

INSTITUT
MONTAIGNE



Vaccination en France : l'enjeu de la confiance

NOTE DÉCEMBRE 2020



Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5% d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

INSTITUT
MONTAIGNE



Vaccination en France : l'enjeu de la confiance

NOTE – DÉCEMBRE 2020

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

À PROPOS DES AUTEURS

• Nicolas Bauquet

Nicolas est directeur délégué à la recherche et à la transformation publique. Chargé de développer l'activité de recherche de l'Institut, il cherche à réunir l'expertise la meilleure et la plus diverse pour éclairer les enjeux identifiés comme prioritaires. Pour ce faire, il anime le groupe des Seniors Fellows. Depuis septembre 2020, il est également chargé de développer les travaux de l'Institut portant sur la transformation de l'action publique.

Nicolas a rejoint l'Institut en septembre 2018 après huit ans au service de la diplomatie d'influence française. Comme conseiller de coopération et d'action culturelle du Bureau français de Taipei de 2014 à 2018, il a travaillé au service du développement du « *soft power* » français en Asie. De 2010 à 2014, il a été conseiller culturel de l'ambassade de France près le Saint-Siège, et directeur du Centre Saint-Louis, le centre culturel français de Rome.

Historien, il a consacré sa thèse de doctorat à la question des rapports entre religion et politique en Hongrie communiste. Ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé d'histoire, il a notamment enseigné à Sciences Po et à Harvard.

5

• Laure Millet

Laure est responsable du Programme santé de l'Institut Montaigne depuis juin 2018. Dans le cadre de ce programme, elle a pu contribuer à de nombreux projets en lien avec l'innovation en santé, qu'elle soit technologique, thérapeutique ou organisationnelle. Notamment, elle a pu coordonner la publication de différents rapports sur la e-santé, les enjeux de l'intelligence artificielle à l'hôpital, sur les indicateurs de qualité des soins co-construits avec les patients et sur l'accès aux médicaments innovants. En parallèle, elle a organisé plusieurs ateliers participatifs autour des politiques publiques en santé mentale.

Avant de rejoindre l'Institut Montaigne, Laure était chargée de projet au sein de l'Université Paris Descartes, dans le département de simulation iLumens. Elle y a travaillé sur les enjeux de la simulation en santé, sur les formations innovantes des professionnels de santé et l'intelligence artificielle. Elle a également exercé des missions de conseil pour une start up développant des formations chirurgicales en réalité virtuelle.

Laure est diplômée en économie de Sciences Po Paris et titulaire d'une licence de philosophie à l'Université Paris Nanterre. Elle a fait une partie de ses études à Singapour, à la Nanyang Technological University.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	8
I. Comment un vaccin peut-il être développé et mis sur le marché rapidement tout en étant sûr et efficace ?	9
1. Comment un vaccin est-il développé ?	12
1.1. La recherche fondamentale et pré-clinique	12
1.2. Les essais cliniques	15
2. Comment un vaccin est-il autorisé à être mis sur le marché ?	17
2.1. L'autorisation de mise sur le marché (AMM)	17
2.2. La fixation du prix	20
II. Quels dispositifs de suivi de la couverture vaccinale et de vaccinovigilance ?	23
1. Piloter la campagne de vaccination grâce aux données	23
2. Suivre le bon usage des vaccins et les effets indésirables	24
III. Comment mettre en place une stratégie vaccinale transparente et équitable dans un contexte d'approvisionnement tendu ?	28
1. Définir les populations prioritaires à la vaccination	28
2. Établir en parallèle une priorisation par zone géographique selon le degré de prévalence du virus	33
IV. Quelle organisation collective doit-elle être mise en place pour restaurer la confiance ?	36
1. Quels défis ?	36
2. Quels acteurs ?	38
2.1. L'État et ses ressources	38
2.2. Les collectivités territoriales	40
2.3. Les professionnels de santé	41
2.4. Les acteurs privés	45
3. Quelle organisation ?	46
3.1. Au niveau national	46
3.2. Au niveau territorial	47

V. À chacune de ces étapes, comment communiquer efficacement?	49
1. Avoir une vision claire des objectifs, des obstacles et des dangers	50
2. Mettre en place un pilotage stratégique	51
3. Mobiliser les bons émetteurs	53
Conclusion	56
Remerciements	57

INTRODUCTION

L'immunisation progressive de la population mondiale face au Covid-19 ne pourra être véritablement effective qu'avec un vaccin sûr et efficace. **Pour immuniser la population française, il est estimé qu'il faudrait vacciner entre 60 % à 70 % de la population** soit 40 à 47 millions d'habitants. Le gouvernement vise pour l'instant 35 millions de personnes pour 2021, ce qui sera un vrai défi dans un pays où près de **50 % des Français interrogés disent ne pas souhaiter se faire vacciner contre le virus.**

Annoncée le 3 décembre dernier et suite à l'avis rendu par la Haute Autorité de Santé fin novembre, **la stratégie de la France en matière de vaccination sera divisée en trois phases** ; la première, entre janvier et février 2021, concernera les résidents en EHPAD et les professionnels de santé qui y travaillent, soit environ **un million de personnes**. La seconde, qui devrait commencer en février, permettra de vacciner près de **14 millions de Français présentant des facteurs de risque** liés à l'âge ou à des pathologies chroniques, ainsi que certains professionnels de santé de 50 ans et plus. La troisième phase, qui sera déployée progressivement à partir du printemps, aura pour objectif **d'élargir la vaccination à l'ensemble de la population.**

8

La réussite de cette campagne repose sur **la confiance de nos concitoyens dans le vaccin et plus largement dans l'action publique qui sous-tend la politique vaccinale**. Du succès de la campagne de vaccination dépendra aussi la puissance de la reprise économique en 2021, car seule la perspective d'une immunité collective peut véritablement restaurer la confiance des entreprises et des citoyens.

L'ambition de la présente note est double : donner des éléments objectifs sur le développement en cours du vaccin contre le coronavirus et proposer des pistes concrètes sur l'organisation collective à mettre en place pour faire de cette campagne de vaccination une réussite. Ainsi, la note explique tout d'abord **comment un vaccin peut être développé et mis sur le marché dans des temps records tout en étant sûr et efficace**. Cela nécessite la mise en place de ressources humaines, médicales et financières inédites mais aussi des interactions très régulières avec les pouvoirs publics, notamment dans la mise en place des dispositifs de pharmacovigilance. Ce travail propose ensuite **une mise en perspective des différentes stratégies de vaccination en cours**, en France et à l'étranger.

En soutien à cela, **une organisation collective sans précédent doit être mise en place pour restaurer la confiance** et répondre aussi bien aux défis logistique, numérique, qu'humain. Quels sont alors les bons acteurs à mobiliser et pour quelle(s) mission(s) ? Cette organisation doit être épaulée par **une communication très claire qui mobilise les bons émetteurs**, notamment les professionnels de santé, avec des messages adaptés et intelligibles.

COMMENT UN VACCIN PEUT-IL ÊTRE DÉVELOPPÉ ET MIS SUR LE MARCHÉ RAPIDEMENT TOUT EN ÉTANT SÛR ET EFFICACE ?

Comprendre les différentes étapes de la recherche clinique pour aboutir à la mise sur le marché d'un vaccin ou d'un médicament est indispensable : elles sont multiples et complexes, ce qui peut participer à alimenter la défiance envers les vaccins et les politiques de vaccination en France.

Les citoyens sont nombreux¹ à exprimer leurs inquiétudes envers le nouveau vaccin contre le Covid-19. D'après une récente enquête menée par Kantar², la méfiance autour du vaccin peut s'expliquer par les conditions très rapides de son développement et de son expérimentation. Dans 4 des 5 pays couverts par l'enquête, **une majorité se déclare inquiète de la sécurité des vaccins en raison de la rapidité avec laquelle ils sont mis au point et produits** ; cette proportion atteint 69 % en France.

1 « Three in four adults globally say they'd get a vaccine for COVID-19 », *enquête IPSOS en ligne*, 1^{er} septembre 2020 <https://www.ipsos.com/en/three-four-adults-globally-say-theyd-get-vaccine-covid-19>

2 « Les attitudes à l'égard de futurs vaccins contre le Covid-19 dans 5 pays (France, Allemagne, Italie, États-Unis, Grande-Bretagne) », enquête Kantar réalisée du 10 au 12 novembre 2020 auprès de 5 000 personnes âgées de 16 ans et plus.

Dans l'ensemble, je pense que les vaccins sont sûrs

	 Grande-Bretagne	 États-Unis	 France	 Allemagne	 Italie
Tout à fait d'accord	34 %	33 %	14 %	26 %	22 %
Plutôt d'accord	41 %	32 %	48 %	43 %	48 %
Sous-total d'accord	75 %	65 %	62 %	69 %	70 %
Indifférent(e)	15 %	18 %	12 %	18 %	16 %
Plutôt pas d'accord	5 %	9 %	19 %	8 %	9 %
Pas du tout d'accord	5 %	8 %	7 %	5 %	5 %
Sous-total pas d'accord	10 %	17 %	26 %	13 %	14 %

Je m'inquiète de la sécurité des vaccins contre le coronavirus (Covid-19) en raison de la rapidité avec laquelle ils sont mis au point et produits

	 Grande-Bretagne	 États-Unis	 France	 Allemagne	 Italie
Tout à fait d'accord	18 %	22 %	27 %	14 %	16 %
Plutôt d'accord	35 %	33 %	42 %	27 %	40 %
Sous-total d'accord	53 %	55 %	69 %	41 %	56 %
Indifférent(e)	24 %	21 %	14 %	28 %	26 %
Plutôt pas d'accord	16 %	15 %	14 %	23 %	14 %
Pas du tout d'accord	7 %	9 %	3 %	8 %	4 %
Sous-total pas d'accord	23 %	24 %	17 %	31 %	18 %

Source : Kantar, 2020.

Dans le développement du vaccin contre le Covid-19, **les phases de recherche et de commercialisation n'ont pas pris une dizaine d'années mais une dizaine de mois**. D'après l'immunologiste de l'Inserm Cecil Czerkinsky interrogé par Sciences et Avenir en novembre 2020³, ceci est une « *prouesse réalisée grâce à une mobilisation historique* », aussi bien des laboratoires pharmaceutiques que des gouvernements et des autorités de santé, face à une pandémie qui touche l'ensemble de la population mondiale.

Pour gagner du temps dans le développement du vaccin contre le Covid-19, les processus qui sont normalement faits l'un après l'autre, sont réalisés en parallèle⁴. C'est-à-dire qu'au lieu d'attendre les résultats de chaque phase pour entamer la suivante, **les protocoles des trois phases ont été réalisés ensemble et partagés simultanément aux autorités de santé américaines et européennes pour avancer plus vite**, tout en assurant la sécurité et la santé des patients.

Au Canada, un arrêté d'urgence pour accélérer le processus d'approbation des vaccins contre le COVID-19

Dans le but d'accélérer le processus d'autorisation de mise sur le marché d'un vaccin, l'agence réglementaire canadienne, Santé Canada, a décidé de **débuter l'évaluation des dossiers et de poursuivre celle-ci au fur et à mesure que les fabricants obtiennent de nouveaux résultats**⁵.

Un arrêté d'urgence a été adopté le 16 septembre 2020 afin d'accélérer le processus réglementaire : « *Le processus d'approbation d'un vaccin est assez complexe et ne débute habituellement que quand la compagnie a amassé l'ensemble des données des essais cliniques de phases 1, 2 et 3. Mais l'arrêté nous permet maintenant **d'accepter des demandes d'approbation pour un vaccin, dont les essais cliniques sont toujours en cours**, à condition bien sûr que le fabricant dispose de données probantes en termes d'innocuité et d'efficacité* », souligne le Dr. Berthiaume, directeur du Bureau des sciences médicales à Santé Canada.

.../...

3 « Comment le vaccin contre le Covid-19 arriverait en 10 mois contre 10 ans normalement? », Sciences et avenir, 20 novembre 2020 https://www.sciencesetavenir.fr/sante/comment-le-vaccin-contre-le-covid-19-arriverait-en-10-mois-contre-10-ans-normalement_149289

4 Vidéo sur Youtube du Department of Health and Human Services: https://www.youtube.com/watch?v=Z06JQhyZLUI&feature=emb_logo&ab_channel=U.S.DepartmentofHealthandHumanServices

5 « Santé Canada accélère le processus d'approbation des vaccins contre le Covid-19 », Le Devoir, 8 octobre 2020 <https://www.ledevoir.com/societe/sante/587539/sante-canada-accelere-le-processus-d-approbation-des-vaccinscontre-la-covid-19>

L'examen des dossiers est donc réalisé en continu, au fur et à mesure que progressent les essais cliniques et que se confirment les preuves d'innocuité et d'efficacité du vaccin soumis. Ceci va permettre de considérablement « réduire les délais, d'accélérer le processus tout en maintenant la rigueur de la révision. **On pourra ainsi accélérer le processus de plusieurs mois.** Alors qu'un an est généralement nécessaire pour obtenir une approbation, celle-ci pourra probablement être accordée en quelques mois », précise le Dr. Berthiaume.

Extrait de l'article du Devoir « Santé Canada accélère le processus d'approbation des vaccins contre la COVID-19 », 8 octobre 2020

1. Comment un vaccin est-il développé ?

1.1. La recherche fondamentale et pré-clinique

12

La recherche fondamentale permet d'**identifier des concepts ou des mécanismes d'action innovants**. Elle a pour principal objectif la production de connaissances, c'est-à-dire une meilleure compréhension de l'organisme et des pathologies. Le processus de recherche fondamentale permet **d'identifier des molécules dont les chercheurs estiment qu'elles pourraient avoir un intérêt thérapeutique**.

L'ARN messenger, une découverte majeure dans la recherche contre le Covid-19

Les vaccins développés par Moderna et Pfizer/BioNTech se basent sur une technologie innovante utilisant l'**ARN messenger (ARNm)**.

De façon générale, la vaccination consiste à **injecter dans l'organisme de faibles doses d'un agent pathogène** (le vaccin) pour stimuler le système immunitaire et l'amener à produire des anticorps de protection⁶. .../...

6 « Qu'est-ce que la vaccination? », site internet de l'ARS Guadeloupe, consulté le 1^{er} décembre 2020
<https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-vaccination>

La nouvelle méthode laisse les cellules faire le travail : elle consiste à injecter dans l'organisme non pas l'antigène mais son mode d'emploi, son code génétique, sous forme d'ARN (acide ribonucléique)⁷. L'ARNm injecté va permettre la production d'une protéine bien particulière, l'antigène spécifique du coronavirus appelé *spike*. L'antigène, inoffensif, va s'attacher aux cellules humaines pour les pénétrer et **créer de l'immunité**.

L'avantage de cette méthode est qu'elle n'oblige pas à introduire dans le corps du patient un agent pathogène : **c'est la cellule humaine qui fournit l'agent du vaccin au reste du corps**. C'est pour cette raison que **les phases de recherche et développement du vaccin contre le coronavirus ont pu être conduites en des temps records** : « 66 jours entre le moment où le code génétique du virus Sars-Cov2 a été connu et le moment où un premier patient a reçu en test un vaccin à ARN messenger correspondant »⁸.

Pour plusieurs raisons, l'utilisation de l'ARNm représente une solution alternative potentiellement innovante et exportable pour de nombreux autres vaccins⁹ : leur puissance immunitaire, leur capacité à induire la production de protéines sans avoir à pénétrer à l'intérieur du noyau des cellules, le fait que leur administration fait appel à des vecteurs géniques non infectieux et qu'ils se prêtent à **un développement rapide et donc à une production potentiellement à plus faible coût**.

Entre la recherche fondamentale et la recherche clinique appliquée à l'homme, s'intercale une phase de tests précliniques qui peuvent être des études *in vitro* (tests sur cellules de culture), *in vivo* (tests sur les animaux) ou *in silico* (modélisation informatique). Elles permettent d'obtenir de premières données pharmacologiques, pharmacocinétiques et toxicologiques permettant ainsi d'évaluer la dose maximale tolérable chez l'homme.

7 « Covid-19 : la saga du vaccin à ARN messenger désormais dans le sprint final », *Le Monde*, 30 novembre 2020
https://www.lemonde.fr/sciences/article/2020/11/30/covid-19-la-saga-du-vaccin-a-arn-messenger-dans-le-sprintfinal_6061695_1650684.html

8 « Comment fonctionne le vaccin à ARN messenger de Pfizer et BioNTech? », *Le JDD*, 10 novembre 2020
<https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/covid-19-comment-fonctionne-le-vaccin-a-arn-messenger-de-pfizer-et-biontech-4004691>

9 Communiqué de presse de Sanofi Pasteur du 15 octobre 2020
<https://www.sanofi.com/fr/mediaroom/communiqués-de-presse/2020/2020-10-15-14-00-00>

L'intelligence artificielle (IA), un allié pour accélérer la recherche d'un traitement contre le Covid-19

Une application attendue de l'IA face au Covid-19 est certainement **l'assistance aux chercheurs dans la conception du vaccin**. La biomédecine et la recherche s'appuient sur de très nombreuses techniques parmi lesquelles les diverses applications de l'informatique et de la statistique ont déjà offert depuis bien longtemps des apports. L'emploi de l'IA s'inscrit donc dans cette continuité.

Les **prédictions de la structure du virus générées par l'IA ont déjà fait gagner des mois d'expérimentation aux scientifiques**. L'IA semble avoir apporté un appui notable en ce sens, même si elle est limitée du fait de règles dites « continues » et d'une combinatoire infinie pour l'étude du repliement des protéines. La startup américaine Moderna s'est illustrée par sa maîtrise d'une biotechnologie fondée sur l'acide ribonucléique messager (voir encadré ci-dessus). Elle est parvenue à **réduire significativement le temps pour développer un prototype de vaccin testable sur l'homme grâce à l'appui de la bioinformatique, dont l'IA fait partie intégrante**.

De même, le géant technologique chinois Baidu a publié en février 2020, en partenariat avec l'Université d'État de l'Oregon et l'Université de Rochester, son algorithme de prédiction « Linearfold » afin d'étudier ce même repliement des protéines. Cet algorithme est beaucoup plus rapide que les algorithmes traditionnels afin de prédire la structure de l'acide ribonucléique (ARN) secondaire d'un virus et de fournir aux scientifiques des informations supplémentaires sur la manière dont les virus se propagent. La prédiction de la structure secondaire de la séquence d'ARN du Covid-19 aurait ainsi été calculée par « Linearfold » **en 27 secondes, au lieu de 55 minutes**.

DeepMind, filiale de la société mère de Google, Alphabet, a également partagé ses prédictions sur la structure des protéines du coronavirus, avec son système d'IA « AlphaFold ». IBM, Amazon, Google et Microsoft ont également fourni la puissance de calculs de leurs serveurs aux autorités américaines pour pouvoir traiter les très **grands jeux de données en matière d'épidémiologie, de bioinformatique et de modélisation moléculaire**.

*Extrait de l'article « IA et lutte contre le coronavirus Covid-19 »,
sur le site du Conseil de l'Europe¹⁰*

1.2. Les essais cliniques

La recherche clinique consiste à tester les médicaments ou les vaccins directement sur l'homme. Les objectifs poursuivis sont de s'assurer de la sécurité d'un médicament ou d'un vaccin et de mesurer son efficacité. Les essais cliniques sont essentiellement conduits par des entreprises privées, seules ou en partenariat avec des centres de recherche publics. Les essais cliniques sont très contrôlés : en France, avant qu'un laboratoire lance un essai, il doit obtenir un avis favorable d'un Comité consultatif de protection des personnes (CPP) et une autorisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

On distingue classiquement trois étapes successives de recherche clinique :

- Les **essais cliniques de phase I** visent à contrôler la tolérance de la molécule chez l'être humain. Ils sont menés sur un nombre restreint de « volontaires sains », souvent rémunérés et contrôlés pour éviter les abus ;
- Les **essais cliniques de phase II** impliquent des patients malades et visent à mesurer l'efficacité de la molécule sur les critères thérapeutiques définis. Cette phase permet aussi de déterminer la dose minimale efficace et d'identifier les effets secondaires majeurs ;
- Les **essais cliniques de phase III** sont ceux qui impliquent le plus grand nombre de patients malades en fonction de la pathologie et visent à **statuer de manière définitive sur l'efficacité de la molécule en comparaison à un traitement de référence ou à un placebo** lorsqu'aucun comparateur cliniquement pertinent n'existe.

Moderna et Pfizer/BioNTech en pole position dans la course au vaccin contre le Covid-19

Les vaccins contre le Covid-19 en cours de développement par les entreprises américaines Pfizer et Moderna sont toujours en phase III de développement clinique, et ce jusqu'à la validation des autorités compétentes. L'analyse des données de ces essais cliniques permet de **vérifier les bénéfices comparés du nouveau traitement par rapport à un placebo, selon des critères**

.../...

définis à l'avance par l'investigateur (données de morbidité, de survie sans progression, de réduction des événements cardio-vasculaires, etc.) et d'**identifier d'autres risques ou effets secondaires** qui ne seraient pas apparus en phase II. Il y a donc une **évaluation de l'efficacité absolue et relative du nouveau traitement et de son rapport bénéfice-risque**.

- **Le vaccin Pfizer et BioNTech approuvé par la Food and Drug Administration américaine**

Après qu'un groupe d'experts a approuvé le 11 décembre 2020 le vaccin Pfizer et BioNTech Covid-19, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a officiellement accordé une autorisation d'utilisation d'urgence du vaccin. Le vaccin est maintenant approuvé pour une utilisation d'urgence chez tous les individus âgés de 16 ans et plus, bien que la FDA ait déclaré que le vaccin ne devrait pas être administré à ceux qui ont des antécédents de réactions allergiques graves aux ingrédients contenus dans le vaccin.

- **Les éléments clés sur les vaccins les plus avancés**

(mécanisme d'action, nombre de doses, taux d'efficacité, température de conservation, coût)

Company	Type	Dose	How effective *	Storage	Cost per dose
 Oxford Uni-AstraZeneca	Viral vector (genetically modified virus)	 × 2	62-90 %	Regular fridge temperature	£3 (4\$)
 Moderna	RNA (part of virus genetic code)	 × 2	95 %	-20°C up to 6 months	£25 (33\$)
  PfizerBioNTech	RNA	 × 2	95 %	-70°C	£15 (20\$)
 Gamaleya (Sputnik V)	Viral vector	 × 2	92 %	Regular fridge temperature (in dry room)	£7.50 (10\$)

* preliminary phase three results, not yet peer-reviewed

Source : Respective companies, WHO / BBC.

Une fois les résultats des essais cliniques publiés, intervient une phase d'évaluation et d'enregistrement du médicament ou du vaccin par les autorités administratives jusqu'à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) qui conditionne l'accès au médicament ou au vaccin pour tous les patients. Aux États-Unis, la prestigieuse revue scientifique « *New England Journal of Medicine* » a publié le 10 décembre un éditorial¹¹ validant largement les résultats des essais cliniques, parlant même de « triomphe » scientifique.

Dans le cadre du développement du vaccin contre le Covid-19, plusieurs facteurs ont donc permis d'accélérer ces différentes phases : le recours aux nouvelles technologies dès la conception du vaccin, les importants investissements réalisés tant que les étapes de recherche que de développement, mais aussi le fait que les fabricants aient été autorisés à enchaîner les phases 2 et 3 de leurs essais cliniques, en recrutant de nouveaux participants, sous réserve évidemment que le candidat vaccin ne présente pas de problème de nocivité pour les patients.

2. Comment un vaccin est-il autorisé à être mis sur le marché ?

17

La réglementation européenne classe les vaccins dans les médicaments immunologiques. Leur mise sur le marché obéit donc aux mêmes règles que celles qui sont appliquées aux médicaments¹². Comme l'Institut Montaigne l'avait étudié dans un précédent rapport *Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir*¹³, un produit qui rentre dans la catégorie « médicament » est alors immédiatement **encadré par une réglementation stricte à trois niveaux**.

2.1. L'autorisation de mise sur le marché (AMM)

Dans chaque pays, avant commercialisation, un médicament doit obtenir une AMM. En France, cette dernière est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) qui est chargée d'évaluer le rapport bénéfices /

11 « Covid-19 : les résultats des essais cliniques du vaccin Pfizer-BioNTech validés par une revue scientifique », *Le Monde*, 10 décembre 2020.

12 Site internet VaccinationInfoService.fr sur la procédure de mise sur le marché des vaccins <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Qualite-securite-et-efficacite-des-vaccins/Securite-et-qualite-des-vaccins/Procedure-de-mise-sur-le-marche-des-vaccins>

13 « Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir », *Institut Montaigne*, septembre 2019 <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/medicaments-innovants-prevenir-pour-mieux-guerir-rapport.pdf>

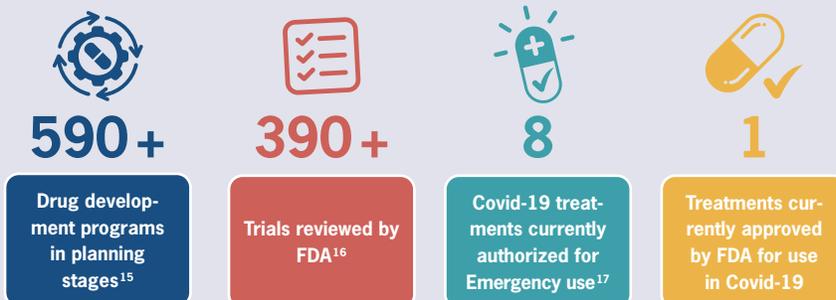
risques du produit. Il existe plus communément aujourd'hui une procédure centralisée au niveau européen au sein de l'European Medicines Agency (EMA). Après la mise sur le marché, l'ANSM possède aussi une mission importante de pharmacovigilance qui a été renforcée au fil des crises sanitaires. **Ainsi, un vaccin ne peut pas être mis sur le marché et administré aux patients s'il n'a pas une AMM.** C'est cette autorisation qui garantit que chaque patient puisse être vacciné avec un vaccin dont la qualité pharmaceutique, la sécurité d'emploi et l'efficacité sont démontrées et validées.

Le *Coronavirus Treatment Acceleration Program* mis en place par la Food & Drug Administration américaine (FDA)¹⁴

La FDA a créé un **programme spécial d'urgence pour les thérapies contre les coronavirus**, le *Coronavirus Treatment Acceleration Program* (CTAP). Ce programme utilise toutes les méthodes disponibles pour faire parvenir les nouveaux traitements aux patients le plus rapidement possible, tout en évaluant s'ils sont suffisamment sûrs et efficaces.

Le CTAP a mis en place un **tableau de bord permettant d'avoir un aperçu du développement des thérapies potentielles contre le Covid-19**. Étant donné la nature urgente de la pandémie et le nombre d'entreprises et de chercheurs qui développent des thérapies liées au coronavirus, les chiffres évoluent très régulièrement. Au 31 octobre 2020, le tableau de suivi présentait les chiffres suivants :

Le tableau de suivi (« dashboard ») du CTAP au 30 novembre 2020



14 Site internet de la Food and Drug Administration sur le *Coronavirus Treatment Acceleration Program*
<https://www.fda.gov/drugs/coronavirus-covid-19-drugs/coronavirus-treatment-acceleration-program-ctap>

15 Active Pre-INDs. Excludes vaccines.

16 Safe to proceed INDs. Excludes vaccines.

17 Please see the Emergency Use Authorization webpage for more details. This number includes 1 EUA authorizing both medical devices and drug for emergency use.

L'opération américaine « Warp Speed »

L'objectif de l'opération *Warp Speed* (OWS) est de produire et fournir **300 millions de doses de vaccins aux patients américains d'ici janvier 2021**¹⁸, dans le cadre d'une stratégie visant tant à accélérer le développement, la fabrication que la distribution de vaccins, ainsi que des produits thérapeutiques et de diagnostics contre le Covid-19.

L'OWS est un partenariat entre les différentes composantes du ministère de la santé et des services sociaux (HHS), notamment le centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC), les instituts nationaux de la santé (NIH), l'autorité de recherche et de développement biomédical avancé (BARDA) et le ministère de la défense (DoD). **L'OWS collabore avec des entreprises privées et d'autres agences fédérales**, notamment le ministère de l'agriculture, le ministère de l'énergie et le ministère des anciens combattants. Il coordonne tous les efforts existants du HHS, y compris le partenariat *ACTIV (Accelerating Covid-19 Therapeutic Interventions and Vaccines)* du NIH, l'initiative *RADx (Rapid Acceleration of Diagnostics)* du NIH et le travail de la BARDA.

• Sur le développement du vaccin

Pour accélérer le développement du vaccin tout en maintenant les normes de sécurité et d'efficacité, l'OWS a sélectionné les candidats vaccins et fournit un soutien gouvernemental coordonné. Les protocoles des essais sont supervisés par le gouvernement fédéral, contrairement aux partenariats public-privé traditionnels, dans lesquels les sociétés pharmaceutiques décident de leurs propres protocoles.

Plutôt que d'éliminer des étapes des calendriers de développement traditionnel, **les étapes se déroulent donc simultanément, comme par exemple le démarrage de la fabrication du vaccin à l'échelle industrielle bien avant la démonstration de l'efficacité et de la sécurité du vaccin, comme cela se fait normalement.** Cela augmente le risque financier, mais pas le risque lié au produit.

.../...

¹⁸ « Fact Sheet: Explaining Operation Warp Speed », site internet du *United States Department of Health & Human Services*, consulté le 30 novembre 2020 "<https://www.hhs.gov/coronavirus/explaining-operation-warp-speed/index.html>

• Sur la fabrication du vaccin

Le gouvernement fédéral investit lui-même dans la capacité de fabrication nécessaire, ce qui donne aux entreprises la certitude qu'elles peuvent investir massivement dans le développement et permettre ainsi une distribution plus rapide d'un éventuel vaccin. Les capacités de fabrication des candidats sélectionnés seront avancées pendant qu'ils sont encore en développement, plutôt que d'être augmentées après l'approbation ou l'autorisation. La capacité de fabrication sera mise à la disposition de tout vaccin approuvé, quelles que soient les entreprises qui ont développé cette capacité.

• Sur la distribution du vaccin

L'OWS et ses partenaires privés élaborent un plan pour fournir aux Américains un produit sûr et efficace aussi vite et aussi fiable que possible. Des experts du HHS dirigent le développement des vaccins, tandis que des experts du DoD travaillent en partenariat avec le CDC et d'autres services du HHS pour **coordonner l'approvisionnement, la production et la distribution des vaccins.**

2.2. La fixation du prix : un équilibre entre besoins sanitaires et contraintes de financement

Les dernières étapes de développement d'un vaccin avant l'accès aux patients sont le **circuit de distribution** : en France, il est constitué exclusivement d'offices de pharmacie et de pharmacies à usage intérieur des établissements de santé. En parallèle, un **prix** doit être fixé ; en France, c'est le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) qui fixe le prix des médicaments remboursables aux assurés sociaux après négociation avec le laboratoire pharmaceutique.

Dans le cadre des négociations au niveau européen pour le vaccin contre le Covid-19, c'est Agnès Pannier-Runacher, secrétaire d'État auprès du ministre de l'Économie et des Finances, qui est en première ligne côté français. À ce jour le gouvernement français a pré-réservé 200 millions de doses de vaccins, soit 100 millions de doubles vaccinations : une marge de sécurité indispensable pour gérer l'épidémie, dont le coût immédiat est chiffré à 1,5 milliard d'euros¹⁹.

¹⁹ « Covid : pourquoi la France a-t-elle commandé autant de doses de vaccins ? », *Les Échos*, 4 décembre 2020.

La mise en place d'une *task force* inédite au niveau européen pour acheter des doses de vaccin

Une *task force* « vaccins » a été montée en mai au ministère de l'Économie et des Finances, sous la responsabilité d'Agnès Pannier-Runacher. Regroupant rapidement, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, puis dans un second temps la Suède, l'Espagne et la Pologne, l'objectif de cette mission inter-européenne consiste à **sécuriser le maximum de doses au meilleur prix**.

Encadrés par la Commission européenne, par l'intermédiaire de la DG Santé Sandra Gallina, les négociateurs se réunissent tous les jours à 16 heures, et se répartissent les négociations par pays²⁰. Chaque vendredi, ils font le point à 27 États-membres. Le Royaume-Uni gère ses propres commandes mais reste en interaction constante avec la *task force* européenne.

Après six mois de négociations, six contrats ont été signés. AstraZeneca en août, Sanofi-GSK en septembre, Janssen en octobre, Pfizer-BioNTech en novembre, puis CureVac et Moderna. Le 17 novembre, Jean Castex déclarait ainsi que l'État français avait « sécurisé 100 millions de doses »²¹.

L'intervention de la *task force* permet de faire valoir aux laboratoires les intérêts d'un vaste marché intérieur de quelque 470 millions de patients, le premier au monde. Un argument majeur dans la discussion sur les prix, qui **pourraient être plus avantageux que ceux obtenus par les États-Unis**. Le 20 novembre, l'agence Reuters avançait un prix unitaire à 15,50 euros la dose pour le vaccin Pfizer-BioNTech en Europe, contre 25 dollars aux États-Unis, et 10 euros la dose pour le vaccin Curevac. Ainsi, pour les seuls vaccins Pfizer et CureVac, le montant total de la facture pourrait s'élever à plus de 8 milliards d'euros pour quelques centaines de millions de doses.

Les doses sont réparties en fonction de la population du pays, et modulées en fonction des stratégies, certains pays prévoyant de vacciner plus

.../...

20 « Comment Paris et Bruxelles négocient l'achat de vaccins contre le Covid-19 ? », *Les Échos*, 22 novembre 2020 <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/comment-paris-et-bruxelles-negocient-lachat-de-vaccinscontre-le-covid-1267195>

21 « Jean Castex prépare les esprits à une sortie progressive du confinement », *Les Échos*, 18 novembre 2020 <https://www.lesechos.fr/politique-societe/gouvernement/covid-jean-castex-prepare-les-esprits-a-une-sortieprogressive-du-confinement-1265904>

largement que d'autres. Lorsqu'un accord est signé, les États ont cinq jours pour dire s'ils restent ou non partie au contrat. En cas de désistement, les autres pays assument ensemble le coût de sa part. En outre, les États-membres sont libres d'aller négocier directement des vaccins qui ne seraient pas dans le viseur de la task force européenne – mais ce n'est pas le choix qu'a fait la France.

Enfin, en cas de non autorisation de mise sur le marché, les États acheteurs ne seront pas débités. Seule la Commission européenne aura perdu le montant de l'acompte versé pour lancer la production en avance de phase. Certains contrats prévoient toutefois que les laboratoires remboursent une partie de la mise de fonds.

Extrait de l'article des Échos « Comment Paris et Bruxelles négocient l'achat de vaccin contre le Covid-19 »

QUELS DISPOSITIFS DE SUIVI DE LA COUVERTURE VACCINALE ET DE VACCINOVIGILANCE ?

Face au Covid-19, les États répondent par la construction de nouveaux outils numériques de surveillance et de contrôle de l'épidémie. La prolifération des applications de traçage en Europe – TousAntiCovid en France, NHS Covid-19 en Angleterre, RadarCovid en Espagne, etc. – marque la volonté des pays à **s'appuyer sur la donnée pour combattre l'épidémie**. Si l'IA a déjà montré son utilité dans la recherche d'un vaccin et le suivi de la situation épidémique²², les prochaines campagnes de vaccination devront indubitablement s'appuyer sur des données de vaccination, remontées en temps réel par les professionnels de santé.

L'analyse des données de vaccination permettra de conforter la stratégie initiale ou à défaut, de corriger le tir, tout en renseignant systématiquement les éventuels effets indésirables. Si les phases de R&D et de mise sur le marché ont pu être accélérées, **les dispositifs de vaccinovigilance s'inscrivent eux, dans le temps long, et vont permettre de réaliser des études d'impact sur le long terme de l'efficacité et de la sécurité des vaccins déployés.**

1. Piloter la campagne de vaccination grâce aux données

La surveillance sur le long cours est un élément nécessaire au bon suivi de l'épidémie permettant de fournir des informations utiles à la planification, la mise en œuvre, l'évaluation et la modification des programmes de vaccination. Elle est également indispensable pour **assurer la confiance dans la politique vaccinale.**

Un système de surveillance continue permettra, une fois la campagne de vaccination lancée, de générer des données sur **l'efficacité réelle, la sécurité des vaccins**

22 « L'IA contre le Covid-19 : améliorer la recherche et accélérer le diagnostic », *Institut Montaigne*, 13 novembre 2020
<https://www.institutmontaigne.org/blog/intelligence-artificielle-contre-le-covid-19-ameliorer-la-recherche-et-acceler-le-diagnostic>

distribués mais également sur l'état de l'immunité au niveau individuel puis collectif. L'exploitation des données recueillies au niveau de chaque individu (âge, état de santé, date d'administration de la première dose et du rappel, éventuelles comorbidités, etc.) permettra **d'évaluer l'efficacité et l'impact du vaccin en vie réelle et son adhésion dans les populations cibles** (taux de couverture des sous-groupes prioritaires et identification des zones à faible couverture).

En outre, une **traçabilité systématique** des vaccinations réalisées sera nécessaire sur un support standardisé et numérique. La HAS propose d'établir un dispositif qui devra permettre « *aux personnes vaccinées de disposer des documents attestant de cette vaccination, précisant notamment le numéro de lot et la date de vaccination afin d'éviter toute re-vaccination inutile par un autre professionnel de santé et permettre le suivi des éventuels événements indésirables* »²³. La donnée permettra également aux pouvoirs publics de réaliser des **études d'impact sur l'efficacité et la sécurité des vaccins déployés**. Un tel système est essentiel pour surveiller dans le temps la campagne de vaccination et pour nourrir le plus rapidement et le plus précisément les décisions publiques.

24

De la même façon, l'accompagnement de la vaccination par la multiplication de **tests sérologiques** sur la population vaccinée ajoutera des informations supplémentaires au suivi de **l'efficacité réelle du vaccin et de l'immunisation collective**. Un tel dispositif complémentaire sera particulièrement utile à deux niveaux :

- au **niveau individuel**, en déterminant le statut immunitaire d'un individu, permettant de savoir s'il a été en contact avec le virus et s'il est protégé contre le virus, en mesurant les anticorps et en établissant ainsi la durée de son immunité ;
- au **niveau de la population en général**, en réalisant des études de prévalence dont les résultats pourront permettre d'orienter la stratégie vaccinale.

2. Suivre le bon usage des vaccins et les effets indésirables

La vaccinovigilance sera d'une importance cruciale pendant la campagne de vaccination, notamment parce que les vaccins utilisés sont récents. **Leur nouveauté et la rapidité avec laquelle ils ont été développés représentent une préoccupation centrale pour le public et les professionnels de santé au regard de possibles effets indésirables.** Il en découle la nécessité de se donner des moyens accrus

²³ Consultation publique de la HAS sur la stratégie vaccinale contre le Covid-19 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/consultation_publicque_reco_strategie_vaccinale_contre_la_covid-19.pdf

pour **repérer et analyser tous les signaux d'alerte relatifs à la sécurité de ces vaccins**, afin de permettre aux autorités de réagir très rapidement en cas de signalements inquiétants.

Tous les États-membres de l'UE ont mis en place un système de notification systématique des événements indésirables post-vaccination. Ces rapports sont soumis aux instituts nationaux de santé publique, qui les transmettent ensuite aux agences nationales de réglementation. Tous les rapports nationaux sont automatiquement transmis au système de gestion et d'analyse de la pharmacovigilance des autorités de réglementation des médicaments de l'Union européenne (EudraVigilance), géré par l'Agence européenne des médicaments (EMA). En cas de signal d'alerte, des études d'association doivent être réalisées, de préférence conformément à la législation de l'UE en matière de pharmacovigilance.

Le projet de e-carte de la vaccination européenne de la Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFAEA)

- **Les objectif du projet**

Fournir des options et des recommandations pour un carnet de vaccination du citoyen de l'UE afin de permettre un examen approfondi de la faisabilité de l'élaboration d'un **passport commun de vaccination du citoyen de l'UE**. Cette initiative vise également à améliorer la couverture vaccinale en s'attaquant aux problèmes causés par les mouvements transfrontaliers de personnes et les différences entre les programmes de vaccination dans l'UE.

- **L'approche**

L'équipe du projet mettra en place **trois modèles de cartes de vaccination**. Afin de garantir la convivialité et la conformité, les exigences relatives à ces modèles seront basées sur une étude exhaustive des cartes de vaccination existantes dans 34 pays (UE et 3 pays anglophones), une enquête qualitative et les commentaires d'un conseil consultatif externe comprenant des experts internationaux de premier plan.

.../...

Les modèles répondront à la nécessité de fournir des **recommandations de vaccination spécifiques à chaque pays** tout en mettant en place un historique de vaccination personnel unifié. Une fois stabilisés, ils seront testés sur un panel de plus de 75 000 citoyens. L'étude de terrain qui en résultera débouchera sur des recommandations et des conclusions qui seront soumises à la CHAFAEA.

Les travaux sont planifiés sur une période de deux ans. La première année est consacrée au travail qualitatif sur le terrain, à l'analyse de la situation actuelle et à la conception des futurs modèles de cartes de vaccination. La deuxième année, l'équipe se concentrera sur le test de ces modèles et la présentation des recommandations et des conclusions finales.

En France, la HAS recommande que le futur système de vaccinovigilance « *permette de repérer les éventuelles erreurs de schémas vaccinaux, comme des intervalles entre deux doses, différents de ceux recommandés (pour les vaccins à schéma à 2 doses) ou l'administration en seconde dose d'une spécialité vaccinale différente de la première dose* »²⁴. Lors de sa conférence de presse du 3 décembre, le gouvernement a rappelé l'importance d'un tel dispositif, qui sera mis en place en lien avec l'Autorité nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)²⁵.

La réussite d'un tel système de vaccinovigilance commande **une participation maximale des professionnels de santé**. Dans un contexte prévisible de forte activité quotidienne, il est de fait souhaitable que le système soit « *facile d'utilisation, facile d'accès, présenté en amont du début de la campagne de vaccination et doté d'un support technique facile à contacter* » comme le souligne la HAS. À ce titre, l'Académie nationale de médecine recommande **la mise en place d'un carnet électronique de vaccination (CVE)** pour mener à bien la campagne de vaccination. Un tel carnet serait en effet « *un dispositif clé pour répondre aux enjeux logistiques, réglementaires, d'information et de communication posés par la nécessité de déployer un programme national d'immunisation* »²⁶. En parallèle, les outils de **téléconsultation**, dont l'usage s'est largement accru depuis le mois de mars, peuvent apparaître comme une solution utile, notamment dans les EHPAD, pour suivre l'état de santé des patients vaccinés, et l'apparition d'éventuels effets indésirables.

24 Ibid.

25 Voir le site de l'ANSM : [https://www.anism.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Systemes-de-vigilances-de-l'Agence-COVID-19-Dispositif-renforce-de-Pharmacovigilance-et-d-Addictovigilance/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Systemes-de-vigilances-de-l'Agence-COVID-19-Dispositif-renforce-de-Pharmacovigilance-et-d-Addictovigilance/(offset)/0)

26 « Vaccination anti-Covid : l'Académie de médecine plaide pour la généralisation du carnet électronique », *Le Quotidien du Médecin*, 4 décembre 2020.

Le Vaccine Safety Datalink : une base de donnée unique pour suivre les effets indésirables suivant l'immunisation aux États-Unis

Le *Vaccine Safety Datalink* (VSD) est un projet de collaboration entre le Bureau américain de la sécurité vaccinale des *Centers for Disease Control* (CDC) et neuf organisations de soins de santé. Le VSD a débuté en 1990 et se poursuit aujourd'hui afin de **surveiller la sécurité des vaccins et de mener des études sur les effets indésirables rares et graves suivant l'immunisation.**

Le VSD utilise les données de santé électroniques de chaque site participant. Ces données comprennent des informations sur les vaccins : le type de vaccin administré à chaque patient, la date de vaccination et les autres vaccins administrés le même jour. Le VSD utilise également des informations sur les maladies qui ont été diagnostiquées dans les cabinets médicaux, les visites de soins urgents en ville, les visites aux services d'urgence et les séjours à l'hôpital.

Ces données sont accessibles aux scientifiques (en dehors des CDC et du réseau VSD) sur demande.

*D'après le site internet du Center for Disease Control and Prevention,
Vaccine Safety Datalink*

COMMENT METTRE EN PLACE UNE STRATÉGIE VACCINALE TRANSPARENTE ET ÉQUITABLE DANS UN CONTEXTE D'APPROVISIONNEMENT TENDU ?

Pour immuniser la population française, on estime qu'il faudrait vacciner entre 60 % à 70 % de la population²⁷, soit 40 à 47 millions d'habitants. Le gouvernement vise pour l'instant 35 millions de personnes pour 2021, ce qui sera un vrai défi dans un pays où près de 50 % des Français interrogés²⁸ disent ne pas souhaiter se faire vacciner contre le virus.

28

Lorsqu'un ou plusieurs vaccins seront autorisés à être commercialisés dans les prochaines semaines et après les différentes étapes de validation, il existera **une tension forte autour de l'approvisionnement car la demande excédera l'offre**. Il est donc nécessaire de réfléchir dès à présent aux populations à vacciner en priorité, c'est-à-dire **les personnes les plus exposées au virus et les plus vulnérables face à la maladie**.

1. Définir les populations prioritaires à la vaccination

Le Covid-19 est une maladie qui ne touche pas de façon similaire l'ensemble d'une population. Après plusieurs mois de pandémie, et malgré un grand nombre d'inconques qui demeure sur cette pathologie, **la communauté scientifique est capable d'affirmer que plusieurs facteurs peuvent aggraver la maladie chez certaines personnes**, alors que d'autres ne développeront que des formes asymptomatiques.

27 « Vacciner contre le Covid : un véritable défi logistique », *Les Échos*, 30 novembre 2020.
<https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/vacciner-contre-le-covid-un-veritable-defi-logistique-1269632>

28 « Covid-19 : un Français sur deux affirme qu'il ne se fera pas vacciner », *France Info*, 12 novembre 2020
https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/vaccin/covid-19-un-francais-sur-deux-affirme-qu-il-ne-se-fera-pas-vacciner-15-des-personnes-interrogees-refusent-tout-vaccin-selon-notre-sondage_4178633.html

Les autorités françaises, par le biais de la Haute Autorité de santé (HAS), ont publié des premières recommandations relatives à cette priorisation en juillet²⁹ puis en novembre 2020.

La HAS a publié le 30 novembre **les recommandations destinées aux pouvoirs publics s'agissant de la stratégie vaccinale à mettre en œuvre dans le cadre de l'épidémie de Covid-19**³⁰ alors que les premiers vaccins sont encore en attente de leur AMM. Les vaccinations débuteront en début d'année prochaine avec un certain nombre de doses de vaccins et elles se feront sur la base du volontariat. L'autorité a proposé 5 phases pour l'administration du vaccin. Sur la base de l'avis rendu par la HAS, le gouvernement français a dévoilé le 3 décembre sa stratégie en matière de vaccination. **Cette stratégie se déclinera en 3 phases d'ici fin 2021 :**

- 1/ de janvier à février 2021 → 1 million de personnes : Résidents d'EHPAD et professionnels de santé y travaillant ;
- 2/ de février au printemps 2021 → 14 millions de personnes : Les + 75 ans, puis les + 65 ans et les professionnels de santé et médico-sociaux âgés de 50 ans et plus et/ou présentant des comorbidités ;
- 3/ à partir du printemps 2021 → Le reste de la population : 200 millions de doses prévues parmi les deux vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna ;

Fin décembre, l'Agence européenne des médicaments doit se prononcer sur les autorisations de mise sur le marché. À partir de ce moment-là, la campagne de vaccination pourra démarrer.

En parallèle, un conseil d'orientation de la stratégie nationale, présidé par le Pr. Alain Fischer pour qui la « **transparence complète dans la diffusion de l'information est un élément décisif de la stratégie** », tâchera d'inclure davantage le citoyen dans la gestion de la crise.

29 Note de cadrage sur la stratégie vaccinale, site de la Haute Autorité de Santé, juillet 2020 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf

30 « Vaccination : la HAS publie ses recommandations fondées sur le bénéfice individuel tout en priorisant certains publics », *dépêche AEF* du 30 novembre 2020. <https://www.aefinfo.fr/depeche/640827>

Au Royaume-Uni, des scénarios par âge et selon l'efficacité du vaccin sur une population donnée

Le Department of *Health and Social Care* britannique a également édité ses recommandations sur les personnes à vacciner prioritairement³¹. L'organisme responsable de la politique gouvernementale en matière de santé et d'aide sociale est même allé plus loin que la HAS en établissant **un classement des populations les plus prioritaires aux moins prioritaires, parmi les personnes à risque**. Ce classement provisoire des priorités est une « combinaison de la stratification des risques cliniques et d'une approche basée sur l'âge, qui devrait optimiser à la fois le ciblage et la capacité de mise en œuvre » :

- 1° les personnes âgées résidant dans une maison de soins et les travailleurs des maisons de soins
- 2° toutes les personnes âgées de 80 ans et plus et les travailleurs sociaux et de santé
- 3° tous ceux qui ont 75 ans et plus
- 4° tous ceux qui ont 70 ans et plus
- 5° tous ceux qui ont 65 ans et plus
- 6° les adultes à haut risque âgés de moins de 65 ans
- 7° les adultes à risque modéré âgés de moins de 65 ans
- 8° tous ceux qui ont 60 ans et plus
- 9° tous ceux qui ont 55 ans et plus
- 10° tous ceux qui ont 50 ans et plus
- 11° le reste de la population (priorité à déterminer)

L'autorité précise que cette hiérarchisation pourrait être amenée à évoluer **si les premiers vaccins disponibles étaient considérés comme inadaptés ou inefficaces pour les personnes âgées**. Les laboratoires Pfizer et BioNTech ont publié mi-novembre les résultats complets de leur essai clinique à grande échelle³², et annoncé que leur vaccin permettait de prévenir les formes graves tout en protégeant aussi potentiellement les personnes âgées. Cet élément est évidemment clé pour **prioriser sa distribution à venir**.

31 « JCVI: updated interim advice on priority groups for COVID-19 vaccination » du *Department of Health and Social Care* britannique publié le 25 septembre, 2020 <https://www.gov.uk/government/publications/priority-groups-for-coronavirus-covid-19-vaccination-advice-from-the-jcvi-25-september-2020/jcvi-updated-interim-advice-on-priority-groups-for-covid-19-vaccination>

32 « Le vaccin de Pfizer efficace à 95 % selon des résultats complets de l'essai clinique », *L'Express*, 18 novembre 2020. https://www.lexpress.fr/actualite/monde/le-vaccin-de-pfizer-efficace-a-95-selon-des-resultats-complets-de-l-essai-clinique_2138914.html

Aux États-Unis, des scénarios par phase selon l'approvisionnement en vaccins

Le *Center for Disease Control and Prevention* américain a publié fin octobre son *Vaccination Program Interim Playbook*³³ qui recense un certain nombre de directives en vue de la vaccination de la population. L'organisme chargé des politiques vaccinales au niveau national propose différentes phases d'administration du vaccin évoluant en fonction de l'offre de vaccins disponibles :

- **Phase 1 : offre potentiellement limitée de doses de vaccin Covid-19 disponibles.** Concentrer les efforts pour vacciner les premières populations prioritaires. Veiller à ce que les lieux de vaccination choisis soient accessibles aux populations cibles, soient conformes aux exigences de la chaîne du froid et aux exigences de reporting pour l'approvisionnement et l'utilisation des vaccins.
- **Phase 2 : disponibilité d'un grand nombre de doses de vaccins.** S'attacher à garantir l'accès au vaccin à toutes les populations critiques qui n'ont pas été vaccinées au cours de la phase 1, ainsi qu'à la population générale ; étendre le réseau de fournisseurs.
- **Phase 3 : approvisionnement suffisant en doses de vaccin pour l'ensemble de la population (excédent de doses).** Se concentrer sur la **garantie d'un accès équitable** à la vaccination pour l'ensemble de la population. Surveiller le processus de vaccination et sa couverture territoriale ; réévaluation de la stratégie visant à accroître l'utilisation dans les populations ou les communautés disposant d'une faible couverture.

Avec une offre de vaccins réduite, les premières campagnes de vaccination devront se concentrer sur des publics jugés critiques/prioritaires :

- Les **professionnels de santé** (personnes rémunérées et non rémunérées travaillant dans des établissements de soins de santé et susceptibles d'être exposées directement ou indirectement à des patients ou à du matériel infectieux, et qui ne peuvent travailler à domicile) ;
- Les **travailleurs essentiels** non spécialisés dans les soins de santé (professeurs, commerçants...);
- Les **adultes présentant des troubles médicaux sous-jacents** qui sont des facteurs de risque de maladie grave Covid-19 ;
- Les **personnes âgées de 65 ans ou plus.**

.../...

33 « Vaccination Program Interim Playbook » du *Center for Disease Control* américain publié le 29 octobre 2020.
https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/downloads/COVID-19-Vaccination-Program-Interim_Playbook.pdf

Le 9 décembre, le président récemment élu des États-Unis Joe Biden a annoncé que dès ses 100 premiers jours de mandat, il souhaitait injecter 100 millions de doses de vaccins : « *ce sera la campagne de vaccination la plus efficace de l'histoire des États-Unis* »³⁴.

En Allemagne, une attention particulière accordée à l'éthique, la pharmacovigilance et l'information aux citoyens

Début novembre, un *position paper*³⁵ a été publié conjointement par les membres du *Standing committee on vaccination*, le *German Ethics Council* et l'Académie nationale des Sciences Leopoldina. Ce document comporte une ambition forte, « **la population doit pouvoir avoir confiance dans la sécurité, l'efficacité et le bon déroulement de la vaccination** afin de maintenir et d'accroître sa volonté de se faire vacciner. » Pour ce faire, quatre éléments clés sont identifiés :

- La **définition des publics prioritaires à la vaccination** doit être conforme aux principes médicaux, éthiques et juridiques. Ces principes doivent être présentés à la population d'une manière compréhensible afin que l'établissement des priorités soit perçu comme équitable.
- La **distribution des vaccins** doit être organisée de manière à garantir la réalisation des objectifs de la vaccination. Cela nécessite de nouvelles structures adaptées.
- La décision des citoyens de se faire vacciner dépend d'une **information et d'une pédagogie permanentes et transparentes envers la population**, tant en ce qui concerne l'efficacité de la vaccination que les risques associés.
- L'identification et la minimisation des risques de la vaccination à un stade précoce sera permise grâce à un **système d'enregistrement et d'évaluation en temps utiles des effets indésirables** potentiels du vaccin (dispositifs de pharmacovigilance).

.../...

34 « Covid-19 aux États-Unis : Biden promet 100 millions de vaccins dans ses 100 premiers jours », RFI, 9 décembre 2020. <https://www.rfi.fr/fr/amériques/20201209-etats-unis-biden-annonce-un-plan-de-lutte-contre-le-covid-19-pourses-100-premiers-jours>

35 « Position Paper on Vaccination Priorisation » de l'Académie Nationale des Sciences Leopoldina, publié le 9 novembre 2020. https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_position-paper-vaccinepriorisation_ENG_final_01.pdf

L'Allemagne a défini sa priorisation selon les principes éthiques suivants : la prévention des formes graves de Covid-19 (hospitalisation) et les décès, la protection des personnes ayant une activité professionnelle les exposant à un risque élevé de contracter le Covid-19, la prévention de la transmission et protection dans les environnements comportant une forte proportion de personnes vulnérables et dans ceux avec un potentiel d'épidémie élevé et le maintien des fonctions essentielles de l'État et de la vie publique.

2. Établir en parallèle une priorisation par zone géographique selon le degré de prévalence du virus

La définition de populations prioritaires à la vaccination selon un certain nombre de critères peut également être couplée avec une priorisation par zone géographique. En effet, des **politiques de vaccination par zone** (rouge ou verte) ont été proposées dans de récents travaux³⁶, visant à vacciner prioritairement dans les régions où le virus circulent activement. Dans sa note « *Une politique de vaccination par zones* », le think tank Terra Nova explique que **la politique de vaccination contre le Covid-19 devrait être modulée en fonction de la prévalence du virus dans une zone** :

- dans les **zones rouges**, ce sont les individus à risque et les personnels de santé qu'il faudrait vacciner en priorité, afin de réduire le nombre de décès et de permettre au système hospitalier de continuer à fonctionner normalement, sans engorgement et sans être contraint de déprogrammer les autres soins et interventions.
- dans les **zones vertes**, il s'agirait de réduire le risque de réimportation du virus et d'en maintenir la circulation à un niveau proche de zéro. Dès lors, les voyageurs qui circulent entre les zones vertes et rouges et les individus qui se trouvent au cœur de réseaux de contacts devraient y être prioritaires.

Selon les auteurs, ce découpage en zones vertes et rouges doit constituer un critère dans la distribution du vaccin sur l'ensemble du territoire. Au moment du lancement de la politique de vaccination, les territoires les plus touchés devraient être prioritaires, indépendamment des quotas fixés selon le nombre d'habitants.

³⁶ « Une politique de vaccination par zone », Terra Nova, octobre 2020.
<https://tnova.fr/notes/une-politique-de-vaccination-par-zones>

Les recommandations du *European Centre for Disease Prevention and Control* pour préparer les campagnes de vaccination par zone³⁷

Dans un document publié fin octobre, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) dresse un cadre général pour préparer les campagnes de vaccination :

- cibler les **zones à forte incidence et à forte densité de population** : la vaccination peut initialement cibler les zones et les régions infranationales dans lesquelles l'activité virale est la plus élevée, en particulier les zones densément peuplées ;
- déployer des vaccins dans les **foyers épidémiques** : proposition de vacciner en priorité les foyers épidémiques. Différentes approches de vaccination (par exemple, la vaccination de masse ou la vaccination en anneau – c'est-à-dire ciblant les personnes susceptibles d'être infectées) peuvent être envisagées afin de maximiser le rapport coût-efficacité de l'intervention.

Cette approche est intéressante puisqu'elle permet d'adapter la politique vaccinale à la réalité du terrain mais apparaît risquée à la fois parce qu'il est **difficile d'anticiper quelles seront les zones à risques lorsque le vaccin sera disponible** mais également parce qu'il est **compliqué de limiter les déplacements des citoyens d'une région à l'autre**.

Une politique de vaccination par zone sera à terme essentielle lorsque la tension sur l'approvisionnement sera moins tendue et pour traiter les foyers épidémiques, mais elle doit venir après **avoir traité de façon homogène les publics prioritaires sur l'ensemble du territoire**³⁸.

37 « Key aspects regarding introduction and prioritisation on Covid-19 », ECDC, 26 octobre 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/key-aspects-regarding-introduction-and-prioritisation-covid-19-vaccination>

38 « Vaccination contre le Covid-19, quelle stratégie pour la France? », *Institut Montaigne*, 12 novembre 2020, <https://www.institutmontaigne.org/blog/vaccination-contre-le-covid-19-quelle-strategie-pour-la-france>

Quelles leçons tirées de la précédente campagne de vaccination H1N1 ?³⁹

Dans une première évaluation des stratégies de vaccination menée à l'échelle de l'UE après la pandémie de grippe H1N1 de 2009, la direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission Européenne a conclu par les **défis et suggestions suivants** :

- Une meilleure **coordination et coopération au niveau national dans les États-membres, entre les États-membres et l'UE est nécessaire**, et la coordination et la coopération avec l'EMA, l'ECDC et l'OMS devraient être renforcées. En outre, il est nécessaire d'améliorer la définition des objectifs de la stratégie de vaccination et de veiller à la coordination du calendrier et du contenu des messages relatifs à la campagne de vaccination.
- Il a été jugé essentiel de parvenir à une **couverture vaccinale plus élevée parmi les professionnels de la santé** afin de maintenir la résilience des services de santé.
- Les futurs contrats d'approvisionnement, indépendamment qu'ils soient passés au niveau national ou européen, devraient être plus **souples et comporter des clauses permettant de modifier le montant de vaccins commandé, ou de retourner l'excédent des vaccins**.

Par ailleurs, il sera nécessaire de bien **impliquer la médecine ambulatoire dès le départ**. Le bilan de la campagne de vaccination H1N1 avait été très défavorable sur ce point. L'enjeu est bien perçu mais le recours à des technologies vaccinales mettant en jeu des contraintes de cryo-conservation amène sans doute à engager rapidement les concertations sur le rôle des médecins de ville en la matière.

39 « Key aspects regarding introduction and prioritisation on Covid-19 », ECDC, 26 octobre 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/key-aspects-regarding-introduction-and-prioritisation-covid-19-vaccination>

QUELLE ORGANISATION COLLECTIVE DOIT-ELLE ÊTRE MISE EN PLACE POUR RESTAURER LA CONFIANCE ?

La, ou plutôt les, campagnes de vaccinations qui seront lancées au cours de l'année 2021, vont représenter un immense défi en termes logistiques et organisationnels, dans chacun des pays concernés. Autant que la mise au point des vaccins et la conception des campagnes vaccinales, c'est la qualité de l'exécution de ces campagnes qui jouera un rôle majeur dans la question de la confiance inspirée par le vaccin, à un double niveau : d'abord parce qu'**une organisation solide, bien conçue et efficace est le premier signal de confiance à adresser à la population ; ensuite parce que la coalition d'acteurs mobilisés conjointement pour réussir cette opération seront eux-mêmes des relais de communication et des créateurs de confiance.** À bien des égards, il s'agit d'un test politique sur la capacité du gouvernement à montrer qu'il a su tirer les leçons des erreurs commises pendant la première phase de la crise sanitaire.

36

1. Quels défis ?

Les campagnes de vaccination qui vont se succéder en 2021 vont présenter des défis considérables, qui nécessiteront une réponse collective.

Le premier défi sera logistique. Même si beaucoup d'éléments restent encore inconnus, il est certain que la logistique requise pour les programmes de vaccination Covid-19 sera très différente de celle des programmes de vaccination de routine. Les premiers vaccins disponibles nécessitent deux doses par patient, avec un intervalle de 21 à 28 jours entre les doses. De plus, l'incertitude sur les températures de conservation du vaccin complique la planification logistique⁴⁰.

40 « Covid : la ruée vers le froid pour transporter et conserver les vaccins », *Les Échos*, 9 décembre 2020.
<https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/covid-la-ruée-vers-le-froid-pour-transporter-et-conserver-les-vaccins-1272315>

Le deuxième défi sera numérique. L'organisation, la mise en œuvre et le suivi des vaccinations nécessiteront le déploiement de systèmes d'informations complexes, qui devront pouvoir être utilisés par un grand nombre d'intervenants, tout en respectant des règles de protection des données et de confidentialité très strictes. Ces outils numériques devront permettre notamment : la programmation de rendez-vous chaînés (deux rendez-vous programmés en une fois), le rappel aux patients par mail ou SMS 24 heures avant le rendez-vous et la liste pour le médecin des rendez-vous de vaccination non honorés.

Le troisième défi sera humain. Qu'il s'agisse de l'administration du vaccin lui-même, mais aussi de l'accueil des personnes ou de la mise en place d'installations provisoires, ces campagnes ne pourront avoir lieu que grâce à un engagement massif de personnels rémunérés ou bénévoles, sur un temps long, sans pour autant perturber le fonctionnement des établissements de soins, de l'accueil dans les cabinets de ville ou des opérations de maintien de l'ordre. Les difficultés à mobiliser d'importants effectifs au sein de « brigades » de traçage, au sortir du premier confinement, montrent l'importance de cet enjeu humain.

Mais par-dessus tout, **c'est le défi de l'incertitude et de la confiance** qu'il faudra relever tout au long de ces campagnes. Cette incertitude englobe les délais de validation des différents vaccins, les quantités disponibles, les impératifs logistiques et, *last but not least*, le degré d'impatience ou de méfiance vis-à-vis des vaccins au sein de la population. S'il faut bien sûr chercher à réduire cette incertitude, il faut d'abord l'accepter pour mieux la maîtriser collectivement. Plutôt que d'attendre d'avoir l'ensemble des données à disposition pour commencer à faire des plans, il faut réunir dans une même équipe tous ceux qui pourront aider à faire face aux différentes éventualités et planifier avec eux, en fonction de différents scénarios.

Dans cet environnement incertain et évolutif, la plus grande erreur serait de séquencer le temps de la conception et celui de l'exécution, selon une logique descendante de donneur d'ordre. Il est essentiel de **s'organiser de façon collective, horizontale, en identifiant chacun des acteurs susceptibles d'apporter une contribution et d'engager un travail itératif d'échange d'informations et de co-décision pour adapter en permanence le dispositif et souder une communauté d'action.**

2. Quels acteurs ?

2.1. L'État et ses ressources

La première des leçons à tirer de l'expérience des différents confinements, c'est la **nécessité de mobiliser l'ensemble des ressources de l'État, au niveau central comme au niveau territorial**⁴¹. Le ministère des Solidarités et de la Santé a bien sûr un rôle essentiel à jouer, dans la conception, puis la mise en œuvre de cette campagne, en lien avec l'ensemble des acteurs du système de santé. La capacité des agences régionales de santé à accompagner les différents acteurs de terrain en leur apportant leur expertise et à coordonner l'ensemble des composantes du système de santé sera un atout précieux, qui n'existait pas lors de la campagne de vaccination contre le H1N1.

Au sein de l'État, **beaucoup d'autres ressources et compétences devront être mobilisées pour mener à bien ce projet**. On peut citer, à titre d'exemple, le **ministère de l'Économie et des Finances**, qui est en première ligne sur les négociations pour l'achat des futurs vaccins, le **ministère des Transports**, interlocuteur naturel des grandes entreprises de logistique, ou le **ministère des Outre-mer**. Le **ministère des Armées** pourra partager à la fois son expérience de la gestion de crise et ses capacités de gestion logistique, comme c'est le cas dans de nombreux pays, dont les États-Unis (voir encadré). Enfin, le **ministère de l'Intérieur**, au-delà de l'orchestration de l'action gouvernementale au sein du Centre interministériel de crise (CIC), jouera un rôle majeur, qu'il s'agisse de la protection des opérations de vaccination dans un contexte potentiellement conflictuel, ou de la mobilisation des 200 000 pompiers, pour l'essentiel structurés au sein des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), dont l'implication pleine et entière sera indispensable, quels que soient les schémas retenus.

41 « L'action publique face la crise du Covid-19 », *Institut Montaigne*, juin 2020 <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/note-laction-publique-face-la-crise-du-covid-19.pdf>

Aux États-Unis, une mobilisation inédite de l'armée sur toute la chaîne d'approvisionnement en matériel de protection

Le *Department of Defense* américain joue un rôle logistique clé dans l'effort de vaccination national en achetant et distribuant des fournitures médicales dont le ministère de la défense et les agences fédérales ont besoin. Sur le site internet du département du gouvernement fédéral chargé de coordonner et de superviser tous les organismes et fonctions du gouvernement directement liés à la sécurité nationale et aux forces armées des États-Unis, on peut lire qu'à la fin du mois de septembre, l'agence a exécuté **plus de 21 000 contrats pour plus de 2 milliards de dollars de fournitures médicales vitales, telles que des kits de test, des ventilateurs et des médicaments**⁴², ainsi que des équipements de protection individuelle, notamment des masques, des gants et des blouses. Pour piloter cette immense chaîne logistique, le ministère promet l'installation de **centres d'opérations « similaires à ceux établis en cas d'ouragans »**⁴³.

En juin, le service de soutien aux troupes de la *Defense Logistics Agency* a commencé à répondre aux demandes de la *Federal Emergency Management Agency* concernant **le soutien aux résidents et au personnel vulnérable de plus de 15 000 maisons de retraite**. Plus de 30 000 livraisons d'équipements de protection individuelle, tels que des écrans faciaux et des gants, ont été effectuées en août. Des tests antigéniques permettant de diagnostiquer les infections en 15 minutes environ ont également été livrés aux maisons de retraite.

42 Site internet du *US Department of Defense*. <https://www.defense.gov/Explore/Features/Story/Article/2382317/agency-plays-key-role-in-procuring-distributing-limited-pandemic-supplies/>

43 Site internet du *US Department of Defense*. <https://www.defense.gov/Explore/News/Article/Article/2393298/military-to-play-logistics-only-role-in-covid-19-vaccine-effort/>

2.2. Les collectivités territoriales

Le défaut d'articulation entre l'État et les collectivités locales pendant la première phase de la pandémie a été une source de tensions politiques, mais aussi d'une perte d'efficacité dans la gestion de crise. Il est essentiel de **mettre en place une coordination étroite à travers un dialogue structuré à la fois au niveau national (avec les grandes associations d'élus) et au niveau territorial**, pour garantir une circulation de l'information dans les deux sens, et une mobilisation forte de l'ensemble des acteurs locaux.

Les **collectivités locales ont en effet un rôle essentiel à jouer à toutes les étapes** de la mise en œuvre des campagnes de vaccination :

- les **conseils régionaux** ont la capacité de contribuer massivement à l'organisation logistique en chef de file ou en appui aux services de l'État, en lien avec le préfet de région et/ou le préfet de zone de défense, ainsi que l'ARS ;
- les **conseils départementaux** exercent une tutelle sur les établissements médico-sociaux, dont les EHPAD, et sont au contact des publics les plus fragiles à travers l'organisation de l'aide sociale ;
- enfin et surtout, les **maires** peuvent jouer un rôle de pivot avec leurs moyens propres (en particulier les Centres communaux d'action sociale), mais aussi en mobilisant les professionnels de santé (à travers les contrats locaux de santé et leurs maisons de santé) et l'ensemble du tissu associatif.

Dans une lettre du 24 novembre 2020 adressée au ministre des Solidarités et de la Santé, les trois associations constitutives de « Territoires Unis » (Régions de France, l'Association des maires de France, et l'Association des départements de France) ont fait part de leur souhait d'être impliquées fortement dans cette mobilisation collective, en faisant des propositions concrètes. Sans préjuger du rôle qu'elles pourraient effectivement être appelées à jouer, en fonction des choix opérés par le gouvernement au cours du déploiement des opérations de vaccination, il apparaît essentiel de **mettre en place un cadre de collaboration clair**, avec des réunions de travail régulières, qui puissent être non seulement des points d'information du gouvernement vers les élus, mais des lieux d'échange, de partage des responsabilités et d'expérience, permettant de démultiplier les capacités d'organisation et de communication.

En Allemagne, un strict partage des rôles entre les Länder et le pouvoir central

L'exemple le plus intéressant de répartition stricte des rôles entre pouvoir central et local est certainement celui de l'Allemagne. Dévoilé fin octobre, ce plan entend **confier à l'État la mission de gérer l'approvisionnement en vaccins dans une soixantaine d'entrepôts de stockage**, répartis sur l'ensemble du territoire et pour lesquels hôpitaux et casernes pourraient être également mobilisés⁴⁴.

Côté Länder, ils devront **gérer au niveau régional l'utilisation des stocks et donc l'organisation opérationnelle de la politique de vaccination** (centres de vaccination équipés en personnel et en matériel de conservation à basse température notamment). Cette répartition permet de gérer, au plus proche du terrain, le nombre de centres à déployer en fonction du nombre de personnes à vacciner dans un premier temps.

2.3. Les professionnels de santé

41

La mobilisation des professionnels de santé sera un élément déterminant dans la réussite de la campagne vaccinale. Dans sa présentation de la stratégie vaccinale, **le gouvernement a placé les médecins généralistes au cœur de la stratégie** : *« C'est la clé de la confiance [...] Là où les médecins sont exclus d'une campagne vaccinale, la confiance est exclue »*, a insisté Olivier Véran.

À cet égard, la place accordée aux médecins généralistes dans la stratégie vaccinale est sujette à questionnement. Alors même qu'ils seront entièrement mobilisés dans la vaccination – consultations de pré-vaccination, administration des deux doses, suivi d'effets secondaires –, **les médecins généralistes ne sont censés se faire vacciner qu'à la fin de la deuxième phase de la campagne de vaccination proposée par le gouvernement français**. Aux États-Unis ou au Royaume-Uni (voir encadrés de la partie II), la vaccination des médecins généralistes se fait dès les premières phases tant l'impact sur la confiance de la population est immense. **Il apparaît effectivement plus rassurant de se faire vacciner par un professionnel de santé lui-même vacciné.**

⁴⁴ « Répartition des rôles, centres de vaccination... L'Allemagne s'organise pour être prête à l'arrivée du vaccin », *Le Monde*, 14 novembre 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/14/repartition-des-roles-centres-devaccination-l-allemande-s-organise-pour-etre-prete-a-l-arrivee-du-vaccin_6059709_3244.html

Au Royaume-Uni, les médecins généralistes au cœur de la stratégie vaccinale

Au Royaume-Uni, le *General Practitioner* constitue la **pierre angulaire du système de santé anglais** et leur position est au cœur de la stratégie vaccinale⁴⁵.

De la même façon que les pharmacies sont mobilisées aux États-Unis, les cabinets de médecins généralistes se feront le relais de la politique gouvernementale. Plusieurs raisons pratiques ont poussé les autorités britanniques à **considérer la médecine de ville comme un partenaire essentiel à la campagne de vaccination.**

Début novembre, le NHS (*National Health Service*) en partenariat avec la BMA (*British Medical Association*) a lancé un vaste plan de vaccination portant l'objectif clair de « vacciner le plus de personnes possible le plus rapidement possible »⁴⁶. Pour ce faire, le PCN (*Primary Care Network*) devra proposer **une première liste de cabinets médicaux volontaires pour administrer les premières doses de vaccins.** Cette première liste sera soumise à validation par la NHS sous condition de remplir l'ensemble des critères établis : conditions de conservation des vaccins, sûreté et sécurité du site, nombre d'employés, ainsi que les capacités nécessaires à la bonne manipulation, préparation, administration du vaccin et à la collecte de données et l'établissement de rapports.

Les sites retenus par le NHS seront dès lors mobilisés « sept jours sur sept, y compris les jours fériés, entre 8h et 20h, si l'approvisionnement en vaccins le permet ». Pour chaque site, les médecins devront administrer un minimum de **975 vaccinations par semaine,** en veillant à ce que tous les vaccins utilisés aient respecté les contraintes de conservation.

45 Site internet de la *British Medical Association*, consulté le 30 novembre 2020.

<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/covid-19/gp-practices/covid-19-vaccination-programme>

46 Courrier adressé aux médecins généralistes par le NHS le 9 novembre 2020. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0856_COVID-19-vaccineletter_9-Novrevb.pdf

Il est peu probable que le niveau de personnel requis pour les programmes de vaccination de routine soit suffisant pour vacciner rapidement les Français contre le Covid-19. **Des ressources humaines compétentes et dédiées doivent donc être préparées et formées pour une campagne de vaccination de masse.** De la même manière que les biologistes, les pharmaciens et les étudiants en médecine ont été mobilisés pour réaliser des tests PCR et antigéniques, ces personnels doivent être formés à la vaccination.

Dès à présent, les autorités françaises doivent s'atteler à **renforcer l'offre ambulatoire de vaccination** en association avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS). Il faut proposer une vaccination au sein des parcours de soins et en ville afin de coller au plus près aux préférences des usagers, notamment les malades chroniques et les patients les plus âgés. **La médecine générale doit à cet égard être fortement mobilisée pour éviter les écueils de la campagne de vaccination H1N1.**

Au Royaume-Uni, « *Your NHS needs you* »

L'Assurance maladie anglaise, le *National Health Service* (NHS), a lancé une vaste campagne pour inciter les professionnels de santé à être volontaires dans le cadre de la politique de vaccination⁴⁷.

Sur son site internet, le NHS explique que pour être en mesure d'assurer un programme de vaccination à grande échelle sans avoir d'impact significatif sur d'autres services vitaux, ils recrutent actuellement des milliers de personnes, notamment des « vaccinateurs », tout en travaillant avec des partenaires pour constituer une banque de bénévoles qui pourront soutenir les services de vaccination.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a récemment modifié la loi afin de permettre à un plus grand nombre de personnes de suivre une formation pour l'administration des vaccins. Il s'agit de nombreux professionnels de la santé, scientifiques et dentistes, ainsi que d'autres personnes ayant une formation appropriée en premiers secours, qui peuvent suivre une formation complémentaire. Ces postes flexibles et rémunérés sont donc ouverts à un grand nombre de professionnels. .../...

47 Site internet du NHS, consulté le 27 novembre 2020.

<https://www.england.nhs.uk/2020/03/your-nhs-needs-younhs-call-for-volunteer-army/>

Le NHS souhaite également mobiliser et former des milliers de bénévoles qui peuvent contribuer à assurer la sécurité et le bon fonctionnement des services de vaccination.

Après avoir recensé l'offre de professionnels de santé habilités à vacciner, les pouvoirs publics devront identifier, région par région, les besoins et activer la **réserve sanitaire** si nécessaire.

La création de la réserve sanitaire en France

Créée en 2007, lors de la crise du Chikungunya, la réserve sanitaire avait déjà été mobilisée lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009. Composée de professionnels très variés et disposant de moyens logistiques mobilisables en urgence, la réserve sanitaire peut intervenir en renfort sur tout type de missions exigeant un appui en ressources humaines sanitaires notamment pour :

- Le renfort hospitalier : professionnels hospitaliers venant prêter main forte à leurs collègues soumis à une crise sanitaire, de grande ampleur et/ou de longue durée ;
- Le renforcement de capacités de prise en charge, à visée prudentielle, lors de grands rassemblements ;
- L'appui à la réponse téléphonique urgente lors de crises touchant un grand nombre de personnes (catastrophes naturelles, attentats) ;
- L'expertise et l'appui des autorités chargées d'organiser la réponse face à une épidémie ;
- L'appui à l'organisation et accompagnement médicalisé lors de retours urgents en France de Français ou de personnes réfugiées ;
- Les **campagnes de vaccination exceptionnelle**⁴⁸.

En parallèle, le renforcement des **services de médecine préventive** (médecine universitaire, médecine du travail notamment) seront importants lorsque les populations actives et plus jeunes seront ciblées par la vaccination.

48 La Réserve sanitaire pourrait s'avérer être un des acteurs majeurs du déploiement de la campagne vaccinale. Elle est composée de nombreux professionnels de santé, actifs ou en retraite, qui pourraient participer à l'effort de vaccination de proximité.

2.4. Les acteurs privés

Recenser et organiser toutes les ressources de l'État ne doit pas conduire à négliger le rôle essentiel des entreprises du secteur privé dans la mise en œuvre des campagnes de vaccination. Là encore, il est essentiel de tirer les leçons du printemps, et du défaut d'articulation observé entre la gestion de la crise par l'État et les acteurs privés prêts à apporter leur concours à des missions d'intérêt public.

C'est le cas bien sûr des **entreprises pharmaceutiques** engagées dans la mise au point et la production de vaccins, qu'elles soient françaises ou étrangères, et plus largement des acteurs de toute la filière santé. C'est le cas également des **grandes entreprises de logistique** qui sont amenées, dans chaque pays, à collaborer étroitement avec les autorités politiques pour concourir à l'effort de transport et de distribution des vaccins eux-mêmes, mais aussi de tous les matériels nécessaires à la mise en place de la vaccination. L'effort sera également numérique et les grands groupes français comme les *startups*⁴⁹ de ce secteur pourraient fournir un appui majeur dans cette entreprise délicate.

Dans certains pays comme les États-Unis (voir encadré ci-dessous), certains acteurs privés sont également impliqués dans la distribution et l'administration du vaccin : en autorisant des partenaires commerciaux – préalablement identifiés – à se transformer en centres de vaccination, **les autorités de santé décupleront leurs relais de distribution sur les territoires** et, par conséquent, amélioreront leurs chances d'atteindre les objectifs d'immunisation et de couverture géographique.

Aux États-Unis, un important mouvement d'inclusion des partenaires privés

Conscients de l'intérêt à mobiliser le plus d'acteurs disponibles, les États-Unis ont lancé un vaste mouvement d'inclusion de partenaires privés. Le *Center for Disease Control* (CDC) a établi une liste d'une quinzaine de groupes de distributions pharmaceutiques (les grandes surfaces disposant de rayons

.../...

49 À ce titre, le programme InnoVaccins se propose d'adresser les problématiques actuelles des campagnes de vaccination, en co-construisant avec des startups, entreprises ou équipes de recherche innovantes, une boîte à outils opérationnelle pour faciliter l'accès aux vaccins contre le coronavirus. Ce programme entend soutenir des solutions en lien avec les problématiques comme la prévision de la demande, l'accessibilité, la logistique, le suivi de la vaccination ou encore la diffusion d'informations.

de pharmacie comme CVS, Walgreens, Walmart Stores, Costco, Meijer...⁵⁰) pouvant prendre part aux campagnes de vaccination. **Ces acteurs seront impliqués autant durant la première phase de vaccination que dans les suivantes.**

Dans un contexte d'offre limitée et réservée aux seuls publics prioritaires, le CDC a demandé à CVS et Walgreens de réfléchir dès à présent à l'organisation de la vaccination des résidents et personnels de « *Long Term Care Facilities* » (LTCG – équivalent augmenté des EHPAD en France), à travers notamment l'établissement de **centres de vaccination mobiles**.

Ensuite, une fois la quantité de vaccins disponibles plus importante, et afin d'engager une vaccination massive de la population, les groupes de pharmacies impliquées (celles disposant d'au moins 200 boutiques sur le territoire) pourront **transformer leurs locaux en centres de vaccination**. Selon les premières estimations, une telle action permettrait d'ouvrir, *a minima*, près de **35 000 lieux de vaccination supplémentaires** sur l'ensemble du territoire⁵¹. Ces entreprises négocieront directement leur approvisionnement auprès du CDC et seront tenues de récolter, puis de transmettre aux autorités compétentes, **l'ensemble des données relatives à la vaccination et utiles au suivi épidémiologique**.

3. Quelle organisation ?

3.1. Au niveau national, une organisation claire, transversale et ouverte

Dans un tel contexte marqué par l'incertitude et la nécessité de coordonner un grand nombre d'acteurs, au sein de la sphère publique et en dehors, il apparaît essentiel de mettre en place **un centre de pilotage clairement défini**, avec une réelle capacité de coordination interministérielle, des équipes étoffées, constituées de personnalités aux parcours et expériences diverses, rompues à la gestion de crise et aux grandes opérations logistiques, capables d'agir en confiance avec les partenaires de l'État.

50 La liste complète est à retrouver dans ce document du *Center For Disease Control* page 74 : https://www.cdc.gov/vaccines/imz-managers/downloads/COVID-19-Vaccination-Program-Interim_Playbook.pdf

51 Ibid.

Pour que l'État puisse exercer ce leadership qui inspire la confiance, il doit s'appuyer sur une structure interministérielle forte, au niveau de Matignon ou au niveau du Centre interministériel de crise. Au-delà des réunions régulières qui peuvent avoir lieu autour du chef de l'État ou du Premier ministre, seule une cellule puissante, capable de travailler de manière transversale et réellement coordonnée avec tous les ministères, peut assurer un pilotage de l'opération propre à inspirer la confiance des partenaires comme des citoyens. Si le ministère des Solidarités et de la Santé a un rôle essentiel à jouer dans la conception, puis la mise en œuvre de ces opérations, il ne peut en être le seul pilote, pour des raisons qui tiennent à la nature des compétences à conjuguer et des moyens à mobiliser. Si le Premier ministre doit être le garant de cette coordination, ni lui-même ni ses équipes ne peuvent être monopolisés par une opération longue de plusieurs mois. **C'est une équipe dédiée, animée par une personnalité forte et reconnue, qui doit prendre en charge le pilotage de cette opération et en rendre compte au chef de l'État et au chef du gouvernement** lorsque des choix stratégiques doivent être opérés.

La clarté de ce dispositif et sa capacité à réellement coordonner l'ensemble des services de l'État sont des conditions indispensables pour **offrir à l'ensemble des partenaires de l'État des interlocuteurs précis, proches des lieux de décision, ayant une vue d'ensemble des plans et des opérations**. Sur cette base, il sera possible d'organiser des réunions régulières, selon un processus itératif permettant l'échange des informations et l'élaboration des solutions. Ce qui peut, au milieu d'un sentiment d'urgence, paraître comme une perte de temps ou un facteur de dispersion, est au contraire la clé d'une mobilisation rapide, efficace et adaptable en fonction de l'évolution de l'environnement, et des choix opérés par l'exécutif. Une telle action collective n'est bien sûr possible que si l'État choisit de jouer **le rôle de chef d'orchestre**, sans chercher d'abord à prouver qu'il peut faire par lui-même.

3.2. Au niveau territorial, clarifier le dispositif et inclure tous les acteurs

Cette organisation interministérielle doit pouvoir s'appuyer sur un pilotage territorial clair dans chaque département, organisé autour du préfet et de la délégation territoriale de l'ARS, capable de mobiliser l'ensemble des services de l'État, ainsi que les services départementaux d'intervention et de secours (les pompiers), en lien étroit avec les collectivités locales, les associations et les professionnels de santé.

Les leçons de la première phase de la crise pandémique montrent que **c'est le département qui constitue le bon échelon de gestion de crise et il en sera de même pour les campagnes vaccinales** : c'est à cette échelle que les acteurs territoriaux peuvent se coordonner pour former un collectif d'action en prise directe avec la population.

Reste à déterminer qui devra être, localement, le chef d'orchestre de cette action collective. Près d'un an après le début de la crise pandémique, la question reste particulièrement complexe : même si les ARS ont su tirer les leçons des premiers mois de crise et adapter leur fonctionnement, leurs directions départementales restent souvent très faibles, et c'est impérativement à ce niveau que doit s'effectuer la mobilisation et la coordination des acteurs. Le préfet de département, lui, dispose de tous les outils pour coordonner une opération complexe, mais n'a pas l'expertise nécessaire pour piloter seul une opération à caractère sanitaire.

Quel que soit le dispositif retenu, il est essentiel qu'il respecte des principes clairement établis et respectés aussi bien par les équipes locales que dans les administrations centrales :

48

- des types de réunions clairement définis, distinguant des formats d'information, destinés à un groupe plus large d'élus et d'acteurs locaux, et des formats décisionnels associant les services de l'État et un groupe d'élus ;
- une **gestion transparente de l'information**, tout en veillant au respect du secret médical et du secret statistique ;
- un **principe de subsidiarité** qui limite les remontées hiérarchiques et permet réellement une adaptation des dispositifs aux spécificités locales.

À CHACUNE DE CES ÉTAPES, COMMENT COMMUNIQUER EFFICACEMENT ?

Le plan de vaccination devra s'appuyer sur une campagne d'information et de communication à au moins trois niveaux :

- une **campagne nationale de grande ampleur**, élaborée par des professionnels de la communication en lien avec des instances représentatives des citoyens, s'appuyant sur des messages harmonisés et des relais d'information nombreux ;
- une **campagne ciblée à destination des professionnels de santé**, en ville comme en établissements, et notamment les médecins généralistes qui restent les interlocuteurs de confiance de la grande majorité des Français ;
- une **campagne dédiée aux associations** qui travaillent avec les publics précaires dont l'accès aux soins et à la prévention est très réduit (sans domicile fixe, demandeurs d'asile, personnes isolées, personnes incarcérées, etc.).

Cette campagne de communication devra **répondre à un impératif de transparence en communiquant sur les faits connus et validés, les faits connus en cours de validation et ceux encore inconnus**. En effet, une récente étude allemande⁵² publiée dans la revue de recherche JAMA Network Open montre qu'une majorité de répondants ont indiqué une préférence pour une communication ouverte sur l'incertitude scientifique et qu'elle semble même être particulièrement efficace pour motiver les citoyens les plus sceptiques à respecter les mesures sanitaires.

Pour réussir, **ce très important effort de communication doit être conçu et mis en œuvre comme une partie intégrante de la campagne vaccinale**, dans un échange constant aussi bien avec les citoyens, porteurs d'interrogations légitimes, qu'avec l'ensemble des acteurs appelés à concourir à la campagne vaccinale.

52 « Assessment of German Public Attitudes Toward Health Communications With Varying Degrees of Scientific Uncertainty Regarding COVID-19 » 10 décembre 2020, *JAMA Network Open*.

1. Avoir une vision claire des objectifs, des obstacles et des dangers

La condition d'une campagne de communication réussie est de poser dès le départ un objectif clair et partagé et d'élaborer un diagnostic précis des obstacles à lever pour y parvenir. La définition d'un but collectif est en elle-même un levier essentiel de réussite, parce qu'elle **définit la campagne de vaccination non comme une myriade de décisions individuelles mais comme une aventure collective**. Il pourrait s'agir d'un objectif chiffré d'adoption vaccinale à atteindre à la fin de l'année 2021.

Pour y parvenir, **il importe d'identifier clairement les obstacles, qui ne sont pas forcément ceux auxquels on pense au premier abord**. Certes, dans un pays où le scepticisme par rapport aux vaccins en général, et à la gestion de la crise pandémique, apparaît particulièrement élevé, la lutte contre la désinformation relative à la vaccination peut sembler la priorité. En réalité, les spécialistes de la communication relative à la vaccination, notamment anglo-saxons, soulignent **la nécessité de se concentrer sur les parties de la population qui sont favorables au vaccin ou qui n'y sont pas hostiles** : même pour ceux-ci, qui forment une majorité de la population, le passage à l'acte vaccinal n'est pas acquis et requiert une capacité à faire passer de l'intention à l'action. En effet, selon Coralie Chevallier⁵³, chercheuse en sciences cognitives à l'Inserm : *« on parle beaucoup des anti-vaccins, mais ils sont en réalité très peu nombreux. Le refus persistant et par principe des vaccins concerne moins de 2 % de la population. L'immense majorité accepte la vaccination, même s'il peut y avoir des inquiétudes initiales »*. Pour la chercheuse, il est donc très important de **donner une voix aux pro-vaccins et de concentrer les efforts sur cette partie de la population** : *« on ne les entend pas aujourd'hui car l'attention médiatique est focalisée sur l'hésitation vaccinale »*.

Ce défi ne pourra être relevé qu'en conjuguant une mobilisation des experts des sciences comportementales pour mettre en œuvre les incitations les plus efficaces (« nudge ») et une organisation centrée sur une « expérience utilisateur » la plus simple et la plus pratique possible, limitant au maximum les temps d'attente et simplifiant l'ensemble des démarches nécessaires.

Ainsi, une des incertitudes qui menacent la campagne vaccinale tient à son calendrier : l'un des risques est que le début de la vaccination de masse coïncide avec un affaiblissement marqué de la circulation du virus pour des raisons notamment climatiques. Il sera alors essentiel de convaincre tous ceux qui ont l'intention de se faire vacciner d'engager effectivement cette démarche.

53 « Covid-19: comment convaincre les Français de se faire vacciner? », *Le Figaro*, 10 décembre 2020.

Enfin, **la vaccination doit s'inscrire dans le cadre plus large de la communication entourant la crise sanitaire dans son ensemble**. En effet, même si la campagne se déroule avec succès, elle ne permettra pas de combattre à elle-seule l'épidémie avant de longs mois, pour deux raisons majeures : d'une part du fait **des incertitudes sur la capacité du vaccin à empêcher la circulation du virus lui-même**, et pas seulement à protéger de ses formes graves ; d'autre part du fait du **pourcentage élevé de population vaccinée nécessaire pour atteindre l'immunité collective**. La communication entourant la vaccination doit donc veiller particulièrement à deux points : convaincre les personnes vaccinées de **continuer à respecter les gestes barrières** (en particulier pour les personnes en contact avec des publics fragiles) et **éviter une démobilitation collective** s'agissant de l'ensemble des mesures visant à limiter la circulation du virus (adoption des gestes barrière, chaîne tester/alerter/isoler, acceptation et respect des mesures de freinage). Ainsi, Benoît Mâsse, professeur à l'école de santé publique de l'Université de Montréal, met en garde contre **le faux sentiment de sécurité que pourrait créer le vaccin**, aussi bien au niveau individuel que collectif : « *Dans nos modélisations de distribution d'un éventuel vaccin, il y a un seuil à partir duquel l'augmentation des comportements à risque annule l'effet d'un vaccin partiellement efficace. Nous aurons donc besoin de la collaboration de tous* »⁵⁴.

2. Mettre en place un pilotage stratégique

La campagne de communication ne doit pas accompagner la campagne de vaccination, mais en faire partie intégrante, à chacune de ses étapes. Son pilotage stratégique doit être constamment articulé avec la stratégie vaccinale globale, avec le respect de quatre principes :

- un **principe de coordination**, qui doit s'appliquer à l'ensemble des émetteurs, notamment ceux émanant de la puissance publique à tous ses niveaux. Cette coordination doit aussi permettre d'assurer la cohérence dans le temps, en évitant les ruptures de ton ou les changements de postures, qui rendent difficile la mobilisation collective ;
- un **principe d'anticipation** pour garder le contrôle du narratif, en évitant de s'inscrire en réaction aux événements et aux adversaires de la campagne de vaccination. Comme le souligne Saad B. Omer, directeur du *Yale Institute for Global Health*, « *c'est maintenant qu'il faut préparer une campagne de communication et d'éducation, pas*

⁵⁴ « Des profs et leurs combats contre le Covid-19 », *UDEM Nouvelles*, 21 octobre 2020.
<https://nouvelles.umontreal.ca/article/2020/10/21/des-profs-et-leurs-combats-contre-la-covid-19/>

après l'arrivée du vaccin. On construit le playbook avant le début du match, pas après qu'il a commencé »⁵⁵ ;

- un **principe d'inclusion** de multiples acteurs, dans et hors de la sphère publique, non seulement dans le déploiement, mais aussi dans la conception des différentes campagnes de communication à mettre en œuvre ;
- un **principe d'évaluation**, qui permet de suivre de la façon la plus précise et la plus rapide possible l'impact des différentes actions de communication menées à tous les niveaux.

En France, c'est sans doute la communication relative à la sécurité routière qui représente le modèle à suivre⁵⁶ pour une campagne de communication à la fois stratégique, coordonnée et incluant un grand nombre d'acteurs publics, privés et associatifs, et appuyée sur des outils de suivi statistique précis.

Enfin, il est essentiel que les équipes chargées de la conception de ces campagnes de communication combinent des profils variés et expérimentés : professionnels de la communication, praticiens, mais aussi spécialistes des sciences comportementales.

En Allemagne, une campagne de vaccination placée sous le signe de la communication et de la transparence

Si la préparation de la campagne de vaccination allemande impressionne sur le plan logistique, elle n'oublie pas les enjeux de communication, loin de là. Le document⁵⁷ qui détaille la stratégie du gouvernement en définit les trois principes : elle dit être transparente, proactive, et ciblée. Au niveau fédéral, un *Communications Management Committee* est déjà en place pour en assurer le pilotage, avec des représentants du ministère de la santé (BMG), le Centre fédéral d'éducation à la santé (BZgA), le Paul-Ehrlich Institut, et le Robert Koch Institut. L'objectif est de coordonner et d'harmoniser l'ensemble des mesures, y compris le travail de relations publiques, de s'occuper des groupes cibles tels que les personnels médicaux, les groupes vulnérables et le grand public. Dès le départ, l'accent doit être mis sur la transparence et l'implication de tous les groupes sociaux importants.

55 « The coronavirus needs a clear communications plan », *The Washington Post*, 30 novembre 2020, www.washingtonpost.com/vaccine-communication-plan

56 Voir le site de la sécurité routière : <https://www.securite-routiere.gouv.fr/les-medias/nos-campagnes-de-communication>

57 « National COVID-19 Vaccination Strategy. Strategy to Introduce and Evaluate a Vaccine against Sars-CoV-2 in Germany », Bundesministerium für gesundheit, 6 novembre 2020. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/German_National_COVID-19_Vaccination_Strategy_long_eng_061120.pdf

3. Mobiliser les bons émetteurs

Avant même la définition des messages, c'est le choix des émetteurs qui déterminera l'efficacité de cette campagne de communication.

Le premier principe à respecter est celui de **l'équilibre entre les émetteurs politiques et les émetteurs scientifiques**. Si le gouvernement doit bien sûr assumer la responsabilité des choix politiques relatifs à la vaccination, il doit pouvoir faire un pas de côté pour placer sur le devant de la scène des émetteurs apolitiques, notamment (mais pas exclusivement) scientifiques. Aux États-Unis, face au renforcement des mouvements anti-vaccins, trois anciens présidents – Obama, Bush, Clinton – ont déclaré publiquement vouloir se faire vacciner, et ce « devant les caméras ». En France, de telles prises de position n'ont pas encore émergé, mais il apparaît utile que **les personnalités connues des Français** (hommes politiques, scientifiques, artistes, sportifs, etc.) soient mobilisées pour montrer l'exemple et rassurer la population.

Le deuxième principe est celui de **la recherche de la proximité** : professionnels de santé (dont les médecins généralistes), élus locaux (en particulier les maires), figures associatives. Il est donc essentiel d'**organiser la communication à plusieurs niveaux**, en animant des communautés qui vont elles-mêmes se faire des relais de communication, dans les deux sens : en permettant de relayer les informations données par les autorités sanitaires, mais aussi en relayant les inquiétudes, les interrogations ou les alertes des citoyens et des patients. À cet égard, la **communication avec les médecins généralistes** doit être structurée le plus rapidement possible, sans attendre leur implication directe dans les opérations vaccinales : c'est dès maintenant que les patients font part à leur médecin de leurs interrogations et de leurs doutes.

L'importance de la mobilisation des médecins généralistes pour informer les patients sur la vaccination

D'après une enquête menée par la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques menée en 2017, une large majorité de Français (58 %) déclarent consulter leur médecin en premier lieu en cas de problème médical ou s'ils sont inquiets sur leur état de santé et six personnes sur dix parmi les ouvriers et les retraités n'ont confiance qu'en leur médecin en ce qui concerne l'information sur la santé. L'enquête précise qu'**en cas de crise sanitaire, c'est en leur médecin que près de neuf Français sur dix auraient**

.../...

le plus confiance. En dehors des chercheurs, auxquels huit personnes sur dix accordent du crédit dans ce contexte, les autres sources d'information sont rarement jugées crédibles : moins d'une personne sur cinq ferait confiance aux médias, à internet ou **aux représentants politiques.**

Cette tendance s'est vue confirmée très récemment par un sondage mené par Kantar en novembre 2020⁵⁸. Dans cette enquête, les Français interrogés sont **61 % à considérer que leur médecin traitant constitue la source d'information la plus fiable concernant le vaccin contre le Covid-19.** C'est seulement 42 % aux États-Unis et 49 % en Allemagne.

Si les médecins se font les porte-paroles d'un message pro-vaccination dans la lutte contre le Covid-19, les effets seront très nets. En ciblant les médecins généralistes mais également les médecins spécialistes dont les patients qui sont directement concernés par le Covid-19 comme les diabétologues, les néphrologues, les gériatres, les cardiologues, etc. une grande partie du travail de pédagogie pourra être fait pour informer la population et s'assurer de **l'adhésion du plus grand nombre au vaccin.**

Enfin, il est essentiel que **les citoyens puissent devenir eux-mêmes acteurs de la communication autour du virus.** C'est l'exemple des proches dans la famille, le voisinage, le cercle professionnel ou amical, qui sera le plus sûr déclencheur de l'acte de vaccination. À cette fin, le déploiement d'outils permettant à chacun de communiquer sur sa démarche vaccinale, dans l'espace physique (signe distinctif) ou numérique (partage sur les réseaux sociaux), sera un atout essentiel. Comme le souligne Katy Milkman, professeur à la Wharton School de l'Université de Pennsylvanie, *« La recherche montre que les gens regardent d'abord leurs pairs pour trouver des indices sur leur manière de se comporter, dans tous les domaines, depuis le vote jusqu'à l'épargne. Les autorités sanitaires devraient donc mettre en valeur le large soutien donné à la vaccination, plutôt que de se concentrer sur ceux qui la refusent »*⁵⁹.

58 « Vaccination anti-Covid 19 : l'hésitation domine », Kantar, novembre 2020.

<https://www.kantar.com/fr/inspirations/politique-et-opinion/2020-vaccination-anti-covid-19-hesitation-domine>

59 « Katy Milkman on how to nudge people to accept a covid-19 vaccine », *The Economist*, 30 novembre 2020. <https://www.economist.com/by-invitation/2020/11/30/katy-milkman-on-how-to-nudge-people-to-accept-a-covid-19-vaccine>

L'étude publiée en septembre 2020 par Heidi Tworek, Ian Beacock et Eseohé Ojo, trois chercheurs de l'Université de Colombie Britannique⁶⁰, comparant les stratégies de communication de neuf pays démocratiques face au Covid-19, peut constituer un guide sûr pour orienter l'effort de communication qui doit être le nôtre :

- faire confiance à l'autonomie des citoyens plutôt que leur intimer des ordres ;
- faire appel aux émotions et aux valeurs, en dégagant des narratifs inspirants ;
- impliquer les citoyens et la société civile ;
- s'appuyer sur une réponse institutionnalisée ;
- et enfin, mettre en avant les enjeux démocratiques de la lutte sanitaire.

De fait, ce qui se joue dans cette campagne de vaccination est aussi, en partie, **l'avenir de notre démocratie.**

⁶⁰ Democratic Health Communications during Covid-19: A RAPID Response. <https://democracy.arts.ubc.ca/2020/09/14/covid-19/>

CONCLUSION

Les campagnes vaccinales qui seront mises en œuvre dans le courant de l'année 2021 auront, dans chaque pays, un impact considérable. **Sanitaire** d'abord, avec la perspective d'atteindre l'immunité collective, même si chacun sait que cela ne signifiera pas le retour au « monde d'avant » ni la fin des gestes barrières ; **économique** ensuite, pour permettre aux entreprises de se projeter à nouveau dans l'avenir, et donc de recommencer à investir ; **politique** enfin, car elles constitueront des tests à grande échelle de la capacité des États à organiser de telles opérations, et de la capacité des sociétés à surmonter ces défis.

En France, il est donc essentiel de tirer les leçons des premières phases de la pandémie pour faire de ces campagnes vaccinales une aventure collective où l'ensemble des acteurs et des citoyens doit pouvoir se sentir écouté et impliqué dans une entreprise qui requiert la mobilisation de chacun. Au-delà de la confiance dans le vaccin, c'est plus largement la confiance que notre pays se fait à lui-même qui peut sortir renforcée de cette lutte contre la pandémie :

- confiance dans la capacité **des responsables territoriaux** à agir de façon autonome et cohérente au service d'un objectif national ;
- confiance dans la capacité **des outils numériques** à démultiplier nos capacités de connaissance et d'organisation sans mettre en danger nos libertés ;
- confiance dans la capacité **des acteurs privés** à contribuer de façon décisive à l'intérêt général ;
- confiance dans la capacité **des pouvoirs publics** à organiser l'effort de la nation en définissant une stratégie claire, et en donnant à l'ensemble des acteurs les moyens d'y contribuer.

Si l'année 2021 peut être celle de la victoire face au virus, nul doute qu'elle restera placée sous le signe de l'incertitude. C'est notre réponse collective à cette incertitude qui déterminera notre capacité à surmonter l'épreuve de la pandémie.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier **Angèle Malâtre-Lansac**, directrice déléguée à la santé à l'Institut Montaigne, **Sophie Conrad**, responsable du pôle Politiques publiques et **Hugues Bernard**, assistant chargé d'études sur les questions de santé.

Ce travail n'aurait pas été rendu possible sans l'appui de notre réseau d'**experts**, issus des secteurs public et privé, avec lesquels nous travaillons régulièrement sur les enjeux de transformation du système de santé et de l'action publique.

**Les opinions exprimées dans cette note
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Santé mentale : faire face à la crise (décembre 2020).
- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance: répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden - comment reconstruire la relation transatlantique ? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Information Manipulations Around Covid-19: France Under Attack (juillet 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)
- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française »? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)

- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Breain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir! (juin 2016)

- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)
- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)

- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)
- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)

- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir? (juillet 2008)
- HLM, parc privé
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France... Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012 - Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)

- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations... Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :
www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
ABBVIE
ACCENTURE
ACCURACY
ACTIVEO
ADIT
ADVANCY
AIR FRANCE - KLM
AIR LIQUIDE
AIRBUS
ALKEN ASSET MANAGEMENT
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
AMAZON WEB SERVICES
AMBER CAPITAL
AMUNDI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
ASTORG
ASTRAZENECA
AUGUST DEBOUZY
AVRIL
AXA
BAKER & MCKENZIE
BANK OF AMERICA
BEARINGPOINT
BESSÉ
BNP PARIBAS
BOLLORÉ
BOUYGUES
BROUSSE VERGEZ
BRUNSWICK
CAISSE DES DÉPÔTS
CANDRIAM
CAPGEMINI
CAPITAL GROUP
CAREIT
CARREFOUR
CASINO
CHAÎNE THERMALE DU SOLEIL
CHUBB
CIS
CISCO SYSTEMS FRANCE
CMA CGM
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI
COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM

CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CORRÈZE & ZAMBÈZE
CRÉDIT AGRICOLE
D'ANGELIN & CO. LTD
DASSAULT SYSTÈMES
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
ECL GROUP
EDENRED
EDF
EDHEC BUSINESS SCHOOL
EDWARDS LIFESCIENCES
ELSAN
ENEDIS
ENGIE
EQUANCY
ESL & NETWORK
ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
EURAZEO
EUROGROUP CONSULTING
FIVES
FONCIA GROUPE
FONCIÈRE INEA
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GETLINK
GIDE LOYRETTE NOUËL
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC CONTINENTAL EUROPE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSEEC
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
IZIWORK
JEANTET ASSOCIÉS
JOLT CAPITAL
KANTAR

INSTITUT MONTAIGNE



KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LAZARD FRÈRES
LINEDATA SERVICES
LINKEDIN
LIR
LIVANOVA
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOËT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MALAKOFF HUMANIS
MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S
MOELIS & COMPANY
NATIXIS
NEHS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
PRICEWATERHOUSECOOPERS
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
RADIALL
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD

RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE CORPORATE FINANCE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
SAFRAN
SANOFI
SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SOLVAY
SPRINKLR
SPVIE
STAN
SUEZ
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTAL
UBS FRANCE
UIPATH
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
VOYAGEURS DU MONDE
WAKAM
WAVESTONE
WAZE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castries

MEMBRES

David Azéma Associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara *Senior Partner*, August Debouzy

Marguerite Bérard Directeur du pôle banque de détail en France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadiou Président du Conseil d'Administration, Engie

Olivier Duhamel Président, FNSP (Sciences Po)

Marwan Lahoud Associé, Tikehau Capital

Fleur Pellerin Fondatrice et CEO, Korelya Capital

Natalie Rastoin Senior Advisor, WPP

René Ricol Associé fondateur, Ricol Lasteyrie Corporate Finance

Jean-Dominique Senard Président, Renault

Arnaud Vaissié Co-fondateur et Président-directeur général, International SOS

Natacha Valla Économiste, Doyenne de l'École de Management et d'Innovation à Sciences Po

Florence Verzelen Directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl Président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar Fondateur et Président d'honneur, AXA

Imprimé en France
Dépôt légal : décembre 2020
ISSN : 1771-6756
Achevé d'imprimer en décembre 2020



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Vaccination en France : l'enjeu de la confiance

Les campagnes vaccinales qui seront mises en œuvre dans le courant de l'année 2021 auront, dans chaque pays, un impact considérable : impact sanitaire d'abord, avec la perspective d'atteindre l'immunité collective pour tourner la page de la pandémie ; **impact économique** ensuite, permettant aux entreprises de se projeter à nouveau dans l'avenir et de recommencer à investir ; **impact politique** enfin, car elles constitueront des tests à grande échelle de la capacité des États à organiser de telles opérations, et de la capacité des sociétés à surmonter ces défis.

Pour immuniser la population française, on considère qu'il faudrait vacciner entre 60 % à 70 % de la population soit 40 à 47 millions d'habitants. **Le gouvernement français souhaite vacciner 35 millions de personnes sur l'année 2021**, ce qui sera un vrai défi dans un pays où près de 50 % des Français interrogés disent ne pas souhaiter se faire vacciner contre le virus. Annoncée le 3 décembre dernier et suite à l'avis rendu par la Haute Autorité de Santé fin novembre, **la stratégie de la France en matière de vaccination sera divisée en trois phases.**

L'objectif de cette note est double ; elle présente des éléments objectifs sur le développement en cours du vaccin contre le coronavirus et sur les stratégies vaccinales possibles, grâce notamment à des comparaisons internationales. Elle vise par ailleurs à avancer des pistes concrètes sur **l'organisation collective à mettre en place sur le territoire français et la communication qui doit l'accompagner.**

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne

59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

ISSN 1771-6756
DÉCEMBRE 2020