

« L'intendance suivra »

Comment la stratégie de vaccination anticovid laisse de côté 20 % de la population

Note **#2**
mai 2021

Jusqu'ici, l'intendance a suivi. Malgré des contraintes matérielles, organisationnelles et politiques majeures, la vaccination contre le covid-19 en France a progressé, de décembre 2020 à fin mai 2021, au même rythme que dans les pays européens comparables. **La politique vaccinale a cependant laissé de côté une fraction importante des plus fragiles** : fin mai près d'une personne de plus de 80 ans sur quatre n'était pas vaccinée, et le taux de primo-injection des 65-74 ans en Seine-Saint-Denis était 10 points inférieur à la moyenne nationale. Au moment où les livraisons de vaccins dépassent les capacités d'injection des doses, **un changement de braquet social apparaît nécessaire afin de réussir à toucher la population la plus éloignée de la vaccination.**

Dans ce contexte, l'ouverture universelle de la vaccination au 31 mai apparaît plus comme un refus d'obstacle qu'une solution. Car « aller chercher » les personnes éloignées de la santé demanderait un changement radical de méthode. Pour les acteurs de « l'intendance » – des cadres du ministère jusqu'aux professionnels de santé –, **une réelle lisibilité et stabilité des consignes et des marges d'autonomie seraient en effet nécessaires**, incompatibles avec la centralisation et l'immédiateté qui caractérisent aujourd'hui la stratégie vaccinale.

L'obligation vaccinale « déguisée » au travers d'un passe sanitaire généralisé n'est pas une fatalité. Emprunter un chemin alternatif passe par la construction d'une politique de santé publique qui a fait cruellement défaut à la France depuis le début de la crise. Celle-ci commencerait par mettre fin à la rigidité actuelle. Elle devrait redonner toute leur place au Parlement et aux acteurs de terrain – c'est quand l'intendance ne « suivra » plus mais sera réellement intégrée aux choix stratégiques que pourra être pris à bras le corps le défi des inégalités sociales et territoriales de santé.

La politique de vaccination contre le covid-19 mise en place en France depuis décembre 2020 est d'une complexité rare. Contrainte par des facteurs matériels majeurs – au premier rang desquels la qualité et le volume des vaccins livrés – et des facteurs politiques variables – notamment l'hésitation vaccinale dans la population – elle a conduit à un déploiement opérationnel peu commun, s'appuyant sur un grand nombre d'acteurs *ad hoc*. Mais certains des traits importants de cette politique vaccinale sont également révélateurs de dysfonctionnements profonds de notre système de santé et questionnent autant les objectifs et les méthodes de construction que l'efficacité même des politiques sanitaires.

Cette note propose un éclairage sur les enjeux immédiats de cette campagne vaccinale, tout en essayant de relever de ces réflexions des éléments structurants pour la construction d'une politique de santé publique à moyen terme. Elle revient sur la première phase de la politique vaccinale, qui a permis une large couverture de la population définie comme prioritaire mais a laissé sur le côté une fraction non négligeable des plus fragiles (I). L'enjeu de prise en compte des inégalités face à la vaccination nécessite, dans cette deuxième phase, une visée sociale portée par une réelle politique de santé publique (II), et impose d'en finir avec une centralisation et une immédiateté excessives aujourd'hui imposées aux acteurs de la santé (III). L'obligation vaccinale n'apparaît pas comme une fatalité : cette note explore les conditions d'une politique alternative, en redonnant toute leur place au Parlement et aux acteurs de terrain, dans une optique de construction d'une réelle politique de santé publique à moyen terme (IV).

1. Jusqu'ici, l'intendance a suivi

La campagne de vaccination s'est jusqu'ici déroulée à un rythme soutenu, dicté principalement par la vitesse de livraison des doses. Cette mobilisation de « l'intendance » – des administrations centrales aux professionnels de santé et sociaux sur le terrain – a permis de vacciner environ 75 % de la population ciblée par la toute première phase en 5 mois, et en priorité les personnes de 75 ans et plus. Elle a cependant aussi conduit à laisser derrière une fraction non-né-

ligeable de chaque tranche d'âge, dont l'atteinte effective à l'avenir conditionnera la possibilité d'une immunité collective. Alors que la politique vaccinale désorganise et use, de fait, notre système de santé, la deuxième phase de la politique vaccinale doit envisager un changement important de méthode de manière à vacciner les populations plus éloignées du soin, plus méfiantes ou simplement pour lesquelles l'accès aux soins est déjà plus difficile en temps normal.

1.1. L'intendance a suivi : avec 15 % de la population vaccinée mi-mai, la couverture vaccinale est comparable à celle des pays européens similaires

Jusqu'à fin mai 2021, la vaccination en France a suivi le rythme des livraisons de vaccins. La plupart des pays européens ayant commandé leurs vaccins par le mécanisme commun de la Commission européenne affichent un taux de couverture vaccinale comparable à celui de la France. La part moyenne de population ayant reçu au moins une injection de vaccin anticovid dans l'UE au 25 mai 2021 est ainsi de 35,9 %, contre un peu plus de 35,1 % en France. Pour le territoire national, cela représente environ 34 millions de doses administrées, à un rythme de 600 à 700 000 injections quotidiennes en semaine à la fin du mois de mai.

La vitesse de la campagne de vaccination, élément important dans le contexte de la 3^e vague épidémique, n'a été limitée que par l'approvisionnement en vaccins de janvier à fin mars. Du fait des indications et des précautions prises autour des vaccins à vecteur adénoviral, la campagne de vaccination en France a été principalement portée par le vaccin Pfizer-BioNTech, qui représente plus de 75 % des injections. En y ajoutant le vaccin de Moderna, la part des vaccins à ARN messenger monte à 85 % des injections (cf. *infra* 1.2).

Combinée avec la priorité donnée aux personnes âgées de 75 ans et plus, au risque de décès élevé, cette vaccination a permis une réduction significative de la mortalité observée et de l'incidence chez les personnes âgées à partir de février¹, malgré la troisième vague épidémique. Ainsi, alors

1. https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/impact_vaccination_covid/

que, durant la vague de novembre 2020, le taux d'incidence chez les plus de 80 ans était supérieur à l'incidence moyenne tous âges confondus, elle était au contraire inférieure de moitié à l'incidence générale en avril 2021, au pic de la troisième vague².

Constater que l'intendance « a suivi », c'est également relever le fait que ce résultat s'est construit sur une organisation *ad hoc* de toute la chaîne de production de la vaccination, de la conception (Comité « Fischer », *task force* interministérielle, conseil de défense), de la maîtrise d'ouvrage et des productions intermédiaires (cellules départementales en préfecture, organisation interne des ARS) que de l'exécution : logistique pharmaceutique, centres de vaccination ambulatoire, établissements de santé et médico-sociaux, prise de RDV, mobilisation de professionnels de santé via la réserve sanitaire, etc. C'est également constater la séparation forte entre conception et « intendance » – cette dernière étant comprise comme comprenant toute la chaîne d'action depuis les administrations centrales jusqu'aux professionnels sociaux et de santé – une constante de la gestion de crise sanitaire depuis mars 2020, déjà soulignée notamment par les sociologues H. Bergeron, O. Borraz, P. Castel et F. Dedieu³. Cette organisation reste très consommatrice de ressources humaines (mobilisation de crise, détachement d'agents à tous les niveaux) et financière (rémunérations spécifiques, logistique, renforts), et ce pour tous les acteurs : administrations, collectivités territoriales, hôpitaux, professionnels de santé vaccinateurs (cf. *infra* 1.3).

1.2. Contraction de l'agenda : une partie de la population laissée de côté

Dans un contexte de limitation du nombre de doses, la stratégie vaccinale déployée en France a conduit à prioriser les publics les plus fragiles, en particulier les personnes âgées, et ce afin de limiter la mortalité induite par le virus. La vaccination large de l'ensemble de la population était un objectif annoncé pour le 2^e temps de la campagne

vaccinale : elle vise à endiguer la circulation virale pour limiter l'impact de la pandémie sur la société dans son ensemble⁴. Les différentes « phases » prévues initialement ont cependant été substantiellement aplaties afin d'accélérer – ou de montrer l'accélération de – la campagne vaccinale.

Alors que la stratégie de vaccination présentée en décembre par le Gouvernement prévoyait de vacciner durant les 6 à 8 premières semaines 1,2 million de personnes âgées résidant en habitat collectif avant d'entamer la vaccination hors structures en février⁵, les critiques publiques sur la lenteur du démarrage de la campagne vaccinale en France ont conduit à fusionner de fait les deux premières phases. Annoncée par le Président de la République dans le Journal du Dimanche du 2 janvier 2021 et confirmée *a posteriori* dans une instruction du Premier ministre du 12 janvier, la mise en œuvre des centres de vaccination et l'ouverture de la vaccination des professionnels de santé a donc été lancée, à dotation de doses constante. Cet aplatissement du calendrier a eu comme corollaire un prolongement de la campagne de vaccination en EHPAD jusqu'en avril, tous n'ayant pas pu être fournis en vaccins avant l'émergence de la troisième vague épidémique. Cet épisode marque également la mise en tension forte du système de santé autour du déploiement et du fonctionnement des centres de vaccination covid.

Les mois de mars et d'avril ont amplifié cet écrasement du calendrier par l'ouverture à différents facteurs de risque, les cinq phases de la stratégie de la Haute autorité de santé (HAS) ayant été réduites en décembre 2020 à trois phases par le gouvernement, puis de fait à deux dès la mise en œuvre des centres de vaccination ambulatoire en janvier. Cette accélération n'a pas empêché la complexité des critères permettant d'accéder à la vaccination : âge, maladies ou handicaps portés par les personnes, appartenance ou non à une profession de santé, le tout étant modulé par les réserves émises concernant les vaccins AstraZeneca et Janssen à la suite

2. Données d'incidence de Santé Publique France consultables via Geodes, France entière, comparaison de l'incidence « tous âges » VS incidence chez les plus de 80 ans

3. Henri Bergeron, Olivier Borraz, Patrick Castel et François Dedieu, *Covid-19, une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po, octobre 2020.

4. Cf. Ministère de la santé, <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/publics-prioritaires-vaccin-covid-19>, dernière consultation le 27 mai 2021.

5. EHPAD, résidences autonomie, personnes âgées vivant en foyers de travailleurs migrants (ex « foyers sonacotra »)

d'évènements rares mais graves associés à la vaccination des personnes jeunes.

Simultanément à cet aplatissement des priorités, on constate cependant depuis plusieurs mois un plafonnement de la couverture vaccinale autour de 75 à 85% de la population, pour les tranches d'âge les plus élevées. Ainsi, si la catégorie des plus de 70 ans affiche un taux de couverture moyen (une injection) de 80%, ce pourcentage varie de 86% chez les 75-79 ans à 76% chez les 80 ans et plus, soit une personne sur quatre n'étant pas vaccinée pour cette dernière tranche d'âge. Plus encore, la vitesse de vaccination des personnes de 75 ans et plus ralentit fortement, la courbe dessinant une asymptote : 1,3 million de vaccinations en mars, 500 000 en avril, 200 000 en mai, soit une baisse des nouvelles injections de 60% par mois. Prolonger ce rythme reviendrait à ne vacciner que 80% de cette tranche d'âge, et donc à laisser tout à fait de côté une personne âgée sur cinq. La même tendance est observable de manière plus ou moins marquée dans toutes les classes d'âge au-delà de 65 ans.

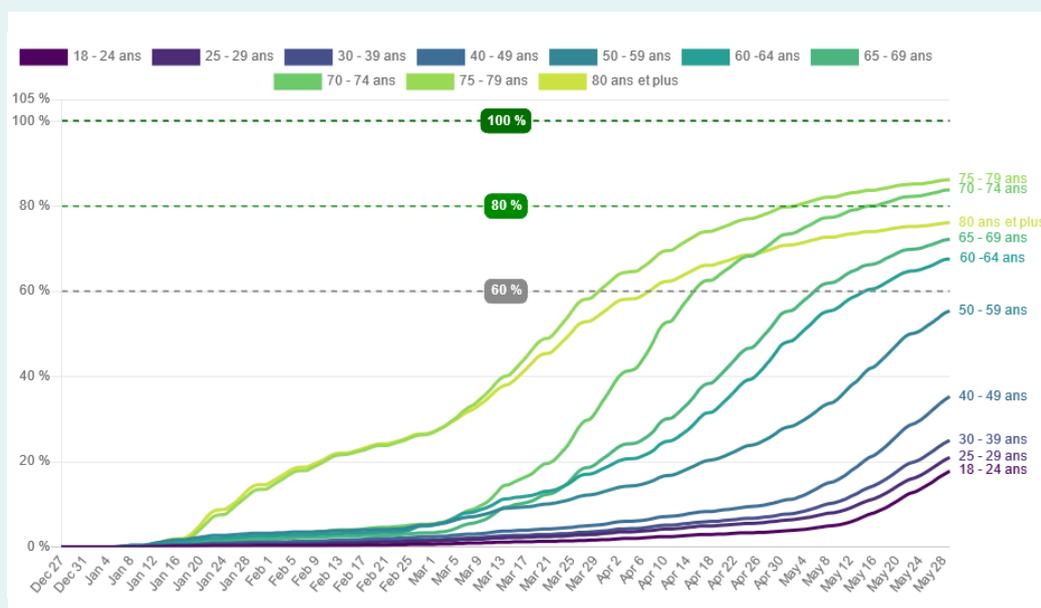
De fait, la tenue du rythme de vaccination de la population n'est à ce stade rendue possible que par l'aplatissement du calendrier, comme s'il venait contourner l'impossibilité d'atteindre la fraction de la population la plus éloignée des soins. Dès le 12 mai, le gouvernement a officialisé le principe des RDV « ouverts à tous si vacants la veille » -

jouant de fait sur l'inégalité face à l'usage des plateformes de prise de RDV. L'abaissement officiel de la barrière d'âge à 18 ans dès le 31 mai est la dernière étape de ce processus. Si elle a le mérite de simplifier le paysage et donc de lever une des barrières à la vaccination ci-dessus, elle apparaît également comme un moyen de se détourner du ralentissement du rythme de vaccination dans les catégories d'âge supérieures. Durant la semaine du 17 mai, deux fois plus de vaccins ont été administrés à des personnes de 18 à 24 ans que n'ont été vaccinées de personnes de plus de 80 ans durant l'ensemble du mois de mai. Dans certains départements « en retard » comme la Seine-Saint-Denis, on constate que l'écart de couverture chez les personnes âgées en 1ère injection se creuse rapidement à partir de début avril, date d'ouverture des vaccinodromes et de l'afflux plus large de doses dans toute la France⁶

Si atteindre une couverture de 50, 60 ou 70% de la population semble être surtout un défi logistique et de mobilisation intense de tout le système de santé, cela n'apparaît pas être le cas pour atteindre 80 voire 90% de couverture vaccinale des adultes identifiée comme permettant une immunité collective robuste (cf. *infra* 1.3). Or un changement de méthode radical apparaît nécessaire, ne serait-ce qu'au vu du croisement des enjeux dans les prochains mois.

6. Données CNAM / Santé Publique France, consultées via <https://datavaccin-covid.ameli.fr>

Graphique : Plafonnement du taux de vaccination chez les personnes âgées



CovidTracker.
fr - Données : Ministère des Solidarités et de la Santé (vaccin-covid)

1.3. L'intendance suivra-t-elle ? Un modèle de mobilisation qui montre ses limites

La campagne vaccinale contre le covid-19 se trouve à un moment charnière, au croisement de plusieurs risques majeurs.

L'émergence de nouveaux variants, dont la contagiosité ou la sévérité peuvent être plus importants, implique tout d'abord la poursuite de la campagne à une vitesse soutenue pour limiter la circulation virale – elle-même pourvoyeuse de nouveaux variants. Les récentes modélisations de l'institut Pasteur concernant l'immunité collective au regard de l'émergence de variants plus contagieux estiment qu'il faudrait vacciner jusqu'à 90 % dans certaines classes d'âge pour relâcher les mesures de contrôle de l'épidémie à l'automne prochain⁷. S'intéresser à la vaccination des groupes sociaux les plus éloignés de la prévention et des soins apparaît dès lors de première importance : à ce stade, le taux de 90 % n'est en effet atteint dans aucune tranche d'âge, même prise isolément.

A ce stade, la vaccination contre le covid-19 a été atteinte par un moyen principal : le déploiement de 1 400 centres de vaccination, parfois dans des structures de soins préexistantes et parfois en dehors, dotés en vaccins à ARN messager notamment du fait des contraintes logistiques de conservation de ces produits. La vaccination des résidents en EHPAD et autres établissements d'hébergement des personnes âgées, en particulier en début de campagne vaccinale, et l'ouverture de « vaccinodromes » géants à partir d'avril ont été les principaux compléments de ce dispositif.

Le gouvernement prévoyait initialement de s'appuyer sur les professionnels de ville, médecins traitants au premier chef, pour apporter la vaccination lors des phases 2 et 3 de la campagne de vaccination (publics prioritaires hors EHPAD et population générale), partant de l'idée que ces professionnels seraient en mesure d'expliquer et de convaincre au plus proche des personnes. Trois raisons principales ont conduit cette idée initiale à de maigres résultats :

- Le choix des circuits logistiques *ad hoc* induits par les conditions de conservation

des vaccins à ARN messager ont conduit le gouvernement à privilégier les vaccins AstraZeneca et Janssen pour la distribution en pharmacie d'officine. Cette volonté, affirmée dès février⁸, s'est trouvée mise en échec par la faiblesse des livraisons AstraZeneca, moins de 30 % des doses promises à l'UE ayant été livrées par le fabricant. Cette option s'est encore affaiblie courant mars-avril avec le fort rejet du vaccin AstraZeneca suite aux inquiétudes autour des effets indésirables graves constatés. Cela mène à un décrochage du nombre d'injections AstraZeneca au regard des livraisons depuis fin avril.

- Le conditionnement multi-doses des vaccins disponibles, permettant une production de masse, complique leur usage en cabinet ou à domicile.
- Enfin, si les pharmaciens, infirmiers et sage-femmes peuvent désormais prescrire les vaccins contre le covid-19, les vaccins à ARN messager ne leur sont pas encore accessibles en officine. Seuls quelques flacons Moderna sont accessibles, depuis le 24 mai, pour les médecins généralistes. Pour l'avenir, la possibilité, récemment ouverte, de conserver le vaccin Pfizer durant 30 jours au réfrigérateur permet d'ouvrir l'hypothèse d'une vaccination en ville par la mise à disposition des vaccins ARN à tous les professionnels vaccinateurs (cf. *infra*, 4.2.)

De nombreuses limites à venir interrogent sur la capacité de l'organisation actuelle à tenir les enjeux de cette deuxième phase. En premier lieu le nombre de doses livrées augmente, et si les circuits de fabrication ne connaissent pas d'impair il apparaît raisonnable d'envisager que le nombre de doses disponibles ne constitue plus un facteur limitant l'accès à la vaccination. En deuxième lieu, plusieurs centres de vaccination sont susceptibles de fermer au moins temporairement pour la période estivale. En troisième lieu, la reprise des activités sportives, culturelles et scolaires pourrait nécessiter de restituer une partie des locaux des centres de vaccination. En quatrième lieu, la mobilisation des professionnels de santé par les soins des patients covid-19 contribue à désorganiser l'offre de soins primaires et en établissement de santé.

7. <https://modelisation-covid19.pasteur.fr/evaluate-control-measures/vaccination/>

8. DGS-URGENT N°2021_23 du 25 février

Certains centres de santé se sont mis « à l'heure Covid » réduisant d'autant l'accès aux soins habituels pour les habitants des quartiers les plus dépourvus en professionnels de santé⁹ : la nécessité du traitement des autres pathologies et l'inscription de la vaccination contre le covid-19 dans la durée devraient conduire à une réorganisation des schémas actuels.

Enfin et surtout, l'organisation centralisée actuelle est fortement créatrice d'inégalités d'accès à la vaccination, sur lesquelles il n'est plus possible de faire l'impasse pour atteindre un objectif d'immunité collective.

2. Une politique vaccinale créatrice d'inégalités face à la vaccination

Le choix de miser sur une couverture la plus rapide et massive possible a conduit à laisser de côté la question des profils des personnes vaccinées : cette option apparaît aujourd'hui ne plus pouvoir être tenue. Ces inégalités sont, en effet, le produit d'une absence explicite de priorité sociale au sein de la politique de vaccination actuellement déployée. Mais elles sont également le produit des mécanismes mêmes utilisés pour la mise en œuvre de la politique vaccinale, de la rigidité des outils imposés et de l'opacité des données de santé. Ainsi, passer d'un objectif d'écoulement des doses à une politique de santé publique nécessite une inflexion importante des objectifs, des pratiques et du positionnement des acteurs de la chaîne vaccinale. Au 23 mai, d'après les données publiées par la CNAM¹⁰, parmi les trois départements français métropolitains dans lesquels le taux de couverture en primo-injection est le plus faible chez les 65-74 ans se trouvent ainsi la Seine-Saint-Denis et les Bouches-du-Rhône, départements marqués par leur fort taux de pauvreté et leurs inégalités d'accès aux soins. Au contraire, les départements les mieux couverts sont ceux de la façade Atlantique, caractérisés à la fois par un taux

d'équipement en santé important et un taux de pauvreté faible.

2.1. Une absence de priorité sociale dans la politique vaccinale

A la différence des facteurs de risque médicaux, les facteurs de risque sociaux n'ont pas constitué un objectif prioritaire des premiers mois de la campagne vaccinale nationale, ni dans la stratégie vaccinale, ni dans sa mise en œuvre opérationnelle. Dans sa recommandation de décembre 2020, la HAS rappelait que « les facteurs socio-économiques et la précarité influencent le risque d'infection par le Sars-Cov-2 et potentiellement aussi le risque de forme grave de covid-19 » – notamment sur la base d'études états-uniennes, allemandes et anglaises, mais ne préconisait alors qu'un approfondissement des études¹¹. Dans son actualisation de mars 2021, elle souligne cependant « l'importance de mettre en place des dispositifs permettant d'aller-vers » les publics isolés, fragiles ou précaires, sans qu'une priorité opérationnelle – dans la politique déployée – soit tirée de cette recommandation de la HAS¹². En avril dernier, la Société française de santé publique proposait à son tour des pistes d'intervention pour réellement traiter les inégalités sociales dans la stratégie de lutte contre le covid-19 – et ce au-delà de la seule réponse vaccinale – à ce stade largement restées lettre morte¹³. La tardiveté de l'instruction conjointe des ministères de l'intérieur et de la santé du vendredi 21 mai sur la vaccination des personnes en situation de précarité (sans domicile fixe, personnes hébergées, migrants) ne couvrant qu'une petite partie du sujet, est à ce titre révélatrice.

L'importance des facteurs de fragilité sociale est en effet documentée depuis l'été 2020 (Observatoire régional de santé

9. Médecins sans frontière. Rapport analytique d'Outreach dans le cadre du projet Urgence COVID et Populations Précaires et Île de France, réalisé en juin 2020 par Jean-François Véran et Marianne Viot. https://www.msf.fr/sites/default/files/2020-12/2020_10_01_Covid_et_precaires-Outreach_Rapport_analytique_VF.PDF

10. https://datavaccin-covid.ameli.fr/explore/dataset/donnees-vaccination-par-tranche-dage-type-de-vaccin-et-departement/export/?sort=-date_reference

11. p.20-21 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240117/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-actualisation-des-facteurs-de-risque-de-formes-graves-de-la-covid-19-et-des-recommandations-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner

12. Haute autorité de santé, 2 mars 2021, *Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Actualisation des facteurs de risque de formes graves de la Covid-19 et des recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner*.

13. Covid-19 : Note de position de la Société Française de Santé Publique, 20 avril 2021.

ile-de-France¹⁴, DREES¹⁵, EPI-PHARE¹⁶). EPI-PHARE, via l'analyse des dossiers d'hospitalisation de la première vague épidémique, montre ainsi que le risque d'hospitalisation pour forme grave de covid-19 est multiplié par deux pour les personnes vivant dans un quartier parmi les 20 % les plus défavorisés par rapport, aux 20 % de quartiers les plus favorisés. L'Observatoire régional de la santé d'Ile-de-France a également montré que la mortalité liée au COVID durant la 1ère vague était, fortement concentrée dans certains territoires, particulièrement défavorisés : des communes comme Sarcelles, Gennevilliers ou Saint-Denis ont vu leur mortalité grimper jusqu'à 370 % de plus que la moyenne des années précédentes contre +70 % à Paris. On sait par ailleurs que les métiers précaires sont fréquemment des métiers du lien, à la fois facteurs d'exposition et de contagiosité, ce qui rend d'autant plus risquées l'existence de potentielles poches de malvaccination.

La question des inégalités a émergé ponctuellement dans les échanges locaux, principalement par le biais de l'implantation territoriale des centres de vaccination ou, en particulier en Île-de-France, lorsque les centres de vaccination de Seine-Saint-Denis ont constaté l'afflux d'une patientèle peu habituelle, plus diplômée et habitant plus fréquemment les secteurs plus favorisés de Paris ou de l'ouest francilien¹⁷. Elle a constitué un objet de controverses entre État et acteurs de terrain d'une part, et entre services de l'État d'autre part¹⁸. Si quelques actions correctives ont été mises en œuvre à partir de mars, d'abord localement, puis plus nationalement avec une campagne d'appels par l'Assurance maladie, celles-ci sont restées de faible ampleur et ont connu

de maigres résultats. Elles se sont également concentrées sur des interventions auprès des populations les plus précaires qui, si elles sont indispensables, ne sauraient permettre d'appréhender la complexité des inégalités sociales et territoriales de santé, inégalités qui traversent l'intégralité du corps social¹⁹ et qui se distribuent selon un gradient.

En réalité, du fait de cette absence de priorisation nationale, la lutte contre les inégalités face à la vaccination a constitué le principal élément laissé « à la main » des acteurs locaux. La faiblesse du pilotage ou de l'accompagnement national²⁰ venant accompagner les acteurs locaux sur la médiation ou le portage de la vaccination à destination des publics éloignés du soin ont cependant contribué à désinciter fortement les initiatives en la matière, dans un contexte de faiblesse structurelle du système de santé publique français. Surtout, la place laissée aux initiatives de lutte contre les inégalités n'a pu être qu'extrêmement résiduelle du fait des contraintes et rigidités imposées aux acteurs locaux dans la politique vaccinale.

2.2. Des contraintes et rigidités multiples entravant les initiatives locales

Au-delà de l'absence de priorité mise sur les inégalités sociales de santé, la campagne de vaccination a elle-même induit des inégalités, par la rigidité du pilotage et des outils mobilisés. Plus encore que dans d'autres domaines, les marges de manœuvre laissées aux acteurs locaux de la vaccination anticovid ont été extrêmement résiduelles.

En premier lieu, la pression mise sur l'écoulement des doses « à flux tendus » (cf. *infra* – 3.1.) n'a laissé que peu de place à un éventuel traitement local des inégalités face à la vaccination. Elle a au contraire poussé les institutions à mobiliser des dispositifs de vaccination non accessibles aux populations les moins mobiles, les centres de vac-

14. surmortalité en période de COVID-19 en Ile-de-France, ORS IDF, juin et décembre 2020, <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/surmortalite-en-periode-de-covid-19-en-ile-de-france/>

15. Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID-19, DREES, juillet 2020 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-inegalites-sociales-face-lepidemie-de-covid-19-etat-des>

16. facteurs de risque COVID-19, Epi-phare, février 2021 <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-facteurs-risques/>

17. Voir par exemple Libération, 11 février 2021, *En Seine-Saint-Denis, la fracture numérique creuse la fracture vaccinale* ou Le Monde, 13 février 2021, *Covid-19 : colère et désarroi chez les patients de plus de 75 ans sans rendez-vous vaccinal*.

18. Par exemple entre services de santé publique des ARS et direction ; entre ARS et ministère ou entre ministère de la santé et Premier ministre.

19. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé : Bib-Bop AIACH Pierre, FASSIN Didier [Internet]. [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: https://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=12553&titre=l-origine-et-les-fondements-des-inegalites-sociales-de-sante

20. Si un groupe inter ARS conjoint avec la *task force* interministérielle a bien été mis en place sur l'aller-vers et la précarité, et si Santé publique France a pu émettre des recommandations, celles-ci travaillent sans appui politique marqué, bien au contraire.

cination ambulatoires étant, par principe, implantés dans des lieux fixes.

En deuxième lieu, les dispositifs de prise de rendez-vous en ligne – en premier lieu Doctolib – imposés par le gouvernement constituent en eux-mêmes des obstacles aux personnes les moins éduquées au numérique et à la santé (cf. encadré n°1). Leur usage obligatoire par les centres de vaccination a pu constituer une difficulté pour les professionnels gestionnaires en les empêchant, parfois, de compenser eux-mêmes les défaillances du système de prise de rendez-vous en ligne. Le principe même sur lequel ils reposent, c'est à dire la « prise de rendez-vous » par les populations volontaires plutôt que d'« aller-vers », s'il a permis de vacciner rapidement un volume important de personnes, a également contribué à toucher avant tout les personnes les plus éduquées et les mieux soignées.

En troisième lieu, l'importante opacité sur les données disponibles et sur leur accès, y compris par les acteurs locaux – ARS, CPAM, préfectures – a en pratique fortement complexifié la définition, la conduite et le contrôle des éventuelles orientations locales qui auraient été prises. Jusqu'au 28 mai 2021, les seules données précises disponibles ont été le recueil de l'origine géographique des patients par les acteurs s'étant auto-saisi du sujet – comme cela a par exemple été le cas au sein de plusieurs centres de santé de Seine-Saint-Denis, là où la prise en compte des inégalités aurait nécessité de faire le choix de données largement ouvertes. Les données départementales et par pathologie publiées le 28 mai par la CNAM permettent d'y voir un peu plus clair, par département et pathologies chroniques associées, mais l'absence de données à l'échelle de la commune ne permet pas d'appréhender les effets d'inégalité infradépartementales, comme le contraste entre métropole et périurbain, la situation des quartiers prioritaires de la politique de la Ville ou les effets de recrutement liés à l'implantation géographique des centres.

2.3. La lutte contre les inégalités d'accès à la vaccination passe par un repositionnement majeur des acteurs locaux

L'hypercentralisation de la politique vaccinale constitue aujourd'hui le principal point bloquant la réelle prise en compte

des inégalités de santé dans la vaccination contre le covid-19. Promouvoir la vaccination et déployer des stratégies ciblées en direction des publics précaires nécessite en effet une diversification et adaptation massive des politiques vaccinales aux contextes et

Encadré n°1 | Le recours systématique à Doctolib : un outil imposé qui réduit les possibilités d'une campagne vaccinale de proximité et fragilise les institutions sanitaires.

La raison invoquée pour justifier le choix des plateformes de prise de rendez-vous (Doctolib, Maia, Keldoc) est de « garantir la bonne articulation de ces solutions avec les autres systèmes d'information utilisés dans la gestion de la campagne de vaccination contre la covid-19 »¹. Les outils comprennent ainsi la mise en ligne des rendez-vous mais aussi la gestion des agendas et donc de l'organisation des vaccinations. À ce titre, ces plateformes ont pu être efficaces comme outils de gestion de planning interne pour les centres. D'ailleurs, beaucoup d'établissements et professionnels de santé utilisaient déjà ces dispositifs avant la crise sanitaire.

Mais ce qui ne devait être qu'un outil mis à disposition a finalement été imposé par le gouvernement à tous les centres de vaccination. La proportion de rendez-vous accessibles via internet a fait l'objet d'une lutte intense entre les services de l'État, les élus locaux et les professionnels de terrain. En février 2021, moment où les doses manquaient le plus, certains représentants de l'État enjoignaient les centres de vaccination à mettre en ligne 70 % des RDV disponibles².

Les conséquences sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, le recours à Doctolib a créé des inégalités dans l'accès au soin. Les rendez-vous mis en ligne sont préemptés par les personnes les plus autonomes, les plus à l'aise avec l'outil numérique et les mieux accompagnés par leurs proches. Elles sont en général plus favorisées économiquement et socialement³. Or, les personnes les plus

1. Courrier du Premier ministre aux préfets et aux DGARS sur l'accélération vaccination, 12 janvier 2021

2. Libération, 14 février 2021, *En Seine-Saint-Denis, le préfet aveugle à la fracture vaccinale*

3. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797670?sommaire=4928952>

aisées sont statistiquement moins touchées par la crise sanitaire. Elles sont, d'une part, moins malades et, d'autre part, mieux protégées des conséquences économiques. Le recours au numérique favorise donc les catégories sociales les plus riches et les plus éduquées. À l'inverse, les classes dites populaires, celles qui subissent la crise, sont les plus éloignées du soin. Au-delà de l'injustice sociale, se pose la question de l'efficacité d'un tel choix. Ne faudrait-il pas protéger en priorité les personnes les plus à risque pour ralentir l'épidémie, comme cela a été mis en place pour les personnes les plus âgées ?

Ensuite, ces plateformes privées interfèrent dans les relations entre acteurs publics, et fragilisent donc le service public. Doctolib est chargé de faire remonter un maximum d'informations à l'État. Pour ce faire, Doctolib a déployé un arsenal de mesures complémentaires destinées à capter de l'information. Par exemple, certaines contraintes techniques permettent de recenser le nombre de doses allouées alors que cette information pourrait être obtenue via les ARS. Doctolib peut de ce fait suivre le nombre de rendez-vous pris et ouverts sur internet, le nombre de rendez-vous total délivrés ou encore le nombre de doses en stock et reçues. Ces informations sont transmises directement au gouvernement. Ainsi, Doctolib concentre

un niveau d'information important et devient un acteur incontournable de la campagne vaccinale. À l'inverse, le champ d'action et d'information des acteurs publics a été éclaté et par conséquent limité. Il serait par exemple utile d'obtenir la publication de la proportion de RDV pris directement via la plateforme web par rapport aux autres modes de prise de RDV : inscription à l'accueil du centre, par un travailleur social, par une plateforme téléphonique, etc.

Par ailleurs, cette entreprise qui se positionne parfois en concurrence avec l'Assurance maladie⁴ lui a pourtant été imposée comme partenaire lors de la dernière campagne nationale. En effet l'Assurance Maladie a lancé, fin mars 2021, une campagne nationale en direction des personnes âgées de plus de 75 ans qui n'étaient pas encore vaccinées (opération d'« aller vers »)⁵. Les équipes de l'assurance maladie, en lien avec la plateforme du ministère de la santé et ses partenaires du secteur de la mutualité (MSA, MGEN), a eu pour mission

4. Ne serait-ce qu'en lançant, récemment, un espace santé visant à la communication de documents entre patients et professionnels de santé, porte d'entrée potentielle pour une concurrence avec le dossier médical partagé porté par l'assurance maladie.

5. <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-05-10-cp-nouvelle-etape-aller-vers-vaccination>

acteurs locaux. Une réelle politique d'« aller vers » les populations les plus précaires ne peut être déterminée que localement, par les acteurs immédiatement chargés de leur mise en œuvre, en fonction de leurs contraintes, de leurs compétences propres et des besoins locaux²¹. C'est à l'initiative des équipes du centre de santé communautaire La Place Santé qu'un travail de médiation a été réalisé dans des rues de Saint-Denis, à proximité immédiate du centre de vaccination du stade de France, permettant de délivrer directement une information – même parfois minime – de qualité et d'accompagner des dizaines d'habitants vers

la vaccination²². De même, la mobilisation d'associations comme Voisins malins ou Ensemble pour le développement humain dans le Val d'Oise résulte d'initiatives locales encore trop sporadiques et trop peu incitées par les pouvoirs publics.

Mobilisation prioritaire des acteurs locaux n'est pas synonyme de démobilitation des institutions nationales : bien au contraire. Cette approche commence par une étude beaucoup plus systématique des différences sociales d'accès à la vaccination. Des études spécifiques concernant le rôle joué par ces

21. Lucie Guimier montre par ailleurs que ce sont les acteurs de proximité, médecins généralistes et communes en particulier, qui sont les plus à même de construire la confiance vaccinale. *Approche géopolitique de la résistance aux vaccinations en France : le cas de l'épidémie de rougeole de 2008-2011*, 2016, thèse de doctorat en Géopolitique.

22. Ces actions d'aller-vers ont montré qu'une part importante des personnes rencontrées dans la rue, à proximité immédiate du plus grand centre de vaccination de France, n'avaient pas l'information de base, telle que leur éligibilité à la vaccination ou les conditions d'accès à celle-ci. Le simple fait d'entrer en discussion, de remettre un flyer très basique avec le numéro de téléphone du centre et de proposer un accompagnement dans la prise de rendez-vous a ainsi montré une grande efficacité. Les personnes rencontrées ont été sensibilisées pour diffuser cette information dans leurs réseaux.

de prendre contact avec l'ensemble des personnes concernées par cette opération pour leur proposer un rendez-vous vaccinal. En pratique, il a été demandé aux centres de vaccination de créer dans Doctolib des plages de rendez-vous, sinon un agenda *ad hoc*, réservées aux CPAM et dans lesquelles les équipes de l'assurance maladie pourraient inscrire les personnes contactées par téléphone et volontaires pour accéder à un rendez-vous de vaccination. Le concurrent est donc devenu un prestataire obligatoire, et le coût total lié au recours à ce collaborateur imposé n'est pas communiqué.

En définitive, l'État a fait appel à un prestataire privé avant même de coordonner les acteurs institutionnels de terrain. Ce choix a eu pour conséquence de creuser les inégalités d'accès aux soins et de fragiliser les acteurs publics dans leur mission d'intérêt général, provoquant par là même une perte d'efficacité dans la gestion de crise sanitaire, et favorisant l'inverse de « l'aller vers ».

inégalités sociales face aux risques d'infection, d'hospitalisation et de décès, dans le taux de couverture vaccinale ainsi que dans l'hésitation vaccinale mériteraient en particulier d'être menées. Par ailleurs, l'accès aux données de vaccination agrégées et anonymisées doit être ouvert beaucoup plus largement : de nombreux pans de la société pourraient en effet contribuer à documenter les inégalités d'accès à la santé dans cette période de crise sanitaire. Toutes pourront nourrir la stratégie vaccinale, qui devra être adaptée en fonction des conclusions de ces études.

Au-delà de l'étude et de la mise à disposition des données, l'appui de l'État et de l'Assurance maladie apparaît nécessaire afin d'appuyer, de piloter et de mutualiser les expériences sur les dispositifs d'« aller vers » et, le cas échéant, de développer des outils adaptés pour les soutenir, par exemple en matière de communication des informations de base sur les patients sous le sceau du secret médical²³. La mobilisation

23. Jusqu'au 31 mai 2021, les priorités de stratégie vaccinale n'étaient, à titre d'exemple, accompagnées ni d'une stratégie relative à la manière d'aller toucher les publics prioritaires, ni de recueil organisé des bonnes pratiques locales (mobilisation des associations de proximité, actions de pédagogie à destination des professionnels de santé, mise à disposition de fiches pratiques médiation etc.).

des ressources départementales ainsi que de leur connaissance des réseaux d'acteurs n'est à ce stade que faiblement tourné vers l'appui humain ou financier des initiatives locales.

Ce repositionnement nécessaire des acteurs locaux nationaux de manière à permettre la continuation de la politique de vaccination dans une logique active de santé publique – impliquant donc également un décentrage du tout médical – est conditionné notamment à l'arrêt de la logique des flux tendus et d'une communication politique court-termiste, qui permettrait d'ailleurs une libération de moyens (cf. *infra*, III). Cet arrêt n'apparaît possible que par un repositionnement du Parlement sur une vision à long terme et l'appui réel des acteurs locaux (cf. *infra*, IV).

3. Une immédiateté et une centralisation exacerbées de la politique vaccinale

De janvier à juin 2021 – soit jusqu'au moment de la publication de cette note – la campagne de vaccination a été organisée par un flux tendu d'instructions difficilement compréhensible – et d'ailleurs difficilement compris. Une part de ces instructions fréquentes et parfois imprécises tient au contexte « à chaud » très particulier de cette campagne, d'ampleur exceptionnelle, dépendante des entreprises pharmaceutiques et de la qualité des vaccins disponibles et faisant l'objet de beaucoup d'attentes de la part de la population.

Une autre part de cette organisation centralisée et immédiate tient à des choix politiques ou dysfonctionnements institutionnels, qu'il s'agisse de la doctrine des « flux tendus », qui n'a pas permis de donner lisibilité opérationnelle aux acteurs locaux, de l'immédiateté de la communication ou de la tendance à l'inflation des consignes, générant à tous niveaux des adaptations en chaîne, conduit parfois à perdre de vue l'objectif final. Une réelle politique de conviction et d'aller vers les populations éloignées de la vaccination nécessite, en préalable, de lever cette centralisation. En l'absence d'un tel changement de méthode, il semble que l'obligation vaccinale – assumée ou non – ne devienne une nécessité. Elle serait également un aveu d'échec.

3.1. L'impasse des flux tendus face aux besoins de lisibilité et d'adaptation locale

L'image médiatique des doses de vaccins « dormant » dans les frigos ou congélateurs y a certainement contribué : une insistance gouvernementale particulière a été placée sur l'impératif de vaccination « à flux tendus » depuis le début de cette crise. Mais si la rapidité de la campagne de vaccination a en effet été déterminante, a fortiori dans cette période hivernale avec très forte incidence de la maladie, le lien entre cette rapidité et une politique « zéro stocks » apparaît en revanche plus contestable. Surtout, à une période où les livraisons de vaccins excèdent les capacités d'injection, il apparaît primordial de mettre fin à une doctrine désorganisant fortement le système de soins.

Une politique de « flux tendus » suppose en effet une parfaite synchronisation entre l'ensemble des acteurs de la chaîne vaccinale : une capacité de production de vaccins fiable, pour éviter la rupture ; un système logistique performant, notamment les transports, pour s'assurer du respect des délais particulièrement contraints ; une prévisibilité totale pour les professionnels de manière à ce qu'ils puissent prévoir les agendas des vaccinés et vaccinatrices – et, le cas échéant, programmer les rendez-vous des patients en conséquence. Sans surprise, dans l'urgence et avec un nombre important de facteurs incertains, cette parfaite synchronisation n'a pas été au rendez-vous.

Les défauts de livraison réguliers des producteurs de vaccins²⁴ – dont les engagements probablement en partie illusoire ont été souvent démentis – ont ainsi créé des saccades dans l'approvisionnement des centres et des officines. Les conséquences de cette dépendance locale vis à vis des afflux et reflux de doses au niveau national se sont retrouvées jusqu'au « dernier kilomètre » – elles ont même parfois été renforcées par une allocation régionale des doses dépendante de l'issue tardive des négociations entre DG d'ARS et ministère. En bout de chaîne, les personnels des centres ont subi la complexité générée par cette gestion à flux tendus, s'ajoutant aux consignes et à

la communication fortement évolutives du gouvernement.

Cette politique des flux tendus a-t-elle eu un impact quelconque sur la rapidité d'injection des doses ? Elle n'a en tout cas jamais été évaluée. Et, à plusieurs égards, une telle évaluation apparaîtrait bienvenue, et ses résultats pourraient être pour le moins mitigés : dans l'incertitude, c'est en effet l'attente plutôt que l'anticipation qui a souvent présidé aux choix de professionnels de santé, déclarant ne préférer ouvrir les rendez-vous « qu'une fois les flacons en main ». Elle a en tout état de cause eu pour effet de pousser à bout toute la chaîne logistique, des agents chargés de l'affecta-

Encadré n°2 | Conséquences des flux tendus : le risque de construction progressive d'une défiance entre les acteurs

Le rapport des professionnels de santé à la puissance publique est marqué par un climat de défiance bien antérieur à la crise sanitaire, mais aggravé par la gestion de celle-ci.

L'épisode des masques en mars 2020, puis le déploiement laborieux des tests de dépistage durant l'été qui a suivi, ont laissé le souvenir d'une communication politique hypertrophiée et parfois mensongère, toujours en décalage avec les réalités vécues par les acteurs de terrain.

Le climat de défiance a été renforcé par le double rôle des préfets et des DDARS, qui sont intervenus en chevauchement les uns des autres au détriment de la coordination interministérielle. Pilote de la campagne de vaccination, le préfet s'adresse en effet directement aux maires en ce qui concerne les centres gérés par la collectivité, que les professionnels de santé qui y sont présents soient ou non des agents de la collectivité. Le directeur départemental de l'ARS s'assure pour sa part de l'approvisionnement des vaccins et gère l'allocation des doses aux différents centres, sous réserve de l'absence de consignes contraires de la part de la préfecture. L'organisation locale de la déclinaison des orientations ministérielles s'est traduite par un discours descendant, rompant avec la tendance à l'émergence d'une logique partenariale lors des dernières années, et qui a (re)mis sous tutelle l'exercice,

24. *Le Monde*, 13 mars 2021, « Le retard de livraison d'Astrazeneca pourrait ralentir les vaccinations » par Gary Dagorn

méconnu, des professionnels de terrain là où une marge de manoeuvre élargie aurait été salubre pour pouvoir organiser la gestion de l'incertitude.

L'arrivée du vaccin AstraZeneca en médecine de ville est également l'illustration de lacunes en matière de communication auprès des professionnels de santé. Alors que les questions qui se posaient aux médecins vaccinateurs apparaissaient relativement simples (nombre de doses par médecin et par semaine, public cible, visibilité sur les semaines suivantes), le style parfois excessivement administratif des DGS Urgent ainsi que leur tardiveté par rapport aux annonces les a souvent rendu peu lisibles ou utilisables (cf. *infra*). Quatre jours après l'arrivée du vaccin dans les officines, le gouvernement communiquait par ailleurs sur les (mauvais) chiffres de la vaccination, sans rappeler la cible très étroite et la nécessaire organisation des médecins en cabinet. Le DGS Urgent du 14 mars précisera que la vaccination est étendue aux pharmaciens, qui se verront alors attribuer des doses au détriment des médecins généralistes.

Outre le fait de renforcer les difficultés de la coopération interprofessionnelle, ces flux tendus de doses comme de consignes, parfois brouillées entre communication informative et communication politique, est susceptible d'aiguiser, chez des professionnels parfois déjà éloignés des institutions, un sentiment de méfiance croissant.

tion des nombre de doses au sein des ARS – qui ont parfois dû donner jusqu'à 3 consignes différentes dans la même journée – à l'organisation logistique des centres de vaccination recevant ces consignes. Et quel impact cette politique a eu en termes d'image de la vaccination des ruptures de stock, des aléas d'acheminement et des reports de RDV ? A *contrario*, on imagine aisément le bénéfice, pour l'ensemble de la chaîne logistique, de la constitution d'un stock « tampon » d'une semaine en termes de lisibilité de la politique pour les professionnels, y compris en termes de temps libéré pour des actions d'« aller vers » ? Les enseignements d'une telle évaluation pourraient assurément être fructueux pour les crises à venir.

3.2. L'immédiateté de la communication en décalage avec la réalité des acteurs

Le rôle de la communication dans une gestion de crise est essentiel. Loin de se réduire à une communication « partisane » ou à un sous-produit de la gestion des opérations, elle est un moyen de construire la confiance entre l'autorité en charge de la gestion de la crise et la population. Elle peut impliquer notamment des actions destinées à montrer, comme dans toute crise, que la puissance publique est au rendez-vous, et ce quand bien même il n'aurait opérationnellement pas été nécessaire de déployer autant d'énergie sur ce sujet en particulier.

Reconnaître la nécessité de communiquer ne doit cependant pas empêcher de constater le décalage actuel entre les efforts mis sur la communication et les piètres résultats que celle-ci a, jusqu'ici, obtenus dans l'opinion publique. Bien communiquer, c'est aussi communiquer avec prévisibilité – ce que des instructions changeant chaque semaine ne permettent pas – sur les bons sujets – le rythme de travail des soignants en était-il vraiment un ? – et de manière à ce que les décisions soient comprises – et donc en assumant le doute, quand il existe, et les éventuels revirements. C'est à la lumière de ces trois critères qu'il apparaît nécessaire d'envisager les phases suivantes de la vaccination et, plus généralement, de la gestion de crise.

Communication n'est tout d'abord pas incompatible avec anticipation, bien au contraire. Pourtant, une constante de la communication gouvernementale semble être la découverte des consignes ministérielles ou présidentielles par le journal du dimanche ou à la télévision au moins autant que par le journal officiel, et ce parfois du jour pour le lendemain²⁵. Ce rythme décisionnel méconnaît la complexité des politiques publiques et les contraintes pratiques des propres agents chargés de la mise en œuvre de ces instructions, auprès de qui il entraîne des incompréhensions, de l'impréparation et donc des ratés de mise en œuvre. L'ex-

25. Ce point n'apparaît pas spécifique à la communication gouvernementale en matière sanitaire mais se retrouve de fait dans beaucoup d'autres secteurs de l'action publique, y compris sur des sujets très opérationnels (écoles, garde d'enfants etc.) Pour la santé, l'annonce sur twitter de l'ouverture à tous les adultes de plus de 18 ans à partir du 12 mai pour un RDV dans les 24h (<https://twitter.com/EmmanuelMacron/status/1390250148526231553>) puis du 31 mai sans conditions (<https://twitter.com/EmmanuelMacron/status/1395401554275053569>) est cependant particulièrement révélatrice.

tension, par décret d'urgence du 26 mars 2021²⁶, de la liste des professionnels pouvant administrer les vaccins a ainsi été actée sans anticipation des aspects aussi concrets que la formation, l'organisation de l'activité, les conditions de rémunérations ou le travail en équipe. À titre d'exemple, la proposition d'un module de formation en ligne permettant aux professionnels visés de pouvoir effectivement exercer n'a été réalisée, par l'École des hautes études en santé publique, qu'après l'entrée en vigueur des dispositions du décret²⁷.

Communication n'est pas non plus synonyme de décalage avec la réalité du terrain. Or ces décalages ont jusqu'ici été fréquents : vacciner un jour férié, alors que déjà tous les centres d'un territoire ne tournent pas à plein régime en semaine, a-t-il vraiment un intérêt ? Existe-t-il vraiment un enjeu à mobiliser massivement des soignant.e.s sous tension un week-end si dès le lundi le nombre de vaccins auquel ils ont accès est limité ? Les opérations des WE du 6-7 mars et, dans une moindre mesure, du 13-14 mars sont à cet égard révélatrices du caractère contre-productif lorsqu'elle est menée en décalage d'avec la réalité²⁸. C'est également à cette aune que l'expression publique de ministres ou du Président de la République, affirmant la nécessité de vacciner « matin midi et soir », « la nuit » « les week-end » ou « les jours fériés »²⁹ apparaît dérisoire : quand bien même ces messages seraient prioritaires (ce qui est questionnable, cf. *supra*), la qualité de leur réception par les agents chargés de leur mise en œuvre est pour le moins incertaine.

Enfin, communiquer n'est pas synonyme d'infailibilité, bien au contraire. En période de crise, on n'attend pas de l'État qu'il soit infailible – et ce serait d'ailleurs impossible. Pourtant, en refusant d'admettre des erreurs, de permettre un débat éclairé sur les différentes options possibles ou même d'afficher clairement les raisons de ses choix politiques, c'est comme si le gouvernement, seul, s'accrochait à ce dogme. L'opacité sur les chiffres d'évolution

de l'épidémie ou l'absence de publication des avis du conseil scientifique (cf. *infra*, 4.1), sont à ce titre autant de point de crispation contre-productifs : elles ne permettent pas l'expression d'un doute rationnel au sommet de l'État, elles n'autorisent pas le débat public et elles tendent à donner l'impression d'une communication plus politicienne que d'État, de défense d'un parti pris plus que de recherche de l'intérêt général.

3.3. Mettre fin à l'inflation des consignes

Cette absence de projection à moyen terme se matérialise par une inflation impressionnante des consignes envoyées depuis les ministères, qui se caractérisent à la fois par leur volubilité, par leur redondance partielle et par leur degré de précision – ce dernier rendant les ajustements d'autant plus fréquents. Entre les DGS-Urgent, les MINSANTE, les décrets, arrêtés, portfolios ministériels, ce sont près de 200 documents réglementaires, d'orientation ou de recommandations qui ont été publiés depuis le lancement de la campagne entre fin décembre et début avril³⁰. Ne sont décomptés ici ni les mails de synthèse/instructions quotidiens de la *task force* vaccination aux agences régionales de santé, ni les instructions du centre interministériel de crise aux préfets et DGARS, ni les interventions ministérielles par voie de presse, ni – a fortiori – les instructions orales.

Première conséquence : chaque changement génère des adaptations à tous les niveaux d'organisation de la campagne vaccinale : relais de l'information aux centres et aux professionnels, mise à jour des supports de communication, réallocation de doses, communication grand public, etc. La conséquence directe de cette inflation est donc une réorganisation – et donc une désorganisation – permanente. La deuxième conséquence de cette inflation des consignes est leur illisibilité, au sens premier

30. De manière plus générale, depuis mars 2020, ont été publiés – sur le seul secteur sanitaire – au moins 132 recommandations de la HAS, 117 avis du HCSP, 870 recommandations, guides, FAQ, infographies etc. du ministère de la santé, 20 recommandations et guides de la société française d'hygiène hospitalière, 20 recommandations de la société française de microbiologie, 36 recommandations ou communiqués de presse de l'académie de médecine, 37 analyses ou protocoles de santé publique France, 28 recommandations ou guides de l'agence nationale de sécurité du médicament et 17 de l'agence nationale de sécurité sanitaire, sans compter les ordonnances, décrets, arrêtés ou circulaires.

26. Décret n° 2021-325 du 26 mars 2021

27. L'ehesp lance une formation en ligne pour les vaccinateurs et vaccinatrices de lutte anti covid-19

28. Voir par exemple : <https://twitter.com/arnaudbontemps/status/1369628642892996609>

29. Voir par exemple : <https://twitter.com/EmmanuelMacron/status/1390256804303626241>

du terme. Le rythme et le volume sont tels qu'ils deviennent impossibles à suivre, pour des agents par ailleurs mobilisés dans des fonctions opérationnelles. Ce cas de figure est d'autant plus présent que ce sont très souvent les mêmes professionnels administratifs et soignants – qu'ils soient d'État, hospitaliers, salariés ou libéraux qui héritent de l'exécution de ces consignes³¹, avec un risque réel sur la santé mentale des soignants en particulier³².

Trop de consignes trop précises ne conduit pas à faciliter l'organisation, bien au contraire : cela conduit à une illisibilité de la direction prise et, partant, à une application brouillonne. Ainsi les allers-retours sur les instructions comme les prévisions de livraison sur le vaccin AstraZeneca ont été, à de nombreux égards, contre-productifs. Pourrait également être cité l'exemple de la vaccination des personnels soignants en centre hospitalier, aux moyens inégaux en fonction de leur taille et des territoires, qui ont dû démarrer leur campagne de vaccination des soignants fin décembre 2020 (au pic de la deuxième vague). Or l'élargissement précoce de la cible vaccinale dès janvier 2021 hors professionnels de santé, combinée à la montée en charge anticipée des centres de vaccination ambulatoires, a eu pour effet de diminuer l'effectivité des résultats escomptés : une grande partie des centres hospitaliers, notamment de petite taille et de taille moyenne, n'ont pas eu suffisamment de temps pour vacciner massivement leurs professionnels avant que les doses ne soient réservées aux publics prioritaires sous le contrôle accru des ARS.

3.4. Une obligation vaccinale, même non-assumée, serait un aveu d'échec

Dès son allocution du 24 novembre 2020, le Président de la République précisait sans ambiguïté possible : « je ne rendrai pas la vaccination obligatoire ». Depuis, cette idée a été reprise de manière constante par le Premier ministre, le ministre de la santé et les documents de communication sur la

stratégie vaccinale, qui repose sur « trois principes : absence d'obligation, gratuité, haute sécurité »³³.

D'un autre côté, des voix s'élèvent pour promouvoir l'obligation vaccinale, justement de manière à pouvoir toucher la fraction de la population la plus éloignée de la vaccination. Le communiqué de l'académie de médecine du 25 mai 2021 proposait ainsi l'extension du passe sanitaire et la mise en oeuvre d'une obligation vaccinale pour un certain nombre d'activités sociales ou l'exercice de certaines professions³⁴.

De fait, la mise en place actuelle du pass sanitaire pour l'accès aux événements dans lequel le respect des gestes barrière serait jugé difficile³⁵ constitue le début d'une obligation vaccinale, encore partielle et non assumée. Elle constitue la suite logique du processus centralisé actuel : en l'absence de changement majeur des mécanismes créateurs d'inégalités au sein même de la politique vaccinale, et au premier rang desquels son immédiateté et son hyper centralisation, des mesures juridiquement contraignantes seront probablement nécessaires afin d'atteindre une large couverture vaccinale.

La généralisation de ces mécanismes d'obligation serait un aveu d'échec : elle reviendrait à prendre acte de l'incapacité à convaincre massivement la population de l'importance de l'acte vaccinal, et ce malgré la gravité de l'épidémie de covid-19. Elle signifierait l'absence de volonté de construction, à moyen terme, d'une réelle politique de santé publique en France, dont la vaccination est un pilier nécessaire. Elle porterait le risque de braquer plus encore les franges les plus sceptiques de la population contre la vaccination en général, et la vaccination anticovid en particulier. Si cette généralisation s'avérait *in fine* nécessaire, elle est cependant loin d'être une fatalité : le succès des initiatives locales actuellement

31. Sur les tests, sur la vaccination, sur les soins courants, voire sur les déprogrammations

32. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, "Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among health-care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis", 24 mars 2021, [Étude menée par des psychiatres de l'AP-HP en lien avec l'association Fonda-Mental](#)

33. Voir par exemple la présentation de la stratégie vaccinale par le ministère de la santé sur son site internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/publics-prioritaires-vaccin-covid-19> (dernière consultation le 26 mai 2021)

34. Académie de médecine, communiqué du 25 mai 2021, « *Obligation* » n'est pas un gros mot quand il s'agit de vacciner contre la Covid-19.

35. [Conseil scientifique, Utilisation d'un pass sanitaire lors de grands rassemblements, Avis du 3 mai 2021](#) et projet de loi relatif à la gestion de la sortie de crise sanitaire

déployées pourrait être reproduit à grande échelle, à condition d'un changement de paradigme urgent.

4. Construire autrement, avec le Parlement et les acteurs du territoire

Alors que les doses ne sont plus le principal facteur limitant, il est urgent d'adopter une véritable stratégie de santé publique contre le covid-19, dans la définition des objectifs et des priorités, dans les moyens pour les mettre en œuvre, et pour prévenir une éventuelle quatrième vague. Une telle stratégie passe par un repositionnement du Parlement, dont l'absence constitue – au-delà même de l'appréciation de la situation en termes démocratiques – une réelle lacune opérationnelle (4.1). Une stratégie d'aller-vers et de conviction efficace passe également par une reconnaissance de l'importance de s'attaquer frontalement aux inégalités sociales et territoriales de santé. S'attaquer à ces inégalités nécessite premièrement de sortir de la priorité absolue donnée au quantitatif. Cela nécessite deuxièmement d'intégrer la vaccination contre le covid-19 « en routine » dans une organisation de la santé qui ne soit plus uniquement médico-centrée. Cela nécessite troisièmement de s'appuyer sur et de participer à construire une organisation réelle des soins primaires (4.2). Ces mêmes priorités soulignent à la fois les insuffisances de la politique de santé publique en France et les pistes qui pourraient être suivies pour y remédier (4.3).

4.1. Un nécessaire repositionnement du Parlement aux fins d'assurer la stabilité et la transparence de la stratégie sanitaire

Dans son avis du 20 avril 2020³⁶, le conseil scientifique insistait sur la nécessité d'association de la « société civile » à la gestion de la crise sanitaire, et notamment à la préparation du déconfinement. Dès juillet 2020, la HAS recommandait une méthodologie pour l'élaboration de la campagne vaccinale dans laquelle elle soulignait, parmi les 11 éléments à considérer comme indispensables dans la stratégie à venir, l'importance de « l'acceptabilité de la vaccination

au sein des différentes populations »³⁷. Alors que ces éléments apparaissent encore plus nécessaires aujourd'hui, un organe majeur de planification et de démocratie reste massivement contourné depuis la date de mise en œuvre de l'État d'urgence sanitaire déclaré par décret du 17 octobre 2020³⁸ : le Parlement.

La mise à l'écart du Parlement interroge bien entendu sur le plan démocratique : dans une période de restrictions importantes des libertés publiques – au moins en partie nécessaires – il apparaît indispensable de permettre que vivent les contre-pouvoirs permettant de s'assurer de la proportionnalité et de l'acceptation des décisions prises. À l'inverse, la réunion récurrente du conseil de défense pour les principales décisions sanitaires accroît l'opacité de la prise des décisions et des raisons ayant poussé à celles-ci, au risque d'accroître la défiance de la population dans les institutions.

Mais la mise à l'écart du Parlement emporte également deux conséquences problématiques sur un plan strictement opérationnel : une instabilité des orientations et une opacité de leurs justifications.

L'instabilité des orientations a été marquée par quelques grands revirements, et en premier lieu celui annoncé dans le JDD du 2 janvier mettant en scène la « colère » du Président de la République sur les lenteurs de la vaccination et conduisant à l'ouverture précipitée d'un millier de centres de vaccination ambulatoires. Mais elle conduit, plus fondamentalement, à l'absence de vision à long terme sur les objectifs et la stratégie poursuivie. La stratégie et les priorités ont ainsi évolué au gré des conférences de presse du Premier ministre les jeudis à 18h, des annonces gouvernementales dans les médias ou directement sur les réseaux sociaux (cf. *supra*).

37. Stratégie vaccinale contre la Covid-19, Note de cadrage, Haute Autorité de Santé, 23 juillet 2020, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf

38. L'État d'urgence a été ensuite prorogé jusqu'au 16 février 2021 par la loi du 14 novembre 2020 et jusqu'au 1er juin 2021 par la loi du 15 février 2021. Le projet de loi n°4105 relatif à la gestion de la sortie de la crise sanitaire organise la sortie de l'État d'urgence qui prend fin le 1er juin 2021 avec l'institution, entre autres, d'un pass sanitaire.

36. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_20_avril_2020.pdf

A cette instabilité s'ajoute une opacité sur les critères sous-tendant les décisions d'élargissement des cibles vaccinales et une absence d'explicitation des choix réalisés.

Schéma : Rôle des principales institutions dans la stratégie vaccinale

À ce titre, l'absence du Parlement rejoint la mise à l'écart quasi-totale des institutions de démocratie sanitaire³⁹ – conseils territoriaux de santé, conférences régionales de la santé et de l'autonomie, conférence nationale de santé – dans cette crise, au profit d'instances *ad hoc* – comité de citoyens sur la vaccination – dont la plus value opérationnelle autant qu'en termes de communication est incertaine. Elle rejoint

Conseil	Décision	Rendu des comptes	Action
HAS	Parlement	Parlement	Administrations d'Etat
Conseil scientifique	Conseil des ministres	Démocratie sanitaire	Sécurité sociale
Comité Fischer			Hôpitaux Soignant.e.s de ville, etc.

Schéma : Rôle des principales institutions dans la stratégie vaccinale

également l'opacité sur les chiffres⁴⁰ ou l'existence de délais – allant parfois jusqu'à un mois entre la rédaction de l'avis et sa publication – dans la diffusion de nombre d'avis du conseil scientifique, en parfaite méconnaissance de l'article L. 3131-19 du code de la santé publique qui prévoit leur diffusion immédiate⁴¹. Ici encore, outre la méconnaissance de la loi et des principes démocratiques, ce manque de transparence contribue d'une part à alimenter la défiance dans les institutions publiques – et donc dans les politiques publiques qu'elles déploient – et, d'autre part, à gêner les acteurs de terrain dans les projections d'activité qu'ils

39. Voir notamment l'avis de la conférence nationale en santé en date du 15.04.20 dénonçant cette mise à l'écart : « La démocratie en santé à l'épreuve de la crise sanitaire du covid-19 ».

40. Médiapart, 9 avril 2021, [Covid: Jean Castex a présenté des « projections » trafiquées aux parlementaires.](#)

41. Ce point a notamment été souligné par la biologiste Tania Louis : avis du 12 février publié le 24 février, avis du 26 février publié le 16 mars etc. (<https://twitter.com/SciTania/status/1371774850814054402> dernière consultation le 22 mai 2021)

pourraient eux-mêmes entreprendre, en l'absence d'anticipation nationale.

Parce qu'elle a des conséquences sur l'ensemble des acteurs de la politique vaccinale, la mise à l'écart du Parlement n'est pas qu'une modalité opaque d'exercice du pouvoir mais constitue bien un dysfonctionnement institutionnel. Les questions dont il pourrait se saisir sont pourtant nombreuses : quels facteurs de risque doit-on prioriser dans la politique vaccinale, et est-ce que la limitation au risque individuel et biologique est pertinente ? Dans le cas contraire, comment envisager la conciliation entre communication de données de santé aux professionnels et protection des données individuelles ? Quelle intégration de la vaccination anticovid à l'activité des professionnels de santé à l'automne 2021 ? Quelle répartition des compétences entre professionnels de santé organiser à cet effet ? Toutes ces questions sont majeures pour la santé de la population, la préservation des libertés publiques et l'organisation du système de soins, et mériteraient probablement d'être – pour une fois – anticipées.

4.2. À court terme, sortir de la seule priorité donnée au quantitatif et du régime d'exception pour permettre la prise en compte des inégalités face à la vaccination

La première vague qui a frappé le pays en mars 2020 a provoqué une certaine sidération, dans un contexte d'incertitude majeure, il convient aujourd'hui d'anticiper au maximum les phases à venir de la réponse à la crise sanitaire. Faire des inégalités sociales de santé une priorité réelle de la politique vaccinale et anticiper l'intégration de la vaccination dans les organisations de soin à moyen terme semble aujourd'hui indispensable. Il convient dès lors d'intervenir à court terme afin de permettre une réelle prise en compte des inégalités dans la stratégie vaccinale :

- dans la conception de la stratégie vaccinale : en intégrant la capacité réelle des groupes sociaux à s'approprier les messages délivrés et à appliquer les mesures proposées. Les données *datavaccin* publiées par l'Assurance Maladie témoignent par exemple d'une couverture très insuffisante des patients atteints d'obésité et de pathologies d'ordre psychique ;

- dans le déploiement de la campagne (cf. *infra*) ;
- dans son évaluation : comment améliorer ce que l'on ne mesure pas ? Aucune donnée publique ne vient à ce jour éclairer l'efficacité (ou non) de la campagne vaccinale selon les déterminants sociaux, a fortiori ceux dont il a été démontré qu'ils influent sur la morbidité et la mortalité due au covid-19 (habitat surpeuplé, migrants, professions exposées, etc.)

4.2.1. Sortir de la priorité absolue au quantitatif pour intégrer les impératifs de santé publique

S'ils ont massivement participé à la campagne de vaccination, les soignants de ville ont assez marginalement pris part à des interventions ciblées, ne serait-ce que du fait d'une impulsion nationale centrée sur le volet quantitatif de la vaccination. De ce fait, les incitations financières, à ce stade très conséquentes pour les médecins libéraux, ont été polarisées sur le volume de vaccination sans pondération sur des critères qualitatifs : elles gagneraient à encourager la prise en charge de la totalité de la population.

De même, la campagne vaccinale déclinée en médecine de ville s'est trop souvent limitée à la consultation au centre de vaccination local. La vaccination en cabinet et à domicile a largement été empêchée par les limites du vaccin Astrazeneca. Le déploiement des vaccins Moderna et Pfizer en cabinet de médecine générale, en officine de pharmacie et auprès des infirmiers, en complément des centres de vaccination déjà établis, apparaît ainsi un moyen essentiel de multiplier les points de vaccination et d'inciter aux initiatives locales au plus proche des populations visées (pied d'immeuble, maison de quartier, marchés, etc.).

Mais le repérage par les professionnels de santé des patients prioritaires est par ailleurs rendu difficile par un accès très limité à l'information médicale. Le déploiement ciblé de la vaccination devrait également s'appuyer sur la mise à disposition des professionnels de santé des données individuelles dont dispose l'Assurance maladie, bien entendu de manière sécurisée et couvertes par le secret médical, notamment de manière à identifier les personnes non-vac-

cinées et à leur proposer directement le vaccin.

4.2.2. Intégrer la vaccination contre le covid-19 dans l'organisation de la santé

La campagne vaccinale est à la fois une puissante dépense d'énergie pour les professionnels de santé et une opportunité d'atteindre la majeure partie de la population française : son inscription dans la durée rend nécessaire l'utilisation optimale des ressources allouées.

Le sujet de la vaccination contre le covid-19 comme celui des reports de soin ne seront pas absorbés par les seuls médecins généralistes. La délégation de compétence – bien que trop récente – de la vaccination aux pharmaciens et aux infirmiers est une ouverture majeure pour les phases à venir qui devront intégrer pleinement tous les professionnels soignants non-médecins.

L'inscription probable de la campagne vaccinale dans le moyen terme doit également être l'occasion de penser son couplage avec d'autres interventions, notamment des initiatives de santé publique. La vaccination antigrippale, le dépistage des cancers ou des interventions sur la santé sexuelle pourraient ainsi être associées à la vaccination contre le covid-19.

4.2.3. Revaloriser la place des acteurs pour construire dans la durée de projets locaux

L'annonce de la campagne vaccinale et la création des premiers centres ambulatoires ont été accueillies avec résolution par les élus locaux et les professionnels de santé. À ce jour, plus de 1 400 centres maillent le territoire national et la participation des professionnels de santé n'a, pour l'instant, jamais été le facteur limitant à la montée en charge de la vaccination.

La création de ces centres a aussi pu être structurante, que ce soit dans la nécessaire coopération entre les professionnels de santé d'un territoire ou dans les relations entre municipalités et professionnels de santé. Le repositionnement des acteurs locaux au cœur la politique vaccinale constitue une nécessité afin d'ancrer cette dynamique dans la durée et de faciliter l'émergence ultérieure de projets de santé sur la base de ces collaborations : projets territoriaux

de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou de contrats locaux de santé (CLS).

A l'inverse, un déficit d'association de ces acteurs à la politique sanitaire du gouvernement présente des risques d'affaiblissement du lien entre acteurs locaux d'une part, et entre acteurs locaux, État et Assurance maladie d'autre part. Renforcer les synergies entre DDARS, CPAM, élus municipaux, professionnels de santé, et tissus associatif suppose d'organiser, territoire par territoire, des temps d'échanges dédiés et, le cas échéant, d'y consacrer les moyens financiers nécessaires (recrutement, indemnisation du temps passé, etc.).

4.3. À moyen terme, utiliser la campagne vaccinale pour construire une réelle politique de santé publique s'appuyant davantage sur les soins primaires

La lutte contre le COVID-19 a révélé, entre autres limites de notre système de santé, la faiblesse (historique) de la santé publique en France. La stratégie de vaccination contre le covid-19 employée durant les cinq premiers mois de l'année 2021 est particulièrement révélatrice de cette politique de santé introuvable. Elle a peu tenu compte des déterminants sociaux et environnementaux du covid-19, elle s'est particulièrement appuyée sur les médecins libéraux au détriment des autres professions de santé et elle a jusqu'ici fait le choix d'une prépondérance du numérique plutôt que d'organisations locales encore embryonnaires. Elle pourrait à l'inverse chercher à influencer ces facteurs plutôt qu'à les reproduire, et poser les jalons d'une politique de santé publique réellement ambitieuse.

Impensé de la stratégie de vaccination, la question des inégalités sociales et territoriales de santé est pourtant fondamentale pour la construction d'une véritable intervention de santé publique. Dans le cas de la vaccination, aux contaminations virales sont associées des maladies non infectieuses (obésité, diabète, hypertension artérielle,...) qui préexistaient, le tout interagissant dans un contexte de pauvreté et d'inégalités, conduisant plusieurs chercheurs à mobiliser le concept de syndémie. Reconnaître ces interactions, et donc les inégalités sociales

de santé sous-jacentes et préexistantes à l'épidémie de covid-19 n'est pas qu'une analyse ou un slogan : c'est un point de départ nécessaire pour produire un dispositif adapté. Passer sous silence les inégalités de santé et ne pas chercher expressément à les réduire, dans toute leur variété, conduit mécaniquement à les reproduire voire à les augmenter. C'est donc le principe même d'une approche individuelle et centrée sur la diffusion virale – dans le cas de la vaccination – ou sur le curatif – pour notre système de santé – qu'il convient de revoir.

L'impératif de santé publique qui doit être intégré à la deuxième phase de la politique vaccinale pourrait utilement être prolongé pour amorcer un virage de notre politique de santé. Ce virage passerait nécessairement par une formation des professionnels de santé à un sujet peu voire pas enseigné lors des études en santé : sensibilisation au repérage des publics vulnérables et aux moyens pour y parvenir court terme, renforcement de la formation initiale en santé publique des soignants à moyen terme – et ce pour les divers cursus en santé. Il peut passer également par une valorisation accrue de la responsabilité populationnelle dans le financement des professionnels⁴² dont la rémunération souffre aujourd'hui des mêmes travers que la politique vaccinale : une valorisation principale du quantitatif (paiement à l'acte).

De même, il apparaît nécessaire d'opérer un recul par rapport à une politique de santé essentiellement médico-centrée. Dans la lignée de la campagne vaccinale actuelle, il apparaît ainsi essentiel de repenser le rôle des professions para-médicales, en particulier des infirmiers, dans le prolongement, l'adaptation et l'extension des « pratiques avancées » actuelles ou des infirmiers ASALEE. Qu'il s'agisse d'éducation thérapeutique patient, de coordination de parcours, ou d'organisation d'intervention de santé publique, les compétences propres des infirmiers et complémentaires aux compétences médicales restent sous-employées et sous-valorisées. Il s'agit

42. Qu'il s'agisse de la valorisation de la vaccination de la patientèle – du type rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins – de celle de la population du territoire, de l'introduction d'éléments de rémunération à la capitation, du fléchage de budgets sur des actions de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (repérage des patients, participations à des actions d'aller-vers) etc.

également de penser réellement le rôle des citoyens et patients : les initiatives de participation des habitants-usagers-citoyens aux politiques locales de santé gagneraient à être encouragées par les pouvoirs publics, par exemple dans la gouvernance des CPTS.

Enfin, la crise sanitaire pourrait constituer une opportunité importante pour la structuration des soins primaires. Les organisations locales ont, de fait, servi de point d'appui aux centres de vaccination. Au-delà de l'usage nécessaire de la campagne vaccinale pour renforcer ces tissus locaux (cf. *supra* 4.2.3), la revalorisation des acteurs locaux et de la démocratie sanitaire semble un élément déterminant pour l'avenir. Alors que le manque de relais de santé dans les communautés était déjà identifié avant la crise, le recrutement de médiateurs en santé et le renforcement du tissu associatif existant sont à privilégier. Au-delà du covid-19, l'enjeu est bien de permettre de renforcer les politiques de prévention, de promotion de la santé, d'accès aux droits et aux soins auprès des populations les plus difficiles à atteindre. De même, l'articulation entre médecine de santé publique et structures d'organisation locale des soins devra être recherchée, qui ne saura être trouvée sans renforcement des moyens en santé publique, notamment au sein des agences régionales de santé.

De manière plus générale, c'est tout le développement sans impulsion, accompagnement ni même financement national de l'activité des acteurs de la santé publique qu'il convient de revoir : notre système de santé dans son intégralité est centré sur la dispensation de soins, souvent médico-centrés, donc sur une prise en charge individuelle et biologique *a posteriori*. Cette campagne pourrait être l'opportunité de mettre l'accent sur la dimension collective *a priori* des enjeux de santé, pour peu que l'effort de s'appuyer sur et de renforcer l'ensemble des acteurs de la santé et sur les communautés locales soit réellement décidé.

Conclusion : [2022] Quel retour d'expérience sur la gestion de la crise sanitaire ?

La gestion de cette première phase de vaccination contre le covid-19 est-elle une

occasion manquée ? À l'instar des mises en commun qui ont pu émerger pendant la première vague de l'épidémie, elle pourrait être une occasion de construire des relations fructueuses entre acteurs du champ sanitaire, parfois inévitables et simplifiées dans l'adversité : entre professionnels de santé, régulateurs et effecteurs de soins, secteur public et secteur privé ; ville et hôpital ; territoires et échelon national etc. À l'inverse, mal gérée, elle pourrait prendre le risque d'abîmer de manière durable les relations de travail, notamment entre administration et soignant.e.s et entre institutions et populations éloignées des soins. Au-delà de ses conséquences très opérationnelles sur les inégalités à court terme, c'est un des risques non négligeables que font encourir la centralisation, l'immédiateté et la rigidité de la politique vaccinale. Une inflexion majeure sur la deuxième phase de déroulement de la politique vaccinale pourrait amorcer la construction à moyen terme d'une dynamique de santé publique aujourd'hui défailante. Elle ne saurait avoir lieu sans un repositionnement profond des acteurs, sans l'implication des citoyens et des organes de démocratie sanitaire, et l'affirmation d'une priorité donnée à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Sait-on – saura-t-on ? – tirer les enseignements réels de cette crise ? L'expérience de la gestion de l'épidémie de H1N1 nous montre que rien n'en est moins sûr. Le Ségur de l'été 2020 a paru plus décevant qu'instructif, intervenant comme un outil imparfait de paix sociale plus que comme l'amorce d'une prise de conscience commune. Les commissions d'enquête parlementaires ont tâché de faire la lumière sur la préparation de la crise, la Cour des comptes ou les inspections générales ont entamé un exercice bilan de la gestion de crise en février 2021... Qu'en sera-t-il de la parole des acteurs de « première ligne » et des citoyens de ces trois vagues de crise du covid-19 ?

Le besoin est pourtant plus que jamais présent : cette crise révèle, outre des défaillances ponctuelles, des limites plus structurelles de notre politique de santé. Elle met fortement à l'épreuve la capacité des acteurs soignants comme administratifs, locaux comme nationaux, à exercer leur métier et à le faire en bonne coordination

avec l'ensemble du système sanitaire. Elle met aussi en évidence certaines des forces de notre système de santé : son maillage d'acteurs, un puissant système d'Assurance maladie, l'engagement de l'ensemble des intervenants, à tous les échelons. Cette note propose une première analyse « de l'intérieur » de la gestion de cette crise, en se concentrant sur la première phase de la vaccination. Elle a vocation à être prolongée à l'automne 2021, dans une forme adaptée à la situation sanitaire et politique qui sera la nôtre, avec toutes les personnes qui souhaiteront y contribuer. L'essentiel du travail reste à faire, et il sera indispensable de le faire en commun.

Agents et cadres administratifs de tous organismes, soignantes et soignants, chercheurs, chercheuses et citoyen.ne.s ont contribué à la réflexion et à la rédaction de cette note. Et bien plus encore à sa relecture : tous nos plus sincères remerciements pour ces contributions.

nosservicespublics.fr

