccupations plausibles telles que le tabagisme, le cholestérol, les taux de mortalité infantile, l'altitude, etc.

Si nos résultats expliquent environ la moitié de la variabilité entre pays, ils semblent beaucoup plus solides que les explications actuellement en circulation. Nous espérons que d'autres chercheurs identifieront les facteurs qui peuvent améliorer notre modèle. (...)

Nous avons ensuite examiné la rigueur du confinement et le classement des soins de santé de l'OMS, et n'avons trouvé aucune pertinence. »

³⁸ <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3543>

³⁹ <https://pandata.org/wp-content/uploads/2020/07/Exploring-inter-country-variation.pdf>

- Une étude française intitulée « **Mortalité Covid-19 : Une question de vulnérabilité parmi les nations confrontées à des marges d'adaptation limitées** »⁴⁰ (De Laroche-lambert Q 1; Marc A 1; Antero J 1; Le Bourg E 2 et Toussaint J-F 3 (*1 EA7329, Institute for Research in bioMedicine and Epidemiology of Sport (IRMES), Paris, France, * 2 Centre de Recherche sur la Cognition Animale (CRCA), Centre de Biologie Intégrative (CBI Toulouse), Université de Toulouse, CNRS, UPS, Toulouse, France, * 3 CIMS, Hôtel-Dieu, Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, Paris, France)—FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH 8:604339 (2020) — *Etude revue par les pairs* — 19 novembre 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.604339>):

*« Les critères nationaux les plus associés au taux de mortalité sont l'espérance de vie et son ralentissement, le contexte de santé publique (fardeau des maladies métaboliques et non transmissibles (MNT) par rapport à la prévalence des maladies infectieuses), l'économie (produit national de croissance, soutien financier) et l'environnement (température, indice ultra-violet). **La rigueur des mesures mises en place pour lutter contre la pandémie, y compris le confinement, ne semble pas avoir d'effet sur le taux de mortalité.** »*

- Une étude intitulée « **Les mesures de confinement imposées par le gouvernement ne réduisent pas le nombre de décès dus au Covid-19 : implications pour l'évaluation de la réponse rigoureuse de la Nouvelle-Zélande** »⁴¹ (John Gibson —publication New Zealand Economic papers, Taylor & Francis Online, 25.10.2020, <https://doi.org/10.1080/00779954.2020.1844786>)

*"La réponse politique de la Nouvelle-Zélande au Coronavirus a été la plus stricte au monde pendant le confinement de niveau 4. Selon les calculs du Trésor, le passage au niveau 4 plutôt que le maintien au niveau 2 a entraîné une perte de production pouvant aller jusqu'à 10 milliards de dollars (≈3.3% du PIB). Pour que le confinement soit optimal, il faut que des avantages importants en matière de santé compensent cette perte de production. Les décès prévus par les modèles épidémiologiques ne sont pas des contrefactuels valables, en raison d'une mauvaise identification. J'utilise plutôt des données ⁴², basées sur les variations entre les comtés des États-Unis, dont plus d'un cinquième n'ont connu qu'une distanciation sociale plutôt qu'un confinement. **Les facteurs politiques de l'enfermement fournissent une identification. Le confinement ne réduit pas le nombre de décès dus à la maladie de Covid-19. Ce schéma est visible à chaque date à laquelle des décisions de confinement ont été prises en Nouvelle-Zélande. L'apparente inefficacité des mesures d'interdiction de sortie du domicile suggère que la Nouvelle-Zélande a subi des coûts économiques importants pour peu de bénéfices en termes de vies sauvées.** »*

⁴⁰ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.604339/full>

⁴¹ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00779954.2020.1844786?journalCode=rnzp20>

- D'après une étude intitulée « **Effets du confinement sur la transmission de Sars-CoV-2 - Les preuves du Jutland du Nord** »⁴³ (Kasper Planeta Kepp, Christian Bjørnskov — MEDRXIV, 04.01.2021, doi : <https://doi.org/10.1101/2020.12.28.20248936>)

« L'impact exact des confinements et autres interventions non pharmaceutiques sur la transmission du Sars-CoV-2 reste un sujet de débat car les premiers modèles supposaient que les populations étaient susceptibles à 100% de transmettre le virus de manière homogène, une hypothèse connue pour surestimer la transmission contrefactuelle, et puisque la plupart des données épidémiologiques réelles sont sujettes à des variables confondantes massives. Nous analysons ici l'ensemble unique de données épidémiologiques contrôlées par cas découlant du confinement sélectif de certaines parties du nord du Danemark, mais pas d'autres, en conséquence de la propagation des mutations liées au virus en novembre 2020.

*Notre analyse montre que si les niveaux d'infection ont diminué, ils l'ont fait avant que le confinement ne soit effectif, et le nombre d'infections a également diminué dans les municipalités voisines sans confinement. Les retombées directes sur les municipalités voisines ou les tests de masse simultanés n'expliquent pas cette situation. Au contraire, le contrôle des poches d'infection, éventuellement associé à un comportement social volontaire, était apparemment efficace avant le confinement, ce qui explique pourquoi la baisse du nombre d'infections s'est produite avant et dans les zones confinées et non confinées. **Les données suggèrent qu'une surveillance efficace de l'infection et le respect volontaire des règles rendent inutile le confinement total, du moins dans certaines circonstances.** »*

- Plus de 58 000 scientifiques et praticiens de médecine ou de santé publique ont signé la **Déclaration de Great Barrington (Etats-Unis)**⁴⁴ du 4 octobre 2020, rédigée par trois chercheurs des universités Stanford, Oxford et Harvard, qui affirme que:

« Les politiques actuelles de confinement et couvre-feu produisent des effets dévastateurs sur la santé publique à court et à long terme ». Parmi les conséquences, on peut citer, entre autres, une baisse des taux de vaccination chez les enfants, une aggravation des cas de maladies cardio-vasculaires, une baisse des examens pour de possibles cancers ou encore une détérioration de la santé mentale en général. Cela va engendrer de grands excès de mortalité dans les années à venir, notamment dans la classe ouvrière et parmi les plus jeunes. Maintenir les écoliers en dehors de l'école est une grande injustice.

Conserver ces mesures en attendant qu'un vaccin soit disponible causera des dégâts irréparables. Les couches sociales les moins favorisées seront les plus touchées. »

⁴³ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.28.20248936v1>

⁴⁴ <https://gbdeclaration.org/la-declaration-de-great-barrington/>

- Le Docteur Gérard DELEPINE, chirurgien de profession, confirme à ce titre lors d'un entretien, que les confinements dits « aveugles » car mélangeant malades et bien portants, ont conduit à une explosion de la mortalité directe et indirecte en France notamment par défaut de soins et autres complications dues au confinement: ^{45 46}

*« Nous sommes de simples médecins, mais dès le 21 mars 2020 nous dénonçons dans une tribune le **caractère non scientifique, médicalement stupide, socialement et économiquement désastreux d'une telle mesure**. Le 27 mars, nous récidivons espérant ainsi réveiller les réflexions d'une population tétanisée par la peur créée par une propagande d'une intensité jusque-là inégalée en France. En vain.*

L'expérience marseillaise de l'an 1720:

Nous rappelions que le confinement aveugle (ne séparant pas les malades des biens portants) n'avait jamais fait la preuve de son efficacité dans le monde réel et qu'enfermer ensemble malades et bien portants avait un grand risque d'accélérer les contagions.

Cela avait été démontré lors de la grande peste de Marseille de 1720 où le confinement militaire strict avait abouti à la mort de la moitié de la population de la cité, sans empêcher la propagation de l'épidémie à la Provence et à l'Italie. La comparaison, d'après les chiffres de l'OMS, des évolutions de l'épidémie en Belgique confinée et aux Pays-Bas non confinés a malheureusement confirmé nos craintes. »

- D'après une étude intitulée « **Dépistage de l'acide nucléique du SARS-CoV-2 après l'épidémie chez près de dix millions de résidents de Wuhan, en Chine** » (Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang, Max Bachmann, Shanbo Wei, Jie Gong, Yuchai Huang, Tiantian Wang, Liqing Li, Kai Lu, Heng Jiang, Yanhong Gong, Hongbin Xu, Xin Shen, Qingfeng Tian, Chuanzhu Lv, Fujian Song, Xiaoxv Yin & Zuxun Lu) publiée le 20 novembre 2020, faite à Wuhan sur la base de 10 millions de personnes (représentant 94,1% de la population de Wuhan, il s'agit d'une méta-analyse), a démontré que les personnes asymptomatiques ne sont pas contaminantes: la pratique généralisée des tests PCR au sein d'une population est donc parfaitement inutile.⁴⁷

Par conséquent, **dans la mesure où seuls les malades symptomatiques sont contagieux** (et non pas les porteurs sains), comme le prouve cette très large étude portant sur 10 millions de chinois, il n'existe aucune raison scientifique de confiner la population.

⁴⁵ <https://www.francesoir.fr/opinions-tribunes/apres-les-tests-pcr-le-principe-du-confinement-condamne-par-la-justice>

⁴⁶ <https://nouveau-monde.ca/fr/lehec-du-confinement-et-des-vaccins-reconnu-par-ceux-qui-les-ont-conseilles-le-pr-delfraissy-et-coll/>

⁴⁷ Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China Nature Communications volume 11, Article number: 5917 (2020): <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

- D'après un rapport intitulé « COVID-19 - du mythe aux statistiques » en date du 9 février 2021⁴⁸:

« Depuis plus de vingt ans, l'OMS nous promet la pandémie du siècle. Elle nous a proposé des gripes aviaires, porcines, des virus H5N1, H1N1, tout un bestiaire qui est passé inaperçu dans les courbes de mortalité. Il paraît que crier au loup désarme quand la bête surgit pour de vrai. Le 17 mars 2020, la France a décrété son premier confinement sur la base d'un virus, le SARS-CoV-2, inconnu jusqu'alors et qui au moment des faits sévissait en Chine dans la région de Hubei, faisant au total 4 512 morts sur une population de près de 60 millions d'habitants, dans un pays qui subit environ 180 000 décès par infections respiratoires tous les ans. Il n'y avait pas de quoi paniquer.

Est-ce que les statistiques de mortalité étaient alarmantes ? Bien au contraire, la saison grippale 2019- 2020 s'avérait quasi-inexistante. (...) Bref, il ne se passait rien et pourtant, obéissant à des injonctions mystérieuses autour d'un virus inconnu qui ne fait aucun dégâts apparents, la France comme bien d'autres pays a proposé d'appliquer un dispositif parfaitement étranger à tous les spécialistes des maladies infectieuses : le confinement. (...)

Avec le recul, on peut donc raisonnablement penser que d'un point de vue sanitaire le confinement n'apporte aucun bénéfice. Mais est-il potentiellement néfaste ? Que dit la littérature sur ce point ? Un article de Aaby et Leeuwenburg étudie comment le virus de la rougeole frappe différemment les cas secondaires infectés à domicile et les cas primaires contaminés à l'extérieur. Les malades infectés chez eux ont dans ce cas trois fois plus de chances de mourir que ceux touchés à l'extérieur. Les auteurs attirent l'attention sur la possible influence de l'intensité de l'exposition au pathogène sur sa létalité, qui semble plus importante en milieux confinés comme le sont les environnements domestiques. Le SARS-CoV-2 n'est bien sûr pas comparable à la rougeole de manière aussi brutale ; mais ce travail met en évidence le rôle néfaste que pourrait avoir une stratégie de confinement sur une maladie virale. Dans le cas de la rougeole, un confinement tel qu'il a été appliqué en 2020 aurait provoqué une hécatombe. A priori, Le confinement n'est donc pas du tout une démarche qui va de soi dans un contexte sanitaire viral.

Il semblerait tout de même que le SARS-CoV-2 se propagerait d'avantage au sein d'une population confinée. C'est du moins la conclusion d'une grande étude séro-épidémiologique menée par le Ministère de la santé espagnol en collaboration avec l'Institut de santé Carlos III, les services de santé des communautés autonomes et l'Institut national des statistiques. Les taux de contamination au SARS-CoV-2 ont été mesurés dans différentes catégories de population. Les contaminés ne tombaient pas forcément malades ; mais tous ont croisé le virus de manière à développer des anticorps caractéristiques. Les populations actives confinées ont été contaminées par le virus dans une proportion de 6,3 %, tandis que les travailleurs l'ont été à 5,3 %. La différence est significative ; elle montre que le SARS-CoV-2, à l'instar de la rougeole, est plus virulent dans une popula-

⁴⁸ <https://web.archive.org/web/20210225021225/https://jd-michel.blog.tdg.ch/media/02/00/2884229327.pdf>

tion confinée. Nous constatons a posteriori que le confinement des populations accroît la diffusion du virus SARS-CoV-2. (...)

Des effets néfastes du confinement ont cependant été relevés par les autorités sanitaires françaises. Le groupement d'intérêt scientifique EPIPHARE a été constitué fin 2018 par l'ANSM et la CNAM pour mener des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données de santé. Il a publié plusieurs rapports concernant l'usage des médicaments durant l'épidémie de la COVID-19. Le rapport 4 du 5 octobre 2020, couvrant la période de confinement du 16 mars au 10 mai 2020, résume la situation en ces termes :

«L'épidémie de Covid-19 avec toutes ses conséquences organisationnelles dans la filière de soins et sur la population en général a profondément déstabilisé la consommation de médicaments de ville en France. » (...)

D'un point de vue purement épidémiologique, le confinement semble donc inutile. Mais d'un point de vue politique, il répond aux angoisses habituelles des pouvoirs inquiets. Les techniques efficaces pour contrôler les maladies infectieuses sont toutes fondées sur la séparation des personnes saines et des malades. Le but est de diluer le virus et non pas de le concentrer, ce que font les méthodes agrégatives que sont le confinement et le couvre-feu. Le confinement concentre spatialement les personnes dans leur domicile et le couvre-feu concentre temporellement l'activité dans des tranches horaires rigides. Dans les deux cas, ces démarches concentrent le virus en plaçant les populations dans des situations de promiscuité. Elles répondent à un désir de contrôle politique des populations en soumettant les activités individuelles à l'autorité de l'État ; mais elles n'ont ni a priori, ni a posteriori un quelconque rapport avec la médecine. »

En conclusion : les dispositions de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L.3131-15 du Code de santé publique prévoient la mise en place d'une mesure **inutile, non adaptée, non justifiée, disproportionnée** et **nocive**. Il s'agit donc de dispositions contraires au Principe fondamental reconnu par les lois de la République concernant la liberté individuelle, à l'article 66 de la Constitution garantissant aux citoyens la protection de leur liberté individuelle à travers le contrôle du seul juge judiciaire, aux articles 5, 7 et 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789.

La mesure de confinement forcé est par ailleurs contraire à certains principes démocratiques énoncés par des conventions internationales dont notamment l'article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 étant donné qu'aucune mesure privative de liberté n'est régulière si elle ne relève pas de l'un des motifs limitativement énoncés dans le cadre de cet article ainsi que l'article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966.

Le caractère disproportionné de cette mesure viole par ailleurs l'article 4 du Pacte international sur les droits civils et politiques, l'article 15 de la Convention européenne de sauvegarde des libertés fondamentales, et l'article 52 de la Charte des droits fonamen-

taux de l'Union européenne du 7 décembre 2000, qui s'imposent à la France, signataire des Conventions qui l'énoncent.

C) La nouveauté de la question ou son caractère sérieux.

Le caractère nouveau ou sérieux de la question posée tient à l'atteinte injustifiée, grave et manifeste portée par le second alinéa du paragraphe I du nouvel article L.3131-15 du Code de la santé publique aux principes constitutionnels.

Ce nouvel article viole le Principe fondamental reconnu par les lois de la République concernant la liberté individuelle, l'article 66 de la Constitution garantissant aux citoyens la protection de leur liberté individuelle à travers le contrôle du seul juge judiciaire, les articles 5, 7 et 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 et l'article 55 de la Constitution, portant de ce seul fait un grave préjudice concernant leur santé tant mentale que physique, leurs liens sociaux et familiaux.

Le second alinéa du paragraphe I du nouvel article L.3131-15 du Code de la santé publique porte de ce fait, une atteinte grave et injustifiée aux intérêts fondamentaux de la Nation.

En ce sens, dans un Etat démocratique, les mesures d'interdiction de sortie du domicile doivent rester sous le contrôle du juge judiciaire, conformément à la jurisprudence constante tant du Conseil d'Etat que du Conseil constitutionnel.

Le présent mémoire démontre que les trois conditions précitées sont remplies et justifient de transmettre la question prioritaire de constitutionnalité au Conseil constitutionnel.

PAR CES MOTIFS,

Plaise à la Cour de Cassation

- prendre acte de la question prioritaire de constitutionnalité portant sur les dispositions du second alinéa du paragraphe I de l'article L.3131-15 du Code de la santé publique, qui dispose que "*I.-Dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret réglementaire pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique : (...) 2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé*» pour violation du Principe fondamental reconnu par les lois de la République concernant la liberté individuelle, des dispositions de l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958, des articles 5, 7 et 9 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 et de l'article 55 de la constitution de 1958
- constater que la question soulevée est applicable au litige dont est saisie la Cour d'appel de Paris,
- constater que la question soulevée porte sur une disposition qui n'a pas déjà été déclarée conforme à la Constitution dans les motifs et le dispositif d'une décision du Conseil constitutionnel dans des circonstances identiques,
- constater que la question soulevée est nouvelle ou présente un caractère sérieux,
- transmettre au Conseil constitutionnel dans les délais et conditions requis la question prioritaire de constitutionnalité soulevée afin que celui-ci relève l'inconstitutionnalité de la disposition contestée, prononce son abrogation et fasse procéder à la publication qui en résultera.

Fait à PARIS le 18 juin 2021

Me Virginie DE ARAUJO-RECCHIA
Avocat à la Cour

