

CORONAVIRUS : REGARDS SUR UNE CRISE

La série de contributions "Coronavirus : regards sur une crise" de Terra Nova s'efforce de mettre en partage des réflexions, témoignages et questionnements suscités par la pandémie de Covid-19 et ses multiples conséquences. Nous ouvrons à cette occasion nos pages à des partenaires d'horizons variés, témoins, acteurs, experts. Les idées qui y sont exposées ne reflètent donc pas toujours les positions collectives de Terra Nova.

LES LEÇONS DU H1N1 PLAIDAIENT POUR DES CENTRES DE VACCINATION COLLECTIVE

6 janvier 2021 | Par Mélanie Heard, enseignante-chercheuse au Centre de Recherches Interdisciplinaires (CRI) et coordonnatrice du pôle santé de Terra Nova et Thierry Pech, directeur général de Terra Nova

En 2009, lors de l'épidémie de grippe H1N1, les autorités françaises avaient privilégié une campagne de vaccination fondée sur la création de centres dédiés plutôt que sur la médecine de ville. En décembre 2020, elles ont fait le choix inverse avant de se raviser ces tout derniers jours. En cause, la lecture rétrospective des événements de 2009 attribuant l'échec de la campagne vaccinale au choix d'une vaccination collective dans des centres dédiés. Sous l'influence de nombreux acteurs professionnels, cette interprétation erronée, formalisée en particulier dans les recommandations de la Haute autorité de santé, s'est imposée comme une vérité incontestée, orientant le Gouvernement dans une voie sans issue. Le rapport de la commission parlementaire de l'époque défendait pourtant explicitement la nécessité de centres de vaccination dédiés en cas de pandémie et pointait les différents écueils d'une stratégie fondée essentiellement sur le réseau de la médecine de ville.

*

Le ministre Olivier Véran l'a annoncé sur twitter, le 31 décembre 2020 : « avant le début février, de premiers centres de vaccination ouvriront en ville, pour commencer à vacciner les personnes âgées de 75 ans et plus, puis les 65 ans et plus, etc. »^[1].

[1] <https://twitter.com/olivieveran/status/1344688789776695297>

Confirmation au matin du 5 janvier, avec un calendrier encore accéléré : 100 centres de vaccination « destinés à la ville » avant la fin de la semaine, 500 avant la fin janvier[2]. C'est un tournant conséquent par rapport à la stratégie qui avait été suivie jusqu'ici. Décidé dans la tourmente, cet opportun revirement entend répondre aux critiques dans un calendrier extrêmement serré : les agences régionales de santé disposent désormais de trois semaines pour identifier, organiser et équiper ces centres en se rapprochant au plus vite des centres hospitaliers et des collectivités territoriales.

La perspective de tels centres dédiés paraissait pourtant clairement écartée début décembre : le premier choix du Gouvernement était de s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux et leur réseau. De fait, le lien entre proximité, confiance et efficacité de la campagne vaccinale était devenu un axiome ces dernières semaines. Lors de sa présentation de la stratégie vaccinale devant l'Assemblée nationale, le Premier ministre lui a donné rang de principe : « *C'est au plus près de nos concitoyens que la confiance se gagnera dans le cadre du lien de proximité qui les unit à nos professionnels de santé* »[3]. Et Olivier Véran de renchérir : « *là où les médecins sont exclus d'une campagne vaccinale, la confiance est exclue* ». Les choix stratégiques adoptés en décembre reposaient donc sur cette logique de proximité, qu'il s'agisse de la vaccination en Ehpad ou chez les médecins traitants : la campagne devait être la somme des vaccinations individuelles effectuées dans le cadre de la relation médecin/patient, en Ehpad ou au cabinet, et non d'un effort de vaccination collective dans des circuits centralisés et des « vaccinodromes ». Ayant été les plus ardents à fustiger ces méthodes « soviétiques », les syndicats de médecins généralistes approuvèrent sans surprise la première orientation du Gouvernement. Luc Duquesnel, Président du syndicat Les Généralistes-CSMF déclarait ainsi le 16 décembre : « *Pour ce vaccin, le Gouvernement a décidé de ne pas refaire l'erreur de Roselyne Bachelot avec ses vaccinodromes pour la grippe H1N1. Il organise la vaccination en ambulatoire, avec les professionnels de soins primaires en qui les Français ont confiance.* »[4]

[2] <https://twitter.com/olivieveran/status/1346367376913264640>

[3] Stratégie vaccinale : déclaration de M. Jean Castex, Premier ministre, à l'Assemblée nationale, le 16/12/2020 ; <https://www.gouvernement.fr/partage/11971-strategie-vaccinale-declaration-de-m-jean-castex-premier-ministre-a-l-assemblee-nationale-le>

[4] "Si nous, généralistes, avons confiance dans le vaccin, les Français auront aussi confiance" - Les Généralistes-CSMF (lesgeneralistes-csmf.fr)

Le Président de MG France Jacques Battistoni l'avait précédé le 29 novembre, estimant que les professionnels de santé libéraux devaient se voir confier « *la responsabilité de l'organisation* » de la vaccination : « *Le gouvernement a tiré les leçons du fiasco de la vaccination en grands centres de 2009 [contre la grippe H1N1]. Il sait qu'il ne peut pas faire sans nous ; que s'il ne s'appuie pas sur les professionnels de ville, médecins, pharmaciens ou infirmiers, ce sera l'échec assuré* ». [5]

Comment cette position a-t-elle pu acquérir une force telle qu'elle ait emporté la première stratégie du Gouvernement, le détournant des choix réalisés dans de très nombreux autres pays occidentaux en faveur de structures collectives de vaccination dans des centres dédiés ?

La recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination paraît avoir marqué une étape importante dans la construction, ou au moins la formalisation, d'un argumentaire hostile à la vaccination collective dans des centres dédiés [6]. Cet argumentaire repose de façon massive sur la critique du choix privilégié lors de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 en 2009, dont la HAS entend « *tirer les enseignements* » : « *Cette campagne de 2009 a conduit au mécontentement des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes et des infirmiers libéraux, qui n'avaient pas été suffisamment mobilisés dans le dispositif. Le reproche principal adressé par les professionnels de santé portait sur la réalisation de la vaccination dans des centres dédiés : les professionnels se sont sentis exclus de la campagne et n'y ont pas adhéré* ». En conséquence, les modalités recommandées pour la mise en œuvre de la vaccination anti-SRAS-COV-2 écartent toute perspective de vaccination collective dans des centres dédiés, et privilégient les professionnels de ville : « *Dans l'idéal, la vaccination devrait être accessible en ambulatoire, à proximité des lieux de vie ou de soins habituels de la population ciblée* ». Il est recommandé que, dans le respect des phases de la priorisation par populations, chacun puisse « *choisir, autant que possible, son lieu de vaccination et son vaccinateur* ».

[5] Entretien au JDD du 29 novembre 2020, Vaccination contre le Covid-19 : "Le gouvernement ne peut pas faire sans nous, les médecins généralistes" (lejdd.fr)

[6] Haute autorité de santé, « Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination », 10 décembre 2020, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_-_recommandations_intermediaires_sur_les_modalites_de_mise_en_oeuvre_de_la_vac.pdf. La HAS a soumis ce texte à une consultation des acteurs de la vaccination, dont les contributions ont été rendues publiques : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/resultat_de_la_consultation_publicque_relative_au_projet_de_recommandations_intermediaires_sur_les_modalites_de_mise_en_oeuvre.pdf

La recommandation de la HAS est finalement sans appel : « *Il apparaît ainsi indispensable de favoriser le recours à la médecine de ville* », un circuit complémentaire en établissements étant préconisé « *dans des structures adaptées à certaines cibles (vaccination des professionnels, des personnes isolées, des personnes en collectivités, etc.)* ».

*

Cette critique de la vaccination collective telle que choisie en 2009 méritait-elle d'emporter les choix qui ont été faits par la HAS et le Gouvernement en faveur d'une campagne confiée aux professionnels libéraux ? Son échec, certes patent – une couverture vaccinale finalement inférieure à 10% –, a été amplement commenté. L'idée que la cause de cet échec résidait dans l'hostilité délétère des professionnels libéraux a été largement reprise. Pour autant, l'inférence selon laquelle cette hostilité et cet échec étaient les conséquences nécessaires d'une stratégie de vaccination collective dans des centres dédiés ne va pas du tout de soi.

La lecture du rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la vaccination H1N1 est ici éclairante[7]. Le rapporteur Jean-Pierre Door y souligne effectivement à l'envi que le choix de créer des centres de vaccination dédiés a provoqué le mécontentement des médecins libéraux de n'avoir pas été suffisamment associés au dispositif. Il cite par exemple l'audition de Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), invoquant la « *révolte* » des médecins devant des modalités « *militaro-soviétiques* » d'organisation : pour lui, « *le choix a été effectué de donner l'exclusivité à des centres de vaccination et de court-circuiter tout le réseau de proximité* ».

Le rapport de la commission d'enquête ne recommande pas pour autant, loin de là, de renoncer à l'avenir totalement à ce qu'il appelle la « *vaccination collective* », c'est-à-dire dans des centres dédiés, au profit de campagnes concentrées dans les cabinets de ville. La recommandation est la suivante : à l'avenir, puisqu'il faudra effectivement « *renforcer le rôle des professionnels de santé dans la vaccination pandémique* », il conviendra de « *favoriser le recours à la médecine ambulatoire parallèlement à des centres de vaccination spécifiques en cas de campagne de vaccination pandémique* » (nous soulignons).

[7] « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) », 6 juillet 2010 (n° 2698), <https://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-eng/r2698.pdf>

Ces lieux dédiés à la vaccination collective demeurent donc centraux dans les recommandations : ils sont définis comme strictement nécessaires et incontournables : le rapport souligne explicitement « *l'impossibilité de faire reposer une campagne de vaccination pandémique exclusivement sur la médecine ambulatoire* ».

Il détaille les contraintes pratiques et logistiques qui rendaient nécessaires le choix de centraliser la vaccination H1N1 dans des centres dédiés – et les arguments listés pour justifier ce choix frappent par leur actualité pour la présente campagne. Ces centres étaient ainsi la seule voie capable de permettre aux autorités de :

- Séparer les flux de personnes malades et de personnes à vacciner : « *non seulement il était craint un pic épidémique risquant de conduire à la saturation des cabinets médicaux, mais il était également souhaité (...) de freiner la transmission du virus. Dès lors, la séparation des flux entre personnes malades et personnes à vacciner semblait s'imposer et l'orientation de ces dernières vers des structures spécifiques, distinctes des lieux d'accueil des patients, répondait à cette exigence* » ;
- Tenir compte du conditionnement des vaccins en multidose pour leur administration et leur stockage : « *il fallait consommer des flacons entiers en une journée. La vaccination collective s'est donc imposée comme le mode d'organisation le plus rationnel pour répondre à cette contrainte* » ;
- Garantir le respect de l'ordre de vaccination des personnes prioritaires : « *Le choix d'une vaccination collective est rapidement apparu comme la solution permettant de répondre le plus facilement à cette exigence : en recourant à des bons, délivrés progressivement, il a été possible d'identifier ces personnes et de leur proposer une vaccination plus précoce que celle des autres catégories, tenant compte du calendrier des livraisons de vaccins* » ;
- Assurer la traçabilité des injections et la pharmacovigilance : « *du fait de la diversité des vaccins utilisés, de la posologie (deux doses du même produit) et de l'exigence de mettre en place une pharmacovigilance efficace* », la campagne imposait des tâches administratives trop lourdes pour les imposer à des médecins de ville déjà aux prises avec un afflux majeur de patients, de sorte qu' « *il a donc été choisi de faire accomplir ces démarches par des centres dédiés, dotés de personnel administratif* ».

Toutes les caractéristiques listées ici pour définir le choix de la vaccination collective en centres dédiés comme la seule option possible rappellent évidemment les contraintes de la situation présente : contraintes liées à l'épidémie elle-même (crainte d'un nouveau pic, incertitude sur une possible mutation, saturation de l'offre), contraintes liées aux produits (deux injections, variété des vaccins sur le marché) et à la logistique (livraisons progressives, conditionnement multi-doses, stockage). Toutes... sauf une, qui rend a priori ces arguments encore plus forts aujourd'hui : le stockage à -80 C° du vaccin Pfizer-BioNTech.

Dès lors, pour Jean-Pierre Door et la commission d'enquête, la stratégie de vaccination collective, étant rendue nécessaire par des contraintes matérielles indépassables, ne pouvait ni ne devait être mise en cause pour elle-même. La réponse au mécontentement des professionnels libéraux ne pouvait passer par un abandon pur et simple de cette stratégie, mais plutôt par des amendements sous forme de circuits secondaires alternatifs.

La recommandation du rapport est ainsi d'ouvrir, en parallèle au circuit central de vaccination en centres dédiés, la possibilité pour les professionnels libéraux qui le souhaiteraient de proposer la vaccination au cabinet à leurs patients. Mais « *la participation de la médecine ambulatoire doit reposer sur le volontariat* », dès lors que « *sa capacité à se consacrer à une vaccination pandémique n'est pas uniforme* » : « *la nécessité d'assurer une traçabilité suppose des formalités administratives longues et fastidieuses, que tous les cabinets ne pourraient assumer faute d'un secrétariat suffisamment étoffé. En cas de conditionnement des vaccins en multidoses, leur activité doit être suffisamment importante pour pouvoir regrouper les vaccinations sur une journée – c'est sans doute le cas dans les cabinets de groupe ou les maisons de santé. Les professionnels doivent par ailleurs être suffisamment disponibles pour se ravitailler en vaccins. Enfin, ils doivent disposer de locaux permettant d'établir deux circuits séparés, l'un dédié aux malades et l'autre aux personnes à vacciner. (...) Les praticiens sont responsables ; ils savent si leurs conditions d'organisation leur permettent ou pas de participer à un dispositif de vaccination pandémique* ».

Notons que le rapport préconise un second circuit alternatif aux centres de vaccination collective : la vaccination, au besoin par des équipes mobiles, dans les entreprises, administrations, collectivités ou en milieu scolaire.

Au total, la conclusion du rapport déplore une « incompréhension » entre les médecins et la ministre Roselyne Bachelot, mais ne désigne en aucun cas le choix de centres dédiés comme la cause de l'échec de la campagne, ni comme un choix contestable. S'il est nécessaire de reconnaître le rôle des professionnels libéraux dans la lutte contre l'épidémie et de s'appuyer sur le lien de confiance et de proximité qu'ils ont avec leurs patients, c'est plutôt finalement autour du dialogue, de l'information et de la décision partagée qu'il faut travailler, l'acte d'injection d'un vaccin en tant que tel n'étant pas le trait essentiel de ce rôle crucial. Et c'est plutôt la faiblesse du message de santé publique qui est pointée en conclusion du rapport comme requérant des réajustements d'ampleur pour l'avenir : « *Demain, il nous faudra peut-être faire face à une nouvelle pandémie à la gravité plus sévère. La mobilisation du corps social sera alors indispensable. Comment ferons-nous si l'on ne croit plus aux mesures de santé publique ?* ». Les mots-clés de la réponse à cette inquiétante question conclusive sont plutôt à chercher du côté de la conviction et de la pédagogie, du prendre soin et du mieux vivre, et c'est sans doute en ces matières que la confiance et la proximité des professionnels de ville peut faire la différence. Rien d'incompatible, au total, avec la structuration d'un circuit de vaccination collective en centres dédiés.

*

Quelles sont donc les leçons tirées de 2009 qui ont influencé la politique actuelle ? Sans aucun doute, l'un des héritages de cet épisode réside dans la crainte des autorités à l'égard du mécontentement des libéraux. Sans doute aussi dans la conscience du rôle crucial qu'ils peuvent jouer dans la construction de la confiance auprès de leurs patients. Mais, dix ans après cet épisode, les autres leçons, pourtant plus stratégiques encore, semblent avoir été oubliées, alors même que la pandémie actuelle est à la fois plus virulente, plus longue, et l'urgence d'une vaccination de masse, plus élevée.

La HAS – qui pourrait au passage développer son expertise en matière d'analyse des politiques publiques – semble victime d'un contresens, ou au moins d'un faux-sens, sur les leçons de 2009. Elle oublie en particulier les fortes considérations pratiques et logistiques qui ont guidé le jugement de la Commission Door et qui plaident en faveur de centres dédiés à la vaccination : conservation du vaccin, conditionnement en multi-doses, séparation des flux de malades et de personnes à vacciner, etc. On peut certes conclure des conséquences délétères du mécontentement des libéraux la nécessité de les associer à la campagne ; en revanche, il n'est pas rationnel d'en inférer la nécessité de renoncer totalement à la vaccination collective.

D'autant qu'il faudrait aussi mesurer le poids d'autres déterminants cruciaux des inquiétudes des libéraux et de leur relation difficile avec leur ministre, dans le contexte spécifique de 2009 : un calendrier syndical chargé, marqué par les discussions sur la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », créant notamment les ARS, promulguée quatre mois avant l'ouverture des premiers centres de vaccination[8].

Les libéraux se sont ainsi imposés en décembre 2020 comme les pivots incontournables de la première stratégie vaccinale. Pourtant, comme l'avaient prédit les membres de la commission, beaucoup d'entre eux n'ont guère la capacité administrative d'y faire face (assurer la traçabilité des injections, grouper les rendez-vous de vaccination, etc.) ou les moyens de séparer les flux de malades et de personnes à vacciner dans leurs cabinets. En outre, leur dispersion sur le territoire, gage de leur proximité incontestable avec la population, rend l'acheminement des doses particulièrement délicat : n'importe quel professionnel de la logistique connaît la complexité du « dernier kilomètre » quand les points de distribution sont nombreux et les quantités servies à la fois modestes et variables. Le paradigme du « colloque singulier » cher à la médecine libérale (« choisir son lieu de vaccination et son vaccinateur ») est, de ce point de vue, le moins cohérent avec la recherche d'une efficacité de masse à court terme. De fait, il est bon que les médecins libéraux puissent prendre part à la campagne de vaccination, y compris dans des centres dédiés ; il serait en revanche totalement déraisonnable qu'ils en soient les opérateurs exclusifs.

Les leçons de 2009 n'ont pas seulement été en grande partie oubliées, elles ont été également travesties : c'est en effet au nom de l'expérience de 2009 que l'idée de centres dédiés à la vaccination a été d'abord écartée ! Obnubilées par la défiance d'une partie de la population à l'égard de la vaccination, les autorités publiques se sont ainsi laissées imposer une interprétation rétrospective des événements de 2009 qui plaçait en son cœur l'acquiescement des libéraux et qui les éloignait de l'enjeu principal de 2021 : faire reculer au plus vite la pandémie, a fortiori au moment où de nouveaux variants du virus semblent à nos portes. Heureusement, il n'est pas trop tard pour changer de pied et le revirement récent du Gouvernement doit être salué.

[8] A ce sujet, il est intéressant de relire les déclarations de Michel Chassang (CSMF) le 4 décembre 2009 ([Grippe H1N1: la vaccination en cabinet coûterait « plus cher », estime Roselyne Bachelot MyPharma Editions | L'Info Industrie & Politique de Santé \(mypharma-editions.com\)](#)) : « Nous sommes en pleine idéologie. En repoussant l'offre de service des médecins libéraux qui n'aspiraient qu'à rendre service à leurs patients, la ministre expérimente grandeur nature l'étatisation du système de soins contenu dans sa loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires ». Sauf que la fin de la liberté de choix et le rationnement de l'accès aux soins aboutissent à des files d'attentes ! »