

Rapport de recherche

| Vaccinable : une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus |

Sophie Thunus, Alexis Creten et Céline Mahieu

Cette étude a été commandité par L'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitales

Sa réalisation est basée sur un partenariat en l'Institut de Recherche Santé et Société (UCLouvain) et L'École de Santé Publique (ULB). Elle a été coordonnée par le Brussels Studies Institute.

Sophie Thunus est Professeure de management des services de soins de santé à la Faculté de santé publique de l'UCLouvain, et membre de l'Institut de recherche santé et société.

Alexis Creten est sociologue et assistant de recherche à l'Institut de recherche santé et société de l'UCLouvain

Céline Mahieu est Professeure en Santé publique au sein de l'Université libre de Bruxelles, et membre du Centre de recherche interdisciplinaire en approches sociales de la santé.

Table des matières

TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
MÉTHODOLOGIE	8
CHAPITRE 1 : DES DISPOSITIFS, À LA RENCONTRE DES BESOINS DE LA POPULATION.....	10
1. « LEAVE NO ONE BEHIND » – LES DISPOSITIFS	10
1.1 <i>Vacci-Bus</i>	10
1.2 <i>Antennes locales</i>	13
1.3 <i>Appel téléphonique des 65+</i>	14
1.4 <i>Porte-à-porte</i>	15
1.5 <i>Sensibilisation et vaccination en pharmacie</i>	16
1.6 <i>La vaccination en médecine générale</i>	18
1.7 <i>Relais d'action de quartier (RAQ)</i>	18
1.8 <i>Autres actions de vaccination</i>	19
CHAPITRE 2 : LES BESOINS DE LA POPULATION – ACCESSIBILITÉ, ACCEPTABILITÉ ET CONFIANCE	21
1. DES DISPOSITIFS UNIVERSELS À LA RELATION DE CONFIANCE	23
2. L'ADOPTION VACCINALE	25
2.1 <i>L'accessibilité</i>	26
2.2 <i>L'acceptabilité</i>	27
2.3 <i>La confiance</i>	28
CHAPITRE 3 : LA GOUVERNANCE VACCINALE	32
1. LA STRATÉGIE DE VACCINATION	32
2. COORDINATION, COLLABORATION ET CONCERTATION	33
3. LA COMMUNICATION	35
CHAPITRE 4 : LES ACTEURS PROFESSIONNELS, DES ALLIÉS DE L'ACTION PUBLIQUE EN MATIÈRE DE VACCINATION ?.....	41
1. RESPONSABILITÉS ET PRATIQUES DE LA SENSIBILISATION À LA VACCINATION : DES MÉTIERS DE LA SANTÉ À L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL.....	41
1.1 <i>Les médecins généralistes</i>	42
1.2 <i>Les pharmaciens</i>	42
1.3 <i>Les agents communaux</i>	44
1.4 <i>Les Relais d'Action Quartier</i>	44
2. DES RÔLES PROFESSIONNELS EN CONSTRUCTION ET EN DÉBAT	45
2.1 <i>Professionnel « répondant à la demande » et « maillon »</i>	45

2.2	<i>Professionnel « informateur »</i>	46
2.3	<i>Professionnel « exemple »</i>	48
2.4	<i>Professionnel « acteurs de prévention »</i>	48
2.5	<i>Professionnel « contrôleur »</i>	50
3.	LES PROFESSIONNELS FACE À LA VACCINATION : DES ÉQUILIBRISTES SOUS TENSION ?	51
CHAPITRE 5 : POUR UNE GOUVERNANCE VACCINALE RESPONSABLE ET DURABLE		53
1.	DES DISPOSITIFS : L'INVITATION, LA PROPOSITION ET LA RELATION	53
1.1	<i>L'invitation – Vaccessible</i>	54
1.2	<i>La proposition – vacceptable</i>	55
1.3	<i>La relation – vassociable</i>	55
1.4	<i>Vaccessible et vacceptable</i>	57
2.	LA VOIX DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	59
CONCLUSION		62
BIBLIOGRAPHIE		66
ANNEXES		70

Table des abréviations

ABSYM	Association des syndicats de médecins
COCOM	Commission communautaire commune, institution bruxelloise en charge des compétences communautaires ne pouvant pas être réduites à un groupe linguistique en Région de Bruxelles-Capitale
CPAS	Centre public d'action sociale
J&J	Johnson & Johnson, vaccin
OMS	Organisation mondiale de la santé
NISS	Numéro d'identification au registre national belge
RAQ	Relais d'Action Quartier, voir chapitre 1 sur les dispositifs
SPOC	Single Point of Contact, personne responsable des actions Covid au sein d'une administration communale

Introduction

En Région de Bruxelles-Capitale, la stratégie de vaccination contre le coronavirus a débuté en février 2021 avec des « grands centres », dont le plus important était situé au Heysel et visait à accueillir 112 000 personnes par mois. A la veille de l'été, cette stratégie montrait ses limites : en dépit de la gratuité des vaccins et des transports en commun pour rejoindre les grands centres, le nombre de Bruxellois qui se faisait vacciner diminuait régulièrement. Les autorités régionales ont alors déployé une stratégie alternative. Basée sur des actions locales de vaccination, celle-ci avait pour mot d'ordre de ne laisser personne de côté : « leave no one behind ».

Cette stratégie s'est concrétisée par la mise en place de plusieurs dispositifs locaux à l'initiative des autorités régionales, auxquels se sont ajoutées d'autres actions initiées par les pouvoirs communaux ou par les secteurs de l'aide et du soin. Ce déploiement n'est pas propre à la Belgique : au moment où les actions locales voyaient le jour à Bruxelles, la presse et la littérature scientifique internationale relataient nombre d'expériences similaires. Elles soulignaient les atouts d'une stratégie décentralisée, diversifiée, à même de rencontrer les besoins concrets et les situations singulières qui se cachent derrière les statistiques, mais aussi sous les catégories chères à la communication médiatique et politique, par exemple les « antivax », les « complotistes » et autres « jeunes Molenbeekoïses ».

Dans une perspective de gouvernance de l'action publique, la multiplication des dispositifs locaux de vaccination devait s'accompagner d'une étude relative à leur fonctionnement. Pour cette raison, les autorités bruxelloises nous ont confié la mission d'analyser la mise en œuvre des actions locales qu'elles avaient initiées, afin de comprendre comment ces actions permettaient, ou ne permettaient pas, de rencontrer les besoins de la population bruxelloise.

Nous avons dès lors entrepris de rencontrer les acteurs impliqués dans ces dispositifs qui se mettaient progressivement en place. Aussi avons-nous accordé notre recherche au rythme des actions, les visitant au fur et à mesure qu'elles se déployaient, et adaptant nos méthodes à la disponibilité très limitée d'acteurs surmenés, œuvrant dans un climat d'urgence. Cette démarche nous a permis de visiter plusieurs actions locales, dont les emblématiques Vacci-Bus, et d'interroger individuellement ou collectivement un total de 104 personnes, notamment des médecins généralistes, des pharmaciens, des relais d'action quartier, des agents communaux, et des citoyens bruxellois. Ces démarches combinées, et complétées d'une veille d'actualité constante, ont alimenté l'étude dont les résultats sont présentés dans ce rapport.

En parcourant ce rapport, nous découvrirons d'abord les principales actions locales de vaccination mises en place à Bruxelles : comment se présentent-elles ? Où s'installent-elles ? Quels en sont leurs acteurs ? Comment interagissent-ils avec les citoyens bruxellois ? Quelles questions ces derniers leur adressent-ils, et quelles réponses ces actions leur apportent-elles ? Nous verrons que ces actions ont progressivement attiré l'attention sur la qualité de l'acte vaccinal, qui se réfère principalement au temps et l'écoute que les acteurs de la vaccination consacrent aux bruxelloises et bruxellois.

Cette description du fonctionnement des actions locales nous mènera aux besoins relatifs à la vaccination, dont témoignent les acteurs de la vaccination et les citoyens que nous avons rencontrés. Nous décrirons ces besoins en référence à une trilogie qui distingue l'accessibilité, l'acceptabilité, et le besoin de confiance. Nous proposerons de substituer cette approche, ancrée dans les besoins liés à la vaccination, à une approche basée sur des catégories démographiques, géographiques, socio-économiques et culturelles. En effet, comme nous le verrons, ces catégories accentuent des divisions symboliques au sein de la population ; et ce faisant, elles risquent de renforcer une hésitation vaccinale déjà très répandue.

Notre compréhension des dispositifs et des besoins liés à la vaccination nous permettra d'aborder la gouvernance vaccinale. Celle-ci englobe la logique de la stratégie vaccinale, sa coordination par les autorités bruxelloises et la communication politique et médiatique qui l'accompagne. Nous soulignerons un manque de coordination, qui ne permet pas de tirer profit de la complémentarité des nombreux dispositifs déployés suite à la diversification de la stratégie vaccinale. De plus, nous évoquerons un manque de concertation entre les autorités et les acteurs de la vaccination, qui ne permet pas, ou pas suffisamment, de tirer profit des connaissances et de l'expérience que ces acteurs mobilisent et actualisent, dans et par leur mission de sensibilisation et de vaccination. Dès lors, nous analysons la manière dont ces acteurs « traduisent » leur mission, en l'adaptant à leur contexte de travail, à leur vécu des interactions avec la population, et en fonction de leur conception de leur métier ou de leur profession.

Au terme de cette étude, nous distinguerons trois types idéaux qui résument les principales caractéristiques des actions locales que nous avons observées. Nous les nommerons « l'invitation », « la propositions » et « la relation », avant de souligner leur contribution respective aux besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance. De plus, l'importance des besoins de sens et de connaissance, que recouvre la notion d'acceptabilité, nous permettra d'invoquer une communication qui porte la voix de la santé publique et l'idée d'une vaccination comme choix collectif, plutôt que comme devoir individuel. Enfin, nous suggérerons que la gouvernance vaccinale s'inspire davantage d'une éthique du *care*, ou éthique relationnelle. En effet, celle-ci est guidée par une conception de la responsabilité qui ne s'arrête pas à la mise en application d'un principe universel : dans notre cas,

garantir l'accessibilité au vaccin ne suffit pas. Au contraire, cette responsabilité s'étend à l'acceptabilité ; elle induit un souci de maintenir la relation avec les Bruxellois.es, aussi éloigné.es soit-ils.elles de la vaccination.

Méthodologie

La demande de L'Observatoire de la Santé et du Social portait sur l'étude comparative de cinq dispositifs liés à la vaccination au sein de deux communes bruxelloises présentant des caractéristiques variables – en termes d'avancement dans la mise en place des dispositifs, de collaboration, de taux de vaccination, etc. Les dispositifs regroupaient la sensibilisation par les pharmacies, les antennes de vaccination locale, l'appel téléphonique des personnes âgées de 65 ans ou plus par les agents communaux, la vaccination en médecine générale et les points d'inscription locaux. Les dix entretiens individuels prévus devaient permettre d'évaluer les dispositifs et d'identifier les facteurs influençant leur « succès ». Ils devaient être complétés par cinq entretiens de groupe – un par dispositif – réalisés suivant la méthode d'analyse en groupe de façon à obtenir une plus grande représentativité du territoire bruxellois.

Les réalités du terrain et les contraintes de la recherche nous ont toutefois poussé à adapter la méthodologie. Premièrement, nous avons élargi l'échantillon des communes en raison de l'absence de réponse des responsables communaux initialement contactés, et des délais très courts de la recherche. Deuxièmement, ces mêmes raisons nous ont dirigées vers les dispositifs directement accessibles. Nous en avons observé le fonctionnement et nous nous sommes entretenues avec les travailleurs et les citoyens présents au moment de notre visite. Troisièmement, nous avons également élargi l'échantillon des dispositifs afin de suivre leur actualité et les recommandations de professionnels interrogés, par exemple en incluant les Vacci-Bus et la campagne de porte-à-porte. Quatrièmement, nous avons substitué la méthode des focus groups à la méthode d'analyse en groupe, dans la mesure où cette dernière exige beaucoup de temps de répondant par ailleurs surmenés, et œuvrant dans un climat d'urgence.

Cette démarche nous a finalement permis de visiter plusieurs actions locales et d'interroger individuellement ou collectivement un total de 104 personnes, notamment des médecins généralistes, des pharmaciens, des relais d'action quartier, des agents communaux, et des citoyens bruxellois. Le tableau 2, en annexe, reprend les dispositifs visités et les entretiens réalisés pour cette recherche.

La combinaison des méthodes employées a permis d'élargir la récolte de données aux perceptions de la population, et de la compléter avec une observation des dispositifs en action. La mise en discussion des points de vue de la population et des professionnels a fait émerger d'importantes convergences,

concernant notamment les besoins d'acceptabilité et de confiance, mais également les impacts des discours médiatiques et politiques sur l'hésitation vaccinale. Enfin, nous avons procédé à une veille de l'actualité relative à la pandémie et au processus de vaccination, que nous avons mise en perspective avec la littérature scientifique et grise disponible sur le sujet.

La réalisation de l'enquête de terrain, la veille médiatique et l'analyse ont été menées en parallèle. Pour cette dernière, nous avons opté pour la méthode de l'analyse de contenu thématique. L'élaboration des codes s'est faite de façon inductive sur base d'un matériau empirique constamment augmenté.

Chapitre 1 : des dispositifs, à la rencontre des besoins de la population

A partir de l'été 2021, la stratégie vaccinale des autorités Bruxelloises s'est tournée vers de nouveaux dispositifs. Locaux, parfois mobiles et d'une taille limitée, ceux-ci se sont progressivement substitués aux grands centres de vaccination. Plus que de s'adresser à des publics particuliers définis en termes socio-économiques, religieux ou culturels, ces dispositifs répondent avant tout à des besoins spécifiques de la population : besoins pratiques mais aussi d'information, de sens et de confiance. Nous entamerons ce chapitre par une description de ces dispositifs et de leurs caractéristiques propres, avant de nous intéresser à la position de la population par rapport à la vaccination. Nous montrerons que celle-ci gagne à être appréhendé au regard ses besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance.

1. « Leave no one behind » – les dispositifs

Une série de dispositifs, décrits comme « actions locales de vaccination », a émergé dans le cadre de la stratégie déployée par un gouvernement bruxellois déterminé à n'oublier personne : la formule « leave no one behind », adoptée par les autorités régionales (COCOM), l'indique assez clairement. Ces dispositifs se distinguent par leur temporalité, leur mobilité ou, au contraire, par leur ancrage au sein de structures sociales et médicales existantes. Ils impliquent des acteurs différents, soit travaillant en intérim dans le cadre précis de la stratégie vaccinale, soit des professionnels du social et de la santé, dont l'implication dans cette stratégie est alors devenue plus explicite. La présentation de huit dispositifs, ci-dessous, entend rendre leur fonctionnement le plus tangible possible, afin de mettre en avant leurs atouts et leurs limites respectives pour favoriser la vaccination, mais aussi par rapport à d'autres enjeux sociaux et de santé.

1.1 Vacci-Bus

Les Vacci-Bus sont emblématiques de la stratégie vaccinale bruxelloise. Au nombre de cinq, ils sont présents dans la capitale depuis le mois d'août 2021. Ce sont de petits bus recouverts d'autocollants aux couleurs de la Région de Bruxelles-Capitale, indiquant qu'il s'agit de points de vaccination mis en place par les autorités régionales (COCOM). Ces bus portent les équipes de vaccination et tout l'équipement médical et administratif nécessaire au plus près de la population : la vaccination se fait à l'intérieur, à l'abri de la paroi du bus dont les vitres sont obstruées par les grands autocollants. L'attente de quinze minutes, après la vaccination, se fait à l'extérieur : une vingtaine de chaises sont installées sur une petite tonnelle.

Les Vaccin-Bus sont particulièrement visibles en raison de leur présence sur des lieux de passage, par exemple des places, des marchés, et des parkings de surfaces commerciales, et du traitement médiatique dont ils ont bénéficié. Ils constituent également la seule action – peut-être en vertu de sa visibilité – pour laquelle nous avons collecté des récits de menaces et d'agressions verbales de la part de personnes opposées à la vaccination.

La composition des équipes est standardisée. Même si le personnel non médical peut varier en nombre, elles se composent le plus souvent d'un médecin généraliste, d'un infirmier, de deux stewards et de deux « administratifs ». Tous sont recrutés via une agence d'intérim. Les stewards renseignent le public à l'extérieur du bus : ils proposent la vaccination et répondent aux questions. Les administratifs inscrivent les personnes qui souhaitent se faire vacciner. Quant aux médecins – souvent de jeunes médecins récemment diplômés, la plupart répondent aux questions, et certains vont à la rencontre de la population.

Les équipes restent en contact. Elles sont connectées par un groupe WhatsApp où elles partagent des informations pratiques ou des événements quotidiens, par exemple quand des journalistes ou des chercheurs viennent les interviewer. Les équipes se distinguent par l'attitude de leurs membres et par les raisons qui les motivent à prendre part à l'action dans un Vaccin-Bus : certains travaillent par « simple opportunité d'emploi », alors que d'autres souhaitent profiter de leur temps disponible pour « être utiles ». L'utilité peut recouvrir un engagement par rapport au vaccin, qui peut se doubler d'une réflexion sur la stratégie vaccinale : « *je crois en la science et j'espère qu'avec le vaccin on pourra revenir à la « normale [...] l'état et les firmes pharmaceutiques ont manqué une occasion d'ouvrir le débat sur la vaccin* » (discussion avec un steward).

Concernant l'attitude, certaines équipes se montrent « *passi[ve]s et vont peu vers les gens, voire restent dans le bus* » (responsable) ; alors que d'autres jouent de leur visibilité, en restant à l'extérieur et en allant vers les passants : *un médecin fait des grands signes aux gens qui se promènent le long des étangs d'Ixelles : « vaccins !? Déjà vacciné ? »* (observation Flagey).

En retrait ou proactives, les équipes répondent aux questions que se posent les gens. Elles soulignent l'importance « *d'informer sans imposer* » et « *du temps offert, de l'écoute et des réponses aux questions* » (observation Molenbeek). Un médecin précise : « *en fait, il n'y a personne qui explique vraiment 'c'est quoi un vaccin'. Il faut avoir un message didactique. Les gens sont désinformés, ils cherchent sur les réseaux sociaux et trouvent des choses aberrantes « je vais parler et ils ne vont jamais me croire* » (Observation Saint-Josse).

Les Vaccin-Bus présentent deux caractéristiques principales, qui favorisent l'accessibilité à la vaccination. D'une part, la mobilité et temporalité : les bus changent d'emplacement tous les jours à

l'exception de certains lieux comme la place Rogier, où un bus était présent tous les jours de la semaine à l'exception du dimanche. Par contre, ils sont présents de manière récurrente, à certains endroits et à certains moments : par exemple, la place Houwaert a accueilli un Vacci-Bus tous les lundis entre le 23 août et le 27 septembre. La seule exception observée concerne des événements spécifiques, comme les brocantes ou marchés annuels, durant lesquels un bus est présent uniquement le jour de l'évènement. Notons qu'en dehors d'un bus offrant un horaire de soirée, les Vacci-Bus sont présents en journée (le plus souvent entre 10 et 17h).

La récurrence, combinée à la mobilité, constituent des atouts de l'action. En effet, « *la communication se fait surtout par bouche-à-oreille dans les quartiers populaires, plutôt que canaux de communication classiques, il faut donc rester suffisamment longtemps au même endroit* » (responsable). Mais « *au bout d'un moment, on atteint un plateau de vaccination* » (médecin généraliste) et il devient alors préférable de s'installer dans d'autres lieux.

La réduction des démarches administratives au simple encodage et la possibilité de créer un NISS bis pour les personnes qui ne disposent pas d'un numéro de registre national participent à cette plus grande accessibilité. Toujours dans une idée de simplification des contraintes logistiques pour le public, au début de l'action, les bus proposaient principalement le vaccin Johnson & Johnson. Par la suite, ayant constaté la méfiance de certaines personnes à l'égard du J&J, et face à l'impossibilité de vacciner les mineurs, davantage de bus ont proposé le Pfizer. Tout ceci concourt à offrir une très grande accessibilité, comme le résume une personne rencontrée : « *plus rapide, moins contraignant, une seule injection... On ne peut pas faire plus accessible et plus rapide, à moins d'aller chez les gens* ».

Le succès lors du passage d'un bus est très imprévisible. Les acteurs rencontrés mettent en avant plusieurs éléments qui peuvent y contribuer, en précisant qu'il ne s'agit pas « d'une loi ». De fait, il arrive que les équipes ne vaccinent presque personne durant des heures, avant de faire face à un afflux soudain. A côté de l'heure, les éléments qui semblent exercer une influence sur le succès de l'action sont les conditions météorologiques, le jour, le lieu et plusieurs caractéristiques liées au quartier ou aux personnes. Ainsi, l'action fonctionnerait mal dans certains quartiers « hostiles à la vaccination » (steward) ou au type de vaccin proposé ; mais aussi dans les quartiers où le taux de vaccination est élevé, ainsi que quand les personnes « *ne sont pas préparé[e]s* » (steward). Par exemple, « *dans un festival il n'y a eu qu'une seule personne vaccinée – un homme de la Croix-Rouge – malgré les 7-8000 personnes présentes* » (médecin généraliste).

De plus, les stratégies – variables, déployées par les travailleurs, influencent le fonctionnement de l'action. Certains professionnels insistent sur l'importance de collaborer avec des travailleurs sociaux ou des personnes qui « *connaissent très bien les gens du coin et ont un véritable lien de confiance avec*

eux », car « les personnes viennent spontanément les trouver et leur parler, notamment pour le vaccin » (steward). Pour d'autres, « il faut surtout des gens qui ont envie de parler, se sentent à l'aise pour parler de la vaccination, [des gens] qui ont "la tchatche" ». Mais la plupart s'accordent pour dire qu'« il est important d'être dans le quartier » et que « l'avantage de ce genre de dispositif, c'est de disposer de plus de temps pour expliquer et répondre aux questions » (infirmière). Nous aurons l'occasion de revenir sur les différentes attitudes des professionnels dans le chapitre 4.

« Grâce à la proximité et à la possibilité de discuter » (médecin généraliste) « beaucoup de gens viennent pour poser des questions » (infirmière). Ces questions peuvent porter sur le vaccin, sur les effets secondaires et à long terme, sur l'infertilité, sur le fait d'être enceinte, sur les « maladies chroniques dont souffrent [les personnes] et [sur] la compatibilité avec le vaccin » (médecin généraliste) ; voire même : « certains demandaient si le Covid est réel » (responsable).

La possibilité d'obtenir des réponses à leurs questions et la transparence perçue par les citoyens constitue, selon nos répondants, un point de basculement : « le fait de prendre le temps de répondre aux questions, de dire que le vaccin a été testé sur énormément de gens, de donner des chiffres sur les effets secondaires [...] de leur expliquer les effets qu'ils auront [...] est considéré comme un signe de transparence » (médecin généraliste) Et « souvent, lorsque les personnes viennent pour poser des questions quant au vaccin, elles se font vacciner » (médecin généraliste).

Soulignons enfin la grande diversité du public qui se présente aux Vaccin-Bus et ce indépendamment du lieu où ils sont installés : retraités, sans-abris, sans-papiers, étudiants, travailleurs, personnes hospitalisées ou fréquentant des services de santé mentale, familles, etc. Aussi, comme nous le verrons ultérieurement, les raisons pour lesquelles ces personnes viennent se faire vacciner à ce moment-là, et ne s'étaient pas faites vacciner avant, sont tout aussi diverses.

1.2 Antennes locales

Les antennes locales sont des petits centres de vaccination établis temporairement dans un lieu particulier, comme un espace communal ou une surface commerciale. Leur ouverture s'étend à toute la semaine ou se limite à certains jours. Nous pouvons en distinguer deux types : les antennes à l'initiative de la COCOM et celles à l'initiative d'autres acteurs, comme les communes ou les CPAS par exemple. L'organisation de ces dernières est plus fortement dépendante des acteurs à l'origine de l'action, ceux-ci impactent la composition des équipes en ce qui concerne le personnel, le financement et/ou le matériel.

Dans l'ensemble, ces antennes locales ont un mode de fonctionnement très proche des Vaccin-Bus ; ils ne réclament ni rendez-vous ni démarches administratives spécifiques. Mais elles s'en distinguent par leur localisation au sein d'un bâtiment plutôt que dans l'espace public. De ce fait, elles sont moins

visibles et le contact avec la population ne se fait pas de façon aussi directe. Cette caractéristique peut se voir encore renforcée par un emplacement éloigné du passage : par exemple, l'antenne de la gare de Bruxelles-Midi était installée dans la galerie plutôt que le long du couloir principal. Cette localisation a pour inconvénient de rendre moins aisées les interactions entre les passants et l'équipe vaccinale, en particulier les médecins et infirmiers. Le rôle d'information et d'invitation des stewards en devient d'autant plus important, de même que les éléments contribuant à la visibilité de l'antenne : drapeaux, affiches, panneaux d'indication, etc.

Par contre, l'ancrage au sein d'une structure existante, par exemple un CPAS, une maison communale ou une université, peut contrebalancer l'éloignement physique par une proximité symbolique et interpersonnelle : d'abord, les antennes peuvent compter sur le lien entre le public et les structures lorsqu'elles sont « *bien connues, [quand] elles ont un lien avec la population* » (médecin généraliste). Ensuite, dans certaines antennes, ce sont des visages connus de la population, « *alors que dans les Vaccin-Bus ce sont les gens de la Région* » (discussion avec un acteur communal).

De plus, selon les personnes que nous avons rencontrées, la distance avec l'espace public présente l'avantage d'offrir une plus grande discrétion, importante pour les personnes qui préfèrent se tenir plus éloignées du regard de la foule. En cas de malaise, la distance permet également à la personne d'être allongée à l'écart, avec une certaine intimité, ce qui n'est pas possible dans les Vaccin-Bus où « *elle se fait allonger par terre le temps qu'elle reprenne ses esprits, ce qui effraie tous les gens autour et ceux qui voulaient se faire vacciner* » (infirmière).

1.3 Appel téléphonique des 65+

Les agents de plusieurs communes ont mené une campagne téléphonique à destination de leurs résidents âgés de 65 ans ou plus non vaccinés. De l'avis des responsables rencontrés, le bilan est mitigé : si l'action a permis d'établir un contact direct avec la population, de développer une certaine connaissance des « non vaccinés », et de répondre aux questions non médicales, ils soulignent le (très) faible nombre d'inscriptions effectuées.

Pour mener à bien cette mission, les responsables ont créé une formation à destination de leurs agents sur base de plusieurs informations, en ce y compris de la COCOM. Le but étant de préparer les agents « *sur la façon d'amener le sujet* » selon une approche « bienveillante » basée sur la sensibilisation et l'information, et en évitant de « donner la sensation aux gens de les contrôler » (responsable) ou de chercher à les convaincre : « *Ils disent aux gens qu'ils veulent s'assurer qu'ils ont reçu les infos et qu'ils ont tout ce qu'il faut pour pouvoir se faire vacciner* », notamment en leur proposant qu'un taxi les conduise gratuitement au centre de vaccination s'ils le souhaitent.

Les retours ont été plus positifs que ce qu’espéraient les responsables de l’action, avec des « mauvaises réactions [...] marginales ». Ils évoquent un effet positif dans leur relation à la population grâce l’établissement d’un contact direct qui donne le « sentiment que la commune est là pour eux » (responsable). Cela leur a en outre permis de « lire les statistiques », en leur offrant une vision sur les personnes non vaccinées et leurs réticences, mais aussi de relever le nombre important de personnes vaccinées à l’étranger. Néanmoins, ils soulignent également plusieurs limites. Tout d’abord, c’est un dispositif très coûteux en temps et ressources humaines, mais peu efficace en termes de nombre de personnes effectivement inscrites. Ensuite, plusieurs employés communaux étaient mal à l’aise avec la démarche, la jugeant trop intrusive. De fait, il était globalement difficile « de trouver un équilibre avec l’incitation » et d’éviter le sentiment de contrôle, et ce même lorsque la personne accueillait positivement la démarche : « Les gens sont contents de la démarche de la commune, mais justifient systématiquement leur position en disant qu’ils sont déjà vaccinés, qu’ils ont pris rendez-vous, ne peuvent pas pour raison médicale, etc. » (responsable). Nous reviendrons sur ce malaise dans le chapitre 4. Enfin, les listes fournies par la COCOM contenaient beaucoup d’informations manquantes, erronées ou obsolètes. Certaines communes ont travaillé avec leur service population pour pallier au mieux ces lacunes, mais ce n’est pas le cas pour toutes.

1.4 Porte-à-porte

Les agents de plusieurs communes ont mené une campagne de porte-à-porte s’inscrivant dans un dispositif plus large destiné aux personnes âgées de 65 ans ou plus non vaccinées. Nous n’avons pu récolter les données que d’une seule opération communale, qui s’est déroulée comme suit : les agents ont d’abord envoyé un courrier aux personnes reprises dans leur liste, puis les ont contactées par téléphone avant de se rendre chez elles pour les prévenir du passage d’un bus de vaccination qui leur était spécialement dédié.

Selon les personnes rencontrées, l’action n’a pas été couronné de succès. Comme la campagne téléphonique, elle a nécessité beaucoup de temps et de moyens humains pour de très faibles résultats : deux confirmations pour une centaine d’adresses visitées, selon la responsable de l’action. Ce faible impact s’est également manifesté par l’absence du public visé lors du passage du bus, poussant l’équipe à changer de stratégie et à vacciner toutes les personnes volontaires sans tenir compte de leur tranche d’âge. Au sein du public, les gens se sont montrés « énervés car ils ont déjà refusé le vaccin ». De leur côté, les agents impliqués ont jugé l’action « très intrusi[ve] pour un impact faible » (responsable). Notons que d’autres responsables communaux ont refusé de répondre à la demande des autorités régionales pour ces mêmes raisons.

1.5 Sensibilisation et vaccination en pharmacie

Le rôle des pharmaciens, dans la stratégie de vaccination, a pris plusieurs formes. Il a suscité et suscite toujours des controverses. Les pharmacies ont plusieurs atouts pour faciliter l'accès à la vaccination, dont la relation de confiance avec la clientèle habituelle et, plus généralement, le contact avec une large population parmi laquelle des personnes qui n'ont pas besoin de soins médicaux, n'éprouvent pas le besoin d'y recourir, ou qui n'ont pas de médecin généraliste – ce qui est le cas de 40% des bruxellois¹. Comme nous le verrons dans le chapitre 4 relatif aux acteurs professionnels, l'Association belge des syndicats médicaux (ABSYM) s'opposent cependant à la vaccination par les pharmaciens au nom de principes éthiques et déontologiques.

La première forme d'intervention des pharmaciens s'inscrit dans leur mission de prévention. Elle consiste à conseiller, sensibiliser et répondre aux questions que leur posent leurs clients. A partir du mois de mai 2021, les autorités publiques ont équipé les pharmaciens d'un module, intégré au logiciel qu'ils utilisent, afin de les avertir de l'état vaccinal de leurs clients. Lorsqu'ils avaient affaire à des personnes non vaccinées, les pharmaciens étaient invités à préciser leur « rapport à la vaccination » : hésitation, refus, etc.

Ce module a donné aux pharmaciens les moyens de se montrer proactifs, pour établir le contact avec les personnes non vaccinées, leur rappeler la gratuité du vaccin, les informer des modalités d'inscription ou entamer la discussion avec les personnes hésitantes. Par contre, il présentait des désagréments pratiques et relationnels. D'abord, et jusqu'à ce que ce problème technique soit réglé à leur demande, les pharmaciens recevaient des notifications pour chaque personne, vaccinée ou non. Ensuite, selon nos répondants, plus le temps passait plus les personnes non vaccinées s'avéraient être opposées à la vaccination. Il s'agit alors « *d'une perte de temps* », et la discussion peut même s'avérer contreproductive. Enfin, en l'absence de formation spécifique, certains pharmaciens « *avaient peur de rentrer dans cette discussion d'ordre privée* ». Ils ont partagé leur difficulté à savoir comment jouer ce rôle : « *Il aurait fallu donner des pistes sur comment aborder la vaccination lorsque le pop-up a été implanté [dans le logiciel]* » (Focus group pharmacien).

A partir de leur expérience, les pharmaciens invitent à la prudence : « *Trop insister conforte les patients dans l'idée qu'on pousse trop, que c'est un peu bizarre. Sinon on renforce la résistance, on contribue à renforcer l'impression que c'est un complot* » (Focus group pharmacien). Ils précisent que la fait d'aborder la vaccination peut endommager la relation de confiance sur laquelle repose toute la force de la sensibilisation : « *Il y a besoin d'un lien avec la personne pour la sensibilisation, en tout cas pour*

¹ Je me vaccine.be, « Bruxelles: vers la vaccination en pharmacie », publié le 27 août 2021. En ligne : <https://www.jemevaccine.be/centre-d-informations/bruxelles-vers-la-vaccination-en-pharmacie/>

avoir plus de succès. » A l'inverse, « si c'est des patients non habituels, si on leur demande ce qu'ils pensent du vaccin, ils nous regardent avec un air "qu'est-ce que tu veux ?" » (Focus group pharmacien).

Le seconde forme d'intervention des pharmaciens repose sur un projet pilote qui a vu le jour à l'automne 2021 : « Pharma-on-tour », fruit de la collaboration entre la COCOM et l'Union des pharmaciens bruxellois (UPB). Concrètement, dans plusieurs communes à faible couverture vaccinale, des équipes de vaccination constituées de médecins et d'infirmiers s'installent dans certaines pharmacies ou devant celles-ci, dans un bus ou sous une tente. Dans cette configuration, les pharmaciens exercent leur mission de sensibilisation, à laquelle s'ajoute la préparation du vaccin et le stockage. Les pharmaciens qui ont accepté de participer au projet pilote estiment qu'il s'agit d'une opportunité de travailler de façon multidisciplinaire et, comme nous le verrons, de créer un réseau de première ligne ; il leur importe aussi de pouvoir jouer de leurs atouts, précisés ci-dessus, pour contribuer à la stratégie de vaccination : *« quand j'ai fait choix de me porter candidate, c'est parce que les chiffres de mon quartier m'ont mise à genoux. Mais c'est certain qu'à long terme, ce n'est pas ce modèle à garder »* (Focus group pharmaciens). Néanmoins, comme cet extrait le laisse entendre, la configuration choisie présente des limites. Premièrement, certains pharmaciens n'ont pas assez d'espace pour accueillir une équipe. Deuxièmement, la présence d'une équipe externe au sein de leur espace de travail peut influencer l'ambiance et l'efficacité du travail : *c'est « compliqué niveau de l'ambiance, ça créerait des interférences parce qu'on a déjà un boulot monstre ! »* Troisièmement, certains pharmaciens ont suivi une formation pour vacciner eux-mêmes. Cependant, le cadre légal belge ne leur permet pas, à l'heure actuelle, de poser cet acte professionnel qui relèvent de la juridiction des médecins. Comme nous le rappellerons ultérieurement, l'ABSYM revendique l'exclusivité de cet acte, ce qui n'incitent guère certains pharmaciens à partager leur propre espace de travail avec les équipes de vaccination. D'autant plus que leur clientèle ne connaît pas ces équipes, dont les membres changent de jour en jour. Dès lors, certains pharmaciens estiment qu'*« idéalement, ce serait (mieux) le faire nous-mêmes plutôt que médecin généraliste extérieur. Jusque maintenant, les médecin généralistene se sont pas encore mêlés de la préparation qu'on est en train de faire, mais ce sont des expériences particulières [rires]. »*

Une troisième forme d'intervention est celle des « pharmacies-satellites », dont la phase-test a pris fin mi-octobre. Elle consiste à faire de plusieurs pharmacies des espaces de stockage et de délivrance des vaccins, en lien avec un ou plusieurs points de vaccination à proximité. Il s'agit d'une idée qui reçoit une forte approbation de la part des médecins généralistes rencontrés, confrontés à des difficultés logistiques pour vacciner.

Le quatrième et dernière forme d'intervention est à l'état de projet. Proposé par le ministre fédéral de la santé Frank Vandenbroucke, ce projet devrait permettre aux pharmaciens de vacciner après avoir

suivi une formation adéquate. Nous reviendrons sur la controverse qui l'entoure dans le chapitre 4 sur les acteurs professionnels.

1.6 La vaccination en médecine générale

Depuis le 19 juillet 2021, les médecins généralistes sont autorisés à vacciner leurs patients. Avant cette date, la plupart de nos répondants ont joué un rôle de prévention par rapport à la vaccination ; en informant, en conseillant et en répondant aux questions de leurs patients. Nous détaillerons les différentes manières dont les médecins ont joué ce rôle dans le chapitre 4, consacré aux acteurs de la vaccination. De manière générale, les médecins généralistes regrettent de ne pas avoir été impliqués plus directement et plus tôt dans la stratégie vaccinale. De plus, ils s'accordent largement sur le fait que *« les généralistes ne sont pas les mieux placés pour vacciner, avec ces modalités »* (médecin généraliste). Ces modalités concernent principalement le type de vaccin, multi dose, et les contraintes logistiques pour l'obtenir et le conserver. Dès lors, la possibilité d'avoir un relai de proximité, équipé pour gérer les vaccins et qui puisse vacciner rapidement, leur paraît essentielle : *« ce qui manque, quand on arrive à convaincre quelqu'un, c'est de pouvoir vacciner tout de suite. S'il est un peu indécis, que t'arrive à convaincre et qu'on doit encore reporter, etc., il se "re-convint" dans l'autre sens et ne le fait pas »* (médecin généraliste).

Dans les faits, les médecins généralistes libéraux que nous avons rencontrés ne vaccinent pas, ou très peu et pour des patients précis, car cela c'est très chronophage et *« il y a beaucoup de contraintes logistiques »* (médecin généraliste). Du côté des maisons médicales, nos répondants soulignent que *« c'est super compliqué, il faut prévoir à l'avance, prévoir les doses. C'est compliqué pour le tout-venant alors que c'est le tout-venant qu'on doit vacciner maintenant »*. Ils précisent qu'en tant que médecins généralistes *« on n'est pas capable de gérer la logistique de réservation et des rendez-vous. Comme c'est multi dose, on a besoin de rendez-vous précis et tout »*. Or, comme nous le montrons dans notre étude *Melting Point* (Thunus et al. à paraître), l'absence de rendez-vous, dans certaines maisons médicales, est une caractéristique qui favorise largement l'accessibilité des soins pour les populations vulnérables.

1.7 Relais d'action de quartier (RAQ)

Le projet des RAQ est réalisé par la COCOM en collaboration avec la Fédération des Services Sociaux Bicommunautaires de Bruxelles. Il a pour but d'offrir un relais local aux acteurs de la santé et du social. Les personnes engagées dans le cadre de ce projet ont des profils variés mais s'inscrivent généralement dans le domaine de l'aide et du soutien à la population. Le plus souvent, ils et elles sont assistants sociaux, éducateurs et infirmiers, dont certains sont spécialisés en santé communautaire.

Les RAQ travaillent en équipes mixtes en termes de genre, de connaissances linguistiques, de compétences professionnelles, culturelles et transversales, comme l'informatique. Les équipes ont pour « mot d'ordre de s'adapter et de se montrer créatives ». L'adaptation est nécessaire étant donné le contexte politique changeant d'une part, et les besoins multiples de la population d'autre part. L'utilisation d'un groupe WhatsApp leur permet de communiquer régulièrement et de s'échanger des informations et des idées : il soutient leur flexibilité.

Les RAQ se joignent à des actions en cours dans leur commune, comme les Vacci-Bus, ou sont « hébergés » par des structures, comme des maisons médicales ou des maisons d'accueil. Dans le second cas, le public qu'ils rencontrent est beaucoup plus ciblé, il s'agit par exemple de groupes de femmes ou de personnes sans-abris, mais ils bénéficient du lien de proximité et de confiance entre la structure qui les héberge et le public. L'enjeu est alors de profiter de cette relation pour parler de la vaccination, sans risquer de la dégrader. En effet, cette relation peut soutenir des objectifs plus généraux, comme la cohésion sociale ou le recours aux soins. Un autre atout des RAQ est leur proximité par rapport au quartier. Celle-ci leur permet d'être au plus proche des besoins des personnes et elle nourrit ce « *sentiment qu'il est possible de se comprendre* » (Focus group RAQ). Les RAQ soulignent aussi l'importance de leur ouverture, qui se traduit par la possibilité de « parler de tout » : « *ne pas se focaliser sur la vaccination mais aborder d'autres sujets qui, du point de vue de la population, ne sont pas si éloignés* » (*idem*).

Leur travail nécessite dès lors du temps, non seulement du temps de « *préparation en amont, [pour] aller chercher les bonnes informations et préparer des réponses aux questions les plus courantes* » (*idem*) ; mais aussi du temps d'écoute. Comme nous le verrons ultérieurement, l'écoute et le temps sont des atouts importants car elles (seules) permettent de construire un sens pour la vaccination.

1.8 Autres actions de vaccination

Les personnes rencontrées ont évoqué d'autres actions visant à faciliter la vaccination. Par exemple, des agents de la commune d'Anderlecht se sont rendus dans les pharmacies présentes sur leur territoire pour demander s'ils acceptaient d'informer et d'inscrire la population pour la vaccination. En cas d'accord, ce qui était le cas pour environ 80% des pharmaciens, ils installaient une affiche en 13 langues sur l'officine pour avertir la population de ces possibilités. Un autre exemple est Mobivax, une équipe mobile composée de membres de Médecins sans Frontières, de la Croix-Rouge de Belgique, de Médecins du Monde et du Samusocial. Cette équipe était destinée aux publics particulièrement vulnérables ou marginaux, notamment des personnes sans-abris, des migrants, des sans-papiers : « *le Mobivax se place dans des endroits avec moins de passage mais pour viser un public spécifique* », en ce y compris des squats ou des « quartiers difficiles » (responsable).

Ces actions n'ont pas été analysées dans le cadre de cette étude consacrée aux actions réalisées à l'initiative de la COCOM. Mais ces deux exemples sont importants car ils laissent entrevoir l'allure très décentralisées et les visages multiples de la stratégie de vaccination à Bruxelles, que nous évoquerons plus longuement dans le chapitre 3 consacré à la gouvernance vaccinale.

Chapitre 2 : Les besoins de la population – accessibilité, acceptabilité et confiance

Dans la presse et les médias, la population est souvent appréhendée selon une conception dualiste opposant le « bon » citoyen au « mauvais ». Depuis le début de la pandémie, les discours évoquent des catégories, désignent des publics et ciblent des groupes. Décrits comme hostiles ou réfractaires, d'abord aux mesures sanitaires puis à la vaccination, ces groupes varient : il s'agit tantôt des Bruxellois, tantôt des pauvres, tantôt des jeunes, tantôt des Molenbeekoïses, etc. Quelles que soient les étiquettes qu'ils portent, ces groupes sont régulièrement tenus responsables de la situation sanitaire. C'est ainsi que le Premier Ministre, reprenant les propos de Joe Biden, a récemment déclaré : « *Cette épidémie devient une épidémie des non vaccinés. On ne peut l'accepter, on ne peut accepter que des gens fassent le choix de mettre d'autres personnes en danger. Ce sont ceux qui ne se sont pas fait vacciner qui sont responsables.* » (Alexandre De Croo, conférence de presse du 17 septembre 2021).

Cette approche, que les médias décrivent comme « offensive »², ne résiste pas longtemps à l'épreuve d'une réalité sociale infiniment plus complexe. Premièrement, elle mobilise des catégories qui, lorsque qu'elles sont confrontées à la réalité, révèlent leur faible portée explicative. Dans les extraits ci-dessous, nous interrogeons des professionnels au sujet des « communautés » et de « l'éducation ». Nous observons que ces catégories ne constituent pas une base solide, stable et homogène, pour comprendre ou expliquer les décisions de se faire vacciner.

Au sujet des communautés : « Les Maghrébins, pour des raisons religieuses, et les Africains, parce qu'ils ont des croyances qui sont source de peurs liées à leur corps, sont difficiles à vacciner » (médecin généraliste) ; « Les musulmans ne sont en général pas réticents à la vaccination, mais les Croates bien » (infirmière) ; « Le problème, ce sont les groupes avec une pensée unique ; par exemple des groupes liés à une activité commune comme le yoga » (médecin généraliste) ; et « les médecines parallèles » (médecin généraliste)

Au sujet de l'éducation : selon un pharmacien, « il y a un lien fort entre opposition à la vaccination et éducation. La vaccination au sein des publics issus de l'immigration est plus faible, non pas pour des raisons culturelles ou religieuses, mais par une moindre éducation :

² HM. 2021. « Alexander De Croo : "Cette épidémie devient une épidémie des non vaccinés. La situation à Bruxelles n'est ni acceptable, ni tenable" ». RTBF, publié le 17 septembre. En ligne : https://www.rtf.be/info/belgique/detail_alexander-de-croo-cette-epidemie-devient-une-epidemie-des-non-vaccines-la-situation-a-bruxelles-n-est-ni-acceptable-ni-tenable?id=10844128

moins de scolarité, d'études supérieures etc. » ; mais pour un généraliste : « il s'agit de gens instruits » ; un autre précise « la population 'bobos' n'est pas la plus importante mais la plus difficile à convaincre » (médecin généraliste).

Deuxièmement, comme la littérature scientifique et internationale l'a rappelé (Malengreaux et al. 2021), les personnes assimilées aux « antivax », voire qualifiées de « complotistes », sont plus souvent hésitantes³. Les sondages confirment d'ailleurs cette tendance, des États-Unis (Hamel et al. 2021) à la Belgique. Ainsi, un sondage mené par Sciensano, en décembre 2020, indique que 60% des personnes majeures interrogées voulaient se faire vacciner, 25% hésitaient et 15% s'opposaient.

Dans l'encadré suivant, nous proposons une liste, illustrative et non-exhaustive, des raisons pour lesquelles les personnes hésitent à se faire vacciner :

Encadré 1. Motifs de réticence

Illustration des préoccupations de personnes qui hésitent à se faire vacciner contre le Coronavirus

- La peur des effets secondaires et effets à long terme du vaccin, dont la peur de l'infertilité.
- La peur de la piqûre.
- Les risques liés à une condition médicale ou au fait d'être enceinte.
- Une méconnaissance du vaccin et de son fonctionnement : « on ne sait pas ce qu'on nous injecte » (médecin généraliste) ou « avoir son ADN modifiée ».
- La prévision de devoir se faire vacciner de façon récurrente, car l'efficacité semble limitée dans le temps et une troisième dose est proposée.
- Un manque de certitude par rapport à l'efficacité face aux nouveaux et futurs variants.
- Un manque d'efficacité car le vaccin n'empêche pas de développer la maladie.
- La conviction que l'immunité collective est utopique, donc autant ne vacciner que les personnes à risque.
- Le développement très rapide du vaccin par rapport à d'autres, et la troisième phase de test non régulière.
- Ne pas s'être encore remis de sa précédente infection au Coronavirus.
- Ne pas voir l'intérêt de la vaccination en raison de son profil et de sa confiance en son système immunitaire (notamment lorsque la personne a été infectée sans complications).
- Etc.

Notons qu'une part importante de ces craintes, doutes ou réticences ne sont pas propres au vaccin contre la Covid-19, et que ces éléments étaient déjà connus avant l'épidémie dans la littérature scientifique (Malengreaux et al. 2021 ; Larson et al., 2014, 2011 ; MacDonald 2015).

³ Tufekci Z. 2021. « The Unvaccinated May Not Be Who You Think ». *New York Times*, 15 Octobre. En ligne : <https://www.nytimes.com/2021/10/15/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html>

Troisièmement, ces catégories véhiculent des stigmates, notamment liés à la pauvreté. Elles pointent des personnes généralement vulnérables face aux systèmes sociaux et de soins⁴. Ces personnes éprouvent, à Bruxelles, des difficultés financières, linguistiques, administratives et relationnelles à se connecter aux soins (Thunus et al. 2021). Les discours relatifs au vaccin, en les réassignant encore à la vulnérabilité de leur situation, ont un effet performatif : ils risquent de renforcer une tendance à adopter les attitudes associées au stigmaté (Goffman 1975), ici, la non vaccination.

Pour ces raisons empiriques et théoriques, nous renonçons à l'approche par « public », et nous proposons d'appréhender la population à partir de ses besoins pratiques, de connaissance, de sens et de confiance, qui façonnent son rapport à la vaccination et, plus généralement, à la santé et à la société. Comme nous allons le voir ci-dessous, au stade actuel de la vaccination, une approche centrée sur ce type de besoins, en particulier les besoins de sens et de confiance, semble s'imposer sur le terrain. De plus, une approche centrée sur les besoins apparaît bien plus heuristique, pour éprouver les atouts et les limites des différentes actions préalablement décrites.

1. Des dispositifs universels à la relation de confiance

La première phase de la stratégie vaccinale bruxelloise s'est basée sur de grandes centres de vaccination. Durant le mois d'août, alors que plusieurs d'entre eux fermaient leurs portes, des actions locales ont pris le relais, selon la logique intitulée « Leaving no one behind ». Bien que notre étude ne porte pas sur les grands centres de vaccination, il importe de les inclure dans un continuum qui s'étend des dispositifs visant la quantité – de personnes vaccinées – à ceux mettant l'accent sur la qualité – de la vaccination.

Comme le montre le schéma ci-dessous, d'un côté du continuum se trouvent les dispositifs qui visent à vacciner un maximum de personnes le plus rapidement possible dans une approche parfois qualifiée d'« industrielle », et de l'autre côté se trouvent les dispositifs qui visent un public peu nombreux mais plus éloigné de la vaccination, et dont les besoins sont plus complexes. De ce fait, leur temporalité est très différente : elle s'étend de la simple invitation à la vaccination, qui s'inscrit dans un temps court et se réalise dans une rencontre rapide, jusqu'au soin de la relation, qui s'inscrit dans le temps long. Entre les deux, les dispositifs mobiles fonctionnent comme une proposition à la vaccination : ils vont au plus près des gens et offrent la possibilité de discuter. Pour des raisons de clarté, nous distinguerons, dans la figure 1, trois types principaux au sein d'un continuum des dispositifs de vaccination.

⁴ Idem.

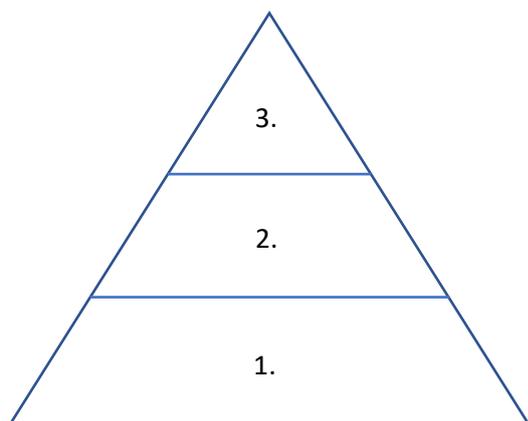


Figure 1. Les types de dispositifs de vaccination et leurs publics.

1. Les centres de vaccination : visent une vaccination de masse des publics volontaires pour qui les barrières d'accès ne constituent pas un obstacle.
2. Les dispositifs mobiles : diminuent au maximum les barrières d'accès et se rendent au plus près des gens. Ils visent un public hésitant ou pour qui les centres ne sont pas suffisamment accessibles (toutes raisons confondues).
3. La vaccination dans les structures existantes (pharmacies, maisons médicales, médecins généralistes, etc.) : s'adresse aux publics plus vulnérables, hésitants ou réticents, pour qui un lien de confiance est nécessaire pour franchir le pas de la vaccination.

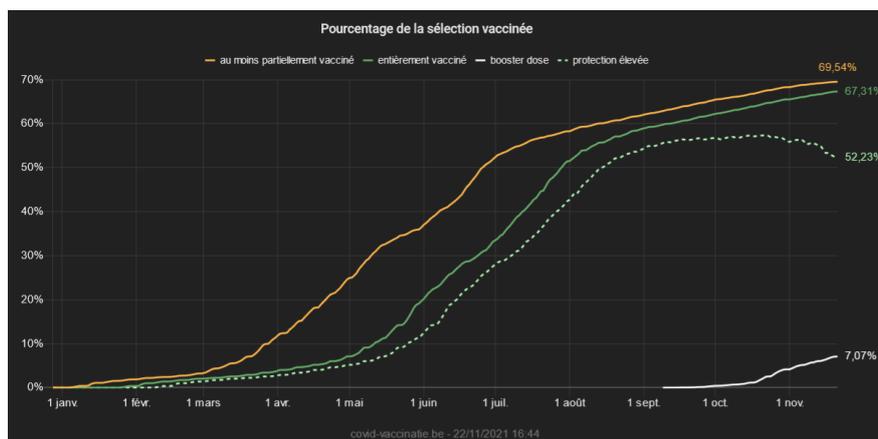


Figure 2. Evolution du pourcentage de la population bruxelloise âgée de 12 ans et plus vaccinée au 20 novembre 2021. Source : <https://covid-vaccinatie.be>

La figure 2 permet d'observer l'évolution du nombre de doses administrées au cours de temps. Ce faisant, elle reflète la succession des différents types de dispositifs que nous venons d'introduire. Elle montre d'abord une progression très rapide du taux de vaccination : les grands centres vaccinent massivement les personnes qui répondent volontairement à leur invitation, c'est-à-dire la majorité de la population. Au cours du mois d'août, le ralentissement visible correspond à la diminution de l'activité des centres et à la mise en place concomitantes des actions locales. Les centres ont en effet fermé entre le 10 et le 31 août, à l'exception des centres de Molenbeek, Forest, Woluwe-Saint-Pierre et du Pachéco. C'est le début d'une seconde phase qui s'adresse à une part plus réduite de la

population, comme en atteste la progression de la couverture vaccinale : entre le 1^{er} septembre et le 20 novembre 2021, le taux de vaccination partiel est passé de 62,06% à 69,54%, soit un gain de 7,48% sur plus de deux mois et demi. En dépit de ce faible gain, les dispositifs locaux s'inscrivent dans une approche durable et responsable ; attentive au maintien d'un lien avec la population et à ses besoins concrets et spécifiques : ça « *prend beaucoup de temps parce que ce n'est pas juste vacciner* ». Il faut réparer « *la défiance dans les médias et la politique* » et « *déconstruire [les fausses croyances]* » (médecin généraliste maison médicale). Le « *lien de confiance [avec les professionnels] est très important* » pour se relier à celles et ceux qui « *posent des problèmes de fiabilité, ne viennent pas au rendez-vous de vaccination, ou en retard* » ; à celles et ceux qui « *ont difficile de quitter le quartier* » et requièrent « *un cadre connu, plus petit et facile* » pour se vacciner (idem).

2. L'adoption vaccinale

Afin d'appréhender la diversité des besoins de la population, nous proposons de distinguer deux composantes de l'adoption vaccinale : l'accessibilité et l'acceptation (Neumann-Bohme *et al.*, 2020). Celles-ci peuvent aussi être présentés sous les termes de « *supply* » et « *demand* » (Siciliani *et al.*, 2020), qui distinguent la capacité et la volonté de se faire vacciner. Ces distinctions permettent de mettre en évidence trois facteurs-clés de l'hésitation vaccinale (Siciliani *et al.*, 2020) : premièrement, l'accessibilité, notamment en termes de distance, de temps, de coût, et de démarches administratives ; deuxièmement, l'acceptabilité ou la perception du besoin, liée aux risques perçus de la maladie ; et troisièmement, la confiance dans le vaccin ou les personnes qui l'administrent.

Ces facteurs peuvent être vus sous l'angle du rapport bénéfices et risques perçus. Cette conception souligne le décalage entre les risques liés au vaccin, dont l'exposition est certaine en cas de vaccination, et le caractère hypothétique de l'infection (Siciliani *et al.* 2020). Elle est intéressante car elle reflète le raisonnement de plusieurs citoyens et citoyennes que nous avons rencontrés, en particulier des jeunes et des personnes qui ont déjà eu le Coronavirus.

Par exemple, des jeunes rencontrés auprès des Vaccin-Bus nous expliquent qu'on « *entend bien* » qu'on puisse avoir « *d'autres motivations* » (que de voyager), mais « *ce n'est pas pertinent pour les jeunes... pour les personnes âgées, le rapport risques-avantages penche dans le bon sens* », mais pas pour les jeunes. D'autant que beaucoup ont déjà eu le COVID : « *On se demande, dans la mesure où les personnes à risque sont vaccinées, pourquoi se faire vacciner* » et « *encore plus quand on entend qu'on n'atteindra de toute façon pas l'immunité collective* » (discussion avec un étudiant, Vaccin-Bus Flagey).

Cependant, la lecture coût-bénéfice est fondée sur le postulat de la rationalité des acteurs, qui prendraient leurs décisions à la manière d'un *homo oeconomicus* ; c'est-à-dire en fonction d'une

analyse coût-bénéfice réalisée dans un contexte d'information parfaite. L'étudiant que nous venons de citer illustre bien ce rapport au vaccin, que nous devons cependant nuancer. En effet, dans le contexte d'une pandémie qu'on tente de comprendre et de gérer à la fois, l'information disponible est particulièrement imparfaite, incomplète, et incertaine. En fonction des sources d'information, il arrive aussi qu'elle soit inexacte. De plus, d'autres éléments, tels que les émotions, les croyances et le contexte social et politiques influencent le rapport à la vaccination de la population. Comme nous allons voir ci-dessous, ces éléments, s'ils ne sont pas rationnels par définition, offrent aux personnes de bonnes raisons d'hésiter, voire de refuser de se faire vacciner.

2.1 L'accessibilité

Dans l'ensemble, les acteurs rencontrés décrivent une très bonne accessibilité. Ils soulignent en particulier la multiplication et de la diversification des actions, qui permettent de toucher une très large population, en offrant des modalités adaptées à des besoins très différents. Ces actions réduisent énormément les barrières à la vaccination, en offrant une vaccination gratuite, sans rendez-vous, à proximité des lieux de vie et de travail. Elles sont le plus souvent récurrentes, ce qui permet de profiter du bouche-à-oreille mais aussi de la visibilité : *« j'ai vu le bus hier en rentrant du travail. J'ai compris que je pouvais simplement m'arrêter là le lendemain »* (un citoyen, Vaccin-Bus Flagey). Enfin, les acteurs saluent particulièrement l'approche consistant à *« aller vers les gens »*, ce qui facilite la vaccination mais permet aussi de toucher un public ne se sentant pas concerné au point d'entreprendre les démarches pour se faire vacciner : *« les gens ont déjà assez de choses à faire »* ou comme le confie un couple qui s'est fait vacciner alors qu'il était venu chercher de l'eau en grande surface : *« la vaccination était compliquée et, globalement, on ne suit pas les infos sur le Covid car c'est déprimant. Et on a tous les deux eu le Covid et c'était ok, on a déjà été plus malade avec d'autres choses »*.

Néanmoins, cette accessibilité n'est pas parfaite. Tout d'abord, il y a eu de nombreux soucis relatifs à la communication concernant les actions. Lors de la mise en place des équipes mobiles, les informations concernant leur présence n'étaient pas disponibles pour le grand public. Par la suite, elles ont été reprises sur le site *coronavirus.brussels*, mais elles s'avéraient parfois incomplètes ou inexactes. Il nous est ainsi arrivé de nous rendre dans les lieux aux moments indiqués et de ne rencontrer aucune équipe de vaccination. Ensuite, une critique récurrente concerne l'impossibilité de choisir le vaccin. De nombreuses personnes souhaitent le vaccin Pfizer et refusent le J&J, qui est en outre interdit aux mineurs. A l'inverse, d'autres préfèrent un vaccin en une seule dose. Le problème est alors que les équipes mobiles ne disposent en général pas des deux types de vaccin, et que le type de vaccin proposé n'est pas repris dans la communication sur les initiatives. Par ailleurs, diverses complications administratives ont entravé la vaccination, par exemple la nécessité d'avoir un numéro de registre national (pour les sans-papiers) ou de devoir commander les doses en donnant les informations des

personnes vaccinées (pour les médecins généralistes). Enfin, comme nous l'avons souligné les dispositifs locaux véhiculent une approche « qualitative » qui nécessitent beaucoup de temps – une maison médicale affirmait ainsi vacciner au maximum 12 personnes par semaine – mais aussi une flexibilité que les modalités logistiques ne permettent pas toujours, par exemple dans le cas des médecins généralistes.

2.2 L'acceptabilité

Nous avons relevé quatre facteurs principaux qui influencent le besoin ressenti par la population de se faire vacciner. Les deux premiers peuvent être reliés à des caractéristiques de la population bruxelloise, alors que les deux suivants semblent davantage liés à la connaissance et la compréhension de la vaccination.

Premièrement, les Bruxellois sont en moyenne plus jeunes que les résidents des autres régions du pays. Or, l'âge joue un rôle déterminant dans le risque de développer des complications suite à une infection de la Covid-19.

Deuxièmement, beaucoup de Bruxellois se sont fait vacciner à l'étranger. Mais les démarches administratives à entreprendre, pour transformer un état vaccinal en statut de « vacciné », peuvent être ignorées ou être perçues comme trop contraignantes. En particulier lorsqu'une fracture numérique ou linguistique complique ou empêche l'enregistrement du statut vaccinal. Ces démarches sont particulièrement compliquées pour les personnes qui ont reçu une première dose à l'étranger, par exemple en France, et qui souhaitent recevoir la seconde en Belgique, où ils et elles travaillent. Un autre cas de figure concerne les personnes ayant reçu un vaccin non reconnu en Belgique. C'est le cas par exemple de personnes vaccinées au Maroc avec le vaccin chinois Sinopharm, reconnu par l'OMS mais pas par l'Union européenne.

Troisièmement, le risque de contracter la maladie malgré la vaccination mène beaucoup de personnes rencontrées à ne pas percevoir l'intérêt de se faire vacciner : « *c'est un peu n'importe quoi* », « *à quoi ça sert si je peux quand même l'attraper ?* ». Bien que cet argument soit très répandu, nos répondants décrivent une communication qui s'est trop longtemps bornée à prétendre que l'on est « safe » après la vaccination. Une communication transparente sur les bénéfices et les limites du vaccin semble, dès lors, plus à même de soutenir la vaccination. Par exemple, Inge Neven, responsable Covid de la COCOM, explique : « *La vaccination complète contre le Covid-19 diminue de 45% le risque de transmettre le virus, protège à 70% contre les contaminations, protège à 90% contre les formes graves*

de la maladie, diminue de 70% le risque d'être hospitalisé pour les personnes testées positives, diminue le risque de se retrouver en soins intensifs. » (Le Journal du Médecin, le 9 novembre 2021)⁵

Quatrièmement, l'expérience passée d'une forme bénigne de la Covid-19 diminue le besoin perçu de se faire vacciner : « *Je l'ai déjà eu, c'était pas si grave.* » Ces personnes estiment que, si elles contractent à nouveau la maladie, elles ne présenteront toujours aucun symptôme grave dont le vaccin les prémunirait. Certains font un parallèle avec la grippe, épidémie saisonnière pour laquelle on ne vaccine que les personnes à risque.

2.3 La confiance

La confiance est un facteur important dans la décision relative à la vaccination. Nous pouvons en distinguer trois dimensions de la confiance : la confiance dans le vaccin, la confiance dans les acteurs de la vaccination et la confiance dans la société et le monde politique.

La confiance dans le vaccin

Les témoignages que nous avons récoltés attestent de craintes relatives à trois risques principaux, qui sont associés à la vaccination. Le premier concerne les effets secondaires. Très répandue, cette crainte se rapporte principalement aux expériences de proches et aux récits relatés par les médias et les réseaux sociaux.

Le second risque concerne les effets à long terme. Les principaux arguments avancés ici sont la vitesse de développement des vaccins et le faible recul temporel. Dans cette catégorie, nous retrouvons également des craintes liées à une mécompréhension du fonctionnement du vaccin, par exemple la croyance qu'un vaccin à ARN messager modifie directement l'ADN, et risque d'engendrer une descendance génétiquement modifiée.

Le troisième type de risque est lié à une condition médicale préexistante. Il concerne autant des personnes souffrant d'asthme, de maladies cardiovasculaires que des femmes enceintes. Un médecin généraliste travaillant dans un Vacci-Bus explique passer beaucoup de temps à répondre à « *des questions par rapport à des maladies chroniques dont [les personnes] souffrent et de la compatibilité avec le vaccin. Elles sont parfois mal renseignées par leur médecin.* » A ce niveau, une information médicale de qualité donnée par un expert de confiance semble essentielle.

⁵ Le Journal du Médecin. 2021. « La situation à Bruxelles est bien meilleure que l'an passé mais reste tendue ». Publié le 9 novembre 2021. En ligne : <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/la-situation-a-bruxelles-est-bien-meilleure-que-l-an-passe-mais-reste-tendue/article-normal-59533.html>

La confiance dans les acteurs de la vaccination

Les professionnels de la santé sont en première ligne de la stratégie de vaccination pour informer, sensibiliser et vacciner, mais aussi à un autre niveau, pour conseiller les pouvoirs publics et s'exprimer sur l'évolution de l'épidémie. Mais tous ne jouissent pas de la même confiance des citoyens. La proximité et l'existence de liens interpersonnels entre les professionnels et les personnes semblent essentielles pour distinguer entre les professionnels du soin, auxquels la population est plus sensible, et les experts médiatiques. Pour cette raison, les médecins traitants et les pharmaciens semblent jouer un rôle important en termes de sensibilisation et d'accompagnement de la vaccination, d'autant plus quand ils bénéficient, personnellement ou dans le cadre d'une équipe, d'un ancrage local et d'une proximité avec la population : « *Ma collègue parle turc, ce qui aide beaucoup avec les nombreux Turcs présents qui ne parlent pas bien français. Elle aide à les inscrire pour la vaccination, à télécharger Itsme. C'est fait grâce au lien de confiance, la proximité et la langue, les patients sinon ne laisseraient personne les inscrire comme ça sans comprendre. Une équipe "extérieure" ne servirait à rien* » (pharmacien).

Nous pouvons dresser ici un parallèle avec la propension qu'ont de nombreuses personnes à donner plus de poids aux expériences de leurs proches qu'aux données statistiques. En effet, il semble que l'expérience de proches puisse fortement influencer la décision d'une personne de se faire vacciner, par exemple : « *j'avais besoin de voir comment ça se passait...les personnes autour de moi. Je sais que c'est... mais ça m'a rassuré de voir que ça allait* » (discussion informelle, Vacci-Bus de Saint-Josse).

Cette tendance se manifeste aussi envers les professionnels. Une médecin généraliste travaillant en maison médicale explique ainsi que beaucoup de personnes « me demandent si je suis vaccinée, avec quel vaccin et quels ont été les effets secondaires. Ils accordent plus d'importance à l'expérience personnelle qu'aux chiffres, aux statistiques ». Certains professionnels utilisent d'ailleurs cette tendance pour promouvoir la vaccination : « j'ai installé une pancarte "Je me suis faite vaccinée" sur mon bureau et je pose la question à mes patients. Souvent, ils finissent par se faire vacciner » (médecin généraliste libérale). Le rôle d'« exemple » qu'endossent certains professionnels de santé est ainsi discuté dans le chapitre 4.

La confiance dans la société et le monde politique

La défiance envers la société et le monde politique est très fréquemment évoquée par nos répondants. Nous avons relevé trois motifs de défiance. Premièrement, les mesures sanitaires sont souvent considérées comme inégalitaires ou injustes, mais aussi comme incohérentes, voire contradictoires. D'une part, elles ont touché plus durement les publics les plus vulnérables, notamment en raison de leur environnement de vie, de leurs conditions de logement et de travail, et leur situation administrative ou familiale : logement insalubres, surpeuplés, perte d'emploi formel ou informel,

télétravail impossible, exposition à la maladie, monoparentalité – ces éléments sont exposés dans le rapport Melting Point.

Les mesures, en particulier le confinement et la distanciation sociale, ont ainsi alimenté un sentiment d'injustice, encore renforcé par des décisions parfois surprenantes, comme celle d'autoriser le kayak comme activité en plein air.

Dans ce contexte, les encouragements à se faire vacciner « pour remplir son devoir citoyen » apparaissent questionnables : « *ils n'ont rien fait pour moi, mais moi je dois faire ça pour eux ?* ». D'autre part, « la succession chaotique des mesures (nouvelles, changements, inversions), leur multiplication (Bruxelles versus le reste du pays) et leur « manque de cohérence » (idem) aurait également dégradé la perception de leur bien-fondé pour une partie de la population : « *Le problème est que les politiciens sont dans la communication, mais qu'il est plus difficile de prendre des mesures cohérentes sur base des données, ce qui est pourtant ce que les citoyens attendent* » (idem). Le cas des masques, dont l'usage fut dissuadé avant d'être rendu obligatoire parallèlement à la découverte de la destruction des réserves, est régulièrement donné en exemple.

Deuxièmement, il existe une forte défiance par rapport à l'industrie pharmaceutique et aux liens entre les mondes politique et économique.

Une jeune femme trouve le bus très pratique mais elle "rôle". Elle vient se faire vacciner car elle n'est plus partie en vacances depuis 4 ans, et n'a plus vu ses parents depuis deux ans. "Je n'aime pas rentrer dans les lignes", me dit-elle, mais "quelque part on est obligé de la faire". Et "quitte à ingurgiter de la merde", autant que ça aille vite : c'est un "one shot".

Elle trouve que le type d'essais cliniques pour le vaccin est "louche" et plus encore les efforts des autorités pour qu'on se fasse vacciner. (Observation, Vacci-Bus de Flagey).

Certaines personnes relient l'obligation vaccinale et les profits réalisés par les laboratoires fabriquant les vaccins. Elles rappellent parfois des scandales qui ont entaché la crédibilité des firmes pharmaceutique. Par exemple, une personne fait référence à un documentaire de la chaîne Arte « *où on voit bien que c'est plus du business qu'autre chose* ». La centralité du vaccin dans la lutte contre la Covid-19 pose aussi question : « *on ne parle jamais du fait que le manque de sport et l'alimentation sont des facteurs importants pour le développement de formes graves du Covid. On pourrait jouer dessus plutôt que de se contenter du vaccin, de donner des médicaments pour traiter les symptômes. C'est une source de méfiance vis-à-vis de la médecine car il y a des intérêts économiques sous-jacents* » (RAQ). Sont également montrés du doigt les « énormes bénéfices que les multinationales ont retiré de l'épidémie, avec fermeture obligatoire des petits commerces alors que les grandes surfaces faisaient d'énormes profits et pouvaient augmenter leurs prix. » Cette question des implications économiques

traverse aussi les professionnels de la santé. Une partie d'entre eux dénonce vigoureusement « *le mélange consommation et soins de santé, par l'initiative de s'implanter [Vacci-Bus et antennes locales] dans des surfaces commerciales. Ça ne devrait pas être mélangé* » (médecin généraliste). Pour d'autres, même si « *la médecine doit être détachée du commercial* », ils estiment que « *pour ce cas précis, ce n'est pas une mauvaise idée si elle facilite la vaccination, il faut parfois mettre ses principes de côté* » (pharmacien).

Troisièmement, l'opposition au vaccin est rapportée à un contexte plus large de crise de la désaffiliation sociale (Maes, 2021) et de la démocratie. Le faible taux de vaccination « *pose la question de la confiance de la population dans ceux qui les gouvernent, questionne le besoin de réinventer la démocratie* » (responsable). Elle prend place dans un cadre où « *Les gens ne se sentent pas écoutés* » (RAQ) et où « *il y a un manque de confiance dans l'Etat providence : les personnes n'ont pas de boulot, pas de logement social, n'obtiennent pas de réponse des décideurs et institutions par rapport à leurs problèmes, ils n'ont jamais reçu d'aide alors maintenant n'en veulent pas. Ils pensent qu'on teste la technologie de l'ARN messenger sur eux* » (idem).

A ce niveau, la crise sanitaire a exacerbé ces problématiques déjà présentes : que cela soit au niveau de « *la cohésion sociale dans les quartiers, là où la distanciation sociale a fait beaucoup de dégâts* » (RAQ) ou de « *La démocratie [qui] a été bafouée et la marche arrière n'est pas facile, il faut recréer des espaces qui ont été démolis* » (responsable).

Chapitre 3 : La gouvernance vaccinale

La gouvernance concerne tout d'abord la logique qui sous-tend la stratégie de vaccination, dont nous présenterons plusieurs caractéristiques essentielles : sa grande diversité et sa richesse, ses ambiguïtés temporelles et relatives à la liberté, et son manque de lisibilité. La gouvernance concerne ensuite la coordination de la mise en œuvre de la stratégie, afin de rencontrer les besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance. Nous épinglerons des problèmes de concertation et de collaboration qui ne permettent pas, ou pas suffisamment, de tirer profit de la complémentarité des actions locales déployées à l'initiative des autorités bruxelloises. Enfin, la gouvernance est reliée à la communication politique et médiatique, dans la mesure où celle-ci façonne le contexte dans lequel la stratégie vaccinale se déploie.

1. La stratégie de vaccination

La stratégie de vaccination se caractérise, premièrement, par la diversité des dispositifs qu'elle mobilise. Cette diversité permet de rencontrer les besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance décrits dans le chapitre 2. Cependant, la multiplication des dispositifs semble parfois incontrôlée, ce qui pose des problèmes de concertation et de coordination ; un répondant précise : « *il n'y a aucun réseau et synergie entre les différentes actions* » (médecin généraliste). De plus, en dépit de leur nombre, ces dispositifs ne « *vaccinent [qu']un nombre restreint de personnes, pas assez pour offrir une couverture vaccinale à la Région* » (médecin généraliste) « *alors que cela coûte énormément d'argent et de temps de travail* » (responsable).

Deuxièmement, la stratégie de vaccination présente, aux yeux de nombreux professionnels, une contradiction entre la liberté laissée aux citoyens de se faire vacciner, et des discours et mesures empreints d'une « *obligation hypocrite* » : « *une grande partie du travail à faire consiste à convaincre les personnes qui ne veulent pas se faire vacciner à le faire via plein d'initiatives pour ensuite dire qu'on laisse le choix aux gens, alors que dans les faits ce n'est pas le cas* » (responsable). Les professionnels en ont « *marre de faire semblant* » (idem), de « *tourne[r] autour du pot* » (RAQ) et voudraient une décision claire et transparente : « *Soit passer à l'obligation vaccinale, soit accepter que certaines personnes ne se fassent pas vacciner* » (idem). L'obligation ne fait toutefois pas l'unanimité, car elle « *risque de créer des résistances* » (responsable).

Troisièmement, les dispositifs de vaccination sont tiraillés entre deux temporalités difficilement conciliables. D'une part, l'urgence d'une politique de crise implique d'augmenter la couverture vaccinale le plus rapidement possible. Et d'autre part, de nombreuses hésitations relatives à la vaccination trouvent leur source dans des problématiques sociétales qui s'inscrivent dans le temps

long. Face à ces hésitations, les professionnels soulignent l'importance de (re)créer des liens de confiance, de développer la littératie en santé, de favoriser la réduction des inégalités sociales, l'accès à un logement de qualité pour tous, etc. Une telle démarche s'inscrit dans une échelle temporelle longue, qui entre en conflit avec des dispositifs qui mobilisent des acteurs pour une durée limitée dans un climat d'urgence.

Quatrièmement, la stratégie vaccinale est affaiblie par son manque de lisibilité. Celle-ci est attribuée à la « *succession chaotique des mesures* », aux différences selon les régions et au « *manque de cohérence* » (responsable). La plupart des professionnels rencontrés se disent « *fatigués* » de « *devoir sans cesse recouper les infos* » (idem). Ils décrivent une situation confuse dans laquelle ils ne parviennent pas à remplir leur mission sereinement :

« on ne sait plus où on en est. Et ce alors que je suis SPOC et que je suis donc normalement la personne la mieux placée pour être au courant. Mais même moi je ne m'y retrouve pas. Alors pour le public c'est pire encore » (SPOC)

« Certains patients sont même parfois plus au courant que nous concernant la vaccination, les mesures, etc. » (médecin généraliste)

« Quand on m'appelle concernant la 3e dose, j'élude la question car je n'ai aucune information la concernant » (médecin généraliste).

2. Coordination, collaboration et concertation

La diversification de la stratégie de vaccination a permis d'impliquer des structures existantes ainsi que des professionnels du social et de la santé. Leur implication renforce la stratégie vaccinale en complétant une approche quantitative de la vaccination par une approche qualitative, qui se fonde notamment sur la relation de confiance qu'entretiennent ces acteurs avec les bruxelloises et les bruxellois (cf. chapitres 2 et 5).

Cependant, leur implication soulève aussi des problèmes de moyens, de coordination, de collaboration et de concertation. Au niveau des moyens, « *il s'agit d'une initiative très lourde* » (responsable) par rapport à laquelle certains acteurs ressentent un manque « *de soutien (de la COCOM) dans les démarches* » (responsable antenne). En effet, la plupart de ces acteurs ne disposent pas des infrastructures, des équipements, de l'expérience ou « *des compétences en logistique et autres pour mener à bien la tâche* » (médecin généraliste maison médicale) : « *on a eu des problèmes de logistique pour le matériel, pour mettre en place l'antenne car le CPAS n'est pas une institution médicale. A ce niveau, la COCOM n'aiguille pas sur les besoins – comme avoir un frigo particulier, une chaise allongée en cas de malaise- et accompagne insuffisamment la mise en place de l'antenne* » (responsable CPAS).

De plus, la mission de vaccination accroît la pression sur les ressources humaines, temporelles et financières dont disposent les structures du social et de la santé, déjà affaiblies par la pandémie. En effet, pour les dispositifs qui adoptent une approche plus qualitative que quantitative : « *la vaccination prend beaucoup de temps parce que ce n'est pas juste vacciner comme dans les centres, les gens viennent pour discuter aussi, certaines personnes viennent au rendez-vous de vaccination mais hésitent encore et posent des questions, ils veulent être rassurés* » (médecin généraliste maison médicale). Elle représente donc « *une charge de travail beaucoup plus importante* » « *pour [laquelle] on n'est pas payé alors qu'on n'a pas moins de travail hors Covid pour autant* » (idem). Dès lors, c'est une « *perspective financièrement et durablement difficile* » où « *on n'ose plus investir ou engager du personnel, même temporairement* » (idem). La charge de travail supplémentaire se reporte ainsi sur le personnel en place, « *ce qui mène à du surmenage. Le personnel est à bout, et il y a de nombreuses absences maladie* » (idem). Dans cette situation, le risque est que les structures du social et de la santé ne puissent plus « *continuer le travail normal* » (Association – coordination) et/ou refusent de poursuivre la mission de vaccination.

Au niveau de la coordination exercée par la COCOM, plusieurs répondants déplorent un manque d'information concernant les actions mises en place au niveau local. Par exemple, les médecins généralistes « *ne sont pas prévenus quand quelque chose est mis en place dans leur commune, ce qui empêche de pouvoir mieux orienter les patients* » (Focus group médecin généraliste). Même chose pour certains professionnels engagés temporairement sur des missions Covid, qui « *ne sont pas au courant [de l'existence] des autres [acteurs alors qu'ils] font la même chose sans le savoir* » (Association – coordination).

De plus, certains répondants déplorent le manque d'espaces de concertation entre les professionnels et entre professionnels et pouvoirs publics (Malengreaux et al. 2021). Ces espaces de concertation seraient pourtant essentiels pour « *adapter localement la stratégie. Ce qui ne peut pas être fait en amont car il est nécessaire d'aller sur le terrain pour constater ce qui fonctionne ou non* » (steward). D'autres acteurs confirment : il faut y aller « *à tâtons : on y va puis on voit après les besoins du terrain et comment y répondre, avec du recul. Adaptation en continu et réaction* » (RAQ). Or, pour certains, « *il n'y avait pas de moyen de faire remonter des infos vers les autorités* » (Focus group médecin généraliste). « *Il faudrait plus de feedback, un système dynamique qui permettrait de s'adapter, d'avoir de la réactivité* » (médecin généraliste maison médicale). La diversité des attitudes des professionnels mise en évidence dans le chapitre 4 plaide en outre pour la mise en place d'espaces de concertation qui tienne compte des modalités différenciées d'engagement de ces acteurs dans les dispositifs de sensibilisation à la vaccination.

Le manque de concertation et de feedback au moment de l'implémentation reflète, selon nos répondants, un manque de dialogue plus général, qui remonte au moment de l'élaboration de la stratégie vaccinale : « *on n'est pas incorporés aux décisions, on ne nous demande pas notre avis. On est toujours mis au courant très tard et on ne reçoit jamais d'aide. Toutes les décisions nous sont extérieures et imposées comme ça* » (médecin généraliste maison médicale). Les professionnels de la santé regrettent en particulier de ne pas avoir « *été partie intégrante de la vaccination dès le début* » (pharmacien).

Notons enfin plusieurs soucis d'ordre administratif et informatique relevés par les professionnels, tels que la lenteur pour inscrire la vaccination dans le système informatique, la possibilité tardive pour inscrire les personnes ne disposant pas d'un numéro de registre national ou les problèmes initiaux pour inscrire les 3^e doses. Ils soulignent également la part du public en fracture numérique ou langagière, et qui éprouvait des difficultés à obtenir le Covid Safe Ticket : les équipes mobiles ne pouvaient pas les aider puisqu'elles n'étaient équipées que de tablettes alors qu'un ordinateur était nécessaire.

3. La communication

La communication et l'information constituent des thèmes récurrents dans les propos de nos répondants, dont beaucoup estime que « *l'état et les firmes pharmaceutiques ont manqué une occasion d'ouvrir le débat sur la vaccin* » (steward).

Premièrement, certains répondants dénoncent une « *communication [qui] se résume à des slogans impératifs et paternalistes : on n'informe pas les gens mais on les presse de faire "ce qui est mieux pour eux"* » (médecin généraliste). Comme nous l'avons souligné dans le Chapitre 2, cette communication se traduit dans des injonctions – « faites-vous vacciner » – assorties de propos culpabilisants à l'encontre des personnes non vaccinées, qui sont fréquemment tenues responsables de la situation sanitaire et des mesures en vigueur : le premier ministre a ainsi affirmé, à la suite du Président américain, que cette « *épidémie devenait une épidémie de non vaccinés. [...] Ce sont ceux qui ne se sont pas fait vacciner qui sont responsables.* ».

Plutôt que de soulager les craintes et les hésitations relatives au vaccin, cette communication contribuerait à renforcer les oppositions en enfermant la population dans une division entre les « bons citoyens », vaccinés dès que possible, et les « mauvais » étiquetés « antivax » et dont le choix est décrit comme « une bêtise ».



Figure 3 Citation du ministre fédéral de la santé, reprise sur son compte Instagram officiel.

De plus, le ton autoritaire employé à l'égard des non vaccinés, qu'il faudrait « *convaincre [...] d'une façon moins amicale* » (propos de Marc Van Ranst, cité dans La Libre Belgique⁶), peut créer une opposition de la part de personnes initialement hésitantes. En les entraînant dans un rapport de force tout en les dénonçant publiquement, elles se doivent de « *résister* » pour ne pas « *perdre la face* » (Goffman, 1974), « *sinon ils [les autorités] ont gagné* » – qui changerait d'avis après s'être fait traité de « fou » ou de « bête » ?

Deuxièmement, à l'exception d'initiatives décrites comme inclusives parce qu'elles mobilisent de multiples langues et autant de visages, nos répondants dénoncent une communication porteuse d'exclusion et de stigmatisation. D'une part, certains messages affichés dans l'espace public – par exemple « *faites-vous vacciner pour retrouver vos collègues* », ne tiennent pas compte de la réalité sociodémographique bruxelloise. D'autre part, les médias pointent du doigt certains quartiers et leurs habitants, les rendant responsables de la situation sanitaire en même temps qu'ils les réassignent à leur « *précarité* ». Par exemple, l'article ci-dessous évoque la responsabilité « *des plus jeunes* » ou encore des « *molenbeekois* » dans la situation de la capitale, elle-même décrite comme « *le petit mouton noir* » du Covid.

⁶ La Libre Belgique, « Il est temps de convaincre les non-vaccinés d'une façon moins amicale ». Publié le 26 octobre 2021. En ligne : <https://www.lalibre.be/belgique/societe/2021/10/26/il-est-temps-de-convaincre-les-non-vaccines-dune-facon-moins-amicale-NC5SYD6XVNAO5M7ZBDU4F6PVBI/>

Bruxelles: la précarité, obstacle majeur à la vaccination

Les chiffres sont sans appel : le taux de vaccination et le niveau socio-économique sont étroitement liés. Les experts martèlent : Bruxelles aurait dû prendre cela en compte pour élaborer sa stratégie.

■ Article réservé aux abonnés



Figure 4 Titre, chapeau et illustration d'un article du Soir publié le 23 août 2021.

Troisièmement, le choix des représentations peut constituer un obstacle à la vaccination. Par exemple, la peur des piqûres touche jusqu'à un quart des adultes⁷. Pour 16% des personnes majeures, cette peur conduit à refuser ou repousser la vaccination (McLennon & Rogers 2019). Pourtant, la communication sur la vaccination s'accompagne bien souvent d'images montrant les seringues.

⁷ Robert H. Shmerling. « Terrified of needles? That can affect your health ». *Harvard Health Blog*. Publié le 27 avril 2021. En ligne : <https://www.health.harvard.edu/blog/terrified-of-needles-that-can-affect-your-health-2021042722470>

Coronavirus: plus de 10 millions de Britanniques ont déjà reçu une troisième dose de vaccin



Figure 5 Titre et illustration d'un article du site internet de la RTBF publié le 7 novembre 2021.



Figure 6 Photo de l'homme politique Georges-Louis Bouchez se faisant vacciner, publiée sur sa page Facebook le 8 juillet 2021.

Quatrièmement, le choix des intermédiaires semble important : « on invite des virologues sur les plateaux téléés qui parlent de façon beaucoup trop complexe pour le grand public, avec beaucoup de jargon. Ils se comprennent entre eux, mais ne se posent pas la question du public [...] ça manque de simplicité. Et les plateaux durent parfois 2h, alors qu'on sait que l'attention moyenne d'une personne est de maximum 45-50 min. Il y a beaucoup trop d'infos » (pharmacien). Du côté des autorités publiques, nos répondants s'étonnent que « la COCOM communique surtout sur Internet, ce qui pose question en raison de la fracture numérique importante » (responsable) – qui touche entre 170.000 et 475.000 Bruxellois⁸ – mais aussi vis-à-vis des « personnes avec difficultés de lecture et de compréhension du français » (médecin généraliste). Face à ces difficultés linguistiques, numériques et au « manque de confiance dans les experts », nos répondants préconisent le recours aux « figures

⁸ Belga. 2021. « Bruxelles en campagne pour les oubliés du digital ». RTBF, publié le 21 avril. En ligne : https://www.rtb.be/info/regions/bruxelles/detail_bruelles-en-campagne-pour-les-oublies-du-digital?id=10745581

proches » (pharmacien), médecin généraliste, autorité religieuse et d'autres acteurs-clés qui exercent une influence particulière au sein de cercles familiaux et d'interconnaissance (Malengreaux *et al.* 2021). Comme l'explique un RAQ : « *j'essaye de cibler certaines personnes plus influentes pour m'aider à convaincre, par exemple si un enfant est étudiant en médecine et est donc considéré comme la source "scientifique" de la famille* » (RAQ).

Au total, nos répondants décrivent donc une communication paternaliste, quelques fois autoritaire et stigmatisante. De plus, cette communication mobiliserait des images, des portes paroles et des canaux de transmissions qui jouent contre elle. Enfin, cette communication se déploie dans un contexte où se côtoient, paradoxalement, un manque d'information voire une ignorance relative à la vaccination, et une surexposition à des données en évolution constante.

Le manque d'information de la population est un constat partagé par la majorité des professionnels interrogés. Elle recouvre « *le manque de connaissances de base en santé, la littératie en santé* » (médecin généraliste), ainsi que le manque de connaissances relatives au vaccin, qui est l'origine de nombreuses réticences (voir chapitre 2). Ce problème est accentué par l'évolution rapide des connaissances sur le virus et le vaccin en raison de leur nouveauté, et par le traitement médiatique qui en est fait. D'une part, le public est surexposé aux informations divergentes qui peuvent inciter le « *tout-venant [à] refuser le vaccin car il y a une lassitude par rapport aux informations contradictoires* » (médecin généraliste). D'autre part, les médias ne restituent pas les informations avec les principes de précaution en vigueur dans le monde scientifique d'où elles émergent, voire « *distor[dent] les propos d'un médecin ou d'un chercheur* », ou « *donn[ent] des fausses infos* » (pharmacien). En cause, selon certains répondants, une « *quête de sensationnalisme qui jouent directement sur les peurs* » (steward), au risque de créer des polémiques – comme celles concernant l'Astrazeneca ou l'infertilité par exemple – et d'installer une méfiance difficilement réparable au sein de la population : « *les gens lisent surtout le titre, et les études qui prouvent par la suite l'inverse n'ont aucune visibilité* » (pharmacien).

L'utilisation des informations par les pouvoirs publics contribuerait également à la méfiance de la population. En particulier lorsqu'elles servent à justifier les mesures prises ou à pousser l'adoption de certains comportements, comme se faire vacciner ou porter un masque. Ainsi, durant la première phase de la campagne vaccinale, la vaccination fut encouragée par la promesse d'un « retour à la normale » lorsque 70% de la population serait vaccinée. De telles promesses se fondent sur des paris incertains, par exemple sur la durée de la protection garantie par le vaccin. Et lorsqu'elles ne peuvent être tenues, elles affaiblissent la légitimité des pouvoirs publics.

Dans ce contexte, les professionnels en appellent à une communication plus transparente. Par exemple, au lieu « *de dire qu'avec la vaccination on est "safe", on doit expliquer que la vaccination*

n'empêche pas de l'attraper – pour le Covid comme pour la grippe ou le reste – mais diminue les chances de l'attraper, de le transmettre, et de développer des symptômes graves » (pharmacien).

De plus, nous répondants l'assèment : « *il n'y a pas assez d'information par rapport au vaccin, l'immunité qu'on forme » (public), « on ne donne pas d'info sur le fonctionnement ni sur l'utilité des vaccins, il n'y a même pas cette sensibilisation » (RAQ). Un RAQ précise : « Une fille à l'école dit avoir été forcée à la vaccination, mais elle ne sait pas comment fonctionne un vaccin ni à quoi ça sert. [...] ils ont juste reçu une lettre disant qu'on peut se vacciner à l'école, les jeunes restent avec leurs interrogations » (RAQ).*

Chapitre 4 : Les acteurs professionnels, des alliés de l'action publique en matière de vaccination ?

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, les médecins généralistes, les pharmaciens, les agents communaux, les Relais d'Action Quartier sont à l'interface la stratégie vaccinale déployée par les autorités bruxelloises et la population à laquelle elle s'adresse. Les dispositifs de vaccination et de sensibilisation à la vaccination à Bruxelles, présentés dans le premier chapitre, sont en effet portés par plusieurs acteurs professionnels des secteurs de la santé et de l'accompagnement social. Le présent chapitre vise à faire le point sur ces acteurs essentiels et la diversité de leurs modes d'implication. En effet, loin d'être de simples exécutants des directives qui leur sont données, les professionnels sont amenés à s'approprier les dispositifs régionaux, dont ils constituent un rouage essentiel car ils occupent des métiers et des fonctions en contact direct avec la population. Ils disposent d'une certaine autonomie dans la mise en œuvre des missions qui leur sont confiées. Dès lors, nous proposons de voir ces acteurs professionnels comme des « traducteurs » (Latour 2006) qui interprètent et adaptent la stratégie vaccinale en fonction de contexte, mais aussi des professions et des métiers qu'ils exercent et de leur conception du rôle qu'ils peuvent ou doivent jouer par rapport à la vaccination.

1. Responsabilités et pratiques de la sensibilisation à la vaccination : des métiers de la santé à l'accompagnement social

Les responsabilités et pratiques liées à la sensibilisation à la vaccination font partie des missions de prévention et de promotion de la santé historiquement dévolues aux professionnels de la santé. Elles font écho aux codes déontologiques des métiers concernés que régulent les ordres professionnels, mais aussi aux tâches que les pouvoirs publics attribuent officiellement aux médecins, infirmiers et pharmaciens. Cependant, les approches dites de « santé communautaire » et la prise de conscience de plus en plus répandue de l'importance des déterminants sociaux de la santé dans la persistance des inégalités sociales de santé, à la suite notamment des travaux de l'Organisation mondiale de la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé 2008), ont conduit à une implication de plus en plus grande d'acteurs professionnels issus du secteur de l'accompagnement social dans les actions locales de promotion et de prévention. La crise sanitaire que provoque le virus de la Covid a en outre incité les pouvoirs publics à mobiliser activement une plus grande diversité d'acteurs professionnels pour rencontrer l'enjeu de santé publique que représente la vaccination.

1.1 Les médecins généralistes

Parmi ces acteurs, on retrouve donc des professionnels historiquement impliqués dans les stratégies vaccinales, comme les médecins généralistes. Ceux-ci sont, avec les infirmières et les sages-femmes, les seuls professionnels habilités en Belgique francophone à administrer des vaccins. Même si, en matière de *sensibilisation* à la vaccination, la liste des métiers concernés est beaucoup plus étendue au sein du pôle « santé » du monde du travail sur l'humain, la médecine joue un rôle structurant. Les fonctions des autres métiers se définissent le plus souvent en référence ou par délégation des tâches du médecin (voir notamment Gadéa 2013). Dès l'entame de la campagne officielle de vaccination en Belgique, en janvier 2021, l'Ordre des médecins a ainsi fait paraître un avis qui positionne le médecin généraliste comme un allié incontournable des autorités dans la campagne de vaccination, au nom de la confiance dont il bénéficie auprès de ses patients :

Les opposants à la vaccination font valoir un manque de confiance dans le vaccin. [...] Sur la base de la confiance élevée que les patients placent en leur médecin traitant, leur décision de participer au programme de vaccination dépendra fortement de la façon dont le médecin donnera des informations et un avis. En raison de l'important avantage sanitaire lié à ce programme de vaccination, il est évident qu'une forte recommandation du médecin est la seule façon de contribuer à la prévention, protection et promotion adéquates de la santé, comme prescrit à l'article 5 du Code de déontologie médicale. (Conseil national de l'Ordre des médecins, 23 janvier 2021)

L'Ordre ne se contente pas de se réjouir de la forte proportion de médecins favorables à la vaccination, ni de leur rappeler leurs devoirs déontologiques en matière de prévention et de promotion de la santé, il se promet de contrôler l'application ceux-ci (« *L'Ordre des médecins veillera à ce que les médecins respectent leur devoir déontologique en endossant un rôle de pionnier par la recommandation et la promotion de la vaccination* ») et de sanctionner sévèrement en cas de « *diffusion d'informations qui ne cadrent pas avec l'état actuel de la science* » (Conseil national de l'Ordre des médecins, *op. cit.*).

1.2 Les pharmaciens

La crise a aussi conduit les autorités à faire appel à d'autres acteurs professionnels de santé pour promouvoir les stratégies vaccinales : les pharmaciens se sont vu octroyer une place plus étendue, notamment au nom de l'accessibilité de leurs officines. Comme indiqué dans le chapitre 1, 40% des Bruxellois n'ont pas de médecin traitant et le passage en officine de certains d'entre eux (les pharmacies sont une « vitrine » ouverte au tout-venant) est perçu comme une opportunité par les pouvoirs publics. Les associations professionnelles ont ici également joué un rôle auprès des autorités et de leurs adhérents pour jouer un rôle actif dans la stratégie vaccinale :

« Le message de l'Union des Pharmaciens de Belgique est que la force du pharmacien, c'est que le patient vient sans rendez-vous, et sans payer. Il voit tout le monde, il a un lien plus direct avec les gens. » (Focus group pharmaciens)

La crise a ainsi contribué à la valorisation croissante du rôle du pharmacien en santé publique. Notons à cet égard l'initiative de Franck Vandebroecke, qui a travaillé sur une proposition de loi devant permettre aux pharmaciens d'administrer le vaccin contre la Covid-19. Cette proposition est actuellement restée lettre morte devant la réticence de certains syndicats de médecins, qui confirme à la fois la centralité de cet acteur dans le champ de la santé et le caractère sensible de la répartition des responsabilités en matière de vaccination en Belgique :

Permettre aux pharmaciens de vacciner contre le covid est inacceptable : à chacun son métier ! [...] Le besoin d'avoir acquis ces compétences rend la vaccination et l'ensemble du processus dans les faits non délégable à un tiers non qualifié et renvoie immédiatement vers la responsabilité légale de chaque médecin et infirmier(e). Il s'agit du respect strict des valeurs déontologiques et éthiques du praticien. (Absym & Union4You, Communiqué de presse du 10 novembre 2021)

Si l'administration du vaccin par les pharmaciens fait donc débat, la sensibilisation à la vaccination est quant à elle à plusieurs reprises mentionnée dans le Code déontologique nouvellement commenté de l'Ordre des pharmaciens (édition 2020), montrant la responsabilité que cet organe de régulation professionnelle entend jouer dans cette matière :

Article 16 – *Il collabore autant que possible à toute activité qui sert la santé publique et plus spécifiquement l'art pharmaceutique.*

Commentaire : *Le pharmacien participe aux campagnes d'information ou de sensibilisation organisées par les autorités en vue de protéger la santé publique (par ex., sensibilisation à l'importance de la vaccination ou du dépistage de certaines maladies, collecte des médicaments périmés...). Il répond également aux demandes des autorités et collabore avec celles-ci dans le cadre de toute initiative qui sert la santé publique (par ex., détection des médicaments falsifiés, distribution de masques buccaux et information des patients sur l'utilisation sûre et efficace de ceux-ci, application de la politique de priorités dans la distribution de vaccins dans un contexte de pénurie...)*

Article 94 – *Dans le cadre de son rôle de dispensateur de soins, chargé de promouvoir la santé et de prévenir la maladie, le pharmacien peut diffuser dans et en dehors de la pharmacie toute information objective utile qui soutient la qualité des soins dans l'intérêt du patient.*

Commentaire : Les informations envisagées en l'occurrence se raient par exemple la participation à une campagne de santé publique pour la vaccination obligatoire, l'information au sujet d'une semaine de prévention des risques cardio-vasculaires...

(Ordre des Pharmaciens - Code de déontologie pharmaceutique commenté –Edition 2020)

1.3 Les agents communaux

Par ailleurs, les taux de vaccination relativement faibles en Région bruxelloise ont conduit, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, les autorités régionales à mobiliser des acteurs professionnels en-dehors du champ de la santé. C'est ainsi que plusieurs travailleurs du champ de l'accompagnement social ont été mandés comme relais locaux de la sensibilisation et soutien à la vaccination.

Dans une optique de décentralisation des actions de lutte contre la Covid-19, les communes ont ainsi été sollicitées pour réaliser des actions de sensibilisation à la vaccination et/ou accueillir des antennes locales et des Vacci-Bus⁹. Si une telle mobilisation des agents communaux en matière de promotion et de prévention sanitaire est inédite, elle s'inscrit cependant dans une prise de responsabilité de plus en plus grande des Centres publics d'action sociale et des Communes au nom d'une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé et d'initiatives locales en la matière (Contrats Locaux Social Sante (CLSS) ; Coordination sociale au sein des CPAS ; etc.).

1.4 Les Relais d'Action Quartier

Toujours dans le domaine de l'action sociale, une fonction *ad hoc* a par ailleurs été créée dans le contexte de la crise sanitaire, les Relais d'Action Quartier. Nous avons montré dans le chapitre 1 qu'elle était majoritairement investie par des assistants sociaux mais également par des infirmiers, éducateurs et une psychologue. Financée par la COCOM, cette fonction est toutefois hébergée et portée par le secteur associatif (Fédération des services sociaux). Tuffreau (2013) souligne à cet égard que *« historiquement, le mouvement associatif a joué un rôle très important dans la mise en œuvre des actions de prévention. [...] Depuis une trentaine d'années, le réseau associatif a connu un nouvel essor, suite aux différentes crises sanitaires, et dans une perspective plus vaste de reconnaissance du droit des usagers »*. Ces acteurs ne sont donc en majorité pas des professionnels de santé et, à ce titre, ont dû construire en situation (et en partie grâce à des formations courtes) les contours de leur rôle à l'égard du public ainsi que des outils de travail adaptés. Ils disposent d'une assez forte autonomie et adaptent donc leurs actions aux publics et au maillage d'acteurs socio-sanitaires locaux.

⁹ Rappelons toutefois que toutes les communes n'ont pas mobilisé leurs agents pour mener des actions aussi intensives (cf. chapitre 1).

2. Des rôles professionnels en construction et en débat

La stratégie vaccinale menée en Région bruxelloise mobilise donc différentes catégories de professionnels dont certaines sont directement rattachées au secteur de la santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, etc.) et d'autres, appartenant au secteur de l'accompagnement social, se sont vues confier des missions en matière de prévention et de promotion de la santé. Cette combinaison d'acteurs s'inscrit dans un mouvement de fond, elle est favorisée par la prise en compte de plus en plus forte des déterminants sociaux de la santé et par la préférence pour une approche territorialisée au niveau local. La priorité mise sur la vaccination en période de crise a accéléré cet appel des autorités aux acteurs de terrain des professions de santé, des administrations communales et du secteur associatif. Cependant, comme nous l'avons souligné, ceux-ci ne sont pas de simples exécutants mais développent leur propre vision de leur rôle en matière de sensibilisation à la vaccination et leurs propres pratiques. Cette partie vise à mettre en évidence, en les stylisant, les rôles auxquels s'identifient les acteurs que nous avons rencontrés lors de nos entretiens collectifs et individuels. Des acteurs de terrain qui s'identifient à un rôle essentiellement passif (répondre aux demandes des citoyens s'ils en formulent) à ceux qui considèrent que leur métier ou leur fonction implique de se montrer proactif voire d'exercer un rôle de contrôle vis-à-vis des publics concernés, il existe une vaste gamme d'attitudes. Il est important de noter cependant qu'un même professionnel peut combiner plusieurs de ces attitudes et surtout naviguer de l'une à l'autre en fonction des situations et des publics auxquels il est confronté.



2.1 Professionnel « répondant à la demande » et « maillon »

Certains professionnels ne souhaitent pas interpellier leurs patients en matière de vaccination. Ils déclarent se contenter de répondre aux questions de leurs patients ou interlocuteurs. « *Moi je ne sensibilise pas, je me contente de **répondre** à ceux qui posent des questions* » ; « *Je ne tiens **pas un discours actif** sur la vaccination* » (Focus group médecins généralistes).

L'une des justifications de cette attitude réside dans leur volonté de ne pas stigmatiser les publics avec lesquels ils travaillent. Ils s'opposent aux discours médiatiques qui selon eux contribuent par trop à pointer du doigt certaines catégories de population. « *Moi, je ne veux pas les culpabiliser, ça stigmatise une population défavorisée. Ceux qui partent en voyage, ils font le vaccin pour pouvoir partir mais ce sont ceux qui ont les moyens.* » ; « *Ils sont déjà suffisamment stigmatisés par la TV.* » (Focus group médecins généralistes)

Ils n'estiment pas devoir endosser une responsabilité spécifique ou prépondérante en fonction de leur métier et se défendent d'attitudes qu'ils jugent paternalistes, préférant mettre en avant la responsabilité du patient ou de l'interlocuteur : « *C'est votre santé, c'est votre responsabilité, ce n'est pas à moi d'en parler* » ; « **On doit savoir rester modeste : je sais que je ne sais rien, il n'y a pas de certitude.** » (Focus group médecins généralistes)

Parfois, cette attitude est justifiée dans le chef des professionnels par le fait que les moyens d'administration du vaccin ne sont pas à leur portée : « *Ils s'attendent à ce qu'on puisse vacciner, mais c'est très compliqué, donc je préfère ne pas ouvrir le sujet.* » (Focus group médecins généralistes)

Les attentes à leur égard leur semblent irréalistes et ils préfèrent se soustraire à celles-ci ou inscrire leur action dans une chaîne de responsabilité davantage distribuée : « *On nous demande parfois d'avoir une boule de cristal.* » ; « *Avant, on avait une vision paternaliste du médecin, mais je me rends compte de plus en plus qu'on est une maille dans une chaîne que les patients consultent.* » (Focus group médecins généralistes)

2.2 Professionnel « informateur »

Le rôle d'information est endossé par de nombreux acteurs professionnels de terrain. Celui-ci comporte deux volets : le premier est lié à la maîtrise des savoirs experts, le second à la possibilité de lier les informations délivrées à la connaissance des parcours et contextes spécifiques de vie des personnes visées par la sensibilisation à la vaccination.

Dans toutes les catégories de professionnels que nous avons interrogés dans le cadre de cette enquête, la volonté de déployer des savoirs experts, validés scientifiquement, face aux *fake news* déployées dans certains cercles et particulièrement sur internet a été soulignée. Ils entendent ainsi jouer un rôle de référent fiable en matière d'information sur les vaccins. Cependant la maîtrise de ces savoirs experts est entravée par plusieurs obstacles. Le premier d'entre eux se rencontre plus particulièrement parmi les acteurs de l'accompagnement social qui ne peuvent s'appuyer sur une formation initiale en santé.

« Les acteurs de la cohésion sociale (au sens large) étaient surtout **mal à l'aise quant à leur légitimité à parler de ce sujet très technique** et pour lesquels ils ne se sentaient pas outillés (or ils devaient répondre à des questions très précises de la part des publics) » (Association)

« La mission des agents était de « proposer des aides aux personnes souhaitant se vacciner mais pour qui c'est difficile. **Les agents pouvaient également répondre à des questions mais pas donner des réponses purement médicales.** Ils pouvaient répondre à certaines fausses informations, comme le fait d'être magnétique après le vaccin ou qu'on injecte une puce. Il s'agissait surtout de donner des infos sur les aides logistiques disponibles, et de proposer ces aides. » (Responsable)

Ceux-ci déploient alors des stratégies complémentaires, comme les RAQ, qui se nourrissent des séminaires et formations spécifiques auxquels ils participent et qui s'entraident dans la préparation d'outils et d'argumentaires *ad hoc*, en s'appuyant parfois sur les compétences mieux maîtrisées par l'un ou l'autre membre de l'équipe. Toutefois ce sentiment de ne pas entièrement maîtriser les savoirs experts relatifs à la vaccination se rencontre également parmi les professionnels de santé, notamment parce que des zones d'incertitude demeurent et parce qu'en situation de crise l'information évolue très rapidement. « *Ceux qui sont inquiets sur le long terme (effets secondaires). On ne sait pas trop quoi leur dire, sauf que pour certains médicaments il n'y a pas toujours d'études sur le long terme.* »

Tous soulignent la difficulté à trouver l'information sur les sites officiels, jugée trop éparpillée dans un contexte de rationalisation du temps. Les médecins et les pharmaciens saluent par comparaison les démarches menées par leurs associations professionnelles pour leur transmettre une information actualisée et « digérée » pour correspondre à leur pratique. Certains d'entre eux mènent des démarches de veille active vis-à-vis des publications scientifiques.

Parmi les obstacles à ce rôle d'informateur de référence, notons encore les réactions parfois négatives des personnes et le manque de temps disponible, particulièrement souligné par les professions libérales : « *Le public demande à être formé, informé, mais c'est difficile parce que les gens s'engueulent.* » ; « *Mais on n'a pas le temps de leur parler une demi-heure, c'est inquiétant : on n'a pas le temps de faire de la contre-information, alors qu'ils sont abreuvés de fake news sur internet.* » (Focus group médecins généralistes)

L'autre volet de ce rôle d'information que jouent les professionnels de terrain est lié à leur degré de connaissance des spécificités des personnes auxquelles ils s'adressent. En complément des messages standardisés déployés pour le grand public, ils revendiquent, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, leur capacité à personnaliser leurs informations et à les ancrer dans les priorités de leurs destinataires. Les médecins et pharmaciens vont mettre en avant leur connaissance des pathologies

de leurs patients et celles de leurs conditions de vie familiales. Les RAQ et les agents communaux mettront plus volontiers en évidence leur connaissance du quartier et de ses dynamiques même si leur intense implication auprès des publics et la réalisation d'actions en santé communautaire leur permet également parfois de faire référence à leurs difficultés et à leurs conditions de vie de façon ciblée. « *Comme je les connais, je comprends leurs peurs : donc je peux donner une **information ciblée** sur la personne, pas une information générale. Donc on arrive à faire changer les choses* » (Focus group RAQ) ; « *Il faut les aider aussi à **se situer par rapport à leur famille**, quand il y a des avis divergents.* » (Focus group pharmaciens)

En l'absence de caractéristiques connues, de renseignements donnés par la personne elle-même ou directement observables, les clientèles de passage se prêtent davantage à une information plus générique.

2.3 Professionnel « exemple »

Pour promouvoir la vaccination contre le Covid-19, certains se servent de leur propre image, de leur propre expérience, voire de leur prestige. Ce type de rôle chez les professionnels est associé à un sentiment de responsabilité, en lien avec l'image de la fonction (« service public ») ou de la profession (prestige des pharmaciens et médecins). Ces professionnels estiment comme un juste retour de la confiance que les publics leur témoignent de présenter une image exemplaire vis-à-vis des enjeux de santé publique. Ils mettent en avant leurs propres actions, utilisent des badges ou autres instruments visibilisant leur engagement personnel : « *Moi, je mets un badge, on a un rôle d'exemple, on a une influence.* » ; « *Dire "je suis vacciné", c'est beaucoup plus parlant.* » (Focus group médecins généralistes)

2.4 Professionnel « acteurs de prévention »

Certains professionnels se revendiquent explicitement d'un rôle actif de prévention.

En ce qui concerne les RAQ, la prévention et l'action communautaire en santé sont même au principe de la fonction. Cependant, ils éprouvent parfois une tension entre des actions ciblées vers l'enjeu urgent que représente pour la Région la vaccination et les priorités immédiates de publics concernés par des problèmes sociaux (difficultés à se loger, à accéder à l'alimentation, etc.) et des problèmes de santé plus larges. Ils préconisent à cet égard d'aborder les publics en déployant une vision plus intégrée, la vaccination s'intégrant pour eux dans une exploration plus large des défis sociaux et sanitaires, avec l'idée de contribuer au choix éclairé de chacun, mais sans faire de prosélytisme, en donnant accès à tous à de l'information vérifiée.

Certains médecins et pharmaciens, à la différence de ceux qui estiment que leur rôle est simplement de se rendre disponibles aux questions soulevées par leurs patients, pensent également qu'il est de leur devoir sociétal de mener une démarche active de prévention, comme ils le font pour « *la lutte contre le tabac, l'alcool* ». À l'instar de leurs organisations professionnelles, ils ancrent cette conception de leur rôle à la fois dans la confiance dont ils bénéficient et dans les visées d'intérêt général qu'ils poursuivent dans le cadre de leur métier. « *Il faut rappeler que c'est un rôle sociétal du médecin.* » ; « *Le médecin généraliste doit être proactif, vis-à-vis des patients à risque, mais aussi vis-à-vis des autres : on n'est plus dans un problème individuel.* » ; « *On a un rôle de contre-pouvoir, d'influenceur, on doit guider, accompagner.* » (Focus group médecins généralistes)

Ces démarches actives mettent cependant parfois le professionnel dans une situation périlleuse, qui doit évaluer jusqu'où le lien avec le patient lui permet d'aller pour discuter parfois avec des indécis, mais parfois aussi pour affronter des personnes en opposition franche au vaccin. Le plus souvent le professionnel adopte une stratégie prudente qui consiste à ne pas aborder de front la problématique, car la préservation du lien de confiance reste dans nombre de cas une priorité :

*« J'ai une expérience positive des pops-ups, mais **seulement avec mes patients à moi avec lesquels j'avais une relation de confiance**, pas avec les patients quand j'étais de garde. Je crois que c'est plus facile quand il y a cette relation de confiance. Plus facile de **trouver un déclencheur** pour les convaincre de se faire vacciner. Sinon, je n'ai **aucune idée de la manière dont il faut aborder la sensibilisation**. [...] Vous pouvez informer, sensibiliser, mais à un moment donné, **vous devez respecter le choix de chacun. C'est un équilibre à trouver. Dès que vous allez trop loin, vous créez une résistance**. Il faut juste **laisser le temps aux gens de réfléchir**, leur montrer qu'on est présents s'ils ont des questions. »* (Focus group pharmaciens)

« Certains n'étaient pas très à l'aise pour l'opération car étaient opposés ou pas convaincus par le vaccin (mais ça allait car le but était de lever les obstacles logistiques, pas de chercher à convaincre). » (Responsable)

D'une façon générale, il est important de souligner que ces démarches de prévention sont le plus souvent construites en situation et que les professionnels tentent d'ouvrir la discussion sans se sentir toujours pleinement outillés dans ce rapport complexe à leur patientèle dans un contexte inédit de crise. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre 3, d'aucuns critiquent en outre le fait que, contrairement à d'autres campagnes de vaccination, l'implication des médecins s'est faite assez tard et que cela influence leur désir de vacciner eux-mêmes maintenant que la possibilité leur en est offerte : « *C'est notre rôle de les stimuler, **mais on ne nous a pas laissé la main**. Par opposition avec le*

vaccin contre la tuberculose : là on vaccine parce qu'on est impliqués. » (Focus group médecins généralistes)

2.5 Professionnel « contrôleur »

D'autres acteurs, par conviction personnelle ou parce qu'ils y sont poussés par les directives qu'on leur donne, sont amenés à développer une démarche encore plus active. Ce positionnement a fait débat dans les différents entretiens collectifs que nous avons menés, auprès des médecins comme auprès des pharmaciens, des RAQ et des agents communaux. Au nom de l'intérêt collectif que représentent les vaccins, certains médecins ont ainsi mis à la porte certains de leurs patients qui se montraient vindicatifs : « *Les gens qui font tout un foin avec le vaccin : ils prennent la porte.* » (Focus group médecins généralistes)

Toutefois la notion de « contrôle » des personnes et des populations, au cœur des arguments échangés, sert le plus souvent de repoussoir car la plupart des acteurs professionnels ne se reconnaissent pas dans un rôle de censeur. C'est notamment le cas des agents communaux pour qui les actions menées étaient parfois jugées trop intrusives comme souligné dans le chapitre 1.

« *Au niveau des agents communaux, l'enthousiasme varie selon les agents : certains estiment qu'on va un peu trop loin dans l'intrusion dans la sphère privée.* » (Responsable) ; « *Si c'est des patients qui ne viennent pas d'habitude à la pharmacie, et si on leur demande ce qu'ils pensent du vaccin, ils commencent à nous regarder "qu'est-ce que tu me veux". Si on insiste, ça les conforte dans l'idée que si on insiste, c'est bizarre.* » (Focus group pharmaciens)

Ceci s'inscrit d'ailleurs pour certains d'entre eux dans une interprétation plus large des clivages qui traversent la société bruxelloise et dont la résistance à la vaccination n'est qu'un épiphénomène :

« *À Molenbeek, les jeunes se révoltent contre la police. Ils attendent que les autorités disent que la vaccination est obligatoire. Plutôt que le CST, ils demandent "qu'on nous dise qu'on est obligés de se faire vacciner". Je leur dis : "tant que vous le pouvez, prenez votre propre décision." [...] Mais ce qui est sous-jacent, c'est une résistance au système.* » (Focus group pharmaciens)

« *Certaines personnes avaient une méfiance dans les centres de vaccination, comme des soins offerts par l'Etat (dans leur pays, c'est considéré comme soins de moindre qualité).* »

Nous avons mis en évidence dans le chapitre 3 les risques de stigmatisation qu'un tel discours produit sur les populations. Ces risques sont également perçus par acteurs professionnels chargés d'agir auprès d'elles. Les acteurs de l'accompagnement social (RAQ et agents communaux) ont à plusieurs reprises relayé leur malaise face à certaines missions (recenser la proportion de vaccinés parmi le

public sans abri d'une association, inciter les passants à entrer dans un Vacci-Bus, etc.) ou certaines attitudes des médias ou des responsables politiques qu'ils assimilaient à des formes de pression vers un rôle de contrôle plus que de prévention (voir chapitre 3).

Les professionnels actifs dans les dispositifs de vaccination vont donc moduler leurs engagements en fonction des publics et des situations mais également de la manière dont ils perçoivent leur rôle, selon leurs propres manières de se projeter dans le métier qu'ils exercent.

3. Les professionnels face à la vaccination : des équilibristes sous tension ?

Pour qualifier les tensions qui les animent et faire face aux pressions politiques et médiatiques immédiates, les professionnels concernés font référence à la déontologie de leurs métiers et tentent de construire des espaces d'échanges et de débats, entre eux et avec les populations. Car nous n'avons pas rencontré de groupe professionnel univoque dans la définition de son rôle : des différences existent entre la vision des organisations professionnelles et celles des praticiens, entre les générations – selon la place respective qu'elles accordent au profane et à l'expert par exemple – en fonction des publics rencontrés, de l'expérience et d'autres paramètres qui seront discutés dans la dernière partie de ce chapitre. La crise n'a pas à proprement créé de nouveaux métiers mais elle a servi d'accélérateur à certaines transformations, telles qu'une plus grande reconnaissance de la place en santé publique de certains acteurs de la première ligne comme les pharmaciens, le déploiement de métiers de mise en réseaux à l'échelle locale, l'articulation des secteurs de la santé et de l'accompagnement social, la mobilisation des acteurs publics locaux au nom des déterminants sociaux de la santé, etc.

« On essaye aussi de créer une interaction avec le médecin. On utilise le binôme pharmacien-médecin pour expliquer certaines choses. [...] C'est quand même le soin de première ligne, c'est l'opportunité de tester la multidisciplinarité ensemble. [...] La vaccination est un petit moteur pour travailler encore plus ensemble. » (Focus group pharmaciens)

Ces transformations dans l'écologie des métiers et ces collaborations accrues s'inscrivent dans une certaine tendance soutenue par les pouvoirs publics et voulue par certains professionnels mais elles se heurtent aux frontières traditionnelles entre métiers, à la division des compétences et des ressources qui leur sont associées. La controverse qui oppose les syndicats de médecins au Ministre Vandenberghe au sujet de la vaccination par les pharmaciens en est une illustration. Les Vacci-Bus, les antennes locales de vaccination, les actions de sensibilisation dans les lieux publics et les shopping centers, le porte-à-porte montrent que la crise a également en partie déplacé les lieux d'exercice des certains professionnels en vue de les rapprocher de leurs publics. Cependant il faudra compter également avec certaines réticences dues au sentiment d'ingérence que ressentent certains professionnels vis-à-vis d'une partie de leurs pratiques. Ici encore, les résistances à l'installation de

médecins vaccinant dans les pharmacies illustrent assez bien ce phénomène. « *On n'est pas partantes. On a besoin de rester une pharmacie. On n'aime pas l'idée d'avoir des médecins, des infirmiers, car ça reste un lieu où NOUS travaillons.* » (Focus group pharmaciens)

L'équilibre que recherchent les acteurs professionnels impliqués dans la vaccination est enfin impacté par l'augmentation considérable de leur charge de travail comme souligné dans le chapitre 3 : « *Depuis le Covid, la relation au patient a changé : On reçoit des SMS, des mails, on sonne à la porte, il faudrait 3 têtes.* » (Focus group médecins généralistes)

L'enjeu de ce chapitre était de montrer que les professionnels ne sont pas de simples exécutants mais qu'à travers leurs interprétations, leurs propres attitudes vis-à-vis du vaccin, leurs conceptions de leur propre rôle et leurs comportements vis-à-vis des publics visés, ils façonnent la stratégie vaccinale à différents niveaux. La crise sanitaire et les stratégies menées par les autorités publiques ont poussé chacun de ces acteurs à (re)définir son action professionnelle. Face à l'urgence et à l'ampleur du défi posé par la vaccination de la Covid-19, les médecins, pharmaciens, agents communaux, RAQ et autres métiers du soin et du social sont amenés à se positionner quant au rôle sociétal qu'ils entendent jouer. Profondément relationnels, ces métiers exigent une adaptation constante aux particularités des situations et des personnes auprès desquels ils s'exercent. À l'articulation de l'intérêt général et de la prise en compte des singularités, la confiance qui s'y construit est une ressource sur laquelle les professionnels et les pouvoirs publics peuvent s'appuyer pour déployer des actions plus proactives en matière de sensibilisation à la vaccination. Mais cette confiance est aussi un rapport fragile, précieux et réciproque que des actions perçues comme l'expression d'un rapport de pouvoir instrumentalisant les problèmes sociaux et sanitaires (un contrôle) pourraient mettre en péril.

Chapitre 5 : Pour une gouvernance vaccinale responsable et durable

La stratégie de vaccination bruxelloise est portée par une série de dispositifs. De tailles variables, mobiles ou amarrés à des structures préexistantes, ils offrent un cadre temporel et spatial à la vaccination et mobilisent des acteurs disposant d'un équipement social, culturel et matériel précis. C'est la combinaison du cadre, des acteurs et de leur équipement qui détermine le fonctionnement du dispositif, ainsi que le sens qu'il confère à la vaccination¹⁰.

Dans la première partie de cette discussion, nous résumerons les trois combinaisons principales, « l'invitation », « la proposition » et « la relation », que nous définissons à partir de l'observation des actions locales de vaccination déployées à Bruxelles, à l'initiative des autorités régionales. Nous relierons ces combinaisons aux besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance que nous avons mis en avant au terme du chapitre 2.

En effet, dans cette étude, nous avons pris le parti d'aborder la population sous l'angle de ces trois types de besoins, plutôt qu'au prisme de catégories démographiques, géographiques, sociales, économiques ou culturelles. Dans la seconde partie de cette discussion, nous nous attarderons sur les besoins relatifs à l'acceptabilité et la confiance. Nous rappellerons que ceux-ci recouvrent la demande, exprimée par les acteurs de la vaccination et la population Bruxelloise, d'une communication transparente, claire, et centrée sur la connaissance et la compréhension du coronavirus et du vaccin. Ni slogans commerciaux ni promesses politiques, mais de l'information. Ni jugement ni menace, mais des explications. Pour cette raison, nous suggérerons de remettre la santé publique et la promotion de la santé au cœur de la communication sur la vaccination.

Pour conclure, nous verrons que l'atout d'une approche à partir des besoins est de fournir les bases d'une réflexion sur la posture des acteurs de la vaccination : une posture fondée sur une éthique du *care*, qui s'exerce en pratique, dans et par la relation avec la population. Nous formulerons les raisons pour lesquelles cette éthique du *care* devrait, selon nous guider la gouvernance vaccinale.

1. Des dispositifs : l'invitation, la proposition et la relation

La stratégie de vaccination bruxelloise est portée par différentes actions, à l'image des Vaccin-Bus, des antennes locales et des autres initiatives mises en place par différents acteurs, notamment les Relais d'Action Quartiers, les pharmaciens et les médecins généralistes. Tels que décrits dans le chapitre 1,

¹⁰ Notre approche des dispositifs de vaccination est inspirée par la sociologie de la traduction, ou Théorie de l'Acteur Réseau, telle que synthétisée par Bruno Latour dans son ouvrage *Changer la société, refaire de la sociologie* (2006). La distinction entre le cadre, les acteurs et l'équipement est plus spécifiquement inspirée du travail de John Law (1984).

ces dispositifs se distinguent par le cadre spatial et temporel qu'ils offrent à la vaccination, par les acteurs qui les manœuvrent, et par l'équipement social, culturel et matériel que ces derniers mobilisent.

A partir de cette variété empirique, nous proposons de définir trois dispositifs-types : « l'invitation », « la proposition » et « la relation », qui correspondent à trois combinaisons – de cadre, acteurs et équipement. Celles-ci qui épousent, chacune à leur façon, les besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance décrits dans le deuxième chapitre.

Les caractéristiques de ces trois combinaisons sont résumées dans le tableau 1, ci-dessous. Notons encore qu'elles sont définies dans une logique d'idéaltype ; c'est-à-dire qu'il s'agit de types théoriques qui résument les caractéristiques importantes des dispositifs évoqués, sans prétendre décrire une ou plusieurs actions de manière précise.

1.1 L'invitation – Vaccessible

Une invitation, reçue dans sa boîte aux lettres et activable en ligne ou par téléphone, relie chaque personne disposant d'un NISS aux grands centres des vaccinations. Ce mode d'invitation traduit une gouvernance centralisée : des personnes triées par tranche d'âge ou groupes à risques, et habitant dans différentes communes bruxelloises, convergent vers un grand centre.

Le dispositif offre un cadre impersonnel à la vaccination. La relation avec les travailleurs, y compris les accueillants, le personnel administratif et de santé, est réduite à une série de contacts médiatisés par des QR codes, des documents et des étiquettes. Les contacts sont rapides. Ils ponctuent un parcours identique pour chacun, encadré de procédures et inscrit dans l'agencement des lieux : marquage sur le sol, guichets à franchir, zones délimitées par des cloisons mobiles et autres plantes vertes.

Le dispositif incarne l'intervention conjointe de l'état bureaucratique et d'une médecine industrielle : ici, c'est le NISS qui relie à la pique. Les relations humaines, personnalisées et nécessitant du temps sont exclues par le cadre spatial et temporel de la vaccination – quoi que celui-ci soit adouci par la bienveillance affichée par le personnel, et la présence éventuelle de spéculoos.

Ces dispositifs véhiculent un sentiment d'efficacité et d'universalité, qui corrobore le sens donné à la vaccination par celles et ceux qui la conçoivent comme un acte positif par rapport à leur santé et/ou comme geste citoyen en faveur de la liberté individuelle et collective. Leur fonctionnement implique un citoyen identifié à la sécurité sociale, informé et si possible connecté, suffisamment autonome pour se déplacer, et suffisamment volontaire pour prendre le temps, quoique court, de la vaccination. A ces conditions, et moyennant une simple invitation, ces dispositifs rendent la vaccination accessible à une grande quantité de citoyens.

1.2 La proposition – vaccevable

La proposition concerne les dispositifs qui portent la vaccination au plus proche des Bruxellois et Bruxelloises, et au cœur de l'espace public. Ces dispositifs agissent comme une proposition qui s'observe en chemin, dont on parle au voisin, et dont on peut se saisir immédiatement, ou dans les jours qui suivent. Ils offrent à la vaccination un cadre temporaire mais récurrent, en se présentant au même endroit plusieurs jours d'affilée, ou certains jours déterminés pendant plusieurs semaines.

Le cadre est flexible, puisqu'aucun rendez-vous n'est nécessaire et que les formalités administratives sont réduites au minimum. De plus, le cadre est rendu plus familier par leur installation au sein d'un environnement connu, comme la commune, le quartier ou le marché, et par la possibilité de parler avec le personnel administratif et médical.

Les dispositifs de la proposition sont donc très accessibles, mais pour un nombre moins important de personnes que ceux de l'invitation. Cette limite relative à l'accessibilité s'explique par leurs caractéristiques temporelles, sociales et matérielles, dont la durée limitée de la proposition, la taille réduite des équipes, et le nombre de doses dont elles disposent. Mais le corollaire de cette limite à l'accessibilité réside dans un gain en acceptabilité. En effet, ce que proposent les équipes, y compris les accueillants, le personnel administratif et de santé, ne se limite pas à la vaccination. Leur proposition inclut également la sensibilisation et les explications nécessaires pour répondre aux questions des Bruxellois et Bruxelloises sur le coronavirus, sur la vaccination, sur les types de vaccins et leurs potentiels effets secondaires, ou sur l'obtention du Covid Safe Ticket.

Ces dispositifs véhiculent un sentiment de transparence qui semble inspirer la confiance. La transparence se manifeste à la fois par leur ouverture sur l'espace public et par la grande disponibilité des travailleurs pour répondre aux questions de la population.

Ils s'adressent aux citoyens et citoyennes qui se déplacent et sont prêts ou prêtes à s'arrêter ou à revenir pour parler de la vaccination. Ils n'impliquent pas nécessairement que le principe de la vaccination soit préalablement acquis, ni que la personne ait consenti à aménager son agenda au bénéfice de la vaccination. Au contraire, ils se glissent dans les agendas et sensibilisent à la vaccination.

1.3 La relation – vassociable

La relation concerne les dispositifs qui s'ancrent dans une structure locale, sociale ou de santé existante et dont le personnel est engagé dans une relation de confiance avec les Bruxellois et les Bruxelloises qui y recourent. Les dispositifs s'articulent à cette relation afin de tenter de relier les personnes à la vaccination, quoique la sensibilisation soit intégrée à une démarche plus générale visant à favoriser l'inclusion sociale.

Les dispositifs de la relation sont facilement accessibles, mais les personnes qui y recourent sont surtout celles qui fréquentent ou qui sont susceptibles de fréquenter les structures auxquelles ils sont amarrés. L'acceptabilité, ou la qualité de l'acte vaccinal, est leur souci prioritaire.

Le cadre qu'ils offrent est flexible, comme celui des structures – à bas seuil d'accès et accessible sans rendez-vous. Il est aussi personnel : tout au contraire des dispositifs de l'invitation, ceux de la relation misent sur l'interconnaissance et la proximité entre les citoyens et les acteurs de la vaccination. Ces acteurs sont principalement des travailleurs du social et de la santé. Plus que de consacrer du temps à la discussion, ils inscrivent leur travail dans la durée. Premièrement, leur expérience antérieure les dote d'une connaissance locale, d'un quartier, des personnes et de leur situation. Deuxièmement, leur mission de sensibilisation à la vaccination inclut une écoute attentive des questionnements exprimés par chaque personne, un travail de préparation de l'information nécessaire pour y répondre, tant au niveau du contenu que de la forme du message, et un temps de discussion ouverte. Celle-ci permet d'aborder les préoccupations réelles des personnes, comme le logement, et des notions de citoyenneté et de santé publique – mais surtout pas de kayaks ! Elle est nécessaire quand la vaccination n'a pas de sens pour la personne concernée, par exemple en cas de perte de confiance en l'Etat et de défiance envers le monde pharmaceutique.

Troisièmement, le travail s'étend au-delà de la vaccination, afin de pouvoir répondre aux questions et aux hésitations qui surviennent après la vaccination, ou entre deux doses du vaccin : peur que les effets secondaires se manifestent à la deuxième dose et « *s'il faut une troisième dose, alors il en faudra une quatrième... et à quoi bon ?* » Etc.

Ces dispositifs n'impliquent pas un citoyen prêt à se faire vacciner, ni même à parler de vaccination. Au contraire, ils prennent acte de la grande fragilité de la cohésion sociale et sont guidés par le souci de réparer une relation endommagée, aux soins et à l'Etat.

Ces dispositifs s'ancrent donc dans une relation qu'ils construisent ou reconstruisent en même temps. En d'autres termes, ils situent l'acceptabilité, ou l'acte vaccinal de qualité, dans une optique de continuité – ils sont ce que les soins chroniques, négligés pendant la pandémie, sont aux soins aigus et aux services Covid.

Tableau 1. Caractéristiques des dispositifs-types

	Invitation	Proposition	Relation
Gouvernance	- Centralisée	- Décentralisée	- Décentralisée
Cadre	- Formalisé - Impersonnel - Temporaire	- Informel - Communautaire (quartier, espace public) - Temporaire et récurrent	- Informel - Relation de service ou de soin - Durée
Temporalité	- Courte : acte et contact rapides	- Courte à moyenne : du simple contact à la discussion	- Moyenne à longue : de la discussion au suivi dans le temps
Ressources et équipements	- Technologie bureaucratique et médicale	- Technologie bureaucratique et médicale - Soutenue par des ressources locales	- Connaissance locale - Savoir professionnel : surtout médical et social - Éthique relationnelle
Citoyen	- Domicilié - Informé et connecté (de préférence) - Peut se déplacer - Accepte le principe de la vaccination	- Informé (y compris réseau informel, bouche à oreille) - Se déplace dans son quartier/la ville - Se questionne sur la vaccination ou ne la voit pas comme prioritaire	- Pas ou peu informé - Informé (cible d'informations contre la vaccination) - Ne connaît pas ou est opposé au principe de la vaccination
Logique	- Universaliste - Quantité	- Stratégique - Qualité	- Particulariste - Qualité et continuité
Besoins	- Accessibilité	- Accessibilité et acceptabilité	- Acceptabilité et confiance

1.4 Vaccessible et vacceptable

L'invitation, la proposition et la relation se complètent pour répondre aux besoins d'accessibilité, d'acceptabilité et de confiance de la population. Au vu de leur complémentarité :

La première recommandation de cette étude est de favoriser la coexistence de dispositifs présentant les trois combinaisons résumées dans le tableau ci-dessus.

De cette recommandation découle un encouragement à maintenir les dispositifs de la relation mis en place pendant la pandémie, mais dont l'action s'inscrit, par définition, dans la durée.

De plus, l'invitation, la proposition et la relation sont des dispositifs-types décrits à partir des besoins auxquels ils répondent, et non en fonction de groupes de populations définis en termes démographiques, socio-économiques et culturels. En l'occurrence :

Une seconde recommandation est que ce principe – des besoins plutôt que des catégories – guide le développement des dispositifs de vaccination. Ces derniers soutiendraient alors, conjointement, l’accessibilité, l’acceptabilité et le besoin de confiance.

Pourquoi dissocier les besoins des catégories ? Parce que différentes catégories partagent un même besoin : un exemple est fourni dans le chapitre 2, quand nous montrons que les hésitations relatives à la vaccination, quand elles sont liées à l’appartenance à une communauté d’idées, de croyances ou de pratiques, ne se limitent pas aux personnes socialement et économiquement vulnérables. Au contraire, ces hésitations seraient particulièrement fortes dans le chef de ceux que nos répondants ont appelé « les bobos ».

Enfin – troisième recommandation : reconnaître l’intervention active des travailleurs, professionnels ou non, dans la « traduction » des dispositifs, et veiller à la cohérence entre les dispositifs et la division du travail entre les professions et les métiers impliqués.

Les travailleurs de la santé et du social appartiennent à une profession ou exercent un métier qui leur confère certaines prérogatives, mais aussi une connaissance et des valeurs à partir desquelles ils traduisent leur mission de sensibilisation et de vaccination. Par « traduction » (Latour, 2006) nous entendons toutes les adaptations auxquelles procèdent les travailleurs pour rendre les dispositifs opérants en fonction du contexte, de leurs interactions avec la population, et en vertu de leurs propres conceptions relatives à la vaccination. Comme nous l’avons vu dans le chapitre 4 consacré aux professionnels, les travailleurs ne sont pas de simples « intermédiaires » mais bien des « médiateurs » (Latour, 2006) qui façonnent activement la stratégie vaccinale, au travers de leurs recommandations et de leurs actions auprès de la population. A cet égard, il semble important de rappeler que l’existence d’une profession ou d’un métier ne permet pas de conclure à l’homogénéité des pratiques, convictions politiques ou conceptions idéologiques de ses membres. De nombreux sociologues, en particulier A. Strauss et R. Bucher (1961), ainsi que E. Freidson (1988) dans son ouvrage consacré à la profession médicale, ont montré que les groupes professionnels se composaient au contraire de différents segments, traduisant une hétérogénéité pratique et théorique. Cette hétérogénéité se reflète dans les positions des professionnels par rapport à la vaccination. Une enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques française a d’ailleurs montré la variabilité du taux d’acceptation de la vaccination parmi les médecins français, des médecins wallons et bruxellois, et des infirmières québécoises (Verger et al. 2021).

Rappelons enfin, avec Andrew Abbott (1988), que les professions forment des juridictions en compétition constante pour des aspects du travail, social ou médical, dont ils revendiquent quelque fois l’exclusivité. Ces revendications, portées par des associations vouées à représenter la position de

la majorité de leurs membres, concernent souvent les aspects de travail qui se situent aux frontières des juridictions professionnelles : c'est le cas de la vaccination ! C'est ainsi que la division du travail de vaccination, entre les médecins et les pharmaciens, est aujourd'hui au cœur d'une controverse qui mêle ces deux professions et les autorités publiques. Cette controverse est examinée dans le chapitre 4. Elle nous invite à souligner, suite aux travaux de la Chaire Be.Hive Santé primaire, que la collaboration des professionnels, en période de routine comme en période de crise, implique de prendre en compte les modes de gouvernance des métiers et professions, de penser des instruments concrets pour la division du travail, et d'y préparer les professionnels concernés dans leurs formations initiales et continues (Buret et al., 2020).

2. La voix de la santé publique

Les besoins d'acceptabilité et de confiance traduisent la demande, exprimée par la population et par les acteurs de la vaccination, d'une communication centrée sur la connaissance et la compréhension du coronavirus et de la vaccination ; nous l'avons montré dans le chapitre 2. Cette demande reflète les hésitations relatives au vaccin qui s'observent au sein de la population. Ces hésitations nous étonnent peut-être, mais doivent-elles nous surprendre ? Non. Selon la littérature, des campagnes de vaccination passées ont permis d'objectiver les hésitations de la population aux États-Unis (Weintraub et al. 2021), au Royaume-Unis (Abila et al. 2020) et en France (Ward & Paretti-Watel 2020), où « l'hésitation vaccinale » est particulièrement forte. Les auteurs de ces recherches insistent d'ailleurs : la demande pour le vaccin ne peut être postulée, elle doit être travaillée en mobilisant les connaissances « *evidence-based* » (Weintraub et al. 2021) mais aussi l'expérience et le capital de confiance de certains « alliés » (Abila et al. 2020) – tout est dit. Mais poursuivons tout de même. Car l'importance de l'hésitation vaccinale a également été objectivée en Belgique, et ce à la veille du lancement de la vaccination contre le coronavirus. L'enquête Kessels et al. (2020), basée sur un échantillon représentatif de 2060 Belges, a effectivement montré qu'en octobre 2020, seuls 34% des répondants affirmaient qu'ils se feraient vacciner sans aucun doute, contre 39% qui affirmaient qu'ils se feraient « probablement » vacciner.

En allant à la rencontre de la population et des acteurs de la vaccination, nous avons observé différentes façons de formuler cette hésitation, comme illustré dans l'encadré 1. Ces rencontres nous ont aussi montré que l'hésitation vaccinale ne pouvait être assimilée, a priori, à une opposition aux vaccins. Il s'agit plutôt d'une combinaison de croyances, d'attitudes et de comportements « *qui ne constituent ni une acceptation inconditionnelle de toute forme de vaccination ni un refus inconditionnel de tout vaccin* » (Ward & Paretti-Watel 2020 : 244). Dès lors, nous avons mis à profit nos échanges avec les acteurs pour tenter de comprendre les sources de l'hésitation. Les deux principales que nous

avons identifiée sont : d'une part, une cohésion sociale très fragilisée qui se manifeste dans un refus d'accorder sa confiance à l'Etat et ses institutions, et d'autre part, une faible voire très faible littératie en santé, que les acteurs qualifient quelque fois de méconnaissance, voire d'ignorance. Celle-ci ouvre la porte à des questionnements qui vont de l'existence du coronavirus à la sécurité du vaccin.

Ces questionnements s'inscrivent dans le contexte plus général d'une « *compréhension publique de la science* » qui se caractérise par un écart grandissant entre la réalité de la science et les représentations que la population s'en fait (Ward & Parette-Watel 2020 : 245). A ce sujet, Maniglier¹¹ évoque d'ailleurs un « moment latourien », soulignant ainsi un fait marquant du contexte actuel : la science opère à ciel ouvert. C'est-à-dire que les controverses scientifiques, habituellement limitées au monde clos des laboratoires, sont aujourd'hui visibles dans le débat public et sur la scène médiatique. L'incertitude propre à l'expérimentation est visible et vient contredire une vision très répandue de la connaissance scientifique, selon laquelle elle est soit « vraie », « juste » et « certaine », soit elle n'est pas (de la science). Quand l'incertitude est manifeste, pensons par exemple à la durée de la couverture vaccinale (Su et al. 2020), c'est la seconde option – la connaissance n'est pas scientifique – qui semble emporter la « *compréhension publique de la science* » du côté des discours et théories qui alimentent la peur (Malengreaux et al. 2021, Dubé 2013).

L'hésitation vaccinale est donc bien documentée. Si bien que l'OMS a estimé qu'elle constituait une grande menace pour la santé mondiale¹². Mais a-t-elle été pour autant prise au sérieux dans la gouvernance vaccinale ?

Au cours de cette étude, nous avons saisi cette gouvernance sous trois angles : les dispositifs qui portent la stratégie vaccinale, sa coordination, et la communication qui l'encadre.

Parmi les dispositifs, nous avons vu que « l'invitation », en donnant la priorité au principe de l'accessibilité par rapport au besoin d'acceptabilité, ne constitue pas une réponse à l'hésitation vaccinale. Par contre, l'hésitation vaccinale semble avoir été prise en compte quand les autorités Bruxelloises ont fait entrer « la proposition » et « la relation » dans la danse, consacrant ainsi la diversification de leur stratégie vaccinale (Malengreaux et al. 2021). Cette diversification par la multiplication d'action locales et ancrées dans la communauté permet en effet de répondre plus

¹¹ Maniglier, P. 2021. « Tout ce que vous avez voulu savoir sur Bruno Latour sans jamais oser le demander au SARS-CoV-2 – un moment latourien », AOC, 21 avril. En ligne : <https://aoc.media/analyse/2021/04/20/tout-ce-que-vous-avez-voulu-savoir-sur-bruno-latour-sans-jamais-osser-le-demander-au-sars-cov-2-un-moment-latourien-1-4/>

¹² Wilson, S. L., Wiysonge, C. S. 2020. « Misinformation on social media fuels vaccine hesitancy: a global study shows the link ». *The Conversation*, 3 décembre. En ligne : <https://theconversation.com/misinformation-on-social-media-fuels-vaccine-hesitancy-a-global-study-shows-the-link-150652>

qualitativement, et potentiellement dans la durée, aux questionnements des personnes qui hésitent à se faire vacciner.

Cependant, l'invitation, la relation et la proposition n'existent pas dans un vide social : leur danse se déploie dans un environnement qui tantôt les embrassent et tantôt les repoussent. Or, cet environnement, et l'accueil qu'il réserve aux dispositifs, est constamment alimenté par la communication politique et médiatique. Souvent paternaliste ou sensationnalistes, parfois autoritaire et discriminante, nous avons vu dans le chapitre 3 que la communication ne soulageait pas les hésitations. Au contraire, selon nos répondants, elle contribue à transformer des attitudes qui relevaient *a priori* de l'hésitation en opposition. Pour cette raison :

La quatrième recommandation de cette étude est de privilégier une communication qui porte la voix de la santé publique et qui mobilise les outils de la promotion de la santé.

Le premier enjeu est de restituer la vaccination comme un choix collectif plutôt que comme un devoir personnel¹³. Le second est de contribuer à la littératie en santé de la population qui englobe, selon l'OMS, « *les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé* » (Kickbusch et al. 2013 : 4), mais aussi pour prendre des décisions en matière de prévention et de soins de santé. Cet enjeu s'inscrit dans un contexte où « *35% des Belges trouvent difficile d'obtenir, de comprendre et d'utiliser les informations liées à leur santé ; [et] 10% estiment que leurs compétences sont insuffisantes* »¹⁴. Ce contexte général a des conséquences sur la vaccination, puisque parmi les 90 % de belges qui se disent a priori favorables à la vaccination, 38,2% « *craignent aussi que ces vaccins puissent provoquer les maladies contre lesquelles ils doivent les protéger* »¹⁵.

Pour cette raison, la communication politique et médiatique gagnerait à s'équiper des ressources disponibles dans le monde de la promotion de la santé afin d'expliquer le fonctionnement de la vaccination et ses réels bénéfices. Ces ressources, dont plusieurs exemples sont disponibles ici¹⁶, sont souvent présentées sous la forme de documents mais existent aussi en capsule vidéo.

¹³ Monnais L. 2021. « Le tournant vaccinal : prendre soin du monde à l'ère pandémique », AOC, 13 octobre 2021. En ligne : <https://aoc.media/analyse/2021/10/12/le-tournant-vaccinal-prendre-soin-du-monde-a-lere-pandemique/>

¹⁴ UCLouvain. 2021. « 1 Belge sur 3 comprend mal les informations concernant sa santé », 8 novembre. En ligne : <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/actualites/1-belge-sur-3-comprend-mal-les-informations-concernant-sa-sante.html>

¹⁵ Belga. 2021. « 38% des Belges ont des préconceptions erronées sur les vaccins », RTBF, 25 novembre. En ligne : https://www.rtbf.be/info/societe/detail_38-des-belges-ont-des-preconceptions-erronees-sur-les-vaccins?id=10885459

¹⁶ RESO. 2020. *La vaccination (Focus sur la Covid-19)*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO.

Conclusion

Cette étude a d'abord décrit plusieurs actions locales mises en place dans le cadre d'une diversification de la stratégie vaccinale à Bruxelles, au cours de l'été 2021. La description de ces actions, à partir d'entretiens avec leurs acteurs et d'observation directe, a permis de les assimiler à des dispositifs dont le fonctionnement dépend de combinaisons spécifiques entre : le cadre spatial et temporel de la vaccination, les acteurs mobilisés et leur équipements matériel, social et culturel. Les connaissances professionnelles et les expériences personnelles de ces acteurs s'articulent en effet à l'équipement matériel de chaque action, par exemple le nombre de doses et le type de vaccin qu'elle véhicule, pour donner une portée et conférer un sens à la vaccination. La portée se rapporte à la quantité de personnes vaccinées et reflète la contribution du dispositif à l'accessibilité du vaccin, alors que le sens se rapporte à la qualité de l'acte vaccinal, en termes d'échange et d'écoute. Il contribue pour sa part à l'acceptabilité et au besoin de confiance dont témoigne la population à l'égard du vaccin. Afin de résumer les combinaisons de cadres-acteurs-et équipements présentés par les dispositifs, tout en soulignant leur contribution respective à l'accessibilité, l'acceptabilité et à la confiance, nous avons définis trois types-idéaux dénommés « l'invitation », « la proposition » et « la relation ». Leurs traits principaux sont résumés dans le tableau 1.

La trilogie de l'accessibilité, de l'acceptabilité et du besoin de confiance, à laquelle se réfère ces trois types-idéaux, a été introduite dans la seconde partie de cette étude. Cette trilogie permet d'appréhender l'hésitation vaccinale en ouvrant la porte aux besoins d'information, de sens et de connaissance, rangés sous la bannière de l'acceptabilité. Elle déplace l'attention des caractéristiques de la population, définies en termes démographiques, géographiques, socio-économiques et culturels, vers ses besoins-liés à la vaccination. Cette approche ancrée dans les besoins est susceptible de déboucher sur des dispositifs recevables, dont la population souhaite et peut se saisir. Au contraire, nous l'avons souligné, une approche basée sur les catégories précitées risque de renforcer des divisions symboliques au sein d'une population qui, empiriquement, partage des besoins pratiques, de sens, de connaissance et de confiance. Or, ces divisions symboliques sont performatrices : en réassignant les Bruxellois et les Bruxelloises à certains aspects de leur identité, par exemple leur quartier et sa précarité, elles renforcent les hésitations relatives au vaccin ou les transforment en opposition, dans un geste visant à ne pas perdre la face.

La compréhension du fonctionnement des dispositifs et des besoins de la population par rapport à la vaccination alimente une réflexion relative à la gouvernance vaccinale, entamée dans la troisième

partie de cette étude. La gouvernance inclut la logique de la stratégie vaccinale, sa coordination par les autorités bruxelloises et la communication politique et médiatique qui l'accompagne. La communication façonne effectivement, indirectement mais activement, le contexte dans lequel se déploie la stratégie vaccinale. Trop souvent incohérente, paternaliste, autoritaire et discriminante, elle a nourri un contexte dans lequel l'hésitation vaccinale s'épanouissait déjà.

Ce contexte a précipité l'adaptation de la stratégie vaccinale bruxelloise, en vertu d'une logique que la COCOM a elle-même baptisée de « leave no one behind ». Cette adaptation s'est traduite dans une décentralisation et une diversification progressive de la stratégie, qui englobe aujourd'hui de multiples dispositifs locaux, visant à répondre aux besoins spécifiques de Bruxelloises et des Bruxelloises. Par contre, la coordination de la stratégie, en termes de circulation de l'information, de concertation et de soutien aux collaborations, ne permet pas, ou pas assez, de tirer profit de la complémentarité de ces dispositifs. Le refrain était connu avant la pandémie, tout du moins dans les champs des soins de première ligne et de santé mentale : la diversité et l'intensité des actions locales fait la richesse de Bruxelles, mais en l'absence de coordination, cette diversité ne profite pas à toutes et tous.

De plus, le manque de concertation entre les autorités et les acteurs de la vaccination ne permet pas, ou pas suffisamment, de tirer profit des connaissances et de l'expérience que ces acteurs mobilisent et actualisent, dans et par leur mission de sensibilisation et de vaccination. Dès lors, dans le quatrième chapitre de cette étude, nous analysons la manière dont ces acteurs « traduisent » leur mission, en l'adaptant à leur contexte de travail, à leur vécu des interactions avec la population, et en fonction de leur conception de leur métier ou de leur profession. Ce chapitre ouvre la « boîte noire » des attitudes et pratiques des professionnels. Loin d'être univoque, la littérature montre que celles-ci sont impactées par la perception de l'efficacité du vaccin, par la difficulté de mobiliser les patients (Verger et al. 2020), et par la perception de la sécurité des vaccins (Verger et al. 2021), par les contraintes de temps et le rôle du médecin (Vu et al. 2020, enquête réalisée sur le vaccin contre le HPV), et par la confiance que les professionnels ont dans leur propre capacité à délivrer des informations fiables à leur patient (Verger et al. 2017). Outre l'utilisation de supports de communication « tout public », nous avons vu plus haut que certains professionnels de l'accompagnement social ont développé des outils *ad hoc*, pour faire face aux situations les plus fréquemment rencontrées. Des outils, adaptés à la pratique des professionnels de première ligne et à la situation de crise, pourraient également être développés en référence à ce qui se fait déjà en matière de sensibilisation à la vaccination des parents en application du calendrier vaccinal (cf. par exemple Shen & Dubey 2019). Les cinq idéaux-types que nous avons présentés dans le chapitre 4 pourraient servir de base à la construction d'outils adaptés non seulement aux publics mais également à cette variété d'attitudes rencontrées chez les professionnels eux-mêmes.

D'un chapitre à l'autre, cette étude décrit le mouvement suivi par la stratégie vaccinale, du centre à la périphérie. Ce mouvement reflète un déplacement progressif, au long d'un continuum allant de la quantité à la qualité de l'acte vaccinal. Aussi traduit-il un déplacement éthique : d'un engagement à respecter des principes universels, en particulier l'accessibilité du vaccin, vers un souci des besoins particuliers et empiriques de la population Bruxelloise.

L'attention portée aux besoins particuliers, sensibles et empiriques, révèle une posture plus qu'elle ne correspond à une structure – c'est à dire aux caractéristiques structurelles des dispositifs de vaccination : leurs tailles, leurs équipes, leurs temporalités, etc. Cette posture repose sur l'exercice d'une éthique relationnelle dans et par la pratique. Cette éthique relationnelle, ou *éthique du care* (Gilligan 1982, Tronto 2009) pourrait s'étendre des actions locales au sein desquelles elle est déjà très présente, à la gouvernance vaccinale dans son ensemble.

D'une part, l'éthique du *care* supporte une gouvernance éveillée, attentive à la réalité empirique. Dans les termes de Fabienne Brugère, elle a « *les yeux écarquillés [...] face à la complexité des réalités singulières* » (dans la préface de *Une voix différente*, 2019 : XXXVII). Elle est guidée par une conception de la responsabilité qui ne s'arrête à la mise en application d'un principe universel : dans notre cas, garantir l'accessibilité au vaccin ne suffit pas. Au contraire, cette responsabilité s'étend à l'acceptabilité ; elle induit un souci de maintenir la relation avec les Bruxelloises, aussi éloignées soit ils de la vaccination. Pour cette raison, elle se pratique dans une politique « de soutien des individus » qui ne se limite pas à des « dispositifs froids et institutionnels »¹⁷, mais s'engage dans une relation d'écoute, auprès des personnes. Cette politique de soutien est féministe parce qu'elle fait exister les voix de celles et ceux qui évoluent dans l'ombre ou à la marge de dispositifs pensés par et pour les classes dominantes – celles et ceux qui font du kayak.

L'ouverture de la stratégie vaccinale bruxelloise aux dispositifs de l'invitation, de la proposition et de la relation s'inscrit dans une telle politique. Pour cette raison, cette étude encourage le maintien de dispositifs présentant les combinaisons de cadres-acteurs-et équipements correspondant à ces trois types-idéaux.

D'autre part, l'éthique du *care*, comme pratique, concerne à la fois la pensée et l'action (Tronto 2009). Elle implique, premièrement, la reconnaissance d'un besoin ou d'une situation qui nécessite d'en prendre soin ; deuxièmement, un engagement à prendre soin et à identifier une manière de répondre au besoin ; troisièmement, la réalisation du soin ou la mise en œuvre de la solution à l'intention d'une

¹⁷ Ces termes ont été employés par Fabienne Burgère dans l'éthique du *care*, les rendez-vous des futurs : <https://www.rendezvousdesfuturs.com/emissions/fabienne-brugere-lethique-care/>

ou plusieurs personnes ; et quatrièmement, la réception du soin par cette ou ces personnes, qui seules peuvent dire si le soin apporté permet de répondre au besoin.

Les relations entre ces niveaux semblent déterminantes dans le déploiement et l'orientation passée, présente et future, de la gouvernance vaccinale. Dans un premier temps, la concentration de la stratégie vaccinale sur les dispositifs de l'invitation reflétait un manque d'attention à la réception du soin (du vaccin), de la part de celles et ceux qui s'engagent à prendre en charge ce besoin – d'augmenter la couverture vaccinale à Bruxelles. Dans un second temps, la diversification de la stratégie vaccinale a témoigné d'une attention accrue portée à la réception. Cette diversification a aussi conduit à mobiliser celles et ceux qui réalisent le soin, par leur mission de sensibilisation et de vaccination. Ces derniers et ces dernières réalisent le soin plus qu'ils ne l'exécutent : ils et elles traduisent leur mission vaccinale en fonction du contexte mais aussi des caractéristiques de leur métier et de leur profession. Comme nous l'avons vu, la prise en compte et la coordination de ces multiples traductions, au niveau des autorités bruxelloises qui « prennent en charge », constitue un point d'attention pour l'orientation future de la stratégie vaccinale. Enfin, si l'évolution des dispositifs de vaccination reflète la prise en compte de la réception, ce n'est pas le cas de la communication. Pour cette raison, cette étude supporte le développement d'une communication qui porte la voix de la santé publique et l'idée d'une vaccination comme choix collectif, plutôt que comme devoir individuel.

Bibliographie

Abila D.B., Dei-Tumi S.D., Humura F., Godwin, A. J. 2020. We need to start thinking about promoting the demand, uptake, and equitable distribution of COVID-19 vaccines NOW! *Public Health in Practice*, vol. 2. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100063>

Abbott A. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago : University of Chicago Press.

Bucher R., Strauss A. 1961. Professions in Process. *American Journal of Sociology*, vol. 66, n°4: 325-334.

Buret L., Di Biagi L., Defraîne F., Jamart H., Vanderhofstadt Q., D'Ans P., Schetgen M., Mahieu C. (2020), Chapitre 4 Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences in *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*, Bruxelles : Chaire BeHive.

Commission des déterminants sociaux de la santé. 2008. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé.

Di Biagi L., Vanderhofstadt Q., Defraîne F., Mahieu C. (à paraître). "And if you try, professional and vulnerable group link's during the Covid-19 1st wave", Acte du colloque Semaine de la première ligne 18-21 mai 2021, Akademie voor de eerste lijn.

Dubé E., Laberge C., Guay M., Bramadat P, Roy R., Bettinger J. A. 2013. Vaccine hesitancy: an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 9, n°8: 1763-1773.

Freidson E. 1988. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press.

Gadéa C. 2013. Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels. Dans : Jean-Paul Cadet (éd), *Les professions intermédiaires : Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise* (pp. 101-120). Paris : Armand Colin.

Gilligan C. 2019. *Une voix différente. La morale a-t-elle un sexe ?*. Paris : Flammarion.

Goffman E. 1975. *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Editions de Minuit.

Goffman E. 1974 *Les rites de l'interaction*. Paris : Editions de Minuit.

Hamel L., Lopes L., Sparks G., Kirzinger A., Kearney A., Stokes M., Brodie M. 2021. *KFF COVID-19 Vaccine Monitor: October 2021*. San Fransisco : KFF.

Kessels R., Luyten J., Tubeuf S. 2020. *Willingness to get vaccinated against Covid-19: profiles and attitudes towards vaccination*. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain.

Kickbusch I., Pelikan J. M., Apfel F., Tsouros A. D. (ss dir.) 2013. *L'instruction en santé. Les faits*. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé Europe.

Larson H. J., Jarrett C., Eckersberger E., Smith D. M.D., Paterson P. 2014. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, vol. 32, n°19 : 2150-2159.

Larson H. J., Cooper L. C., Eskola J., Katz S. L., Ratzan S. 2011. Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, vol. 378, n°9790 : 526-535.

Latour B. 2006. *Changer de société, refaire de la sociologie*. Paris : La Découverte.

Law J. 1984. On the Methods of Long-Distance Control: Vessels, Navigation and the Portuguese Route to India. *The Sociological Review*, vol. 32, n°1 : 234-263.

MacDonald N. E. 2015. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, vol. 33, n°34 : 4161-4164.

Maes R. 2021. La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle*, 6/2021.

Malengreaux S., Lambert H., Le Boulangé O., Rousseaux R., Doumont D., Aujoulat I. 2021. *Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? Etat des lieux de la littérature scientifique et grise*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO.

McLenon J., Rogers M. A.M. 2019. The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, vol.75, n°1 : 30-42. DOI : <https://doi.org/10.1111/jan.13818>

Neumann-Böhme S., Varghese N. E., Sabat I., Barros P. P., Brouwer W., van Exel J., Schreyögg J., Stargardt T. 2020. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, vol. 21 : 977–982.

RESO. 2020. *La vaccination (Focus sur la Covid-19)*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS/RESO.

Sciensano. 2020. *Cinquième enquête de santé COVID-19*. Bruxelles, Belgique. DOI : <https://doi.org/10.25608/xcd-7784>

Shen S. C., Dubey V. 2019. Répondre à l'hésitation face à la vaccination : Conseils cliniques à l'intention des médecins de première ligne qui travaillent avec les parents. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, vol. 65, n°3 : e91–e98.

Siciliani L., Wild C., McKee M., Kringos D., M. Barry M. M., Barros P. P., De Maeseneer J., Murauskiene L., Ricciardi W. 2020. Strengthening vaccination programmes and health systems in the European Union: A framework for action, *Health Policy*, vol. 124, n°5 : 511-518.

Su Z., Wen J., Abbas J., McDonnell D., Cheshmehzangi A., Li X., Ahmad J., Segalo S., Maestro D., Cai Y. 2020. A race for a better understanding of COVID-19 vaccine non-adopters. *Brain, Behavior & Immunity - Health*, vol. 9. DOI: <https://doi.org/10.2196/26111>

Thunus S., Creten A., Donnen A. A paraître. *Melting Point : étude qualitative de l'accès et du recours aux soins par les personnes en situation vulnérable, en Région de Bruxelles-Capitale*. Rapport de recherche. Bruxelles : UCLouvain.

Tronto J. 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du "care"*. Paris : La Découverte.

Tuffreau F. 2013. P., dans *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale* (pp. 359-400). Rennes : Presses de l'EHESP.

Verger P., Scronias D., Bergeat M., Chaput H. 2021. Vaccination contre la Covid-19 : trois médecins sur quatre interrogés en octobre-novembre 2020 y étaient a priori favorables. *Etudes & Résultats*, n°1178.

Verger P., Scronias D., Dauby N., Adedzi K. A., Gobert C., Bergeat M., Gagneur A., Dubé E. 2021. Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination: a survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Euro surveillance*, vol. 26, n°3. DOI : <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2002047> .

Verger P., Bocquier A., Bournot M., Buyck J., Carrier H., Chaput H., Ventelou B. 2017. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 2007|3 : 213-235.

Vu M., King A. R., Jang H. M., Bednarczyk R. A. 2020. Practice-, provider- and patient-level facilitators of and barriers to HPV vaccine promotion and uptake in Georgia: a qualitative study of healthcare providers' perspectives. *Health Education Research*, vol. 35, n°6 : 512–523.

Ward J., Peretti-Watel P. 2020. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses. *Revue française de Sociologie*, vol. 61, n° 2 : 243-273

Weintraub R. L., Subramanian L., Karlage A., Ahmad I., Rosenberg J. 2021. COVID-19 Vaccine to Vaccination: Why Leaders Must Invest in Delivery Strategies Now. *Health Affairs*, vol. 40, n°1. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01523>

Worms F. 2010. *Le moment du soin. A quoi tenons-nous*. Paris : Presses universitaires de France

Annexes

Tableau 2. Récapitulatif des entretiens et observations réalisés selon les dispositifs.

Total	Rencontres ethnographiques (entretiens et observations)	Entretiens individuels	Focus groups
Antennes locales	Molenbeek, Saint-Josse, Marolles, ULB, gare du midi N= 19		
Equipes mobiles	Flagey, marché de Saint-Josse, Action Molenbeek, Carrefour Auderghem N= 33		
Appel 65+		Responsables de deux communes N = 4	
Médecine générale		2 médecins généralistes en maison médicale (Marolles et Saint-Gilles) N= 2	1 médecins généralistes libéraux N= 17
Pharmaciens		1 pharmacien Haren N=1	1 pharmacien N=6
SPOC et RAQ		3 SPOC N= 3	1 RAQ N= 18
Monde associatif		2 responsables projets vaccination N = 2	
N Total = 104			