



Vaccination contre la Covid-19 : 2^e avis

Stratégie vaccinale

Et réduction des inégalités de santé

Retours d'expérience des membres de la CNS

Synthèse des contributions pour la période de janvier à février 2021.

Avis du 17 mars 2021

Table des matières

A.	Contexte	3
B.	Méthode d'élaboration et d'adoption de l'avis	4
C.	Constat et cadre d'analyse : Les inégalités de santé	5
	a) Constat sur la période de janvier à février 2021	5
	b) Lutter contre les inégalités de santé : une impérieuse nécessité éthique et politique réaffirmée par la CNS.	5
	c) Des inégalités aggravées par la Covid-19 et par la stratégie vaccinale.....	6
	d) Des stratégies vaccinales pour réduire les inégalités de santé.....	6
D.	Analyse et recommandations.....	7
	a) Assurer la disponibilité en quantité suffisante des vaccins au regard des besoins	7
	b) Consolider la stratégie de priorisation des publics cibles de la vaccination.....	8
	L'âge et les affections préexistantes	8
	Les métiers et professions.....	10
	c) Adapter la stratégie de vaccination aux territoires et aux populations	12
	Territoires.....	12
	Populations.....	13
	d) Lutter contre les préjugés, questionner les représentations et renforcer la formation ..	14
	e) Renforcer les autres facteurs facilitant le déploiement vaccinal.....	15
E.	Conclusions.....	16
	a) Une lecture biomédicale de la pandémie est privilégiée au dépend d'une lecture sociale ou politique.....	17
	b) Une approche cloisonnée des mesures de lutte contre la pandémie prédomine	17
	c) Une stratégie vaccinale qui devient l'alpha et l'oméga de la lutte contre la pandémie..	18
	18
	Bibliographie.....	19
	Annexes	20

A. Contexte

- La situation épidémiologique (17 mars 2021) s'aggrave en France malgré une période de couvre-feu généralisé de 20h à 6h depuis le 15.12.20 puis étendu à partir de 18h depuis le 16.01.21. Un nombre important de nouvelles contaminations et un niveau élevé de patients hospitalisés (lits conventionnels ou réanimation) sont observés dans la plupart des régions. L'apparition de variants du virus vient complexifier les modélisations et projections. Des confinements durant les week-end ont été mis en place dans certaines villes (Nice et à Dunkerque) puis sur un département dans son ensemble (Pas-de-Calais).
- La campagne vaccinale a débuté le 27 décembre 2020. Elle s'adressait en priorité aux personnes les plus âgées et/ou les plus fragiles. Le public prioritaire a été progressivement élargi bien que le nombre de doses de vaccin disponibles soit limité et inférieur à la population cible pour les prochaines semaines. Le choix qui a été fait des personnes à vacciner prioritairement vise à sauver des vies (personnes âgées et fragiles) et à protéger le système de santé.
- Il y a donc urgence à développer la couverture vaccinale des populations définies comme prioritaires, tout en assurant une gestion et une distribution efficace et efficiente, au cours des jours et des semaines à venir, des stocks de vaccins disponibles.
- Les incertitudes quant-aux livraisons des doses de vaccins (au niveau national ou local), les avis divergents qui s'expriment parfois sur les choix retenus, l'engorgement des dispositifs de prise de rendez-vous et les déprogrammations des rendez-vous déjà pris, induisent un sentiment de confusion y compris sur la stratégie vaccinale poursuivie.
- Le nombre de premières injections a connu au cours de ces dernières semaines une évolution importante et positive, traduisant l'adhésion de la population ciblée et la mobilisation des énergies et des acteurs concernés, adhésion et mobilisation que la CNS tient à saluer. Cependant les conditions, dans lesquelles ce déploiement s'effectue, doivent être interrogées et améliorées afin de permettre une plus grande cohérence et efficacité du dispositif de vaccination.
- Le 24 février 2021, la campagne de vaccination par les médecins généralistes et les médecins du travail a débuté, traduisant, grâce à l'arrivée d'un 3^e vaccin (vaccin Astra-Zeneca), une nouvelle étape du déploiement de la stratégie vaccinale.
- Par ailleurs, les résultats de nouvelles études scientifiques ont conduit à un élargissement de la cible de priorisation à la population de 50 à 74 ans ayant des comorbidités et à l'ensemble des professionnels, quel que soit leur âge apportant des « soins » aux personnes vulnérables. Cette nouvelle étape engage les professionnels de santé dans leurs fonctions de proximité avec la population.
- Enfin, au moment où cet avis est adopté par la CNS, la décision de suspension de l'utilisation du vaccin Astra-Zeneca vient questionner la stratégie vaccinale.

B. Méthode d'élaboration et d'adoption de l'avis

Le présent avis, le deuxième sur la thématique de la vaccination après celui du 29 janvier 2021 adopté en urgence par la Commission permanente (CP), s'inscrit dans le cadre de la réponse de la Conférence nationale de santé (CNS) à la saisine du Ministre des Solidarités et de la Santé du 3 décembre 2020.

Un appel à contributions a été lancé auprès des membres de la CNS le 30 janvier 2021 avec un retour attendu le 10 février 2021. Sur la base de l'analyse par le secrétariat général de la CNS des 29 contributions reçues, l'avis a été élaboré par le Président de la CNS, transmis aux membres de la CP pour examen le jour-même, le 26 février 2021. Une nouvelle version a été transmise pour amendements aux membres de la CP le 27 février 2021. Réunis le 5 mars 2021, les membres de la CP ont examiné la nouvelle version du document. Une troisième version a été diffusée aux membres de la CP pour amendement le 10 mars 2021.

Le projet d'avis a été soumis au vote en urgence, motivée par le calendrier de la campagne de vaccination, des membres de la Commission le 14 mars 2021 et adopté par 15 voix pour sur 17, le 17 mars 2021.

Pour rappel, le premier avis sur le thème de la vaccination Covid19 adopté par la CNS le 29 janvier 2021 comprenait 8 points de vigilance.

Point de vigilance 1 : Accroissement rapide de la couverture vaccinale

La CNS souligne l'urgence de l'accroissement rapide de la couverture vaccinale contre la Covid-19 au regard de la gravité de cette maladie chez les personnes fragiles et au regard de l'évolution épidémiologique attendue en population dans les semaines à venir.

Point de vigilance 2 : Priorisation des publics cibles et adéquation aux doses disponibles

La CNS constate que l'extension des groupes de populations prioritaires pour la vaccination, dans un contexte de ressources limitées en doses, s'est faite sans priorisation entre les groupes de populations ou les personnes de ces groupes de populations.

Point de vigilance 3 : Communication claire et loyale, régulière et pragmatique

La CNS soutient la forte demande d'information, de compréhension et de lisibilité vis-à-vis des dispositifs (centre de vaccination, processus de prise en soins, ...).

Point de vigilance 4 : Outils de gestion de la campagne de vaccination

La CNS fait sienne la recommandation du CCL Covid-19¹ publiée le 20 janvier 2021, concernant la mise en place et la diffusion d'un tableau de bord d'indicateurs au niveau national et par territoire.

Point de vigilance 5 : Dispositifs « d'aller vers » les populations les plus fragiles

La CNS demande que des dispositifs « d'aller vers » les populations prioritaires les plus fragiles et/ou les plus précaires permettant l'effectivité de la vaccination soient mis en place.

Point de vigilance 6 : Dispositif de vaccination proche des populations

La CNS considère que plus vite un circuit de vaccination se déploiera en ville, plus vite le dispositif sera proche des populations, gage d'efficacité et d'efficience.

¹ Points de vigilance « Systèmes d'informations et campagne de vaccination » (adopté : suite à la séance du 19 janvier 2021)

Point de vigilance 7 : Protection des professionnels en contact avec des patients covid-19

La CNS considère comme anormale la situation des professionnels de santé et de l'accompagnement en contact avec des patients covid-19 et qui ne peuvent pas bénéficier de la vaccination dans le cadre de la définition des publics prioritaires actuels.

Point de vigilance 8 : Promotion en faveur de la vaccination auprès des professionnels

La CNS souligne la nécessité de poursuivre et renforcer la campagne de promotion en faveur de la vaccination auprès des professionnels de santé et de l'accompagnement.

C. Constat et cadre d'analyse : Les inégalités de santé

a) Constat sur la période de janvier à février 2021

Le déploiement de la campagne de vaccination Covid-19 en France au cours des mois de janvier et février 2021 a été considéré comme peu anticipé, difficile, laborieux, manquant de clarté, insuffisamment soutenu quant à la mobilisation des moyens existants. Il a été source de vives inquiétudes pour la population et les professionnels de santé et de l'accompagnement.

Il a existé durant cette période un écart entre les objectifs affichés et l'effectivité de leurs mises en œuvre. La comparaison avec d'autres pays laisse percevoir de fortes marges d'amélioration.

Si de nombreuses et réelles évolutions positives dans le déploiement de la campagne de vaccination ont été observées sur cette période, elles se sont inscrites dans une logique de réaction plus que d'anticipation.

La CNS souligne à nouveau l'importance de l'enjeu et l'urgence de l'accroissement rapide de la couverture vaccinale contre la Covid-19 au regard de la gravité de cette maladie chez les personnes fragiles et au regard de l'évolution épidémiologique attendue en population dans les semaines à venir.

b) Lutter contre les inégalités de santé : une impérieuse nécessité éthique et politique réaffirmée par la CNS.

Le premier avis adopté par la CNS dès le 19 janvier 2021 avait fait le choix d'identifier un éventail large de points de vigilances dans cette perspective. Ces points se retrouvent largement dans les premières recommandations diffusées par le CESE le 23 février 2021.

Pour son deuxième avis, la CNS fait le choix de cibler un sujet de préoccupation spécifique, celui des inégalités de santé. Après plus de 2 mois de mises en œuvre de la campagne de vaccination, la CNS considère qu'il est temps d'envisager les réajustements ou les réorientations de la campagne de vaccination au regard d'un prisme qui ne soit pas seulement biomédical mais également éthique et démocratique, social et politique.

Pour reprendre le point de vue du Dr Didier Fassin [Fassin ; 2018], traiter de la pandémie COVID-19 du point de vue de l'inégalité ne résulte pas seulement d'une nécessité théorique et pratique, mais elle répond aussi à un impératif éthique et politique.

c) Des inégalités aggravées par la Covid-19 et par la stratégie vaccinale

Parmi les contributions adressées à la CNS, la question des inégalités consécutives au déploiement de la campagne de vaccination apparaît d'emblée centrale, question exacerbée par la situation de pénurie de doses de vaccin. Les situations évoquées, les expériences décrites, leurs récurrences, témoignent de l'importance accordée à cette problématique.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les inégalités en matière de santé comme « *des différences dans l'état de santé ou dans la répartition des déterminants de la santé entre différents groupes de la population* » (par exemple, territoires géographiques, groupes culturels, catégories socio-économiques, critères démographiques comme l'âge ou le sexe).

Certaines inégalités de santé sont ainsi liées à des variations biologiques, d'autres aux choix personnels et d'autres encore à l'environnement ou aux conditions externes perçues comme hors du contrôle de l'individu.

Dans le premier cas (biologie), il peut être impossible, et dans le second cas (choix personnels), inacceptable sur le plan éthique, de modifier le facteur sous-jacent qui est à l'origine de l'inégalité. Cependant, dans le troisième cas (environnement), la répartition inégale de la santé, considérée comme injuste et inéquitable peut être évitée [O'NEILL ; 2014] [GLOVER ; 2020].

d) Des stratégies vaccinales pour réduire les inégalités de santé

La pandémie de la COVID-19, sans surprise, a ravivé et – hélas ! - renforcé les inégalités de santé, notamment sociales et territoriales. Si la découverte de vaccins sûrs et efficaces représente une avancée significative, elle n'abolira pas les inégalités associées à cette pandémie. Il convient d'examiner attentivement comment la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie COVID-19 et des programmes de vaccination actuels et futurs permettra de relever les défis associés à ces inégalités de santé et notamment à « l'hypothèse de l'équité inverse »².

Jonathan Mann [MANN ; 1998], en référence notamment à l'épidémie mondiale du sida, ...soulignait le caractère indissociable, à ses yeux, des activités de santé publique et de « l'action pour la défense des droits de la personne ». Il soulignait également, voilà plus de 20 ans, « que toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire ».

² *Hypothèse de l'équité inverse : Hypothèse selon laquelle les nouvelles interventions sanitaires sont d'abord adoptées par les populations favorisées socialement, ce qui augmente initialement les inégalités.*

« *Le Covid-19 n'est pas une pandémie, c'est une syndémie* » [HORTON ; 2020], c'est-à-dire la rencontre entre une maladie virale provoquée par le Sars-Cov2 et un ensemble de pathologies chroniques, telles que l'obésité, le diabète, les troubles cardio-vasculaires, le cancer..., dont les déterminants sociaux sont majeurs.

Le virus du SRAS-CoV-2 est nouveau, mais les disparités socio-économiques ne le sont pas. Il est urgent de prendre en compte toutes les inégalités en matière de santé et leurs déterminants pour mettre en œuvre des interventions équitables. Sans une volonté affirmée sur ce sujet dans la lutte contre cette pandémie, le renforcement des inégalités entre pays et au sein d'un même pays se poursuivra [ISMAIL ; 2021]. Ceci concerne aussi la politique de vaccination de la population contre la Covid19.

D. Analyse et recommandations

a) Assurer la disponibilité en quantité suffisante des vaccins au regard des besoins

Dans cette réflexion sur les inégalités de santé en lien avec la vaccination contre la COVID-19, la question de la disponibilité en doses de vaccin est centrale. La pénurie en vaccin est à la source des inégalités entre pays et au sein d'un même pays.

Aujourd'hui, au niveau mondial, aucun des acteurs n'a la capacité de production pouvant satisfaire rapidement la demande. Cette situation n'est pas nouvelle. La crise capacitaire que nous vivons s'inscrit dans des stratégies anciennes d'optimisation des coûts par les grands groupes pharmaceutiques. Ces stratégies se sont appuyées sur une division internationale du travail et une délocalisation des usines de production. Aujourd'hui, les sites de production français ne sont en capacité de produire qu'une infime partie des doses de vaccin laissant la chaîne de production dépendante d'usines situées dans d'autres pays. Pour l'approvisionnement en vaccin, les différents gouvernements sont aujourd'hui dépendants d'entreprises internationales (appelées « Big Pharma ») qui ne sont régies que par la seule loi des marchés.

Cette dépendance des États et des populations vis-à-vis de ces entreprises internationales, construite de longue date, est également fondée sur des logiques en lien avec des politiques de recherche et sur le principe des brevets.

En effet, bien que les recherches sur les vaccins soient largement financées par les États via des subventions, des crédits impôt recherche, ou des financements de la recherche publique, ces produits sont protégés par des brevets, propriétés de l'industrie pharmaceutique, ce qui lui permet de contrôler l'intégralité de la production.

Face à la gravité et à l'urgence de la situation, il convient aujourd'hui de mobiliser le cadre juridique nécessaire pour organiser une production mondiale massive de vaccin. L'accord sur la propriété intellectuelle de l'OMC de 1994 prévoit des

utilisations de brevets sans autorisation du détenteur du droit notamment « *dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, ...* ». La Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC³ et la santé publique de 2001 est venue préciser cette notion d'urgence : « *Chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence ..., étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, ... peuvent représenter une (telle) situation ...* ».

Par ailleurs, la loi sur l'état d'urgence sanitaire votée au printemps par le Parlement⁴ permet la réquisition des entreprises et le contrôle de la production.

Recommandations :

- ✓ **Face au constat que les vaccins mis à la disposition des populations par les entreprises privées, sont en quantité insuffisante, les pouvoirs publics doivent pouvoir assurer leur fabrication sur des chaînes de production industrielle relocalisées. Ceci peut impliquer qu'un recours au système des licences d'office soit mis en œuvre.**
- ✓ **La transparence sur les coûts de production et d'acquisition des différents vaccins doit être réalisée. Les informations sur ces coûts doivent être communiquées et diffusées par les acteurs concernés.**
- ✓ **La collaboration pour un accès mondial et équitable aux vaccins contre la Covid-19 (COVAX) doit être activement soutenue par le gouvernement français.**
- ✓ **Il s'agit pour notre gouvernement et plus largement pour la communauté internationale de faire clairement le choix de la santé publique.**

b) Consolider la stratégie de priorisation des publics cibles de la vaccination

L'âge et les affections préexistantes

Ils ont été progressivement pris en compte dans l'identification des publics prioritaires pour le déploiement de la stratégie vaccinale (réf. HAS) contre la Covid-19 au regard de la gravité de cette maladie chez les personnes considérées comme fragiles et au regard des caractéristiques des vaccins disponibles.

Dans un contexte de tension sur la disponibilité du vaccin, le changement de la doctrine gouvernementale en début d'année a provoqué l'ouverture accélérée de nouveaux centres et lieux de vaccination et la multiplication des prises de rendez-vous, au-delà du niveau connu de disponibilité des vaccins. Parfois, il a fallu les annuler, et retarder les programmations suivantes. Cela a provoqué une confusion

³ ADPIC : Aspects des droits de propriété intellectuelle relatifs au commerce

⁴ Code de la santé publique, article L3131-16.

dans l'opinion, mais aussi chez les professionnels de santé. La réduction ou les à-coup des livraisons de doses vaccinales ont pu encore accentuer le décalage.

S'il est concevable que des modifications de la stratégie vaccinale puissent intervenir, au vu de l'expérience et des changements de contexte (livraisons, variants), ces péripéties s'expliquent aussi par des enjeux politiques (ex. : logique de concurrence internationale dans le lancement de la campagne de vaccination). Le nombre important d'instances impliquées dans la définition et le pilotage de la stratégie vaccinale conduit aussi à un partage complexe - avec risque de « dilution » - de la responsabilité.

Tant que cette situation de tension (ou de pénurie) dans l'approvisionnement de vaccin perdurera, la bonne adéquation, entre d'une part l'objectif d'une vaccination étendue et rapide et d'autre part les moyens liés à la disponibilité du vaccin, devra être recherchée dans la transparence.

En effet, dans la définition des publics prioritaires, les légitimités sont nombreuses et indiscutables. Mais lorsque les publics définis comme prioritaires sont plus nombreux que les doses disponibles, plus personne n'est réellement prioritaire et l'on se retrouve alors dans une forme d'arbitraire ne prenant en compte que l'ordre d'inscription des rendez-vous, dont on connaît les aléas.

Des situations de vaccination en dehors des publics prioritaires définis ont d'ailleurs été observées à plusieurs reprises.

Pour autant, le dispositif en place se renforce et les données diffusées par les autorités sanitaires et l'assurance maladie montrent une montée en charge importante. Le système d'information national (VaccinCovid) qui accompagne la réalisation de la vaccination est désormais opérationnel.

Cependant, des difficultés et des disparités de prises en charge ont été rapidement identifiées :

- La question de l'organisation des prises de rendez-vous reste une préoccupation centrale. Le recours à des prestataires a permis d'aller vite, mais trouve ses limites.
- Pour les personnes de plus de 75 ans (avec le vaccin de Pfizer ou Moderna) ou en situation de handicap, des disparités territoriales importantes d'accès aux centres de vaccinations persistent. Elles sont fonction des moyens et de l'engagement des autorités locales :
 - Difficultés de déplacement et d'accessibilité aux lieux de vaccination ;
 - Difficultés d'utilisation et de fonctionnement des outils de prise de RDV.
- Pour les patients vulnérables à très haut risque concernés par la liste de publics prioritaires élaborée par la HAS, les difficultés dans la compréhension et la mise en application de la liste sont réelles. Lors de la prise de rendez-vous pour ces patients, des attitudes de stigmatisation, de remise en cause de la prescription du médecin traitant, de mise en cause de l'honnêteté de la démarche sont ressenties et relayées.

- Par ailleurs, il est noté l'absence d'outils de gestion (système d'information) permettant le suivi effectif de la répartition des personnes vaccinées selon la liste des publics prioritaires.

Les métiers et professions

Les métiers et les activités professionnels exercés conditionnent également le niveau d'exposition au SARS-Cov2 et donc le risque, c'est-à-dire la probabilité de se contaminer et de développer la Covid19 et de possibles formes graves.

C'est bien sûr le cas pour les professionnels de la santé et de l'accompagnement des personnes, qui apportent leurs « soins » aux plus fragiles.

C'est également le cas pour les individus qui exercent un métier impliquant des contacts physiques avec d'autres personnes (dans le cadre des transports ou du travail) et dont les activités professionnelles ne se prêtent pas au télétravail.

La question de la priorisation de la vaccination des personnes exerçant ces métiers ou professions est nécessairement l'objet de débat. Celui-ci a été tranché (positivement), mais tardivement, concernant les professionnels de la santé et de l'accompagnement des personnes. Des inégalités d'accès vis-à-vis de la vaccination entre ces professionnels persistent encore et doivent être levées. L'adhésion à la vaccination reste inégale et les appels à la vaccination se succèdent et se font insistant.

Recommandations :

- ✓ **Renforcer l'accessibilité en termes de déplacement et de prise de rendez-vous sur tout le territoire.**
 - Proposer des solutions de transports afin d'améliorer l'accès au vaccin.
 - Pérenniser et renforcer la possibilité de prescriptions médicales de transport, avec prise en charge par l'assurance maladie, pour les personnes à mobilité réduite ou les personnes éloignées des centres de vaccination et sans moyen de transport.
 - Accroître les périodes et heures d'ouverture des centres de vaccination.
 - Mettre en place, pour le système des RDV en ligne, une assistance identifiable et accessible ainsi qu'un accompagnement des personnes en difficulté.
 - Prévoir l'accompagnement social et physique des personnes vulnérables par le CCAS ou par des associations de quartier ou territoriales.
 - Proposer un déploiement harmonisé d'équipes mobiles de vaccination et un soutien logistique notamment pour les structures médico-sociales.

- ✓ **Elargir les « opportunités » de vaccinations.**

- Faciliter la vaccination des personnes malades à risque qui sont dans les établissements de santé permettant également d'éviter des contaminations nosocomiales et des Covid19 potentiellement graves mais évitables.
- Pour les patients porteurs de pathologies chroniques ou maladies graves envisager l'organisation d'une vaccination "groupée" (ex. des patients dialysés régulièrement suivis dans les établissements de santé spécialisés).
- L'approvisionnement des professionnels de santé exerçant en ambulatoire avec les vaccins « vectorisés » doit permettre d'élargir ces opportunités.
- L'élargissement des métiers ou professions de santé autorisés à pratiquer la vaccination (prescription et injection) aux pharmaciens, sages-femmes ou infirmiers est une avancée importante. Cependant, cet élargissement doit s'inscrire dans une stratégie vaccinale maîtrisée et ne doit pas conduire à une mise en concurrence des différentes professions.

✓ **Assurer une communication claire et compréhensible permettant à chaque personne d'identifier sa situation au regard de la priorisation des publics à vacciner.**

Faciliter la compréhension de la liste des personnes prioritaires à la fois pour les usagers mais également pour les professionnels constitue une condition de sa bonne application au regard des disponibilités du vaccin et doit permettre de faciliter, en toute transparence, les flux de personnes à vacciner.

✓ **Poursuivre la réflexion sur les publics prioritaires en lien avec la disponibilité croissante des vaccins.**

Ainsi dans le champ des pathologies préexistantes, les personnes souffrant d'obésité présentent un risque supplémentaire avéré, et les hospitalisations en témoignent.

La question des métiers « prioritaires » se posera rapidement pour certains dits de « première ligne » (à titre d'exemple : les enseignants). Les choix doivent être impérativement débattus et anticipés.

✓ **Accroître la couverture vaccinale des professionnels de la santé et de l'accompagnement des personnes.**

Une politique active de plaidoyer pour la vaccination auprès des professionnels de santé et de l'accompagnement doit être menée.

Un débat public sur la question de l'obligation vaccinale des professionnels de santé et de l'accompagnement doit être engagé, sans préjuger de sa conclusion.

La vaccination des soignants, notamment en milieu hospitalier avec le vaccin Astra Zeneca, a entraîné des effets indésirables mineurs mais réels à l'origine d'arrêts de travail comprenant un jour de carence. Cette situation est anormale et doit être corrigée, en supprimant le jour de carence ou en prévoyant une autorisation spéciale d'absence.

✓ **Anticiper la question du choix du type de vaccin.**

Dans la mesure où l'élargissement de l'accès à un plus grand nombre de vaccins le permettra, la question du (libre) choix du type de vaccin (à ARNm, à adénovirus, inactivés, recombinants...) par l'utilisateur et/ou le professionnel de santé, pourra se poser : faut-il en faire un droit, lié ou non à la confiance envers chaque technologie, aux profils individuels (âge, état de santé...) notamment, pouvant justifier l'expression d'une préférence. Comment alors organiser un choix éclairé ? Faut-il ouvrir le choix au médecin, après discussion avec le patient ? Avec quelle prise en charge, dès lors que les coûts peuvent être fortement différents (alignement ou non sur le plus économique) ? Ces interrogations se posent d'ores et déjà et les réponses méritent d'être anticipées.

L'épisode récent de la suspension de l'utilisation d'un type de vaccin accentue ce questionnement.

c) Adapter la stratégie de vaccination aux territoires et aux populations

Territoires

Cette dimension interroge nos stratégies de santé au regard des dynamiques de circulations du virus selon les territoires considérés (taux d'incidence selon les départements ou les zones urbaines) mais aussi de la diversité géographique (milieu urbain ou rural), des différences de besoins et d'offre de santé ou encore des caractéristiques ethnoculturelles présentes au sein de nos territoires notamment d'outre-mer.

La prise en compte de cette diversité constitue pour notre politique vaccinale un défi et implique une réelle capacité d'adaptation.

La décision d'appliquer des mesures différenciées de lutte contre la pandémie de la Covid-19 (couvre-feu, confinement, ...) selon le territoire nécessite une communication claire pour en expliquer les raisons et les règles.

Cette capacité d'adaptation peut impliquer la prise en compte de la diversité linguistique (traduction), des niveaux de littératie des personnes concernées (outils pédagogiques), des habitudes sociales différentes (usages d'accès aux centres de santé et dispositifs d'accompagnement), des ressources disponibles au sein du système de santé local ou des contraintes géographiques et les caractéristiques de morbidité de ces populations.

L'ensemble des spécificités qui caractérise la situation d'une population d'un territoire peut même conduire à réinterroger les critères des publics cibles prioritaires voire les choix stratégiques de vaccination qui ont été retenus au niveau national. La contribution de la CRSA Guyane en est une illustration.

Populations

Cette dimension recouvre différentes situations, celle d'un éloignement vis-à-vis des soins de proximité, celle de populations marginalisées comme les sans-abris, ou vulnérables comme les migrants ou les réfugiés politiques, ou encore celle de populations institutionnalisées.

Stigmatisation et racisme peuvent hélas s'exprimer également à l'occasion de la pandémie Covid19 comme ont pu en témoigner des personnes originaires de Chine.

De nombreuses études ont démontré depuis le début de la pandémie et notamment lors des périodes de confinement que les quartiers populaires étaient les plus touchés par la crise sanitaire (taux de mortalité) du fait des mauvaises conditions de logement, de la promiscuité, du recours aux transports en commun, de l'obligation de continuer à travailler au quotidien en contact avec des collègues ou clients. Il semble donc que la conception des « personnes les plus fragiles », au-delà de l'âge, du handicap ou de la maladie, devrait être déterminée aussi en fonction de la réalité concrète et des expériences vécues dans ces quartiers.

Concernant la situation d'éloignement, outre la question des modes de transports pouvant être organisés, il s'agit avant tout de propositions d'initiatives « d'aller vers ». Cette politique de l'« aller vers » concerne également les populations les plus vulnérables (sans abris, personnes vivant en foyers migrants, squats, prisons...).

Différents dispositifs valorisant l'accompagnement des publics cibles ont pu témoigner de leur efficacité lorsqu'ils ont été mis en œuvre : médiation en santé, interprétariat professionnel, organisations de personnes paires, acteurs sociaux de quartier (centres sociaux, associations, gardiens et référents des bailleurs pour les logements collectifs), acteurs de la solidarité.

Les expériences montrent souvent la pertinence et l'efficacité des dispositifs de proximité impliquant les acteurs locaux (médecin traitant, infirmière, pharmacien, les services de la mairie) et des bénévoles.

La CNS considère que plus vite un circuit de vaccination se déploiera en ville, plus vite le dispositif sera proche des populations, gage d'efficacité et d'efficience.

Recommandations :

- ✓ **Veiller à soutenir la participation active (au plus tôt) des personnes les plus fragiles, précaires ou à mobilité réduite dans la démarche de vaccination.**
- ✓ **Apporter une réelle attention à la qualité de la médiation et des pratiques d'« aller vers » en se référant aux associations et aux structures qui connaissent ces pratiques.** En effet, la démultiplication des initiatives d'« aller-vers » s'accompagne d'une arrivée, sans concertation, d'acteurs nouveaux mal préparés venant parfois en concurrence ou en parallèle avec les acteurs compétents déjà présents.

- ✓ **Prévoir l'accompagnement social et physique des personnes vulnérables en mobilisant, si cela est possible, le centre communal d'action sociale ou les associations de quartier.** Il s'agira, pour les personnes isolées ou pour celles ne maîtrisant pas ou peu l'outil internet de faciliter la prise de rendez-vous et de relancer au moment opportun le rappel des rendez-vous.
- ✓ **Encourager la vaccination de toutes les personnes éligibles et volontaires dans une zone donnée,** avec l'aide des acteurs locaux et des défenseurs ou représentants de la communauté, afin d'utiliser les ressources de manière efficace et efficiente.
- ✓ **Pour les personnes vulnérables à « domicile », structurer l'accompagnement concret à la vaccination** pour la prise de rendez-vous, les transports, l'accessibilité des lieux de vaccination ou l'intervention des professionnels sur place.

d) Lutter contre les préjugés, questionner les représentations et renforcer la formation

Les croyances et les représentations vis-à-vis de la vaccination en générale et des vaccins contre la Covid19 en particulier sont multiples.

Des craintes se sont largement exprimées, lors du démarrage de la campagne de vaccination, vis-à-vis de l'adhésion de la population à celle-ci. Si des opposants farouches contre la vaccination en générale existent, ils restent, en France, cependant minoritaires et en deçà de leur exposition médiatique.

Ces craintes ne sont pas nouvelles et avaient conduit en 2016, aux termes de la Convention citoyenne présidée par le Pr Alain Fischer, à un ensemble de recommandations visant à renforcer la confiance du public vis-à-vis de cet outil de prévention primaire essentiel. Si les pouvoirs publics ont mis en place une des mesures emblématiques proposées (l'obligation vaccinale temporaire pour 11 valences entre 0 et 2 ans), il est regrettable que d'autres mesures recommandées n'aient pas été également mises en œuvre (ex. : le carnet de vaccination numérique).

La question de l'information est ainsi centrale. La confiance n'est possible qu'avec une information indiscutable et pluraliste, qui ne peut pas émaner des seuls pouvoirs publics (les prises de position sur les masques sont encore dans les mémoires). Il reste suffisamment d'incertitudes, y compris scientifiques et médicales, sur les vaccins proposés, pour que les circonspections, voire les doutes soient permis et ne s'assimilent pas à des « croyances » irrationnelles qu'une éducation appropriée devrait éradiquer.

Cela pose également la question du respect de la liberté d'opinion. Les données disponibles évoluent régulièrement, incitant à la prudence, tout en évitant les conclusions péremptoires, vite contredites, qui suscitent précisément des doutes.

Disposer de données fiables et régulièrement actualisées est le meilleur moyen d'éviter les excès.

Il convient de privilégier une communication claire, loyale, compréhensible pour tous, en co-construisant les messages AVEC les habitants et les acteurs locaux (associations de professionnels de santé), et concernant des sujets pratiques (ex. : public prioritaire, délai entre 2 doses, ...). De même, il faut communiquer sur les ressources disponibles (vis-à-vis de la campagne de vaccination) sur le territoire en utilisant les collectivités locales comme relais d'information.

Recommandations :

- ✓ **Développer un service public d'information en santé sur la vaccination Covid-19**, dans un contexte d'évolution rapide des connaissances, prenant en compte la diversité des niveaux de littératie en santé au sein de la population est nécessaire. Ceci doit permettre à l'utilisateur d'accéder à des sources d'informations « validées » sur un plan scientifique, dans un langage adapté aux publics cibles. Il s'agit de renforcer l'accessibilité de tous à une information sur la santé de qualité. Le principe d'utilisation du style clair et simple et des symboles visuels doit progressivement s'appliquer à toutes les communications, qu'il s'agisse d'outils ou de supports de projets d'éducation et de promotion de la santé, ou de documents institutionnels.
- ✓ **Sensibiliser et former à la littératie en santé, les professionnels intervenant dans le champ de la santé**
- ✓ **Faciliter l'identification et l'orientation de l'utilisateur du système de santé vers des lieux ou personnes ressources, tels que les associations et représentants d'utilisateurs**
- ✓ **Développer les métiers et dispositifs de médiation**

e) Renforcer les autres facteurs facilitant le déploiement vaccinal

Ces facteurs sont à la fois en termes économique, technologique, organisationnel et de gouvernance. Ils sont, ici, esquissés et seront approfondis dans le cadre d'un appel à contribution spécifique auprès des membres de la CNS.

- ✓ **La prise en charge par la solidarité nationale de l'accès au vaccin est une mesure essentielle.** Cependant, elle ne suffit pas à éviter le renoncement aux soins qui conduit les populations les plus précaires à ne pas utiliser les circuits usuels proposés pour la vaccination. Ces groupes de population demandent une stratégie spécifique permettant d'aller à leur rencontre et qui ne se contente pas de leur demander de venir.

- ✓ **La fracture numérique doit être prise en compte dans la stratégie vaccinale afin de ne pas laisser de « coté » une part de nos concitoyens.**
 Pour ceux qui sont dotés d'un outil internet, l'appropriation de l'outil est faite par les plus agiles ou les mieux aidés par des proches ; les numéros d'appel téléphonique très rapidement saturés privent les moins dotés d'outils et d'aide de leur accès à la prise de rendez-vous.
 La question de la prise de rendez-vous non sectorisée avec des lieux de vaccination multiples, peut empêcher certains candidats à la vaccination d'accéder à un lieu de vaccination de proximité.
 Ce mode de fonctionnement doit être ré évalué.
- ✓ **Le sujet du « passeport vaccinal », ou encore du « pass santé » a été soulevé, conditionnant éventuellement l'accès à certains services ou aux voyages.** Les pouvoirs publics français l'ont jusqu'ici exclu. Mais certains pays (Suède, Danemark...) l'envisagent déjà. Il est possible que les circonstances conduisent à une pression nouvelle en ce sens, voire à une décision unilatérale de certains acteurs (par exemple les compagnies aériennes). **Un tel sujet nécessite un débat public et une large consultation (Parlement, Instances de démocratie en santé).**
- ✓ **La crise sanitaire actuelle, en s'inscrivant dans la durée, tend à rajouter d'importants phénomènes de détresse morale et psychologique** qui sont aujourd'hui bien identifiés. La prise en charge et l'accompagnement de ces situations s'imposent.
- ✓ **L'organisation et la gouvernance de la campagne vaccinale, tant au niveau national que local, doivent privilégier la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés** et doivent éviter leur division ou leur mise en concurrence. **Elles doivent également s'appuyer sur les instances de démocratie en santé.**

E. Conclusions

Le cadre d'analyse, mobilisé dans cet avis, vise à renforcer le plaidoyer sur la lutte contre les inégalités de santé et à promouvoir la conception ou la mise en œuvre de stratégies de santé équitables.

Cependant, il convient de rappeler :

- Le grand nombre et la forte intrication des différents facteurs qui contribuent aux inégalités de santé [O'NEILL ; 2014] [GLOVER ; 2020] ;
- L'importance de la question de la gouvernance de la politique ou stratégie de santé et son organisation. **Ce point, essentiel, fera l'objet d'un autre avis de la CNS.**
- L'existence d'inégalités sociétales et structurelles sous-jacentes qui impliquent des politiques extérieures au champ de la santé.

Les travaux menés pour élaborer cet avis de la CNS nous semble mettre également en évidence quelques traits structurels de nos politiques de santé que nous nous proposons d'interroger et de partager ici afin de nourrir le débat démocratique.

a) Une lecture biomédicale de la pandémie est privilégiée au dépend d'une lecture sociale ou politique.

Comme le rappelait Hannah Arendt [ARENDR ; 1983] : « *La principale caractéristique de cette vie spécifiquement humaine, dont l'apparition et la disparition constituent des évènements de ce monde, c'est d'être elle-même toujours empli d'évènements qui à la fin peuvent être racontés, peuvent fonder une biographie* ».

En ce sens, le confinement imposé aux personnes âgées en EHPAD lors de la 1^e vague de l'épidémie en France puis, en contrecoup ou réaction, l'attention accordée (un temps) au consentement à la vaccination de ces mêmes personnes âgées, témoignent de cette tension entre (ce que les anciens grecs distinguaient comme) la Zoé, le simple fait d'être en vie (*dimension physique et biologique qui devient prioritaire*) et le Bios, le riche accomplissement d'une vie (*dimension sociale et politique*). La décision du Conseil d'état concernant le droit de visite des personnes âgées en EHPAD alors que la couverture vaccinale concerne 80% des résidents, en témoigne également.

La valeur de la vie humaine comme fait naturel et biologique prédomine. La valeur de la vie comme fait social et politique poursuit son déclin [FASSIN ; 2018].

Cette difficulté à appréhender la pandémie de la Covid-19 dans sa dimension sociale, dans son vécu par chacun, se retrouve dans notre (in)capacité à décrire cette réalité sociale, ce vécu, les données recueillies ne le permettant pas ou bien l'intérêt et/ou la volonté manquant. La possibilité de suivre l'évolution de l'épidémie par territoire infra régional puis infra départemental a nécessité de nombreux mois. La comparaison de la couverture vaccinale par territoire ou par catégorie socio-professionnelle reste limitée. Pourtant ce parangonnage ne serait pas inutile pour identifier les freins et les leviers pour accélérer le déploiement de la vaccination.

b) Une approche cloisonnée des mesures de lutte contre la pandémie prédomine

Cette approche cloisonnée s'est concrétisée tout au long de la crise sanitaire, lors de la répartition des équipements de protection individuelle (le « temps » des masques), lors du déploiement des tests ou de la stratégie vaccinale.

Ce cloisonnement amenait à prendre soin d'un individu isolément plutôt que dans son milieu de vie (aidant, entourage proche, relation, institution, groupe social) ou à raisonner en épisode de soins plutôt qu'en parcours de santé. La gestion de pénuries de moyens en est sans doute un élément explicatif mais pas le seul.

Dans le champ de la vaccination, cette approche cloisonnée se retrouve dans la difficulté à structurer des processus de prise en soin : de l'information sur la vaccination à la déclaration des effets indésirables en passant par la prise de rendez-vous, le déplacement de la personne ou l'acheminement des doses, ... Elle se retrouve également lorsque seule une personne âgée ou fragile est vaccinée sans que le dispositif prenne en considération le contexte de vie tel que le conjoint, l'aidant. Cette approche a également conduit à concevoir

la politique vaccinale autour des publics particulièrement fragiles (personnes âgées ou personnes en situation de handicap en institution, malades chroniques) mais sans lien avec la politique vaccinale en direction des professionnels de santé ou de l'accompagnement.

c) Une stratégie vaccinale qui devient l'alpha et l'oméga de la lutte contre la pandémie.

Dans son premier avis lié à la Covid-19, avis du 02 avril 2020, la CNS avait souligné la nécessité d'associer une large combinaison de mesures pour faire face à la crise sanitaire et casser la dynamique épidémique en cours.

L'exploit constitué par la conception rapide des vaccins contre la Covid-19 et la perspective d'un approvisionnement en quantité suffisante amènent à positionner la stratégie vaccinale comme LA mesure de lutte contre la pandémie, ce d'autant que la maîtrise de la circulation du SARS-Cov2 reste un échec.

Cette valorisation de l'outil vaccination est compréhensible mais sa mise en perspective avec les autres mesures de lutte contre la pandémie doit rester d'actualité que ce soit vis-à-vis des gestes barrières, de la stratégie « Tester, Alerter, Protéger », ou des moyens thérapeutiques.

L'objectivation scientifique et la prévention de conflits d'intérêts sont nécessaires. Il en est de même du respect des droits humains, des droits des usagers du système de santé et des principes éthiques qui prévalent dans les soins.

De nombreuses inconnues persistent et ne doivent pas nous faire oublier ceux pour qui la Covid-19 s'est inscrite durablement dans leur organisme (situation de « covid-long » ou « complications à long terme de la covid-19 ») et dont il faut assurer la prise en charge.

Bibliographie

[ARENDRT ; 1983]

Arendt, H., Fradier, G., & Ricoeur, P. (1983). Condition de l'homme moderne.

[FASSIN ; 2018]

Fassin, D. (2018). *La vie-Mode d'emploi critique*. Média Diffusion.

[FRASER ; 2021]

Fraser, M. R., & Blumenstock, J. (2021). Lessons relearned? H1N1, COVID-19, and vaccination planning. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27, S106-S110.

[GLOVER ; 2020]

Glover, R. E., van Schalkwyk, M. C., Akl, E. A., Kristjansson, E., Lotfi, T., Petkovic, J., ... & Welch, V. (2020). A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *Journal of clinical epidemiology*, 128, 35-48.

[HORTON ; 2020]

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* (London, England), 396(10255), 874.

[ISMAIL ; 2021]

Ismail, S. J., Tunis, M. C., Zhao, L., & Quach, C. (2021). Navigating inequities: a roadmap out of the pandemic. *BMJ global health*, 6(1), e004087.

[MANN ; 1998]

Mann J. Public health: ethics and human rights. *Santé publique*, 1998, 10(3) : 239-50.

[O'NEILL ; 2014]

O'Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottie, K., Clarke, M., ... & Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of clinical epidemiology*, 67(1), 56-64.

Annexes

Annexe 1 : publics prioritaires

Source : HAS

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3234097/fr/modification-du-schema-vaccinal-contre-le-sars-cov-2-dans-le-nouveau-contexte-epidemie (site consulté le 25 février)

A son démarrage le 27 décembre 2020, la campagne de vaccination contre la Covid-19 en France ciblait les résidents d'établissements accueillant des personnes âgées et résidents en services de longs séjours (EHPAD, USLD,...) et les professionnels de santé exerçant dans les établissements accueillant des personnes âgées présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave/de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidité(s)), conformément aux recommandations de la HAS pour la stratégie vaccinale mises en ligne le 30 novembre 2020.

Par la suite, la vaccination a été ouverte à l'ensemble des professionnels de santé remplissant les critères de ciblage établis par la HAS (professionnels de santé de plus de 50 ans ou présentant des comorbidités avec risque de forme grave de Covid-19). Et le 18 janvier 2021, la vaccination des personnes âgées de plus de 75 ans a débuté et le Ministère a décidé que les patients vulnérables à très haut risque [1] pourraient être vaccinés de manière progressive, à compter de cette même date.

[1] Il s'agit des personnes atteintes de cancers et de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie ; de maladies rénales chroniques sévères (dont les patients dialysés) ; transplantés d'organes solides ; transplantés par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ; de polyopathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organes ; de certaines maladies rares et particulièrement à risque en cas d'infection (liste spécifique établie par le COS et les filières de santé maladies) et enfin les sujets atteints de trisomie 21.

Annexe 2 : Liste des contributions

Organisme/instance	Date des contributions
Fédération APAJH	29/01/2021
ADMR	29/01/2021
APF Handicap	29/01/2021
Centre de vaccination (en Bretagne)	29/01/2021
CFDT	10/02/2021
CGT	10/02/2021
CNPP Dr Nicolas Neveux	03/02/2021
Conseil National des Villes	10/02/2021
Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)	15/02/2021
CRSA Guyane	05/02/2021
CRSA Guyane	
CRSA Ile de France	05/02/2021
FCPTS	10/02/2021
Fédération de l'Hospitalisation Privée	03/02/2021
Fédération française de psychiatrie	29/01/2021
Force Ouvrière	01/02/2021
Médecins du Monde	09/02/2021
Mutualité sociale Agricole MSA	11/02/2021
PCME	09/02/2021
RNOGCS	29/01/2021
Société française de santé publique	09/02/2021
SOS Hépatites	29/01/2021
SYNERPA DOM	15/02/2021
SYNERPA EHPAD	15/02/2021
UNA	09/02/2021
UNAF	05/02/2021
Union des entreprises de proximité	04/02/2021
UNIOPSS	09/02/2021
UNPS	10/02/2021
Ville de Dijon	01/02/2021