

# SOUTENIR L'ÉGALITÉ VACCINALE DANS LES QUARTIERS PAUPÉRISÉS ET MULTICULTURELS

## 10 RECOMMANDATIONS A L'ATTENTION DES COLLECTIVITÉS LOCALES EN CAS DE PANDÉMIE

### INTRODUCTION : DE BONNES COUVERTURES VACCINALES NATIONALES PEUVENT MASQUER DES INÉGALITÉS LOCALES

Si l'on s'en tient aux chiffres de la vaccination contre la COVID-19 dans les pays du G7, la campagne apparaît comme un véritable succès tant au niveau global qu'au niveau national. En effet, à ce jour, 79,4 % de la population totale des pays du G7 a reçu une première dose, 72,9 % une seconde, et 45,4 % une dose de rappel (données du 28 avril 2022) <sup>1</sup> En France, c'est 80,6 % de la population totale qui a reçu une première dose, 78,2 % qui a reçu deux doses, et 55,4 % qui a reçu un rappel (données du 28 avril 2022).<sup>2</sup> Au Royaume-Uni, 79,3 % de la population totale a reçu une première dose, 74,1 % une seconde, et 58,5 % un rappel.<sup>1</sup> Enfin, en Italie, 85,2 % de la population totale a reçu une première dose, 80,4 % a reçu deux doses et 66,5 % a reçu leurs rappels (données du 28 avril 2022).

Ces taux de vaccination élevés masquent pourtant des disparités importantes à l'intérieur de chaque pays. Ainsi, à Marseille, deuxième ville de France, moins de 50 % des habitants des quartiers nord de la ville étaient vaccinés à la fin de l'année 2021, alors que plus de 70 % des habitants des quartiers sud l'étaient au même moment.<sup>3</sup> Dans le quartier populaire de Ealing, situé au nord-ouest de Londres, 70 % de la population admissible avait reçu une première dose, soit près de 10 % de moins que la moyenne nationale. <sup>4</sup> (Données du 4 avril 2022). Des disparités similaires ont été observées dans d'autres métropoles urbaines des pays du G7.

#### Encadré 1. Notions clés

- **L'égalité vaccinale** désigne un accès aux vaccins pour tous juste et équitable. Un taux de vaccination plus faible chez certains groupes par rapport à d'autres peut s'expliquer par *des inégalités* propres à certains aspects des programmes de vaccination ou liées à d'autres facteurs sociaux, économiques ou politiques.<sup>10</sup>
- **Les inégalités structurelles** font référence au désavantage systématique d'un groupe social par rapport à un autre en raison de l'intersection de « facteurs » - tels que le racisme, le sexisme, le classicisme, la discrimination contre les personnes handicapées, la xénophobie et l'homophobie - qui influencent l'accès aux soins et les critères de bonne santé » <sup>11</sup>.
- **Le racisme systémique ou structurel** met l'accent sur la manière dont « les politiques publiques, les pratiques institutionnelles, les représentations culturelles ainsi que différentes normes sociales tendent à perpétuer les inégalités envers les « minorités racisées » <sup>12</sup>.
- **La gouvernance locale des campagnes de vaccination** : La vaccination repose sur une série d'acteurs publics, privés et de la société civile qui travaillent de manière coordonnée à des niveaux d'administration et d'échelles géographiques différents. Ces différents acteurs comprennent, entre autres, les autorités locales et d'autres décideurs, les organisations de la société civile et les groupes communautaires, ainsi que les prestataires de soins de santé.

Ce document examine ces disparités au prisme de la notion d'« (in)égalité vaccinale ». En s'appuyant sur des recherches qualitatives menées pendant la campagne de vaccination de la COVID-19 dans les quartiers nord de Marseille, le quartier de Ealing à Londres (Nord-ouest) et dans la région de l'Émilie-Romagne et à Rome, en Italie, il montre comment les autorités locales peuvent agir pour atténuer ces inégalités.

Mieux comprendre les inégalités en matière de vaccins fut primordial lors de la pandémie de la COVID-19 en ce sens que les populations sous-vaccinées étaient la plupart du temps des minorités ethniques ou culturelles, vivant dans des zones défavorisées, ou sans-papiers, donc plus susceptibles de contracter la COVID-19, et d'en subir les conséquences les plus dramatiques. <sup>5 6 7 8</sup> Ainsi, à Ealing,

quatre mois après la campagne de vaccination, seulement 57,6% des personnes dans le décile de pauvreté le plus bas avaient reçu une dose, contre 81% des personnes dans le décile le plus aisé. 9 En outre, 89,2 % des résidents britanniques blancs de Ealing étaient vaccinés, contre 64 % des Pakistanais et 49,3 % des habitants issus des Caraïbes.9 À Rome, comme c'est le cas dans d'autres métropoles urbaines des pays du G7, nos données révèlent des disparités particulières importantes entre le recours aux vaccins des populations sans papiers et celui des citoyens établis. Les facteurs d'inégalité vaccinale dans ces environnements urbains sont complexes et liés à l'interaction de nombreux phénomènes tels que les inégalités économiques, le racisme structurel, l'inégalité d'accès aux soins de santé, la méfiance envers les professionnels de santé, les représentants de l'État, et plus encore.

Les collectivités locales tout comme les professionnels de la santé, les groupes communautaires et les résidents jouent un rôle clé dans la manière dont s'exprime l'(in)égalité vaccinale. Pour autant, peu de leçons ont été systématiquement tirées des efforts menés en matière d' « engagement vaccinal » au niveau local. Dans ce document, nous proposons d'expliquer comment l'expérience des inégalités structurelles se recoupe avec celle des habitants, et comment ces expériences ont été prises en compte ou au contraire ignorées dans la promotion et l'administration des vaccins contre la COVID-19 par les collectivités locales. Nous adressons également un ensemble de recommandations qui s'appliquent aux programmes de « vaccination de rattrapage » contre la COVID-19 (visant à atteindre les personnes qui n'ont pas encore reçu leur schéma vaccinal complet), mais elles concernent également les programmes de vaccination d'urgence à venir.

Ce document repose sur des recherches menées entre octobre et décembre 2021 à Marseille et sur des échanges réguliers avec les autorités du Borough de Ealing initiés dès mai 2021. Il identifie comment les gouvernements locaux, les acteurs de la santé, les groupes communautaires et les résidents jouent un rôle clé dans la production d'(in)égalités vaccinales. Ce document a été élaboré pour la SSHAP par Santiago Ripoll (IDS), Tavitha Hrynick (IDS), Ashley Ouvrier (LaSSA), Megan Schmidt-Sane (IDS), Federico Federici (UCL) et Elizabeth Storer (LSE). Il a été revu par Eloisa Franchi (Université de Pavie) et Ellen Schwartz (Conseil de santé publique de Hackney). La recherche a été financée par la British Academy COVID-19 Recovery : Fonds G7 (COVG7210038). Les recherches ont été menées à l'Institut d'études du développement (IDS), à l'Université de Sussex et au Laboratoire des sciences sociales appliquées (LaSSA). La SSHAP en assume la responsabilité.

## **L'IMPORTANCE DES RELATIONS ENTRE LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET LES ACTEURS DE TERRAIN POUR PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ VACCINALE**

---

Bien que d'importantes dynamiques de santé publique ont lieu à un niveau microsocial, la production des données sur la santé se focalise généralement au niveau national, régional, voire communal.

L'adoption de mesures de santé publique tout comme le type d'engagement varient d'une collectivité à l'autre mais également au sein de ces mêmes collectivités. Dans ce document nous utilisons la notion d' « initiatives de santé publique » de manière large et en ce qu'elle renvoie à l'objectif des services publics d'améliorer la santé de la population.10 Tout au long de la crise de la COVID-19, les « big » data ont été prioritaires sur les « deep » data.11 Or, ne pas reconnaître l'existence de différences substantielles au niveau local peut induire une mauvaise interprétation des chiffres et des déterminants sociaux de la santé. En effet, les interventions de santé, qui ne tiennent en compte ni n'agissent sur des inégalités au sein de la population ciblée, peuvent conduire à renforcer ces inégalités – les interventions finissant par bénéficier principalement à ceux qui jouissent déjà d'avantages structurels et sociaux. Qui plus est, si les interventions de santé ignorent la diversité sociale, elles peuvent aller jusqu'à ancrer la méfiance parmi les populations exclues. Or, les instances de gouvernance locales et leurs représentants sont beaucoup mieux placés que les acteurs agissant à un niveau plus élevé de l'Etat (ou du secteur privé) pour reconnaître, comprendre et lutter contre ces inégalités. Enfin, les collectivités locales tiennent déjà un rôle clé dans la gestion

de l'éducation, les transports, le logement et la planification urbaine – des facteurs étroitement liés aux déterminants sociaux de la santé.<sup>12</sup> Les campagnes d'urgence offrent ainsi l'occasion pour ces acteurs de renforcer l'égalité dans des domaines de bien-être plus vastes et connexes de la vie publique communale et régionale.

Les gouvernements locaux disposent de la capacité de répondre aux vagues de maladies infectieuses, notamment les épidémies et les pandémies. Dans de telles situations, il est cependant commun qu'une « tyrannie de l'urgence » s'installe.<sup>13</sup> La nécessité de réagir rapidement pour sauver des vies et/ou prévenir une transmission plus poussée de la maladie est en effet souvent utilisée pour justifier des réponses technocratiques de type « top-down », voire militaristes, qui peuvent s'avérer inefficaces pour répondre aux problématiques locales.<sup>14</sup> A l'inverse, si l'on tient compte du contexte, les campagnes de vaccination peuvent être l'occasion d'améliorer le rapport de confiance avec les groupes minorisés du territoire. Les gouvernements locaux peuvent en effet jouer un rôle clé en adaptant et diversifiant les réponses de type « top-down » ou nationales aux contextes locaux. Les collectivités disposent d'outils probants pour comprendre les besoins locaux. Ainsi, grâce à leur accès à des données statistiques de petite échelle, ainsi qu'aux relations qu'elles entretiennent avec les structures sociales ou les communautés spécifiques du territoire, elles peuvent même créer leurs propres outils permettant d'avoir des résultats particulièrement efficaces. Les collectivités locales peuvent également façonner leur stratégie de communication afin répondre aux besoins linguistiques spécifiques de la population locale ainsi qu'à son niveau d'alphabétisation. Les stratégies locales seront d'autant plus efficaces qu'elles prendront en compte la diversité socioculturelle du territoire ; mettront l'accent sur la qualité des relations avec leurs collaborateurs, et sur une communication accessible et adaptée aux risques encourus par les résidents.

La recherche sur la COVID-19 a montré que c'est précisément ce qu'on fait les collectivités et gouvernements locaux, y compris au sein de structures hautement centralisées, rigides et hiérarchiques de l'administration publique. En Chine, par exemple, des chercheurs ont montré comment les autorités locales étaient en mesure d'exercer un pouvoir discrétionnaire par rapport aux politiques nationales. Elles exerçaient une autonomie en ce qui concerne l'application et la facilitation des mesures de confinement, les restrictions de voyage, les mesures de quarantaine, les tests, le suivi et la traçabilité des personnes, la gestion de la chaîne d'approvisionnement, la diffusion de l'information, la discipline, la mobilisation d'acteurs non étatiques, et la réaffectation et l'évaluation du personnel pour s'adapter aux conditions locales et répondre aux besoins de leurs concitoyens.<sup>15</sup> En Italie, des chercheurs ont également documenté le rôle prépondérant des gouvernements locaux ainsi qu'une efficacité de l'action corrélée au développement d'une réponse adaptée aux besoins locaux.<sup>16,17</sup>

Une recherche effectuée auprès des directeurs locaux de la santé publique au Royaume-Uni (qui disposent d'une responsabilité ancrée au niveau local) a permis de constater que les acteurs les plus en lien avec le territoire ont joué un rôle majeur dans la prise de décisions ajustées lors de la pandémie de la Covid-19 aussi bien en matière de campagne de « testing », que de fourniture de vaccins, ainsi qu'en matière d'acheminement d'aide alimentaire d'urgence et de soutien psychologique auprès des populations locales<sup>18</sup>. Ces derniers ont travaillé au sein d'équipes plus importantes et en collaboration avec d'autres dirigeants et institutions tant aux niveaux local, que régional et national pour assurer des réponses adaptées. A titre d'exemple, l'équipe de santé publique de l'arrondissement d'Ealing a collaboré avec d'autres équipes de l'arrondissement (spécialisées dans les domaines de l'engagement communautaire, de la cohésion sociale et de la communication, entre autres) et avec le groupe local de mise en service clinique du NHS et différents groupes communautaires pour coordonner l'accès à la vaccination. De la même manière, en Italie, les autorités sanitaires régionales et municipales ont obtenu de meilleurs résultats lorsqu'elles ont tenté de répondre aux besoins locaux et lorsque qu'était établi ou à minima recherchée une réelle coopération entre les professionnels de santé institutionnels et les structures de la société civile.<sup>19</sup>

En effet, en raison de leurs connaissances et de leurs interactions régulières avec les résidents et les différents groupes communautaires sur leur territoire d'action, les acteurs des administrations locales sont particulièrement bien placés pour assurer entre autres la surveillance des maladies, la prise en charge des malades, la stratégie du contact-tracing et l'organisation des campagnes d'information

sur les risques de transmission. A cet égard, un engagement communautaire particulièrement soutenu ainsi que la sollicitation de représentants et/ou de communautés avec lesquels des relations ont déjà été établies sur le territoire sont indispensables. Pouvoir compter sur le soutien d'institutions de haut niveau ayant des mandats plus formels ou plus spécifiques en matière de gestion des épidémies ainsi que coordonner l'action locale avec ces dernières est tout aussi fondamental afin de pouvoir assurer une distribution équitable des vaccins.<sup>20</sup>

## LE RÔLE DES COLLECTIVITES LOCALES DANS L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

---

La confiance des citoyens envers leurs gouvernements étant un facteur favorisant les stratégies de santé publique (y compris la vaccination), toutes formes de stratégies susceptibles d'établir et/ou d'entretenir une relation de confiance sont à privilégier. Pour y parvenir, ce qu'on appelle l'« engagement communautaire » est souvent considéré comme un moyen privilégié.

Bien qu'on ne connaisse pas de définition universelle à ce terme, une revue de littérature qui lui a été récemment consacrée permet d'en faire ressortir les thèmes majeurs :

- La prise en compte de savoirs multiples, de résultats mutuellement bénéfiques ainsi que le recours à des modes de connaissances et ressources communautaires ;
- La proposition de réponses collectives dès lors que différentes parties sont confrontées à des défis partagés, le recours à des approches participatives et basées sur la collaboration ;
- Développer des collaborations de qualité car elles sont constitutives du lien de confiance, tenir compte des rapports de réciprocité et des réseaux de connaissance.<sup>21</sup>

Ainsi, la notion d'engagement communautaire a non seulement été conceptualisée dans l'objectif de favoriser un lien social de confiance, mais également pour générer et mettre en œuvre collectivement des solutions. Dans le contexte des défis locaux et de la prise de décisions (notamment sur la façon de mener une campagne de vaccination), l'engagement communautaire peut apporter différentes formes de connaissances linguistiques, culturelles et socio-économiques pertinentes. Ainsi il peut augmenter les chances de réussite d'une campagne en favorisant des dynamiques de co-création et de coaction.

En pratique, pourtant, l'engagement communautaire est souvent utilisé en deçà de son potentiel. Dans le cadre de la gestion des épidémies, l'engagement communautaire est souvent associé à la stratégie de « communication des risques ». Cela entraîne souvent leur amalgame, ou la réduction de l'engagement communautaire à des activités liées à la communication des risques. L'accent est alors souvent davantage mis sur la production de messages compréhensibles à l'égard des communautés, plutôt que sur une reconnaissance plus générale de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur capacité à co-concevoir des solutions. Il se peut par exemple qu'il y ait parmi les migrants forcés, des professionnels de santé ayant une formation particulièrement appropriée comme des compétences concrètes en matière de médecine d'urgence (chirurgie et/ou réponse aux risques épidémiques) ainsi que des compétences en matière de communication des risques pour la santé, susceptibles de s'avérer utiles au sein de leur propre communauté. Le retard dans la reconnaissance des compétences des membres des communautés minorisées et marginalisées a également eu un impact sur les vaccinations de la COVID-19.<sup>22,23</sup>

Un autre risque, plus insidieux, de mésusage de l'engagement communautaire existe : celui d'utiliser cet outil pour légitimer la mise en place d'activités politiques et de projets déjà prévus par les personnes/ autorités en charge de cet engagement communautaire. En consultant un groupe de citoyens, l'objectif n'est alors pas nécessairement d'obtenir son point de vue pour adapter sa pratique, mais de solliciter – voire peut-être même de manipuler – son approbation et son consentement.<sup>21</sup> Un autre obstacle important qui se heurte à l'« engagement communautaire » dans la pratique est la tendance à comprendre la « communauté » comme un concept totalisant et homogène qui obscurcit toutes formes de différences sociales et la dynamique du pouvoir au sein des populations.<sup>20</sup> Sans une prise en compte de ces rapports de pouvoir, ceux qui sont « engagés », quelle que soit la forme que prennent les activités, peuvent ne représenter qu'un petit sous-

ensemble de membres d'une communauté plus favorisée. Sous couvert d'un engagement communautaire, des activités, des politiques et des programmes peuvent ainsi exclure des membres moins puissants et plus vulnérables de ces mêmes communautés.

## **COMMENT LES COLLECTIVITES LOCALES PEUVENT-ELLES FAVORISER L'ÉGALITÉ VACCINALE EN CAS DE PANDÉMIE ?**

---

10 recommandations à l'attention des collectivités locales et des acteurs locaux connexes sont ici énumérées. Elles ont pour objectif d'atténuer les inégalités en matière de vaccins dans les quartiers paupérisés et multiculturels :

1. Soutenir la décentralisation et la flexibilité des programmes de vaccination. Les succès d'une bonne campagne vaccinale locale reposent sur la prise d'autonomie des collectivités locales et régionales. Le recours au vaccin par différents groupes sociaux a été observé dès lors que les collectivités locales avaient évalué correctement les besoins locaux, pu recourir à des modes alternatifs de provisionnement (par exemple, en utilisant des ressources alternatives ou en reposant sur des acteurs de confiance de la société civile) et soutenir l'engagement communautaire ainsi qu'une stratégie de communication adaptée (par rapport aux stratégies nationales de type « top-down »). Toutes fois, en soutenant la décentralisation, il ne s'agit en aucun de déresponsabiliser les niveaux supérieurs de l'administration car leur soutien financier, logistique et leurs conseils sont essentiels.
2. Les objectifs régionaux en matière de vaccination doivent tout autant reposer sur l'atteinte d'un objectif numérique que sur le principe d'équité. La logique de « vacciner autant de personnes que possible » doit être complétée par celle d'obtenir une équité entre les différents groupes sociaux et communautés du territoire. Selon le contexte, cela peut se faire par le ciblage de zones sensibles, ou de certains groupes identifiés comme à risque (à condition que le ciblage de groupes à risque n'apparaisse pas comme une forme de traitement discriminant). D'autres formes de stratégies visant à améliorer l'égalité vaccinale se doivent d'être explorées en tandem avec les communautés et les minorités concernées.
3. Dès le départ, les autorités locales doivent fournir des services et des ressources adaptés aux groupes issus des minorités. Des sites de vaccination sur mesure, l'utilisation de langues appropriées et l'embauche de travailleurs sociaux et de la santé au sein des communautés confèrent un sentiment de sécurité. Cela exige de travailler avec les organismes associatifs ancrés sur le territoire, des groupes communautaires mais aussi de s'appuyer sur le travail de personnes en charge de la cohésion sociale au sein des conseils d'arrondissement locaux. Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour que des groupes issus des différentes communautés du territoire puissent s'engager dans ce type de dynamiques mais aussi afin que l'engagement communautaire en matière de santé publique puisse constituer un réel outil pour les collectivités locales (p. ex., temps de personnel). Les associations de la société civile, les réseaux de militants et les représentants communautaires devraient également être impliqués dès que possible dans les groupes de travail chargés de mettre en place les stratégies de la lutte contre l'inégalité vaccinale.
4. Prévoir des sites et des lieux de vaccination adaptés aux communautés et mettre l'accent sur le fait « d'aller vers » les résidents. Les sites de vaccination de masse ont été efficaces pour vacciner un grand nombre de personnes. Ces sites doivent cependant être complétés par la création de sites de vaccination et par des opportunités de se faire vacciner plus accessibles aux résidents visés, ce qui pourrait inclure des sites de vaccination mobile, des bus de vaccination, des officines et des cabinets de médecins locaux, voire des services de porte-à-porte pour les plus vulnérables. Ces dispositifs seront d'autant plus efficaces qu'ils seront planifiés (plutôt que mis en place dans l'urgence) et soutenus par la diffusion d'informations dans plusieurs langues et dans des formats accessibles, adaptés aux différentes communautés. Les formes plus conventionnelles d'engagement (par exemple, les forums publics et les webinaires) prennent le

risque de toucher prioritairement les résidents déjà engagés, les efforts pour s'engager auprès de petits groupes communautaires et pour les rencontrer là où ils sont, sont donc importants.

5. La vaccination doit être le plus accessible possible et sans recensement gouvernemental. Les personnes qui ne jouissent pas d'une pleine citoyenneté dans leur pays de résidence, ne maîtrisent pas les langues officielles ou manquent d'accès (ou de compétences) numériques ont du mal à naviguer dans les systèmes de réservation en ligne. A ce titre, si de tels dispositifs sont proposés, ils doivent inclure un accès aux informations dans les langues locales les plus parlées. Des options d'accès à la vaccination sans rendez-vous doivent également être mises à disposition. L'enregistrement auprès des services de santé nationaux décourage les migrants dont les droits ne sont pas encore ouverts ou sont en cours de traitement, craignant d'être criminalisés ou déportés après avoir été vaccinés. Afin d'assurer l'accès à la vaccination aux migrants et aux réfugiés dont le statut de résidence est incertain, il est primordial proposer une vaccination sans recensement sur des registres gouvernementaux, et de créer des moyens sécurisés pour assurer le suivi du schéma vaccinal de chaque individu dans le temps et sur le territoire (avec des dispositifs capables de suivre une vaccination sur des lieux différents dans la ville). Les processus verticaux d'enregistrement des personnes migrantes induisent une exclusion de ces dernières. Il est donc nécessaire d'adapter les processus numériques aux besoins spécifiques des différentes communautés ciblées par les campagnes. Les collectivités devraient être incitées à trouver des solutions novatrices en matière d'enregistrement et traitement des données sanitaires des personnes migrantes.
6. Soutenir les collaborations et les approches communes entre autorités locales, professionnels de santé et groupes de résidents/organisations de la société civile. Identifier et recruter des leaders de confiance pour s'impliquer dans la campagne de vaccination. Cette collaboration ne devrait pas être réactive, mais se construire au fil du temps, et sera effective pour résoudre d'autres problèmes liés à l'égalité en matière de santé. S'appuyer sur les relations et les initiatives déjà existantes et encourager celles qui émergent au sein de territoires visés. Consolider les collaborations vertueuses qui ont émergé au cours de la pandémie. Financer les structures associatives communautaires locales afin qu'elles disposent des ressources financières et humaines suffisantes pour s'engager à long terme dans une collaboration avec les autorités locales et les résidents des quartiers visés. Recruter des dirigeants locaux pour soutenir les programmes de vaccination tout en tenant compte du fait que le degré de confiance peut être différent selon le groupe social ciblé. Éviter les généralisations sur les groupes religieux ou ethniques et rechercher une diversité de points de vue en leur sein. Soutenir et recruter des médiateurs afin d'articuler le travail social avec les activités médicales ; favoriser le recrutement d'interprètes en capacité de faire le lien entre les équipes de vaccination et les différentes communautés de résidents. Développer les compétences interpersonnelles et interculturelles des travailleurs de la santé, en particulier ceux qui travaillent dans des quartiers multiculturels. Mettre en relation directe les médiateurs interculturels et les prestataires de santé du territoire afin de soutenir le développement de ces compétences interculturelles, par le biais de formations interdisciplinaires.
7. S'attaquer aux contraintes structurelles et lutter contre les inégalités de santé sur le long terme pour rétablir la confiance et travailler la confiance vaccinale. Une réponse locale devrait tenir compte des contraintes structurelles qui affectent directement la confiance vaccinale. Les allocations versées aux personnes à faible revenu ou en situation d'emploi précaire pendant la pandémie se sont avérées utiles, ainsi que l'octroi de congés maladie adéquats. Fournir des vaccins à des horaires accessibles aux travailleurs précaires, par exemple, dans la soirée, voire directement sur le lieu de travail. La confiance est le corollaire de l'acceptation vaccinale. Afin de lutter contre la méfiance vaccinale et la fracture qui divise parfois les citoyens de l'Etat, le gouvernement et les autorités locales devraient investir dans les services publics, non seulement en termes de prestations médicales, mais aussi dans d'autres secteurs tels que le logement, les transports, la protection sociale et toutes autres formes d'opportunités économiques susceptibles de réduire les inégalités territoriales. Soutenir les centres de santé et les autres infrastructures de santé au sein de ces territoires, et les rendre accessibles. Améliorer la qualité des prestations

sanitaires dans ces quartiers afin qu'elles soient adaptées aux différents groupes démographiques y résidant (âge, langue, culture, etc.).

8. Adapter les messages, les formats et les canaux de communication aux besoins spécifiques des résidents sur le terrain et aux langues qu'ils maîtrisent le mieux. Développer des réseaux incluant des personnes issues de communautés culturellement et linguistiquement variées et identifier les moyens qu'ils privilégient pour accéder à l'information. Fournir des informations sous différentes formes (écrit, audiovisuel, en langue des signes, interprétariat, médiation interculturelle) afin que les destinataires puissent bénéficier des modes, canaux, formats et langues qui leur conviennent le mieux. Évaluer les besoins en matière de traduction, et traduire tous les conseils et documents dans les langues pertinentes, et dans des formats multiples, faciles d'accès à tous y compris aux utilisateurs de langue des signes, aux malentendants et aux groupes à faible niveau d'alphabétisation. Une communication facile d'accès dans la langue dominante aide autant la communauté linguistique principale que les locuteurs des autres langues. Orienter le recrutement de manière à développer les compétences linguistiques au sein des équipes de santé publique locales et travailler avec des traducteurs-interprètes et des médiateurs issus des communautés des résidents lors du déploiement des vaccins.
9. Mettre l'accent sur le dialogue horizontal et les échanges bienveillants plutôt que sur des approches descendantes et essentiellement informatives. Il est plus important d'avoir une bonne relation que de disposer des bonnes informations. Créer des espaces de questions-réponses où les membres des différentes communautés de résidents peuvent exprimer leurs craintes en toute sécurité au sujet des vaccins, poser des questions (questions-réponses individuelles ou de groupe avec les agents de santé), et parler de leurs expériences respectives. Assurer une communication multidirectionnelle et dans la langue adaptée. Veiller à ce que les représentants des différentes communautés puissent adresser des critiques à l'égard des programmes de vaccination et les différentes interventions menées durant la pandémie, et qu'ils reçoivent des réponses appropriées à ces critiques. Inclure des représentants des différentes communautés ainsi que des associations dans les instances de décision de santé publique locales.
10. Recueillir des données sanitaires à petite échelle sur les questions d'inégalité vaccinale et de diversité sociale. Rechercher des moyens – propres à chaque contexte – pour communiquer et recueillir des données sur les inégalités de santé. Il est important de savoir si certains groupes sociaux ou minorités sont plus touchés que d'autres par la maladie, ou ont un accès aux services de santé moins important ou de moindres qualités afin de lutter contre ces injustices.<sup>24</sup> Cela doit toutefois être fait sans stigmatiser des communautés en particulier, <sup>25</sup> ni nourrir de considérations racistes. Les données doivent être produites en collaboration avec les communautés et leurs dirigeants qui doivent avoir la possibilité de choisir des stratégies de représentation et de collecte de données qui leur conviennent. En opérant de la sorte, si d'éventuelles tensions émergent, elles pourront faire l'objet d'un traitement adéquat dans chaque commune ou arrondissement. La collecte de données doit également comporter une collecte de données qualitatives solides, qui intègre les perspectives et les expériences des individus lorsqu'ils abordent les choix de vaccination. <sup>25</sup>

## REMERCIEMENTS

Ce document a été rédigé par Santiago Ripoll (IDS- [s.ripoll@ids.ac.uk](mailto:s.ripoll@ids.ac.uk)), Tabatha Hrynick (IDS), Ashley Ouvrier (LaSSA), Megan Schmidt-Sane (IDS), Federico Federici (UCL) et Elizabeth Storer (LSE). Il a été revu par Eloisa Franchi (Université de Pavie) et Ellen Schwartz (Conseil de santé publique de Hackney). La recherche a été financée par la British Academy COVID-19 Recovery : Fonds G7 (COVG7210038).

## CONTACT

Si vous avez une demande directe concernant ce document, les outils, l'expertise technique supplémentaire ou l'analyse à distance, ou si vous souhaitez être considéré pour faire partie du réseau de conseillers, veuillez contacter la plate-forme des sciences sociales et de l'action humanitaire en envoyant un e-mail à ([a.lowden@ids.ac.uk](mailto:a.lowden@ids.ac.uk)) ou à Olivia Tulloch ([oliviattulloch@anthrologica.com](mailto:oliviattulloch@anthrologica.com)).

La Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institut d'études sur le développement, Anthrologica et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ce travail a été soutenu par le Bureau britannique des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement et le Wellcome Trust - Grant Number 219169/Z/19/Z. Les points de vue exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux des bailleurs de fonds, ni les points de vue ou les politiques d'IDS, d'Anthrologica ou de LSHTM.

# RESTEZ EN CONTACT



Citation suggérée : Ripoll, S., Hrynick, T., Ouvrier, A., Schmidt-Sane, M., Federici, F., et Storer, E (2023). 10 façons dont les gouvernements locaux en milieu urbain multiculturel peuvent appuyer l'égalité vaccinale en cas de pandémie. Document de présentation de la SSHAP. Sciences sociales dans l'action humanitaire (SSHAP) DOI : [10.19088/SSHAP.2023.001](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2023.001)

Publié en Mois 2023

© Institute of Development Studies 2023



Il s'agit d'un document Open Access distribué dans le cadre de la licence [Creative Commons Attribution 4,0 International \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), qui permet une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs et la source originaux soient dûment cités et que toutes les modifications ou adaptations soient indiquées

## BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Financial Times. (2022). Covid-19 vaccine tracker: The global race to vaccinate. <https://ig.ft.com/coronavirus-vaccine-tracker/>
2. L'Assurance Maladie. (2022). Les données de la vaccination contre la Covid-19. <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/type-vaccins/>
3. Sauthier, P. (2021, December 29). Vaccin contre le Covid-19: Quelles solutions face au retard pris par les quartiers nord de Marseille ? France 3 Provence-Alpes-Côte d'Azur. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/provence-alpes-cote-d-azur/bouches-du-rhone/metropole-aix-marseille/marseille/quartiers-nord/vaccin-contre-le-covid-19-quelles-solutions-face-au-retard-pris-par-les-quartiers-nord-de-marseille-2395201.html>
4. UK Government. (2022, April 4). Vaccinations in the UK. <https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations>
5. Insee. (2021). Décès en 2020: Hausse plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France, surtout en mars-avril—Insee Focus—231. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5353976>
6. Kontopantelis, E., Mamas, M. A., Webb, R. T., Castro, A., Rutter, M. K., Gale, C. P., Ashcroft, D. M., Pierce, M., Abel, K. M., Price, G., Faivre-Finn, C., Spall, H. G. C. V., Graham, M. M., Morciano, M., Martin, G. P., & Doran, T. (2021). Excess deaths from COVID-19 and other causes by region, neighbourhood deprivation level and place of death during the first 30 weeks of the pandemic in England and Wales: A retrospective registry study. *The Lancet Regional Health – Europe*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100144>
7. PHE. (2020). Beyond the Data: Understanding the Impact of COVID-19 on BAME Communities (p. 69).
8. Teerawattananon, Y., Teo, Y. Y., Lim, J. F. Y., Hsu, L. Y., & Dabak, S. (2021). Vaccinating undocumented migrants against covid-19. *BMJ*, 373, n1608. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1608>
9. NWL Health and Care Partnership. (2021, March). Towards vaccine equity—Through reducing variation in NWL CoViD-19 vaccination uptake. [https://www.nwlonccg.nhs.uk/application/files/5516/1770/2590/NWL\\_ICs\\_CoViD\\_Towards\\_Vaccine\\_Equity\\_Huddles\\_30.3\\_synthesis.pdf](https://www.nwlonccg.nhs.uk/application/files/5516/1770/2590/NWL_ICs_CoViD_Towards_Vaccine_Equity_Huddles_30.3_synthesis.pdf)
10. The Lancet Public Health, null. (2017). Public health is local. *The Lancet. Public Health*, 2(9), e387. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30170-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30170-6)
11. Fine, G. A., & Abramson, C. M. (2020). Ethnography in the time of Covid-19. *Vectors and the vulnerable. Etnografia e Ricerca Qualitativa*, 13(2), 165–174. <https://doi.org/10.3240/97802>
12. Gamlin, J., Segata, J., Berrio, L., Gibbon, S., & Ortega, F. (2021). Centring a critical medical anthropology of COVID-19 in global health discourse. *BMJ Global Health*, 6(6), e006132. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006132>
13. Smith, J. (2019). Overcoming the 'tyranny of the urgent': Integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gender & Development*, 27(2), 355–369. <https://doi.org/10.1080/13552074.2019.1615288>
14. Dry, S., & Leach, M. (2010). *Epidemics: Science, Governance and Social Justice*. Routledge. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/suss/detail.action?docID=585468>
15. Gao, H., Tyson, A., & Cheng, G. (n.d.). Novel virus, novel response: Local discretion and responses to COVID-19 in Hebei Province, China. *Asia & the Pacific Policy Studies*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/app5.342>
16. Sanfelici, M. (2020). The Italian Response to the COVID-19 Crisis: Lessons Learned and Future Direction in Social Development. *The International Journal of Community and Social Development*, 2(2), 191–210. <https://doi.org/10.1177/2516602620936037>
17. Binkin, N., Michieletto, F., Salmaso, S., & Russo, F. (2020). Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: A comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions, 2020. *MedRxiv*, 2020.04.10.20060707. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20060707>
18. Ross, S., Fenney, D., Thorstensen-Woll, C., & Buck, D. (2021). Directors of public health and the Covid-19 pandemic: The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/directors-public-health-covid-19-pandemic>
19. Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M. M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G., & Vainieri, M. (2021). Corona-regionalism? Differences in regional responses to COVID-19 in Italy. *Health Policy*, 125(9), 1179–1187. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.012>
20. Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': Anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 372(1721), 20160305. <https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305>
21. Osborne, C., Mayo, L., & Bussey, M. (2021). New frontiers in local government community engagement: Towards transformative place-based futures. *Futures*, 131, 102768. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102768>
22. Butler, C., & Al Sharou, K. (2019). Voices of Refugee Doctors in the United Kingdom: An Exploration of Their Linguistic and Cultural Needs and Aspirations. In *Intercultural Crisis Communication: Translation, Interpreting and Languages in Local Crises* (pp. 173–190). Springer.
23. Khan-Gökkaya, S., Higgen, S., & Mösko, M. (2019). Qualification programmes for immigrant health professionals: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(11), e0224933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224933>
24. Melchior, M., Desgrées du Loû, A., Gosselin, A., Datta, G. D., Carabali, M., Merckx, J., & Kaufman, J. S. (2021). Migrant status, ethnicity and COVID-19: More accurate European data are greatly needed. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(2), 160–162. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.10.014>
25. Stellmach, D., Beshar, I., Bedford, J., du Cros, P., & Stringer, B. (2018). Anthropology in public health emergencies: What is anthropology good for? *BMJ Global Health*, 3(2), e000534. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000534>

