

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

– **Audition**, ouverte à la presse, d'organisations régionales de professionnels de santé : Dr Antoine Leveur, président de l'URML Normandie, Mme Isabelle Varlet, présidente de l'URPS Infirmiers libéraux Nouvelle Aquitaine, et M. François Martial, président de l'URPS Pharmaciens Nouvelle Aquitaine.....2

Mercredi 9 décembre
2020

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 91

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

**Présidence
de M. Cédric Villani,
*président***



Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques

Mercredi 9 décembre 2020

– Présidence de M. Cédric Villani, député, président de l'Office –

La réunion est ouverte à 16 h 05.

Audition, ouverte à la presse, d'organisations régionales de professionnels de santé : Dr Antoine Leveneur, président de l'URML Normandie, Mme Isabelle Varlet, présidente de l'URPS Infirmiers libéraux Nouvelle Aquitaine, et M. François Martial, président de l'URPS Pharmaciens Nouvelle Aquitaine

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Chers collègues, nous sommes réunis pour une nouvelle audition de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) sur le sujet si important de la stratégie vaccinale contre la Covid-19. Cette étude vise à éclairer le Parlement sur les aspects scientifiques, techniques, logistiques, communicationnels de cette stratégie, ainsi que sur la confiance, en vue du débat qui aura lieu le 16 décembre à l'Assemblée nationale et le 17 décembre au Sénat. Nous allons entendre des représentants des URPS (Unions régionales des professionnels de santé) de Normandie et de Nouvelle-Aquitaine. Cela reflète le fait que la stratégie vaccinale n'est pas seulement affaire de décisions centralisées, mais aussi de mise en œuvre sur le terrain.

Les quatre rapporteurs de ce travail sont les sénatrices Sonia de La Provôté du groupe Union Centriste et Florence Lassarade du groupe Les Républicains, et les députés Jean-François Eliaou du groupe La République en marche et Gérard Leseul du groupe socialiste. C'est un panel transpartisan, bicaméral, qui instruit ce dossier avec la plus grande objectivité.

L'audition est publique. Tous les citoyens peuvent y participer en posant des questions en direct sur la plateforme Slido, sur la base des indications de connexion données sur le compte Twitter de l'OPECST. Je me chargerai de les répercuter auprès des intervenants.

Je laisse la parole aux rapporteurs pour lancer la discussion.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Je vous remercie. Cet échange portera essentiellement sur la dispensation vaccinale par les professionnels de santé.

Ma première question porte sur la façon dont les choses s'organisent sur le terrain. Une première phase concernera exclusivement les EHPAD. En fonction de l'arrivée des doses, nous allons entrer dans un processus progressif de vaccination, jusqu'à la population générale. Comment les choses s'organisent-elles dès à présent sur le terrain, pour la phase 1 et pour les suivantes ? Comment les vaccins vont-ils arriver en fonction des phases prévues ? Quels sont vos interlocuteurs ? Je voudrais également savoir si vous sentez, ou pas, que nous avons tiré les leçons de ce qui s'est passé auparavant : en 2009 et cette année pendant les deux

« vagues » de l'épidémie, avec par exemple les problèmes relatifs aux masques ou aux tests qui ont aussi été de vrais sujets logistiques.

Ma deuxième question porte sur l'acceptabilité de la part des soignants et de ceux qui seront chargés de la vaccination sur le terrain. Il est prévu de faire d'abord appel aux médecins généralistes puis, au fur et à mesure de l'accroissement du nombre de personnes à vacciner, aux infirmiers et aux pharmaciens et peut-être au-delà. Quelle est l'attitude des professionnels vis-à-vis de la vaccination et du vaccin actuellement disponible ? Il y aurait 20 % de sceptiques chez les médecins. Est-ce le cas ? Y a-t-il dans le corps médical la conviction de contribuer quoi qu'il arrive à l'intérêt général et l'envie d'entrer pleinement dans cette opération vaccinale, sachant que cette année ne sera pas forcément comme les années suivantes, puisque nous sommes dans une phase expérimentale et qu'il faut mettre en œuvre une logistique qui devra être plus rôdée à l'avenir ?

Dr Antoine Leveur, président de l'Union régionale des Médecins libéraux Normandie. – Je suis d'accord avec ce que vous venez de dire. Les professionnels sont face à deux logiques. Il y a d'abord une logique organisationnelle : comment faisons-nous pour vacciner les Français aujourd'hui ? Nous n'avons pas la main sur tout, vous l'avez compris. Cependant, cela nous oblige à réfléchir à la façon dont nous allons procéder dans les territoires dès le mois de janvier, avec les EHPAD, les résidences seniors, les résidences services, etc. Tout cela sera compliqué. Ensuite, il y a une logique motivationnelle au sein de la profession, parce que nous avons bien compris que nous serons un relais important pour faire adhérer la population à cette vaccination de masse.

En préambule, je voudrais dire que la médecine libérale sera présente. Nous allons nous engager, il n'y pas de problème sur ce point. Cela étant, deux conditions nous paraissent essentielles. Sans surprise, la première condition est la nécessaire information du corps médical sur ces vaccins. Nous ne revendiquons pas de lire l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de haut en bas, nous revendiquons le fait d'avoir un avis autorisé des agences compétentes, notamment de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), voire de l'Agence européenne du médicament (EMA). Il nous faudrait cela assez rapidement, mais j'ai cru comprendre que ce ne serait pas avant fin décembre, ce qui est déjà un problème. Cette information doit être très claire et transparente, c'est la seule façon pour nous d'emmener une majorité de professionnels et de médecins vers la vaccination.

Toujours en préambule, il est important de clarifier le statut juridique et assurantiel du médecin libéral qui sera engagé dans la vaccination. Aujourd'hui, notre réflexion prend en compte deux éléments : premièrement, à notre connaissance, les laboratoires ont signé une clause d'irresponsabilité avec l'Union européenne ; deuxièmement, la vaccination n'est pas obligatoire. La question de la responsabilité du médecin vaccinateur se pose donc. Elle a été posée au ministre qui, à nos yeux, s'en est tiré par une pirouette en disant que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) était fait pour ça. Ce n'est pas aussi simple. Ce le serait si la vaccination était obligatoire. Or elle ne l'est pas et nous attendons la publication d'arrêtés, comme au moment de l'épidémie de grippe H1N1, où il était dit qu'en cas de menace sanitaire grave, la vaccination était recommandée. Dès lors, les médecins seraient protégés. Si ces arrêtés n'étaient pas publiés rapidement, il nous faudrait obtenir le statut de collaborateur occasionnel du service public, comme l'est un médecin libéral régulateur d'un centre 15 lorsqu'il y fait des vacations.

Ce sont les deux conditions qu'il me paraît important de réunir : une information et un statut juridique et assurantiel qui nous protègent. À mes yeux, c'est ce qui va conditionner l'adhésion des médecins libéraux à la vaccination, en tout cas dans la région Normandie.

M. François Martial, président de l'URPS Pharmaciens Nouvelle-Aquitaine. – Je rejoins tout à fait ce qui vient d'être dit sur le besoin d'information. Nous parlons « du » vaccin, mais il faut d'ores et déjà savoir qu'il existe plusieurs types de vaccin. Il existe au moins le vaccin ARN qui doit être conservé au froid, que ce soit à -80 ou à -20 degrés, et des vaccins à adénovirus, dont nous entendons déjà parler, comme celui élaboré par AstraZeneca. Cette différence nécessite une logistique particulière, ne serait-ce que pour les EHPAD, pour lesquels est prévu le vaccin Pfizer-BioNTech. On demande d'ores et déjà aux pharmaciens de se mettre en rapport avec les EHPAD, en particulier ceux qui n'ont pas de pharmacie à usage interne – les EHPAD privés sont souvent approvisionnés par des pharmaciens d'officine –, afin de recenser les besoins. Le recensement passera par le recueil du consentement, la vaccination n'étant pas obligatoire. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD devra recevoir l'accord des patients, afin de savoir le nombre de vaccins dont il aura besoin.

Nous ne le savons pas de manière scientifique, mais à travers des revues de presse données par les laboratoires et d'après les bruits de couloir : il faudra laisser s'écouler au moins trois semaines entre la vaccination contre la grippe et l'injection du vaccin Pfizer-BioNTech. En attendant les documents officiels de l'ANSM, de l'EMA, etc. je mets tout au conditionnel.

Que ce soit dans le cadre de la répartition pharmaceutique en officine ou dans le cadre des pharmacies à usage interne (PUI) hospitalières, la logistique repose sur l'emploi de super congélateurs ; les vaccins décongelés seront amenés auprès du pharmacien ou du patient, mais devront être utilisés dans les 5 jours. Ce sera donc une opération assez « millimétrée » en temps et en lieux. Les URPS font actuellement un recensement auprès des pharmaciens, pour que tout soit organisé au mieux. La première chose dont nous avons besoin est d'avoir des renseignements véridiques, autant pour les patients que pour nos confrères. Il est évident que nous n'allons pas nous plonger dans tous les documents qui seront publiés, mais au moins dans ceux associés à l'AMM. Ce sont des documentations vérifiées par la HAS (Haute Autorité de santé), l'ANSM, etc. Ce seront les seuls éléments qui feront basculer les patients, parce que nous-mêmes allons basculer du côté de la vaccination. Nous sommes actuellement très interrogés par nos patients.

Mme Isabelle Varlet, présidente de l'URPS Infirmiers libéraux Nouvelle-Aquitaine. – Les infirmières libérales seront bien sûr mobilisables pour mettre en œuvre la stratégie vaccinale, mais comme mes confrères, nous avons absolument besoin d'informations sur le vaccin. Des patients nous posent tous les jours des questions et nous avons beaucoup d'interrogations sur celui-ci. Il sera important de rassurer la population.

Pour vacciner, nous pouvons nous organiser en configuration monoprofessionnelle ou pluriprofessionnelle. C'est important, sachant qu'il y aura un nombre important de personnes à vacciner. L'URPS Infirmiers libéraux Nouvelle-Aquitaine a connu une expérience similaire en avril 2018, avec la vaccination contre la rougeole que nous avons organisée sur les campus universitaires de Bordeaux et de Poitiers.

Nous sommes mobilisables, mais avons besoin d'informations que nous n'avons pas actuellement.

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Je vous remercie pour ces premières interventions. Nous avons bien entendu vos messages convergents, en particulier ce grand besoin de disposer rapidement d'informations. Vous recevez dès à présent les questions de vos patients, et attendre que tous les rouages soient enclenchés à peut-être du sens sur le papier, mais cela ne correspond pas aux attentes des citoyens au moment où le débat public s'empare de la vaccination.

Nous avons également entendu ce que vous disiez sur la responsabilité, dans un contexte où il n'y a pas d'obligation vaccinale et où une responsabilité pèsera sur vos épaules, parce que vous participerez au devoir d'information, de conviction. C'est en fait le travail de toute la société que d'instruire et d'obtenir le consentement éclairé des personnes qui se feront vacciner.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Je suis d'accord, la mission qui vous est confiée nécessite beaucoup d'informations, de responsabilité, mais pour moi, la responsabilité nécessite de la conviction. À partir de quel moment estimerez-vous être convaincus par les informations que vous aurez pu lire ? Comment faut-il organiser cette information, cette mise à disposition des documents, afin qu'en votre âme et conscience et dans un dialogue avec vos confrères, vous puissiez être convaincus que les réponses validées par les autorités européennes et françaises valent la peine que vous preniez le sujet à bras le corps ? Comment faut-il faire pour que l'information vous parvienne rapidement, de manière honnête, sérieuse, transparente ?

Dr Antoine Leveneux. – Il faut faire avec ces vaccins comme avec tous les produits de santé prescrits, c'est-à-dire attendre l'avis de la HAS, de l'ANSM et de l'Agence européenne des médicaments. Je suis médecin généraliste, je ne suis pas un expert en pharmacologie, et je fais *a priori* plutôt confiance aux personnes travaillant sur le sujet. J'attends donc que l'on fasse parvenir à tous mes confrères les avis des agences dont j'ai parlé. Pour l'instant, nous n'avons rien du tout. Si les opérations de vaccination doivent démarrer le 4 janvier, il reste peu de temps pour donner à la profession les éléments pour juger.

Ce qui est compliqué pour nous, c'est le silence, l'absence d'information. Dans le même temps, il faut mettre cela en perspective avec le fait que ce sont de nouveaux vaccins et que le recul est limité parce que les phases 2 et 3 remontent à septembre. Nous ne connaissons pas la durée de l'immunité acquise par la vaccination. S'il s'agit de vacciner tous les quatre ou six mois, je ne suis pas certain que nous jouions à fond la carte de la vaccination dès le mois de janvier. Les effets secondaires, les accidents, les contre-indications, la durée de l'immunité acquise par la vaccination, etc. : ce sont des questions que les médecins et les patients se posent tous les jours, dans tous les cabinets de France.

Aujourd'hui, il y a un drôle de climat autour de la vaccination. Les prises de parole de certains professeurs ou de scientifiques avertis faisant part de leurs états d'âme, voire de leur grande hésitation, créent un climat qui n'est pas très favorable et qui est un peu pesant pour nous.

Je le répète, il nous faut des documents clairs de l'Agence européenne des médicaments, de l'ANSM et de la HAS. Si nous avons tout cela avec l'autorisation de mise sur le marché, ce sera bien.

M. François Martial. – Bien qu'on les dise experts des médicaments, les pharmaciens se basent exactement sur les mêmes éléments. Nous sommes des généralistes des médicaments, c'est-à-dire que nous ne savons rien sur tout. Il faut bien avoir cela en tête. Je fais confiance à l'industrie pharmaceutique pour nous délivrer des informations avérées, avec les avis des agences autorisées, éclairées par leurs experts ; nous pourrions appréhender tout cela et le répercuter auprès de nos patients et confrères. Nous avons besoin de ces publications.

Quand j'entends dire que l'avis sur le vaccin Pfizer BioNTech sera rendu aux alentours du 29 décembre et que dès le 4 janvier, il faudrait pouvoir vacciner, je me retourne vers mes confrères médecins, en leur disant : « Vous allez en prendre la responsabilité. » Nous avons besoin d'un recul suffisant, avec de vrais éléments d'information, honnêtes, sincères, que nous pourrions appréhender.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Si je vous entends bien, pouvons-nous dire qu'il y a eu une accélération un peu excessive de la communication gouvernementale sur le sujet ?

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Le calendrier a-t-il été précipité ?

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Vous pensez que la communication a été un peu rapide, mais nos voisins anglais commencent à vacciner. J'ai déjà des remarques venant du terrain sur le thème : « Que fait la France ? Ne sommes-nous pas capables d'accélérer le mouvement ? Que font nos autorités médicales ? On vaccine en Angleterre et nous ne sommes pas capables de vacciner en France. » Nous avons deux sentiments contradictoires, qui ne sont pas illégitimes. J'entends bien la volonté de vouloir poser davantage les choses, sans se précipiter. Vous avez peut-être raison sur le fait qu'il ne faille pas s'engager sur une vaccination dès le 4 janvier ; mais dans le même temps, une partie de la population, notamment les personnes se sentant fragiles ou approchant 70 ou 75 ans qui se sentent encore en bonne santé, mais sont peut-être déjà un peu vulnérables, n'a pas envie d'attendre le mois de mars pour être vaccinée.

Dr Antoine Leveueur. – Je comprends que dans chaque cas de figure, on peut avoir des arguments pour et contre. Après tout, c'est la décision politique qui compte. Vous citez le Royaume-Uni et je ne connais pas tout le processus organisationnel là-bas. En revanche, je peux vous dire que la Suisse a l'attitude inverse.

Deux questions majeures se posent aujourd'hui. Premièrement, que sont ces vaccins ? En tant que professionnels, qu'allons-nous injecter à la population ? Cela renvoie à la question de la responsabilité que j'évoquais tout à l'heure.

Deuxièmement, la logistique, la chaîne du froid, toutes les contraintes que l'on a identifiées pour un déploiement efficace de la vaccination seront-elles bien cadrées dès le début du mois de janvier ? On peut s'interroger. Je ne suis pas un spécialiste, mais je vois que ce sera un peu compliqué. Pfizer a communiqué sur des problèmes de fabrication et sur le fait qu'il ne pourrait vraisemblablement pas assurer l'intégralité de la commande pour le mois de janvier en France. C'est un premier point.

Par ailleurs, je crois comprendre qu'il y a deux flux : un flux pour les EHPAD publics qui sera géré par des plateformes hospitalières dans le cadre des groupements

hospitaliers de territoire (GHT), et un flux pour le « gros du bataillon », les EHPAD privés, les résidences seniors, les résidences services. Ceux-ci seront approvisionnés par les officines du territoire qui commanderont directement les doses à Santé publique France. Ces deux flux fonctionneront-ils en parallèle ? Il y aura sans aucun doute une mobilisation très importante au niveau logistique. Mon métier est de vacciner ou de ne pas vacciner, en tout cas d'entraîner l'adhésion de mes confrères et de mes patients, pour peu que nous ayons les éléments nous permettant de nous forger une opinion.

J'attends que l'on me donne les moyens d'être convaincu. Je suis un médecin et, avec tous mes confrères, nous sommes des vaccinateurs : nous le faisons tous les jours, nous n'avons pas de souci là-dessus, mais nous connaissons les vaccins employés et nous en avons l'habitude. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à de nouveaux procédés de fabrication, à des vaccins innovants. Vous avez parlé de l'ARN messager, de l'adénovirus, de formes inactivées, etc. Toutes les techniques seront disponibles.

J'ai oublié une interrogation importante : des vaccins seront-ils davantage indiqués pour certaines populations que pour d'autres ? Aujourd'hui, nous ne le savons pas. Ces questions sont en suspens et c'est là-dessus que l'effort doit porter. L'on peut se demander si au lendemain du réveillon, tout le monde aura bien digéré les dernières informations qui seront arrivées.

Si vous avez compris mes propos, nous avons tout de même quelques craintes.

M. François Martial. – En tant que pharmaciens, les éléments que nous avons sur la logistique du froid permettent de dire qu'une fois décongelé et passé à une température de l'ordre de 2 à 8 degrés, le vaccin Pfizer pourra être conservé 5 à 6 jours, pas davantage. Nous maîtrisons la logistique du froid pour amener le vaccin dans les EHPAD et les lieux un peu clos que sont les centres pour personnes handicapées, les établissements pour personnes âgées, etc. Le vaccin Moderna arrivera peu après. Il serait stocké à -20 degrés et pourrait être ensuite conservé une vingtaine de jours. Nous aurions donc un peu plus de souplesse.

Le succès de la vaccination reposera sur une collaboration interprofessionnelle au sein de l'EHPAD, avec le médecin ou l'infirmier sous la responsabilité du médecin. Par exemple, si nous apportons le vaccin le 10 janvier, il faudra prévoir que 21 jours après, les mêmes personnes seront vaccinées. Il faudra assurer cette traçabilité pour la bonne délivrance du vaccin. Sinon les personnes diront : « J'ai été vacciné contre la Covid. », mais ne sauront pas quel vaccin elles auront eu. Les pharmacies sont des spécialistes de la traçabilité et depuis toujours, nous avons de vieux cahiers, sur lesquels nous notons tout – et leurs versions informatisées. C'est un élément important pour la sécurité de la délivrance aux patients et aux vaccinateurs. Il doit y avoir une véritable traçabilité qui sera la base de la pharmacovigilance et de la veille sanitaire.

Cela me semble très important et nous l'avons déjà affirmé en discussions interprofessionnelles avec les médecins et les infirmiers : nous aurons besoin d'éléments, surtout pour ce vaccin. Nous avons « payé », parce que des personnes n'avaient pas été suffisamment bien vaccinées contre la rougeole. En Nouvelle-Aquitaine, nous avons été obligés de faire des séances de rappel, parce que les personnes ne se souvenaient pas si elles avaient eu le vaccin contre la rougeole. Cela doit nous servir de leçon.

Mme Isabelle Varlet. – La traçabilité est un sujet récurrent et il va falloir harmoniser nos pratiques, afin qu'elle soit vraiment efficace. J'ai les mêmes doutes que les

médecins concernant ce vaccin et tant que j'aurai ces doutes, j'aurai du mal à convaincre mes collègues de l'intérêt de cette vaccination.

Dr Antoine Leveueur. – La traçabilité est fondamentale pour nous également.

Une question se posera à nous dès le 4 janvier. L'agence régionale de santé (ARS) Normandie me demande de mobiliser des médecins libéraux, afin d'aller vacciner en EHPAD. Lorsque je demande combien il y a d'EHPAD en Normandie, elle ne sait pas répondre. La vaccination va débuter très bientôt et nous n'avons pas ces éléments très simples. Je veux bien mobiliser des libéraux, mais il me faut connaître la « volumétrie » des territoires concernés – en l'espèce le nombre d'EHPAD sans médecin coordonnateur. S'il y a un médecin coordonnateur dans l'EHPAD, cela change la donne au niveau organisationnel. Quels sont les renforts attendus pour chaque EHPAD de ma région ? Je ne le sais pas et je ne peux donc pas mobiliser. Sur quelle base vais-je entraîner des confrères là-dedans ? Je ne le sais pas. Je crois savoir qu'il y a 628 EHPAD en Normandie, j'ai appris cela ce matin, mais pas par l'ARS. Je compte parmi ces 628 structures les institutions pour personnes handicapées, etc., ainsi que les résidences services ou seniors, qui ne sont le plus souvent pas médicalisées.

Ce sont des éléments simples : combien y a-t-il d'EHPAD ? Où sont les EHPAD dans les territoires ? Y a-t-il des médecins coordonnateurs ? Dans combien d'EHPAD n'y a-t-il pas de médecin coordonnateur ? La problématique sera différente entre un EHPAD de 300 ou 400 pensionnaires et un de 70 ou 80. Toutes ces questions sont fondamentales et nous voulons avoir les réponses sur la table, afin de pouvoir nous organiser. Ce sont des informations dont je ne dispose pas aujourd'hui, c'est aussi simple que cela. Il va y avoir les vacances de Noël et il ne sera pas évident de construire une organisation avec si peu d'éléments.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Je suis moi aussi Normand, Seinomarin et il n'y a pas longtemps, j'ai interrogé le préfet sur la stratégie qui serait annoncée par le Premier ministre. J'ai demandé si une concertation était mise en place, si une réflexion avait déjà lieu sur la logistique. Le préfet m'a répondu qu'il attendait l'annonce du plan gouvernemental. J'ai le sentiment qu'il n'y a pas eu beaucoup d'anticipation ni de coordination au niveau infrarégional. C'est un maillon faible et je suis atterré d'entendre que vous ne disposez pas du nombre d'EHPAD ni de précisions sur le nombre de médecins coordonnateurs – en fait, cela ne m'étonne qu'à moitié.

Avez-vous été sollicités directement par l'ARS ? Avez-vous déjà discuté avec eux ? L'ARS vous a-t-elle déjà donné des éléments d'information – des éléments peut-être moins fins que le nombre d'EHPAD, mais permettant déjà de réfléchir à ce qui pourrait être mis en place demain ?

Dr Antoine Leveueur. – Nous avons de très nombreuses réunions avec l'ARS, ainsi qu'avec les préfets des cinq départements normands, mais eux-mêmes manquent d'information – vous l'avez d'ailleurs noté. Je crois qu'ils sont de bonne volonté, mais ils attendent les informations en provenance du niveau national. J'ai l'impression que jusqu'à aujourd'hui nous avons tourné en rond dans ces réunions. On y lance des idées en l'air, mais sans passer au niveau opérationnel, faute d'informations concrètes disponibles.

Cependant, l'ARS va créer dans deux jours une cellule régionale de vaccination, à laquelle je participerai avec d'autres. J'espère que nous aurons les éléments permettant de construire une organisation efficace sur le territoire.

Comme nous parlions d'EHPAD, je voudrais revenir sur un point. La question de la présence ou pas d'un médecin coordonnateur est fondamentale, notamment pour la visite pré-vaccinale. Elle concernera les contre-indications à la vaccination – j'imagine qu'il y en aura, mais nous ne savons pas lesquelles – et le recueil du consentement, et ce sera compliqué : des familles seront écartelées et l'on aura besoin de l'accord d'un tuteur ou d'un curateur. Dans le même temps, il est peu pertinent d'envisager une première consultation, pré-vaccinale, suivie d'une visite pour la vaccination elle-même. J'ai demandé que ces deux épisodes importants soient regroupés : après le recueil du consentement et l'élimination des contre-indications médicales à la vaccination, on réaliserait à la suite la vaccination elle-même.

Il va falloir gérer des flacons multidoses, organiser et garantir la traçabilité. Un seul médecin ne pourra pas remplir toutes ces tâches, ce sera donc un travail d'équipe sur la base d'un binôme médecin-infirmière. Là encore, il faudra un peu de temps pour construire le dispositif.

M. François Martial. – La concertation est en train de s'organiser. En Nouvelle-Aquitaine, ce n'est qu'hier, que nous avons reçu une double demande du ministère. D'un côté, il s'agit d'établir la liste des EHPAD et de l'autre côté, de demander aux pharmaciens de leur livrer des médicaments. Je rejoins tout à fait mon confrère de Normandie : il n'existe pas encore de cohérence permettant de garantir que l'on n'oublie pas d'EHPAD. Les réponses doivent remonter cette semaine, avant le 14 décembre. C'est en cours, c'est en train de démarrer, mais il est vrai que le temps est très contraint.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Y a-t-il tout de même une répartition des rôles ? J'imagine que ce n'est pas à l'URPS de fournir les données sur tout, et que l'ARS assume une partie de l'alimentation en informations.

M. François Martial. – C'est une collaboration entre l'ARS et l'URPS. L'ARS fait son enquête, nous la diffusons et nous l'appuyons afin que nos confrères donnent une réponse le plus rapidement possible. C'est une collaboration totale.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – C'est une collaboration interne aux acteurs de la santé. Pour l'instant, il n'y a pas de coopération avec l'extra-sanitaire, les conseils départementaux, les services d'accompagnement des personnes âgées, etc. Cela se met-il en œuvre ? Cela sera-t-il proposé ? Avez-vous l'intention de le proposer ? Le préfet a un rôle à jouer dans ces deux dimensions. Nos auditions ont montré que la proximité sera essentielle dans le succès de la logistique. Identifier des secteurs importants, avec des lots de vaccins un peu volumineux, etc. est une chose ; arriver jusqu'au patient et être sûr qu'il aura eu les deux doses en est une autre.

M. François Martial. – La concertation implique la CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie), avec tous ses mandants, que ce soient les professionnels de santé et du médicosocial ou les représentants des collectivités. Il est vrai que la proximité est la clef, et il va falloir assumer. N'oubliez pas que médecins, pharmaciens ou infirmiers, nous sommes des libéraux de proximité et connaissons également les collectivités locales. Nous les associons à cette concertation dans la mesure du possible. En Nouvelle-Aquitaine, en début d'après-midi, nous avons eu une réunion associant la préfecture. Chacun des douze départements aura une déclinaison particulière et la fera remonter. Nous souhaitons même que soit définie une direction, un mot d'ordre général qui pourra ensuite être adapté département par département.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice rapporteure. – Il subsiste peu de temps d’ici le 4 janvier, s’il faut attendre le mot d’ordre général avant de pouvoir traduire cela en déclinaison départementale. Cela nécessitera à nouveau une concertation à l’échelle départementale. C’est un peu court.

Dr Antoine Leveueur. – La vaccination démarre par les EHPAD, ce qui touche un million de Français, mais il y a tous les autres. Nous voyons cette grande campagne nationale en trois étapes ; pour la population résidant en EHPAD, nous allons tenter de nous organiser en format pluriprofessionnel, territoire par territoire, pour peu que nous ayons les données permettant de le faire.

Le deuxième stade de la vaccination concerne les populations polypathologiques, atteintes de comorbidité, d’affections de longue durée, qu’il serait important de protéger par la vaccination. Le rôle des professionnels de santé y sera évidemment important. L’organisation dépendra du type de vaccin et du flaconnage. Si nous disposons de vaccins monodose, nous pouvons très bien imaginer que cette population soit vaccinée dans nos cabinets, nos maisons de santé, nos pôles de santé, etc., le mieux étant que ce soit fait de façon pluriprofessionnelle. Ce serait la même configuration que celle du vaccin antigrippal, ce qui serait le mieux. Mais aurons-nous des flacons monodose ? C’est la question principale.

La troisième phase, la plus importante, est celle de la population générale. Nous militons pour des lieux dédiés et c’est là que les collectivités territoriales et les préfets auront un rôle important à jouer. Les médecins traitants ou généralistes n’étaient pas opposés par principe aux « vaccinodromes » de Mme Bachelot, mais on les leur a imposés. À la différence de 2009, il y a aujourd’hui une concertation. L’ARS et les préfets la poursuivront certainement tout au long de la campagne, qui s’étalera sur quasiment un an. Pour ce qui est de la population générale, l’organisation doit reposer sur des lieux dédiés, des binômes de vaccinateurs médecin-infirmier, la maîtrise de la chaîne du froid et des systèmes d’information efficaces – cela renvoie à la question de la traçabilité et à mon avis, c’est à l’État de l’organiser dans ces lieux dédiés. Il faudra également penser au recueil des données administratives. En tant que professionnels, nous ferons les actes pour lesquels nous avons été formés : le recueil du consentement du patient, l’élimination des contre-indications et la vaccination. L’administratif, la traçabilité, les systèmes d’information, le nettoyage et la filière Déchets d’activité de soins à risques infectieux (DASRI) sont de la responsabilité de l’État. Si nous voulons être efficaces, c’est de cette façon qu’il faut voir les choses.

Plutôt que de grands gymnases avec de longues files d’attente, il faudra peut-être des endroits plus petits pour être plus efficaces. Dans le Calvados, l’URML et le préfet ont déjà préfiguré une trentaine de lieux de vaccination disséminés sur un maillage assez cohérent de tout le département.

Voilà comment nous voyons le déroulement d’une campagne en trois phases : les EPHAD, puis les patients polypathologiques, en ALD, etc. dans nos cabinets avec des vaccins monodose, puis le reste de la population, pour laquelle on peut revenir à des vaccins multidoses, mais dans le cadre d’une organisation d’État qui assure la logistique et la traçabilité, les systèmes d’information, le nettoyage, la filière DASRI, etc.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Je vous remercie. Afin d’illustrer votre propos, pouvez-vous donner deux ou trois exemples des trente lieux de vaccination auxquels vous avez pensé avec les services préfectoraux ? Est-ce un établissement scolaire, un hôpital ?

Dr Antoine Leveueur. – *A priori*, ce ne seraient pas les écoles ni les hôpitaux. Ce ne seraient sans doute pas les grands gymnases, ne serait-ce que parce que créer cinq ou six files de vaccination, avec les mesures barrières, n'est pas opportun. Le modèle est plutôt celui des salles polyvalentes, des salles de fêtes.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – La stratégie des centres dédiés peut-elle viser à toucher préférentiellement les zones où il y a moins de médecins libéraux ? La désertification médicale est un vrai sujet et le fait que certains départements soient mal pourvus en médecins libéraux pèsera dans l'organisation.

Dr Antoine Leveueur. – Ce sera l'enjeu de l'expertise département par département dans une région. En effet, il faudra un maillage cohérent de ces lieux de vaccination qui prendra en compte la densité des professionnels libéraux. De toute façon, à ce moment-là, nous serons dans le cadre d'une mobilisation générale, même si la vaccination restera non obligatoire.

Pour la vaccination de la population générale, la grande phase du second semestre, nous proposons de faire une opération *one shot*. Si nous étalons cela sur des mois et des mois, l'adhésion du grand public va s'effriter. Après des semaines et des mois de recul par rapport aux premières vaccinations, le « 20 heures » de TF1 fera état de trois cas de syndrome de Guillain Barré ou d'une autre pathologie induite par la vaccination, il y aura des accidents, des effets secondaires, tout cela s'accumulera et il sera encore plus compliqué d'entraîner la population avec nous.

Il nous paraît plus efficace de fermer tous les cabinets médicaux pendant une ou deux semaines, en assurant des astreintes en cas d'urgence, de mobiliser tous les professionnels pour la vaccination. Je ne sais pas si c'est possible. Cela dépendra sans doute de la quantité de vaccins disponibles à ce moment-là. Il faut y réfléchir. Je mets en garde sur la difficulté de maintenir l'adhésion de la population, si nous l'avons un jour, pendant une campagne de plusieurs mois.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Les mêmes réflexions sont-elles en cours en Nouvelle-Aquitaine ?

M. François Martial. – La vision des pharmaciens est un peu différente. Quand il sera temps de vacciner la population générale, quatre vaccins au moins seront disponibles, avec des processus logistiques de transfert vers les patients tout à fait différents.

Par ailleurs, la population nous interroge beaucoup dès à présent. Il ne faut pas se faire d'illusion, il y a environ 50 % de personnes pour et 50 % de personnes très méfiantes, qu'elles soient totalement opposées à la vaccination ou qu'elles aient des idées fausses. On nous demande énormément de renseignements. Faire adhérer la population passera par la persuasion individuelle, ce que nous voyons d'ailleurs avec la vaccination normale. La mère de famille sera convaincue par son médecin, son infirmière, son pharmacien, qu'elle va interroger. Elle se décidera lorsqu'elle aura eu les mêmes renseignements auprès de ces personnes. L'échec relatif des campagnes organisées dans de grands vaccinodromes vient de ce que les personnes perdent ce suivi avec leurs professionnels de santé. C'est peut-être parce que les pharmaciens sont installés partout en France, même si des pharmacies disparaissent, que nous sommes attachés à cette relation personnelle qui permettra de franchir le cap. Sans elle, on restera avec 50 % de personnes contre, 50 % de personnes qui n'adhéreront pas au vaccin. Quant à l'apport des médicaments, nous le prouvons tous les jours.

S'il n'y a pas de rupture – nous devons avancer par phases de 3 semaines –, nous devrions pouvoir amener les médicaments et les doses dans toutes les officines, par le biais des répartiteurs.

Mme Isabelle Varlet. – L'inter-URPS Nouvelle-Aquitaine travaille à définir les mêmes éléments de langage, les mêmes discours, pour rassurer la population et pour qu'elle ne soit pas perdue entre différents messages. C'est important pour nous.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice rapporteure. – D'autant qu'il y aura des vaccins différents et que cela rend l'information plus complexe.

M. François Martial. – La confiance viendra aussi d'une traçabilité puissante. En pharmacie, nous aurons la traçabilité du vaccin qui aura été délivré. Il faut des éléments pour le médecin, afin qu'il puisse prescrire tel ou tel vaccin en fonction de l'historique du patient et des contre-indications, qu'il devrait trouver dans les dossiers médicaux et les dossiers d'autorisation de mise sur le marché.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Cela est valable pour des vaccins monodose.

M. François Martial. – Effectivement, cela est valable si nous avons des vaccins monodose.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Revenons sur le consentement. Si je comprends bien ce que vous avez indiqué tout à l'heure à propos des EHPAD, vous êtes dans l'idée, dans le cadre d'un binôme médecin-infirmier, de recueillir le consentement du patient et de faire la vaccination le même jour, lors de la même intervention. Lors de notre audition de la Haute Autorité de santé, j'ai compris que le consentement serait oral et non écrit. En tout cas, ce n'est pas une recommandation de la HAS. Ne pensez-vous pas qu'un seul rendez-vous soit un peu court pour recueillir le consentement et faire la vaccination ?

Dr Antoine Leveueur. – Je suis d'accord, cela peut être un peu court, notamment pour connaître le nombre de doses que l'EHPAD commandera à l'officine de territoire qui elle-même fera une commande à Santé publique France. Mais que le consentement soit écrit ou oral, il faudra bien que l'entretien pré-vaccinal ait lieu. Pour une même vaccination, on pourrait donc mobiliser deux fois deux médecins, deux infirmières, etc. Cela nous préoccupe. Dans les établissements où il y a des médecins coordonnateurs, nous pouvons imaginer qu'un médecin coordonnateur fasse cette étape de pré-vaccination. Mais dans les EPHAD où il n'y a pas de médecin coordonnateur, ce seront forcément des médecins libéraux qui recueilleront le consentement du patient, élimineront les contre-indications et diront : « Oui, ce patient, sa famille ou son tuteur sont d'accord. Il faut commander un vaccin pour ce patient. » Ensuite, la vaccination se fera.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – J'attire votre attention sur le fait que sur les réseaux sociaux, nous voyons poindre l'idée que nos aînés servent de cobayes à la vaccination. Je crains fort que si nous organisons dans le même mouvement l'entretien pré-vaccinal et la vaccination, certaines familles, ou des personnes mal intentionnées ou mal informées, s'inquiètent d'une précipitation à vacciner nos aînés.

Dr Antoine Leveueur. – J'entends ce que vous dites.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Nous sommes là, les uns et les autres, pour essayer de tout mettre sur la table, de comprendre, de concilier les questions scientifiques, logistiques, éthiques, de disponibilité du personnel médical, de faisabilité de la vaccination, afin de sortir du tunnel de la crise sanitaire. Je me permets simplement d'attirer votre attention sur l'acceptabilité sociale de la vaccination, si nous voulons que cela puisse réussir. Il faut cette confiance envers les médecins de proximité, le personnel de santé de proximité, le pharmacien, les infirmiers. En même temps, il faut aller vite, sans qu'il y ait violence.

Je vous entends complètement, quand vous dites qu'*a priori*, le 4 janvier est trop tôt. Cela ne laisse pas le temps d'assimiler l'information et d'assurer une pédagogie interne au sein du corps médical. D'un point de vue logistique, cela ne laisse pas le temps de bien organiser les choses. Par rapport aux patients, aux résidents d'un EHPAD ou d'une maison spécialisée pour personnes handicapées, ce temps de consentement est nécessaire.

Dr Antoine Leveueur. – Je partage ce que vous dites. Je redis cependant que, pour les médecins qui seront les vecteurs du recueil du consentement, puis de la vaccination, cela entraîne une double mobilisation. Or ils doivent prendre en charge toutes les autres pathologies. Lors de la première vague épidémique, le gouvernement répétait à longueur de journée : « N'allez pas voir votre médecin »... Nous avons bien vu et n'avons pas fini de voir les conséquences de ce message en termes de santé publique. Là, nous allons démultiplier l'absence des médecins de leur cabinet, auprès de leurs patients.

Nous avons les mêmes objectifs et finalement, rien n'est simple. À chaque phase, rien ne sera simple. Les doubles flux d'approvisionnement des EHPAD seront très compliqués. Quand les aînés seront capables de décider pour eux-mêmes, ce sera parfait, surtout s'il y a un médecin coordonnateur. Ce sera plus compliqué dans les EHPAD où il n'y a pas de médecin coordonnateur et quand il faudra l'avis de la famille. J'ai évoqué le cas qui ne sera pas rare de familles dans lesquelles l'avis ne sera pas unanime, ou l'obligation de recueillir l'avis du tuteur ou du curateur. Tout cela ne sera pas simple ni complètement fluide partout.

La date du 4 janvier me paraît une cible ambitieuse, si nous considérons tout ce qu'il faut mettre en place. Peut-être faudrait-il démarrer par des territoires pilotes dans les régions, dans chaque département. Si nous le faisons tout d'un coup, nous n'aurons pas la capacité de rétablir les choses. Si nous lançons un gros camion, nous aurons du mal à l'arrêter. Aujourd'hui, nous faisons des scénarii, mais la vraie vie sera différente. Le fait de démarrer par quelques territoires dans chaque département pendant quinze jours ou trois semaines est peut-être une bonne façon de faire, plus fluide, avec la possibilité de comprendre comment se passent les choses.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Notre collègue rapporteure Florence Lassarade, sénatrice, demande par écrit : « Serait-il possible d'anticiper le recueil du consentement ? » Peut-être sera-t-il possible d'y voir plus clair à partir du 15 décembre, même si toute la littérature scientifique sur la vaccination n'est pas encore disponible. Peut-être, pour anticiper une autorisation de mise sur le marché par les autorités européennes et françaises, un pré-consentement pourrait commencer à être recueilli dès le 15 décembre.

Chacun a souligné l'importance d'avoir une bonne organisation au niveau départemental, voire infra-départemental. Ne croyez-vous pas qu'il faudrait créer une instance départementale au sein de laquelle siègeraient les professions de santé, les représentants de

l'État, ainsi que des citoyens et un ou deux responsables d'EHPAD ? Cela permettrait de construire une décision collective, en tout cas une acceptabilité collective.

Dr Antoine Leveur. – Je suis d'accord. Les instances de ce genre ne sont pas encore mises en place, mais nous sentons qu'elles vont l'être et il est temps. Dans ces instances, qui sont des cellules régionales et départementales de vaccination Covid, la place des usagers est prévue. Cela a été évoqué avec la CRSA, dans laquelle il y a des usagers. Dans la cellule régionale de vaccination Covid qui sera mise en place en Normandie vendredi prochain, les usagers seront présents. Il me paraît en effet important d'avoir des relais par le biais des usagers. Nous pourrions même espérer que les collectivités territoriales soient présentes, parce qu'elles ont également un message à faire passer à leur population. Il faut ouvrir les instances de concertation à toutes ces personnes et l'adhésion se fera par la communication et l'échange d'informations. Il faut un éventail de relais suffisamment important.

M. François Martial. – C'est exactement ce que nous avons commencé à lancer en Nouvelle-Aquitaine.

En matière de consentement, il est vrai qu'il faut un délai, parce que certaines personnes vont nous demander des explications. Il faut un certain délai entre l'acceptation par les patients et la vaccination, surtout dans les EHPAD. De plus, d'un point de vue logistique, il faut faire un compte à rebours depuis le jour prévu pour la vaccination dans l'EHPAD, avec le bon nombre de doses. Le pharmacien demandera alors à sa chaîne de répartition de fournir les vaccins, de les confirmer et une fois livrés, il y aura 6 jours pour vacciner.

Je crois qu'il faut prévoir deux périodes : une période de recueil des besoins et des consentements, puis un jour J0 pour la première injection et un jour J21 pour le rappel. C'est obligatoire. Les associations locales, avec l'appui des collectivités, les associations de patients, des représentants des EHPAD y participeront, c'est évident. Il ne faut surtout pas les exclure.

Dr Antoine Leveur. – Recueillir des pré-consentements dès le 15 décembre me paraît compliqué d'un point de vue éthique et déontologique. À partir du moment où nous-mêmes n'avons pas d'information sur les vaccins, les contre-indications, les effets secondaires, je ne vois pas comment nous pouvons aller quémander le consentement des patients.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Ce ne serait pas un consentement éclairé. Éclairer le patient consiste à l'informer des risques. C'est l'essence du consentement éclairé.

S'agissant du 4 janvier, le choix de cette date résulte également de la crainte d'une troisième vague. Celle-ci est éventuelle, mais si elle survient, ce sera aux alentours de janvier ou février. L'idée est donc de protéger la population particulièrement à risques qui, en cas de Covid, doit souvent être hospitalisée en réanimation. L'idée est également de protéger au plus tôt la population générale, par effet domino. C'est pour cela que le délai est court et la question de maintenir cette date du 4 janvier se pose sérieusement, sachant qu'il faut un délai de 21 jours entre les deux doses.

Dr Antoine Leveur. – J'en conviens, mais la manœuvre doit quand même avoir une certaine garantie d'efficacité. Tout sera-t-il bien en place le 4 janvier ? C'est à voir. La

troisième vague relève à ce stade de supputations, mais j'ai dans l'idée que pour y faire face, il faudrait prendre des mesures quant aux fêtes de fin d'année. En tout cas, je redis qu'il serait grand temps d'avoir les informations nécessaires pour mobiliser les professionnels. La mobilisation sera difficile dans la période qui vient, parce qu'il y aura les vacances et les fêtes de fin d'année. Vacciner dans les EHPAD dès le lendemain du réveillon me paraît un peu court.

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – En tant que praticiens, pensez-vous qu'il soit indispensable de vous faire vacciner ? Ce serait bien sûr pour vous protéger, mais également pour donner confiance aux patients.

Je m'interroge aussi sur la prise en charge de l'intervention en EHPAD. S'il faut y aller une fois, deux fois, quel est le coût de l'acte ? Est-ce un acte classique, couvert par les tarifs connus ? Nous avons compris que l'achat des vaccins lui-même ne passe pas par la Sécurité sociale mais qu'il est fait directement par l'État, en tout cas pour la première phase, voire la deuxième. Je n'ai pas de vision très claire de l'économie globale de la stratégie de vaccination. Qu'en est-il pour vous ?

Dr Antoine Leveneur. – Votre dernière question est intéressante. Elle ne s'est jamais posée dans le cadre de nos réunions et de nos réflexions collectives, en tout cas en Normandie. Cet aspect des choses n'a pas été abordé, peut-être parce que paraissant secondaire par rapport aux objectifs fixés et aux difficultés identifiées pour les atteindre.

M. François Martial. – Pour le vaccin contre la grippe, les personnes ne paient pas quand elles ont un bon de vaccination. Cependant, le circuit financier n'implique pas la Sécurité sociale : c'est un budget particulier de prévention. Même si l'assurance maladie ne prévoit pas de rembourser, il peut très bien y avoir des budgets de prévention pour l'achat du produit et la prise en charge de l'acte. Nous n'avons pas abordé cette question au niveau local, mais je suppose qu'elle a dû être abordée au niveau national. Je ne vois pas comment on a pu prévoir des dizaines de super congélateurs répartis dans divers lieux sans avoir abordé le problème du coût, que ce soit l'Europe ou la France qui paie. Nous ne demandons qu'une chose : en être informés.

Dr Antoine Leveneur. – Nous souhaitons également être informés. J'ai pris le temps de faire quelques sondages dans la profession et aujourd'hui, les médecins qui iraient se faire vacciner dès début janvier ne sont pas majoritaires. Pourtant, c'est un fait : cela a valeur d'exemple. Il est compliqué de faire quelque chose à quelqu'un, si on ne se le fait pas à soi-même. Cette question – qui n'est pas simple – taraude l'esprit de nombre de mes confrères. Ils ne sont pas pressés. La majorité des médecins répond : « Je verrai dans trois ou quatre mois », ce qui en dit long sur le niveau de confiance par rapport au vaccin. Finalement, cette vaccination nous pose beaucoup de questions et oblige à réfléchir. Je considère que c'est une question qui n'est ni tranchée, ni neutre.

M. François Martial. – L'état d'esprit est identique chez les pharmaciens : la question est posée maintes fois par jour, y compris par le public. Honnêtement, la réponse sera basée sur l'information que nous pourrions avoir. Aujourd'hui, de nombreuses personnes disent : « Nous attendons. Messieurs les Anglais, tirez les premiers et nous verrons. »

M. Gérard Leseul, député, rapporteur. – Nous avons cette chance extraordinaire de ne pas prendre nos aînés, mais nos voisins d'outre-manche comme cobayes.

D'une audition précédente, nous avons tiré le sentiment que le taux d'acceptation était supérieur.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – L'information que l'on nous a donnée ce matin fait état de 70 % ou 80 % de médecins favorables et de 50 % à 60 % pour la population générale. En entendant la réponse du Dr Leveneur, je me suis dit que la façon dont la question était posée conditionnait peut-être le taux d'acceptation mesuré. La question était peut-être : « Vous ferez-vous vacciner ? », mais si c'est immédiatement ou dans quatre mois, les résultats peuvent être différents.

Dr Antoine Leveneur. – Encore une fois, tout dépendra de l'information délivrée aux médecins. Particulièrement importante est l'information concernant l'immunité acquise après la vaccination : sa force et sa durée. Il en est de même de ce que le vaccin Pfizer soit pour tout public ou qu'il puisse être contre-indiqué chez un patient qui a une maladie auto-immune, une chimiothérapie achevée il y a trois mois, etc. Ce sont des questions que se posent tous les médecins et nous craignons de ne pas avoir forcément la réponse à chacune de ces questions au moment de vacciner.

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Les derniers points que vous évoquez sont très importants. La question que nous entendons actuellement en tant que responsables politiques est toujours la même : « Irez-vous vous faire vacciner ? » La réponse que vous, professionnels de santé, pourrez donner est très importante et nous avons bien compris qu'elle était subordonnée à la transmission d'informations transparentes et sincères.

Qu'en est-il des relations avec les autorités politiques locales ? Peut-il y avoir des interactions importantes avec les maires et les autres échelons locaux de décision ? Il y aura un volet logistique important, puisque des bâtiments pourront être mis à disposition. Il faudra aussi impliquer la démocratie locale.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Les actions de ce genre ont été évoquées plutôt à l'échelon départemental. C'est l'idée du « dernier kilomètre ». Même en phase 1, il est essentiel de ne pas passer à côté d'un patient dans un EPHAD, voire à côté d'un établissement. Un certain temps est donc indispensable pour estimer les besoins, et ceci ne peut pas se faire en vase clos, mais dans le cadre d'un échange direct avec le terrain.

Dr Antoine Leveneur. – Pour la dimension logistique, organisationnelle, nous aurons effectivement besoin des collectivités territoriales, notamment en cas de mise en place de centres de vaccination dédiés. Elles sont associées par-ci par-là, mais cela devrait être systématique. Il faut également les associer comme relais d'opinion. Nous avons parlé d'associer les usagers dans les cellules de vaccination régionales et départementales ; de la même façon, je considère que les élus de proximité doivent faire partie du tour de table de l'information et de la mobilisation.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – Ce sont également les unions amicales de maires, etc.

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Les auditions sont très complémentaires et au fur et à mesure, nous voyons à quel point il est indispensable de donner la parole à tout le monde : aux praticiens, aux personnes de terrain, aux chercheurs, aux responsables politiques. Petit à petit, toutes les facettes du prisme se mettent en place.

Avez-vous des recommandations ou des questions supplémentaires par rapport à ce qui a été abordé ? Avons-nous fait le tour ? Le calendrier est très contraint, il faut agir très vite et en même temps, tout doit s'accomplir dans la durée. « Très vite » signifie que l'Office publiera ses premières recommandations au Parlement le 14 décembre. « Dans la durée », car l'Office restera actif sur ce sujet et force de propositions et d'écoute pendant les mois où se déploiera la stratégie vaccinale.

Certains éléments qui sont aujourd'hui des interrogations seront précisés plus tard et pourront donner lieu à des mises au point. Certains éléments qui semblent acquis aujourd'hui pourront être revus. Il sera important de traiter ce sujet avec réactivité, en confiance et en transparence, ce qui impliquera d'être très clairs sur ce que nous savons, mais également sur ce que nous savons moins.

Dr Antoine Leveneur. – Je souhaite en dernier lieu insister sur le problème de la responsabilité civile professionnelle des médecins qui seront engagés dans la campagne de vaccination. Celle-ci n'étant pas obligatoire, le principe de responsabilité sans faute ne s'applique pas. En tout cas, l'Oniam n'est pas la solution pour nous garantir de toute mise en cause de notre responsabilité. Des accidents auront lieu, des effets secondaires plus ou moins graves surviendront. Les professionnels libéraux doivent être bien couverts au niveau juridique et assurantiel. Il existe deux possibilités : le statut de collaborateur occasionnel du service public ou la publication de deux arrêtés disant qu'en période de menace sanitaire grave, la vaccination est recommandée par les pouvoirs publics. Si aucune de ces deux pistes n'est suivie, je ne suis pas sûr que l'on arrive à entraîner tout le monde comme on le souhaiterait.

Mme Sonia de La Provôté, sénatrice, rapporteure. – L'Oniam a confirmé que si un arrêté est publié reconnaissant la vaccination Covid comme une mesure sanitaire d'urgence, la responsabilité est transférée à l'Oniam.

Dr Antoine Leveneur. – C'est exact, mais il faut publier deux arrêtés qui doivent être pris dans le cadre du code de la santé publique.

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – S'il y a lieu, nous pousserons le gouvernement à agir au plus vite sur ce sujet. Nous prenons note de votre souhait et avons bien compris l'importance du régime de responsabilité. Il existe toujours une possibilité d'erreur et il faut être très au clair sur la façon dont la responsabilité peut être mise en cause.

Mme Isabelle Varlet. – Il est certain que la vaccination fait partie de nos missions, mais elle reste un acte médical et nous sommes une profession prescrite, surtout sur ce nouveau type de vaccin. Durant la deuxième ou la troisième phase, des millions de personnes seront à vacciner. Pourrons-nous le faire de façon autonome, comme cela est possible pour le vaccin antigrippe ?

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Aujourd'hui, en audition, nous écoutons vos propositions ainsi que vos questions. Peut-être que nos autres intervenants ont des propositions à faire sur ce point.

M. François Martial. – Il y aura très bientôt plusieurs dizaines de milliers de vaccins à dispenser chaque jour et le pays aura besoin de l'ensemble des forces disponibles, sous la responsabilité du prescripteur. Il est évident que cela se fera en responsabilité conjointe, afin de pouvoir développer derrière une pharmacovigilance efficace. Nous

avançons un peu sur un terrain inconnu, notamment en termes de réaction directe à l'injection, d'effets secondaires au vaccin, de durée de l'immunité, etc.

M. Cédric Villani, député, président de l'Office. – Mesdames, Messieurs, je vous remercie pour votre participation à cette audition très instructive. Deux autres auditions publiques sont prévues demain : celle d'Alain Fischer, président du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, et celle de Jérôme Salomon, directeur général de la santé.

La réunion est close à 17 h 35.