



**HAL**  
open science

## La médiation du local

Etienne Nouguez, Anne Moyal

► **To cite this version:**

Etienne Nouguez, Anne Moyal. La médiation du local. Questions de communication, 2024, 45, pp.191-206. 10.4000/11wxb . hal-04811718

**HAL Id: hal-04811718**

**<https://ehesp.hal.science/hal-04811718v1>**

Submitted on 29 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## La médiation du local

Appréhender la gestion de la pandémie de Covid-19 « par le bas »

*The Mediating Role of Local Actors. A "Bottom-up" Approach to the Covid-19 Pandemic Management.*

Étienne Noguez et Anne Moyal

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/questionsdecommunication/35283>

DOI : 10.4000/11wxb

ISSN : 2259-8901

### Éditeur

Presses universitaires de Lorraine

### Édition imprimée

Pagination : 191-206

ISSN : 1633-5961

Ce document vous est fourni par Ecole des hautes études en santé publique



### Référence électronique

Étienne Noguez et Anne Moyal, « La médiation du local », *Questions de communication* [En ligne], 45 | 2024, mis en ligne le 30 juin 2024, consulté le 29 novembre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/questionsdecommunication/35283> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/11wxb>

---



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

ÉTIENNE NOUGUEZ

CSO, SciencesPo, CNRS, F-75007 Paris, France  
etienne.nouguez@sciencespo.fr

ANNE MOYAL

Arènes, CSO, EHESP, SciencesPo, CNRS, F-75007 Paris, France  
anne.moyal@ehesp.fr

## LA MÉDIATION DU LOCAL

### APPRÉHENDER LA GESTION DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 « PAR LE BAS »

**Résumé.** – Alors que l'analyse de la gestion de la pandémie de Covid-19 en France s'est essentiellement concentrée sur le niveau national, cet article entend examiner le rôle médiateur des acteurs locaux. Que l'on pense aux Agences régionales de santé et aux préfetures, aux organisations de soins primaires, aux établissements médico-sociaux ou encore aux collectivités territoriales et aux associations de santé publique, ces différents acteurs ont activement contribué à la gestion de la pandémie. Ils ont pu « remédier » aux manques ou aux absences de l'État lors des premiers moments de la pandémie, puis en « médier » les décisions prises au plan national pour les adapter aux spécificités des populations et des territoires. Cet article propose ainsi de tirer les leçons nationales de ces expériences locales, en repensant les modalités d'articulation entre politiques nationales et politiques locales de santé publique.

**Mots clés.** – Covid-19, politiques publiques, territoires, médiation, santé publique, France.

Nous avons lu avec un très grand intérêt l'article de Caroline Ollivier-Yaniv (2023) dont nous partageons les constats essentiels. La gestion nationale de la pandémie de Covid-19 en France a davantage renforcé que bouleversé l'organisation traditionnelle du système de santé et des politiques de crise, centrées sur l'État et l'hôpital, oubliant au passage les préceptes de la santé publique. En entrant de manière originale par la communication politique de crise, elle fait écho aux nombreuses critiques émises par les experts en santé publique et en sciences sociales concernant la primauté de la gestion dans l'urgence de la pandémie au détriment de la promotion de la santé et de la démocratie sanitaire (Cambon *et al.*, 2021). En complément de cette analyse très juste de la politique nationale, nous proposons d'appréhender la gestion de la pandémie de Covid-19 « par le bas », en rendant visible le rôle médiateur des acteurs locaux, qui ont contribué largement à informer et à transformer cette gestion de crise.

Différents travaux de sciences sociales se sont déjà intéressés au rôle des épidémies dans la structuration de politiques locales de santé. C'est le cas de l'ouvrage collectif dirigé par Didier Fassin (1998), *Les Figures urbaines de la santé publique*, qui met en lumière la façon dont la sanitisation de problèmes sociaux a constitué un levier de mobilisation pour les collectivités locales. Ainsi la mise en avant d'une « épidémie de saturnisme » dans les années 1980 a-t-elle contribué à « sanitiser » la question du mal-logement et a permis à des acteurs locaux de s'emparer de cette question, grâce à la mobilisation des trois registres de l'urgence, de la proximité et de l'immédiateté (Fassin, 1998). De même, la construction d'un « hybride liant toxicomanie et sida » dans les années 1990 a permis à la Ville de Marseille de se lancer dans un programme de distribution de seringues stériles et de récupération de seringues usagées dans un contexte où les politiques de réduction des risques étaient interdites par l'État français (Lovell et Féroni, 1998 ; Bergeron, 1999). Olivier Borraz et Patricia Loncle-Moriceau (2000) ont également analysé la construction des politiques locales de lutte contre le sida en 1980-1990. Ils soulignent combien cette épidémie a constitué un terreau propice à la constitution d'un monde de la santé publique à distance du monde médical dans lequel les acteurs associatifs et les collectivités locales ont pu développer un champ de compétence propre en reformulant des actions déjà mises en œuvre de prise en charge de la précarité sociale sous l'angle de la santé publique. Enfin, la mise en avant d'une épidémie mondiale « chronique » d'obésité et de politiques nationales de lutte contre l'obésité (Plan national Nutrition santé) a constitué un autre vecteur de développement et d'orientation des politiques menées par certaines collectivités locales pendant les années 2000, qu'elles concernent l'alimentation ou le sport (Bergeron, Castel et Nouguez, 2011, 2013 ; Honta et Haschar-Noé, 2011). La mise en œuvre de ces programmes traduisait à la fois la difficulté à décliner localement les recommandations des plans nationaux et la volonté des collectivités territoriales de s'impliquer dans la santé publique.

Depuis le début des années 2000, on assiste à une montée en puissance des politiques territoriales de santé en France. Cela a d'abord découlé d'un mouvement de « déconcentration » (Pierru, 2010a) des politiques étatiques de santé : les Agences régionales de santé (ARS), créées par la loi « Hôpital, patient, santé, territoire » de 2009, ont ainsi repris la gestion de l'offre territoriale de soins auparavant dévolue aux Agences régionales d'hospitalisation en l'élargissant aux secteurs ambulatoire et médico-social, ainsi que l'animation des réseaux territoriaux de santé publique jusqu'alors mise en œuvre par les Groupements régionaux de santé publique (Pierru, 2010b). Puis cela s'est prolongé par la structuration territoriale des organisations et professionnels de santé (Hassenteufel *et al.*, 2020), avec le développement progressif des structures d'exercice coordonné telles que les Maisons de santé pluriprofessionnelles depuis 2008, ainsi que la création en 2016 des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) et des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS ; Fournier, 2014 ; Moyal 2019 ; Fontgalland et Rouzard-Cornabas, 2020 ; Dagorn, Giorgi et Meunier, 2021). Enfin, pendant les années 2000, les dispositifs de coordination en santé se sont multipliés au sein des collectivités territoriales – Ateliers Santé Ville (ASV), Contrats locaux de santé (CLS), Conseils locaux en santé mentale, etc. –, mais aussi les réseaux liant les différentes collectivités locales impliquées dans des politiques de santé (réseau des Villes Santé de l'Organisation mondiale de la santé, Élus santé publique et territoires, Fabrique territoires santé), alors même qu'elles ne disposent que de peu de compétences légales en santé (Le Goff, 2011 ; Honta et Basson, 2017).

La pandémie de Covid-19 a constitué un révélateur de cette implication croissante des acteurs territoriaux dans le développement de la santé publique, mais aussi du hiatus avec une politique de santé qui reste principalement étatique et curative (Paul, Brown et Ridde, 2020). De fait, si l'on met de côté les hôpitaux placés d'emblée au cœur de la gestion nationale de crise, les autres acteurs locaux semblent avoir été largement marginalisés dans le design si ce n'est dans la mise en œuvre de la lutte contre la pandémie. Pourtant, nous défendons l'idée que les différents acteurs locaux ont constitué de véritables médiateurs de la gestion nationale de crise, « remédiant » aux manques ou aux absences de l'État lors des premiers moments de la pandémie, puis « médiant » les décisions prises au plan national pour les adapter aux spécificités des populations et des territoires (Nay et Smith, 2002 ; Abbott, Levi-Faur et Snidal, 2017). Nous analysons ce travail de médiation comme une tentative d'articulation entre deux modalités de gestion de la pandémie, en tension. Le premier enjeu renvoie à l'articulation problématique entre une gestion de crise très centralisée, descendante, et une série d'initiatives locales. Le deuxième enjeu concerne la tension entre une approche nationale s'inscrivant dans un universalisme, un égalitarisme strict et des tentatives locales tournées vers un universalisme proportionné et intégrant les enjeux d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). En parlant de tension, nous n'entendons pas nier

le poids très fort de l'État dans le design et la mise en œuvre de la gestion de la pandémie de Covid-19, mais nous souhaitons donner à voir les modalités alternatives de gestion de crise qui ont pu émerger sur certains territoires et qui constituent des cas intéressants pour penser le développement futur de politiques locales de santé publique.

Pour mener cette analyse, nous nous appuyons notamment sur les résultats du projet de recherche « Organisations en crise » (CrisOrg) dirigé par O. Borraz et financé par l'Agence nationale de recherche (ANR)<sup>1</sup>, dont l'un des volets visait à étudier la réponse d'une variété d'organisations locales à la pandémie de Covid-19<sup>2</sup>. Dans le cadre de ce projet, une enquête de terrain approfondie a été menée entre mars 2021 et mars 2022 par Servane Gueben-Venière et Anne Moyal dans une région et un département particulièrement touchés par la pandémie. Des entretiens complémentaires ont été réalisés par Étienne Nouguez et Anne Moyal dans d'autres régions, avec une pluralité d'acteurs : représentants des ARS et des préfetures, professionnels de santé exerçant à l'hôpital ou en ville, élus et membres de l'administration de collectivités locales, membres de services de protection civile, représentants d'associations de santé publique ou de travail social, etc.

## Une articulation problématique entre décisions nationales et initiatives locales

Comme le souligne C. Ollivier-Yaniv (2023), cette gestion de crise s'est d'abord caractérisée par son extrême centralisation. La France est traditionnellement identifiée comme un pays très centralisé, avec un État puissant par ses compétences et ses ressources. C'est tout particulièrement le cas des politiques d'organisation des soins (notamment dans le secteur hospitalier), construites en France comme un domaine régalien par excellence, alors que les initiatives de santé publiques ont relevé historiquement de l'implication particulière et volontaire de collectivités locales (Fassin, 1998 ; Le Goff, 2011). La pandémie de Covid-19 a renforcé cette image d'une gestion centralisée, que l'on songe aux nombreuses interventions télévisées du Président de la République ou du ministre de la Santé, mais aussi aux nombreuses mesures décidées par le gouvernement et appliquées à l'ensemble du territoire (état d'urgence sanitaire, confinements, couvre-feu, autorisations de circuler, campagnes de tests et de vaccination) malgré une ampleur très variable de la pandémie (Bergeron *et al.*, 2020). Cette centralisation du pouvoir et de la communication

<sup>1</sup> Présentation du projet CrisOrg, en réponse à l'appel ANR « RA-Covid-19 ». Accès : <https://www.sciencespo.fr/cso/fr/node/17757.html#:~:text=Dans%20la%20continuit%C3%A9%20de%20l,dans%20un%20contexte%20d'urgence>.

<sup>2</sup> D'autres recherches se sont intéressées à la gestion locale de la pandémie par les organisations de soins primaires (Fournier *et al.*, 2021 ; Schweyer *et al.*, 2021).

ne date évidemment pas du Covid, mais elle a connu une nouvelle vigueur avec la présidence d'Emmanuel Macron qui a poussé à l'extrême ce que Rémi Lefebvre (2019) nomme la « désintermédiation » politique, c'est-à-dire la mise à distance des administrations et des corps intermédiaires au profit de l'établissement d'une relation directe entre les élites politiques (au premier rang desquels le Président et le gouvernement) et la population pensée comme une masse indifférenciée d'individus. Les différentes crises (gilets jaunes, Covid-19) comme les réformes (code du travail, assurance chômage, retraites, etc.) conduites par le gouvernement ont mis en scène cette désintermédiation politique dans la prise de décision gouvernementale, si ce n'est dans la mise en œuvre des politiques adoptées (Lefebvre, 2019 ; Bergeron *et al.*, 2020). Ainsi les administrations sanitaires (et notamment Santé publique France), mais aussi les acteurs de la démocratie sanitaire ont-ils été initialement peu ou pas associés aux instances de décisions, le Président préférant s'appuyer sur un Conseil scientifique créé *ad hoc* et sur des cellules de crise.

Pourtant, les collectivités locales ne sont pas restées passives dans la gestion de la pandémie, même si leur spectre et leur degré d'investissement ont fortement varié d'une ville à l'autre et dans le temps. De fait, dans l'une des villes étudiées, le maire s'est emparé de la pandémie dès la fin février 2020, en constituant son propre comité d'experts local (composé principalement de professionnels de santé hospitaliers et de ville), afin de l'informer et de le guider dans ses actions. Lors de la première vague et du confinement, la ville a pris différentes initiatives en amont ou en l'absence d'annonces gouvernementales, qu'il s'agisse de l'importation d'équipements de protection ou de la confection de masques – à un moment où les messages gouvernementaux étaient contradictoires sur leur utilité –, l'ouverture de centres d'accueil pour les personnes sans domicile fixe (en amont du confinement), l'organisation de campagne de *testing* dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), la javellisation des rues et équipements publics ou encore l'organisation des inhumations en présence des familles, etc. Dans les phases suivantes de la gestion de la pandémie, la Ville s'est attachée à décliner les décisions prises au niveau national, mais s'est retrouvée en décalage permanent avec les annonces gouvernementales, qu'il s'agisse de la mise en place des mesures de protection lors de la réouverture des crèches ou des écoles ou de l'organisation du dépistage ou de la vaccination. Dans le même sens, plusieurs autres élus ont témoigné de « dérogations » ou d'« entorses » aux directives nationales, qu'ils ne jugeaient pas toujours adaptées à leurs situations locales ou à la temporalité de la crise<sup>3</sup>. L'un d'entre eux rapportait ainsi sa décision unilatérale de fermer l'école primaire au moment de la découverte d'un nouveau variant circulant sur le territoire, avant même que la décision ne soit prise par le sommet de l'État, alors qu'un autre expliquait

<sup>3</sup> Les propos cités sont issus d'entretiens conduits dans le cadre du projet CrisOrg, qui s'engage à préserver l'anonymat des personnes rencontrées.

avoir décidé d'attribuer des doses de vaccins en surnombre à des publics non identifiés comme prioritaires par le niveau national (en l'occurrence des enseignants). Un dernier concluait à un État « déconnecté du terrain », dont l'action se résumait le plus souvent à recenser les initiatives de terrain, *via* les Préfets et les ARS. Bien que ces cas d'étude ne puissent à eux seuls résumer la diversité des situations locales, il apparaît que les collectivités territoriales ont rencontré des difficultés à s'adapter à des annonces gouvernementales qui le plus souvent ne s'accompagnaient pas de plans d'action et ne donnaient pas lieu, dans la majorité des cas, à des concertations pour s'adapter aux spécificités des territoires (Michel et Schweyer, 2021).

Un constat similaire peut-être tiré pour les professionnels de santé et les acteurs associatifs. Différents travaux ont souligné la capacité des professionnels de santé hospitaliers à se réorganiser pour faire face à la première vague. Henri Bergeron et ses collègues (Bergeron *et al.* 2020) ont notamment souligné que cette réactivité des équipes hospitalières n'a pas découlé du Plan Blanc<sup>4</sup> (qui n'a jamais été activé) mais de la suspension d'une série de verrous financiers – suspension de la contrainte budgétaire – et organisationnels – amoindrissement du contrôle de l'administration hospitalière et affectation de l'ensemble des lits et soignants à la lutte contre le Covid-19 – ayant ouvert des marges de manœuvre très importantes aux équipes soignantes pour se réorganiser. Bien qu'ils aient été largement marginalisés ou invisibilisés dans la gestion du Covid-19, les professionnels de santé de ville se sont également organisés, notamment à partir des CPTS, pour favoriser la collecte et la distribution d'équipements de protection, permettre autant que possible la continuité des soins et la prise en charge de patients infectés par le Covid, le dépistage mais aussi la vaccination (Fournier et Clerc, 2021 ; Schweyer *et al.*, 2021). Un retour d'expérience réalisé par un cabinet d'étude pour le compte de l'ARS Grand Est a recensé une diversité d'initiatives portées par des structures d'exercice coordonné de cette région – équipes de soins primaires, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, plateformes territoriales d'appui – pendant la première vague de l'épidémie : réorganisation des structures pour accueillir des patients avec des circuits différenciés entre patients Covid et non-Covid ; mise en place de tournées de soins infirmiers dédiées aux patients Covid ; envoi direct des ordonnances des médecins vers les pharmaciens pour les patients atteints de pathologies chroniques afin d'éviter certains déplacements dans les cabinets médicaux ; recours spontané à la téléconsultation, etc<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Le Plan Blanc est un dispositif précisant les modalités de gestion de crise dans le cas où un établissement de santé se trouve confronté à une augmentation soudaine et importante de l'afflux de patients (par exemple dans le cas d'une épidémie, mais aussi d'une catastrophe environnementale ou industrielle, attentat, ou d'un accident de grande ampleur).

<sup>5</sup> Acsantis, *Retour d'expériences et pratiques professionnelles dans le champ de l'exercice coordonné pendant la 1re vague de l'épidémie SARS Cov-2*, Rapport final du 22 nov. 2020. Voir aussi Fournier *et al.* (2021) pour une analyse de 6 organisations de soins primaires.



Des initiatives semblables se retrouvent sur d'autres territoires étudiés et cette crise semblerait ainsi avoir accéléré certaines transformations en cours dans le secteur ambulatoire (Fournier et Clerc, 2021). Cette organisation spontanée des soins ambulatoires relève autant de la logique libérale d'entreprise qui caractérise ce secteur que d'un sentiment largement partagé par les professionnels d'avoir été oubliés par les tutelles, au niveau national comme au niveau local. En effet, les professionnels rencontrés rapportent un défaut de communication des ARS pendant les premières semaines de la crise et une absence de réponse à leurs sollicitations, notamment pour se procurer des équipements de protection individuelle afin de continuer à assurer leurs soins et consultations. Ce silence initial a ensuite laissé place à une forme de cacophonie, quelques semaines après le début de la crise, les professionnels de santé témoignant d'un afflux d'informations très changeantes voire contradictoires et provenant d'une multiplicité d'interlocuteurs : Direction générale de la santé (DGS), ARS, Unions régionales de professionnels de santé, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), sociétés savantes, ordres et syndicats professionnels, etc. Par ailleurs, notons que les professionnels de ville regrettent de ne pas avoir été impliqués dès le départ dans la vaccination, les centres ayant été dans un premier temps gérés par des établissements hospitaliers uniquement et les structures de soins ambulatoires n'ayant pas été autorisées à en mettre en place elles-mêmes. La situation a progressivement évolué et des centres de vaccination en ville ont vu le jour grâce à l'investissement conjoint de collectivités et de professionnels de santé.

Les associations locales des secteurs sanitaire et social ont eu des trajectoires plus diverses. Bien que le confinement, auquel elles étaient soumises, ait conduit dans un grand nombre de cas à l'arrêt de leurs activités principales, elles ont souvent pu bénéficier d'une prolongation de leurs financements pour endosser de nouvelles missions, en lien direct avec la pandémie (dépistage, vaccination, etc.) ou avec le confinement (aide au logement, aide alimentaire, aide psychologique, etc.). Certaines de ces initiatives ont pu être entreprises seules ou en lien avec les ARS, les préfetures ou les collectivités locales.

Les services déconcentrés de l'État (ARS et Préfetures) se sont retrouvés au cœur des tensions entre les acteurs locaux et l'État. En effet, la prégnance du niveau national s'est faite ressentir dans les deux chaînes de gouvernance impliquées dans la gestion de cette crise sanitaire, relevant du ministère de la Santé d'un côté, et du ministère de l'Intérieur de l'autre. Comme le souligne Frédéric Pierru (2010a et b) dans son analyse des débats ayant conduit à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, les ARS ont été organisées dès leur création selon un modèle hybride entre service déconcentré de l'État, censé décliner les orientations nationales sur les territoires, et agence décentralisée susceptible de structurer et d'animer les dynamiques locales en santé (voir aussi Rolland et Pierru, 2013). Le premier modèle comme relai déconcentré des décisions nationales semble avoir été privilégié dans la

majeure partie des ARS, comme l'a révélé la pandémie de Covid-19. De fait, dans l'une des régions étudiées, l'ARS semble avoir calqué ses réactions sur celles du gouvernement : minimisation du risque épidémique et absence d'information ou de réaction aux sollicitations des acteurs jusqu'au premier confinement, puis surabondance d'informations et de consignes changeant d'une semaine sur l'autre à partir de mi-avril. Les agents de cette ARS nous ont aussi rapporté les difficultés inhérentes à une gestion de crise hyper-centralisée, la plupart des mesures étant découvertes par ces services au moment de leur annonce à la télévision et l'Agence étant amenée à communiquer en doublon les consignes provenant de la DGS – participant au sentiment de surabondance d'informations rapporté par les acteurs de terrain. Cette gestion de crise centralisée a laissé peu de marges de manœuvre à l'ARS, en particulier lors de la campagne de vaccination, et certaines directives sont apparues impossibles à mettre en œuvre, comme la consigne d'isoler les résidents contaminés dans les Ehpad, alors même qu'il n'y avait pas de tests disponibles à cette période et que les symptômes n'apparaissaient qu'au bout de plusieurs jours. Si le positionnement de cette ARS comme courroie de transmission des décisions nationales n'est pas un phénomène isolé à l'échelle nationale, une autre ARS étudiée semble avoir davantage été en capacité d'adapter et d'anticiper, voire de peser sur les décisions nationales et de coopérer plus fortement avec les acteurs locaux. Par ailleurs, elle a développé des initiatives (par exemple, la création de centres pour la mise à l'abri des personnes précaires) qui ont été généralisées au niveau national. Du côté du ministère de l'Intérieur, une logique similaire est observée et des agents de préfecture ont également témoigné du poids des décisions prises dans le cercle restreint du Président de la République et des cabinets ministériels. Cependant, les contradictions ou les ambiguïtés de certaines consignes nationales ont offert des marges de manœuvre aux administrations déconcentrées pour les adapter aux circonstances locales. C'est ainsi que, dans une région étudiée, le Préfet a pu maintenir ouvertes certaines structures de petite enfance pour les enfants des travailleurs prioritaires (professionnels de santé, fonctionnaires, travailleurs des supermarchés, etc.), alors que la consigne nationale était de fermer toutes ces structures.

En somme, bien que la lecture de la gestion de crise comme nationale et centralisée soit loin d'être erronée, elle tend à occulter les nombreuses initiatives et adaptations entreprises au niveau local par les services déconcentrés de l'État, les organisations de soins, les collectivités territoriales et les acteurs associatifs. À bien des égards, si le Covid-19 peut apparaître comme une crise organisationnelle, c'est aussi en partie en raison de la difficile articulation entre ces différents niveaux de gestion de crise.

## Une articulation problématique entre universalisme et spécificités territoriales

La deuxième caractéristique de cette gestion nationale de la pandémie, soulignée par C. Ollivier-Yaniv (2023), est son approche universaliste, consistant à traiter les individus et les territoires selon un strict principe d'égalité formelle et d'indifférenciation. Alors que certains pays ont appliqué les mesures de confinement à des territoires ou des populations en fonction du degré de prévalence de l'épidémie (Bergeron et Borraz, 2021 ; Hallas *et al.*, 2021), toutes celles adoptées en France ont concerné l'ensemble des territoires français – avec l'ajout de mesures supplémentaires dans certains départements ultramarins. Ce choix a pu susciter de vives réactions de la part d'acteurs locaux, soit que ces restrictions importantes de liberté ne se justifiaient pas selon eux, étant donnée la faible prévalence de l'épidémie sur leurs territoires, soit au contraire que certaines décisions intervenaient trop tard au regard de la situation particulièrement pressante localement. Au début de l'année 2021, plusieurs élus de la région Grand Est, Mathieu Klein (maire de Nancy, Parti socialiste) et Arnaud Robinet (maire de Reims, Les Républicains), plaidaient par exemple pour un reconfinement localisé de la région, alors que François Grosdidier (maire de Metz et vice-président du conseil régional, LR) dénonçait l'inutilité d'un couvre-feu à 18 h (Marque, 2021). De même, l'appel de différents acteurs de santé publique en faveur d'un universalisme proportionné, intégrant les inégalités sociales et territoriales de santé à la politique de gestion (ISTS) du Covid-19 (Affeltranger *et al.*, 2018), est largement resté lettre morte au niveau national (Haut conseil de la santé publique, HCSP, 2021). Qu'il s'agisse du dépistage et du *contact tracing* (Gagnon-Dufresnes *et al.*, 2023) ou de la vaccination (Ward *et al.*, 2024), les mesures mises en œuvre au plan national pour prévenir la pandémie n'ont pas fait des ISTS un critère principal de leur approche, privilégiant davantage des indicateurs biomédicaux (âge, co-morbidités, etc.).

Cet oubli des ISTS n'est pas propre à la France, mais il traduit particulièrement bien l'approche universaliste et égalitaire formelle inscrite dans les règles de droit et la constitution françaises. Comme le soutient C. Ollivier-Yaniv, celle-ci traduit aussi l'engouement des pouvoirs publics français pour les approches comportementales censées gouverner à distance et à peu de frais les conduites d'individus présumés indifférenciés et affectés de biais divers au détriment d'approches structurelles visant à agir sur les contraintes, ressources et opportunités affectant ces conduites (Bergeron *et al.*, 2018 ; Dubuisson-Quellier et Nouguez, 2022). Qu'il s'agisse de l'état d'urgence sanitaire, du confinement, du formulaire d'autorisation de sortie ou encore du pass sanitaire, les mesures visant à limiter la liberté de mouvement ou de choix des personnes se sont enchaînées au rythme des vagues épidémiques, mettant en scène un État entendant arrêter l'épidémie malgré voire contre sa population entière ou des groupes publiquement stigmatisés. De fait, les

acteurs de la démocratie sanitaire ont regretté à de nombreuses reprises de ne pas être davantage associés aux prises de décision ainsi qu'à leur mise en œuvre (Rusch et Goi, 2022).

Néanmoins, cet universalisme « strict » affiché sur le plan national a, dans certains territoires, fait l'objet de différentes adaptations par les acteurs locaux pour prendre en compte les vulnérabilités socio-économiques des populations. Luc Ginot, directeur de la santé publique de l'ARS Ile-de-France et Isabelle Grémy, directrice de l'Observatoire régional de santé Île-de-France, ont ainsi souligné l'importance donnée aux inégalités sociales et territoriales de santé dans la gestion de la pandémie par l'ARS (Ginot et Grémy, 2022). Cette attention s'est portée très tôt sur la construction d'indicateurs de mortalité et d'hospitalisation en fonction du lieu de résidence et non du lieu de décès, qui ont permis de mettre en avant la très forte surmortalité des habitants de Seine-Saint-Denis pendant la première vague et de la rapporter à un certain nombre d'indicateurs socio-économiques territoriaux associés à une plus grande exposition ou un plus grand risque de mortalité du Covid-19 – profession exercée, taille des foyers, densité d'occupation des logements, indicateurs de pauvreté, etc. (Mangeny *et al.*, 2020 ; Mariette et Pitti, 2020). Mais l'attention aux inégalités sociales et territoriales de santé s'est aussi traduite dans les actions promues par cette ARS, qu'il s'agisse d'assurer la protection des personnes les plus précaires (sans domicile, en prison ou en hébergement collectif) pendant la première vague, puis par la mise en place de dispositifs « d'aller vers » pour le dépistage et la vaccination ou encore par l'allocation des doses de vaccins aux départements en fonction de ces indicateurs de vulnérabilité territoriale. Bien qu'exemplaires, ces initiatives de l'ARS Île-de-France n'ont cependant pas été nécessairement reprises par les autres ARS. Ainsi, dans une autre ARS étudiée, la question des ISTS n'a-t-elle jamais été évoquée pendant les entretiens et les mesures de vaccination mises en œuvre ont simplement décliné le cadre établi nationalement sans intégrer les spécificités socio-économiques des populations et des territoires.

Certaines collectivités et associations locales ont mis en place, en lien ou non avec les ARS, des dispositifs visant à prendre en compte les ISTS et à toucher les populations vulnérables. Si l'on prend l'exemple du département de Seine-Saint-Denis, le service prévention du conseil départemental avait l'habitude de recevoir ces publics vulnérables autour de la prévention des infections sexuelles transmissibles ou de la tuberculose, mais a repensé ses modalités de rencontre avec les publics dans le cadre de la pandémie. Deux types de déterminants des ISTS ont plus particulièrement été abordés dans le cadre de ces actions d'« aller vers ». Un premier déterminant concerne les enjeux logistiques d'accès aux soins ou aux prises en charge : le conseil départemental de Seine-Saint-Denis a travaillé en lien avec l'ARS, la Préfecture, la CPAM, pour mettre en place des solutions d'accueil pour les personnes testées positives et devant s'isoler. Le département a alors créé avec le soutien de la CPAM

une cellule d'aide à l'isolement visant à l'adapter aux besoins spécifiques des personnes et, à défaut, à organiser les conditions d'une réduction des risques dans le logement. De même, la vaccination a donné lieu à un ensemble d'actions pour en favoriser l'accès à certains publics : dans un des territoires étudiés, l'ARS et la Préfecture de département ont donné leur autorisation pour un projet porté par un établissement hospitalier de mise en circulation d'un bus pour aller vers les populations les plus éloignées de la vaccination (personnes âgées, précaires ou isolées). En Île-de-France, le département de la Seine-Saint-Denis a été au cœur de l'actualité médiatique lors de la première campagne de vaccination, certains maires dénonçant les difficultés de leur population à accéder aux centres de vaccination, en raison de la saturation rapide des créneaux de vaccination sur l'application Doctolib par des habitants des départements voisins qui n'étaient pas nécessairement sur liste prioritaire (Moran, 2021 ; Donada, 2021). Pour pallier ces difficultés d'accès, les agents des services départementaux et communaux ont reconstitué des listes de personnes prioritaires à partir des données à leur disposition (bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou du forfait Améthyste<sup>6</sup>) et ont procédé manuellement aux inscriptions de ces personnes sur Doctolib après les avoir contactées. Une autre disposition a consisté à aller au contact de ces populations précaires, soit en se rendant directement dans les centres d'hébergement (EHPAD, foyers de migrants, centres d'hébergement d'urgence), soit en déployant des « barnums »<sup>7</sup> de vaccination directement dans les quartiers populaires, soit enfin, en créant des équipes mobiles et des bus de vaccination. L'analyse<sup>8</sup> des parcours de ces bus de vaccination dans de multiples départements entre janvier et avril 2021 met au jour une variété de définitions de « l'isolement ». Si les deux tiers des interventions visaient à combler les « trous » de la campagne de vaccination, en ciblant des communes situées à distance des centres de vaccination et où l'offre de soins était déficitaire, un tiers ciblait les communes ou les quartiers les plus populaires, marqués par une forte précarité et des difficultés d'accès à l'offre de soins.

Les actions d'« aller vers » menées au plan local ne se sont pas limitées aux enjeux logistiques d'accès aux dispositifs : elles ont aussi visé à établir une médiation entre les informations et les consignes nationales et les représentations des publics cibles. Ces opérations de médiation et de traduction ont été mises en place au moment du déconfinement afin de favoriser l'adoption des gestes-barrière et le recours à l'isolement en cas de contamination. L'enjeu pour les médiateurs en santé n'était pas tant de traduire linguistiquement

<sup>6</sup> Le forfait Améthyste est un abonnement à prix réduit pour les transports en Île-de-France, réservé aux personnes âgées ou handicapées sous conditions (notamment de ressources).

<sup>7</sup> Les barnums sont des petites tentes de vaccinations, voir <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-brevs/article/barnums-de-depistage-et-centres-de-vaccination-attention-aux-offres> (consulté le 20 mars 2024).

<sup>8</sup> Nous remercions Félicie Pette et Jade Charbonnier qui ont réalisé cette étude dans le cadre de leur master Stratégies territoriales et urbaines à Sciences Po en 2021.

ces recommandations (Santé publique France ayant rapidement produit des documents traduits dans de multiples langues) que de les adapter aux contraintes affectant ces personnes. Par exemple, il est apparu très difficile de convaincre des travailleurs, parfois sans papiers, de cesser de se rendre à leur travail et de s'enfermer loin de leur famille dans un hôtel pendant deux semaines. Les conseils donnés se sont alors souvent inscrits dans une logique de réduction des risques, déjà maîtrisée par les médiateurs en santé sur d'autres sujets (infections sexuellement transmissibles, addictions, etc.), cherchant à établir un compromis entre le maintien des activités centrales pour la personne et les risques de contamination. Avec le développement de la vaccination, le conseil départemental de Seine-Saint-Denis est allé plus loin, en recrutant au sein de la population et en formant des « ambassadeurs de la vaccination ». Ces ambassadeurs se sont positionnés à proximité des centres ou ont accompagné des bus pour aller à la rencontre des passants et échanger avec eux sur leurs représentations des vaccins et leur motivation à se faire vacciner ou non. Cette expérience a été prolongée après la pandémie avec la création d'une « Académie populaire de la santé » en 2021, dont l'objectif est de recruter et former chaque année des ambassadeurs en santé afin de promouvoir et de diffuser des actions en santé publique au sein de leur quartier.

Bien qu'il ne faille pas surestimer le nombre ou l'ampleur de ces actions locales en faveur de la limitation ou de la réduction des ISTS (HCSP, 2021), elles n'en donnent pas moins à voir différentes adaptations, si ce n'est alternatives, au modèle universaliste promu sur le plan national.

## Conclusion

À l'instar des précédentes épidémies, la pandémie de Covid-19 a été un révélateur des tensions qui traversent le système de santé français et un vecteur de développement des politiques locales de santé publique, que ce soit du fait de l'application plus ou moins contrainte des directives nationales ou de prises d'initiatives de différents acteurs locaux. En conclusion, nous tirons deux leçons principales de ces expériences locales de gestion de la pandémie de Covid-19.

Une première leçon concerne la trajectoire des politiques locales de santé publique. Comme nous l'avons montré, le degré et les modalités d'investissement des acteurs locaux a fortement varié d'un territoire à l'autre. Certains acteurs territoriaux se sont contentés d'adapter les recommandations ou directives nationales à leur contexte quand d'autres ont innové, en proposant de nouvelles modalités d'intervention locale. Il semblerait que les territoires où ces politiques locales ont été le plus développées sont ceux où des réseaux de santé publique étaient déjà structurés avant la pandémie, que l'on pense à la présence d'un CLS ou d'un ASV au sein de la commune, d'un large réseau

de structures médico-sociales au niveau des départements, de CPTS ou de GHT pour l'offre de soins primaires et hospitaliers, etc. Ces acteurs, qui avaient déjà pris l'habitude de travailler ensemble à l'occasion d'autres politiques de santé ou de soins, ont pu, dans une certaine mesure, activer ces réseaux au moment de la pandémie. Inversement, la pandémie a fait émerger la nécessité d'une structuration locale dans les territoires où ces infrastructures de santé publique étaient peu développées : les ARS ont vu se multiplier les demandes de contractualisation par les communes qui ne disposaient pas jusqu'alors d'un CLS. De même, le développement des CPTS déjà engagé avant la pandémie a connu une forte accélération. Il ne faut cependant pas surestimer l'effet structurant de la pandémie. Si la suspension de la contrainte budgétaire et des contrôles administratifs, ainsi que la focalisation de tous les efforts sur la lutte contre la pandémie ont pu favoriser le développement de ces initiatives, leur pérennisation est sujette à caution lorsque ces contraintes reviennent et que la santé redevient un axe parmi d'autres des politiques locales (Bergeron *et al.*, 2020). Comme l'a souligné le rapport de l'Agence parisienne d'urbanisme sur les inégalités sociales dans le Grand Paris (Boisseuil, Maaoui et Moreau, 2023), un nombre important d'interventions de santé publique peine à se pérenniser, faute de ressources financières et humaines suffisantes.

Cela conduit à la seconde leçon ayant trait à la structuration de ces politiques locales de santé publique. À l'instar de l'épidémie de Sida 30 ans plus tôt (Borraz et Loncle-Moriceau, 2000), la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les tensions au sein de la matrice institutionnelle locale : d'une part, entre un État doté de la compétence sanitaire mais disposant de moyens limités pour mettre en place cette politique et des collectivités locales aux compétences et aux moyens limités, mais qui souhaitent s'investir sur ces thématiques ; d'autre part, entre un hôpital placé au cœur de la gestion de crise et des organisations de soins primaires et médico-sociales ayant cherché à se structurer pour répondre aux besoins de leurs publics. Parce que leurs missions consistent précisément à articuler politiques nationales et locales, mais aussi organisations hospitalières, médico-sociales, ambulatoires et de santé publique, les ARS se sont retrouvées au cœur de tensions qu'elles n'ont pas toujours dépassées. C'est pourquoi elles ont été ouvertement critiquées dans les arènes politiques et médiatiques. La pandémie de Covid-19 a ainsi remis à l'agenda la question de la structuration de ces politiques locales, qu'il s'agisse de redéfinir les compétences des collectivités locales en matière de santé publique (Renaudie, 2020), de déterminer l'échelle pertinente de ces politiques ou d'en établir un chef de file. Bien que ces questions aient été soulevées à l'occasion du débat sur la loi du 21 février 2022 « relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration » (dite loi « 3DS »), elles ne semblent pas avoir trouvé de réponses dans ce texte qui a laissé la matrice institutionnelle inchangée. Si la pandémie a incité les acteurs locaux à s'organiser, les politiques locales de santé publique demeurent, pour une large part, dépendantes des décisions nationales et du volontarisme politique de ces acteurs locaux.

## Références

- Abbott K. W., Levi-Faur D. et Snidal D., 2017, « Theorizing Regulatory Intermediaries: The RIT Model », *The Annals of the American academy of political and social science*, 670 (1), p. 14-35.
- Acsantis, *Retour d'expériences et pratiques professionnelles dans le champ de l'exercice coordonné pendant la 1<sup>re</sup> vague de l'épidémie SARS Cov-2*, Rapport final du 22 nov. 2020.
- Affeltranger B., Potvin L., Ferron C., Vandewalle H. et Vallée A., 2018, « Universalisme proportionné : vers une "égalité réelle" de la prévention en France ? », *Santé publique*, Hors-Série 1, p. 13-24.
- Bergeron H., 1999, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, Presses universitaires de France.
- Bergeron H. et Borraz O., 2021, « La réponse suédoise à la crise : une stratégie claire pourtant incomprise », *Les Tribunes de la santé*, 68 (2), p. 61-64.
- Bergeron H., Borraz O., Castel P. et Dedieu F., 2020, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Bergeron H., Castel P. et Nouguez É., 2011, « Un entrepreneur privé de politique publique : la lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », *Revue française de science politique*, 61 (2), p. 201-229.
- Bergeron H., Castel P. et Nouguez É., 2013, « Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière : Genèse et diffusion d'un programme de prévention de l'obésité », *Revue française de sociologie*, 54 (2), p. 263-302.
- Bergeron H., Castel P., Dubuisson-Quellier S., Lazarus J., Nouguez E. et Pilmis O., 2018, *Le Bias comportementaliste*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Boisseuil C., Maaoui M., Moreau E., 2023, *Inégalités sociales et territoriales de santé dans le Grand Paris*, Volet 3, *Actions en santé publique : sensibilisation, promotion et prévention*, Rapport de l'Atelier parisien d'urbanisme.
- Borraz O. et Loncle-Moriceau P., 2000, « Permanences et recompositions du secteur sanitaire : Les politiques locales de lutte contre le sida », *Revue française de sociologie*, 41 (1), p. 37-60.
- Cambon L., Bergeron H., Castel P., Ridde V. et Alla F., 2021, « When the Worldwide Response to the COVID-19 Pandemic is done without Health Promotion », *Global Health Promotion*, 28 (2), p. 3-6.
- Dagorn C., Giorgi D. et Meunier A., 2021, « Groupements hospitaliers de territoire et intégrations hospitalières », *Les Tribunes de la santé*, 69 (3), p. 77-87.
- Donada E., 2021, « La vaccination en Seine-Saint-Denis s'est-elle faite au détriment des habitants du département ? », *Libération Checknews*, 15 avr.
- Dubuisson-Quellier S. et Nouguez E., 2022, « Quand les politiques publiques ciblent les comportements individuels », dans O. Borraz (dir.), *La Société des organisations*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 109-123.
- Fassin D., 1998, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », dans D. Fassin (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, Éd. La Découverte, p. 7-46.



- Fontgalland (de) C., Rouzaud-Cornabas M., 2020, « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », *Santé publique*, 32 (2-3), p. 239-246.
- Fournier C., 2014. « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », *Sciences sociales et santé*, 32 (2), p. 67-95.
- Fournier C. et Clerc P., 2021, « La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, dossier thématique *Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19*, p. 1-23. <https://doi.org/10.4000/rfst.869>
- Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M., avec la coll. de Bourgeois I. et Schlegel V., 2021, « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale », *Questions d'économie de la santé*, 260, p. 1-8.
- Gagnon-Dufresne M. C., Gautier L., Beaujoin C., Boivin P., Coulibaly A., Richard Z., Gomes de Medeiros S., Dutra Da Nobrega R. E., de Araujo Oliveira S. R., Cloos P., Chabrol F., Ridde V. et Zinszer K., 2023, « Did the Design and Planning of Testing and Contact Tracing Interventions for COVID-19 Consider Social Inequalities in Health? A Multiple Case Study from Brazil, Canada, France & Mali », *Social Science & Medicine*, 335, p. 116-230.
- Ginot L. et Grémy I., 2022, « Les inégalités sociales de santé ont-elles été oubliées durant la crise du Covid ? », *AOC*, 19 sept.
- Hallas L., Hatibie A., Koch R., Majumdar S., Pyral M., Wood A. et Hale T., 2021, « Variation in US states' COVID-19 policy responses V. 3.0 », *BSG Working Paper Series*, p. 1-51.
- Hassenteufel P., Naiditch M. et Schweyer F.-X., 2020 (dirs), *Revue française des affaires sociales*, 1.
- Haut conseil de la santé publique, 2021, *Avis relatif à la crise sanitaire de Covid-19 et aux inégalités sociales de santé*, 22 juil.
- Honta M. et Basson J.-C., 2017, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et action publique*, 6 (2), p. 63-82.
- Honta M. et Haschar-Noé N., 2011, « Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine », *Sciences sociales et santé*, 29 (4), p. 33-62.
- Le Goff E., 2011, « Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010) », *Revue française des affaires sociales*, 4, p. 158-177.
- Lefebvre R., 2019, « Les Gilets jaunes et les exigences de la représentation politique », *La Vie des idées*, 10 sept.
- Lovell A. et Féroni I., 1998, « Sida-toxicomanie. Un objet hybride de la nouvelle santé publique à Marseille » dans D. Fassin (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, Éd. La Découverte, p. 203-238.

- Mangency C., Bouscaren N., Telle-Lamberton M., Saunal A. et Féron V., 2020, « La surmortalité durant l'épidémie de Covid-19 dans les départements franciliens. Premiers éléments d'analyse », *ORS. Focus Santé en Île-de-France*, Paris, Observatoire régional de Santé Île-de-France.
- Mariette A. et Pitti L., 2020, « Covid-19 en Seine-Saint-Denis (1/2) : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques*, p. 1-8.
- Marque P., 2021, « Jean Castex à Metz : vers une séance de câlinothérapie », *Le Républicain lorrain*, 13 janv.
- Michel L., Schweyer F.-X., 2021, « La sécurité sanitaire au village. La crise du Covid-19 vue d'en bas », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 13-35.
- Moran A., 2021, « En Seine-Saint-Denis, la fracture numérique creuse la fracture vaccinale », *Libération*, 11 fév. 2021.
- Moyal A., 2019, « Rationalisation des pratiques professionnelles en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes », *Revue française de science politique*, 69 (5-6), p. 821-843.
- Nay O. et Smith A., 2002, « Les intermédiaires en politique. Médiations et jeux d'institution », dans O. Nay et A. Smith (dir.), *Le Gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*, Paris, Éd. Economica, p. 47-86.
- Ollivier-Yaniv C., 2023, « Doxa de l'“acceptabilité sociale” contre la “démocratie sanitaire” à l'épreuve de la pandémie de Covid-19 », *Questions de communication*, 43, p. 195-212. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.31405>
- Paul E., Brown G. W. et Ridde V., 2020, « COVID-19: Time for Paradigm Shift in the Nexus between Local, National and Global Health », *BMJ global health*, 5 (4), p. 1-5.
- Pierru F., 2010a, « Napoléon au pays du New Public Management. L'exemple de la “déconcentration” de la politique de santé », *Savoir/Agir*, 11 (1), p. 29-37.
- Pierru F., 2010b, « La santé en fusions. L'accouchement des Agences Régionales de Santé au forceps institutionnel », dans C. Castaing (dir.), *La Territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, Éd. Les études hospitalières, p. 77-108.
- Renaudie O., 2020, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, 176, p. 901-912.
- Rolland C. et Pierru F., 2013, « Les Agences régionales de santé deux ans après ? Une autonomie de façade », *Santé publique*, 25 (4), p. 411-419.
- Rusch E. et Goi C., 2022, « Pandémie : crise de la démocratie en santé et mobilisation des acteurs », *Actualité et dossier en santé publique*, 117, p. 47-49.
- Schweyer F.-X., Fiquet L., Fleuret S., Blois M., Garnier M., Géal A. et Ramond-Roquin A., 2021, « Cinq équipes de soins primaires face à la pandémie. Analyse des mobilisations territoriales », *Revue francophone sur la santé et les territoires*, dossier thématique *Pandémie, crises et perspectives : lectures territoriales de la Covid-19*, p. 1-25. Accès : <https://doi.org/10.4000/rfst.976>
- Ward J. K., Privault S., Touzet H., Le Breton A., Verger P. et Peretti-Watel P., 2024, *La Recherche sur les aspects humains et sociaux de la vaccination en France depuis 2020*, Villejuif, CNRS-Inserm-Ors Provence-Alpes-Côte d'Azur.