



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2020-2021

La déclinaison départementale de la campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 en Ille-et-Vilaine

François TULLIER

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur Schweyer, mon directeur de mémoire, pour ses conseils bibliographiques et son intérêt pour mon sujet. A ce titre, je tenais à témoigner de ma gratitude à Monsieur Campéon pour sa bienveillance, ses conseils et ses encouragements à mon égard, mais aussi à Madame Mafféi pour sa disponibilité tout au long de l'année.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des collaborateurs de la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne pour m'avoir permis de m'intégrer dans leur équipe et de découvrir un environnement professionnel intéressant. Je remercie d'autant plus mes responsables de stage, Mme Deborne et M. Adam, pour leur disponibilité à mon égard, et mon directeur M. Le Goff pour sa confiance.

Merci à toutes les personnes ayant répondu favorablement à mes sollicitations pour des entretiens, ces derniers ayant permis d'enrichir considérablement le contenu de ce mémoire.

Enfin, merci à ma mère et à Valentin pour leurs relectures attentives et leurs conseils pertinents.

Sommaire

INTRODUCTION	3
<i>Problématisation</i>	<i>5</i>
<i>Méthodologie</i>	<i>6</i>
1 - UNE GESTION DE CRISE SANITAIRE PROLONGEE, CONTEXTE D'EMERGENCE DE LA CAMPAGNE VACCINALE CONTRE LA COVID-19	10
1.1 - LES CONSEQUENCES DE LA PANDEMIE SUR LES INSTITUTIONS POLITIQUES ET LE CHAMP SANITAIRE.....	10
1.1.1 - <i>Retour sur une pandémie perdurant : des mesures sanitaires étendues et prolongées.....</i>	<i>11</i>
1.1.2 - <i>Une recomposition organisationnelle : une répartition des rôles institutionnels en faveur de l'Etat.....</i>	<i>12</i>
1.1.3 - <i>L'impact de la crise Covid-19 sur le système hospitalier.....</i>	<i>13</i>
1.1.4 - <i>Le rôle des soins de premier recours et du secteur médico-social.....</i>	<i>15</i>
1.2 L'AVENEMENT IMPROMPTU D'UNE CAMPAGNE VACCINALE DE MASSE	16
1.2.1 - <i>Un contexte épidémiologique préoccupant, le développement rapide du vaccin et un nécessaire démarrage de la campagne.....</i>	<i>17</i>
1.2.2 - <i>Une préparation inégale des acteurs locaux, conséquence de la communication gouvernementale fluctuante</i>	<i>18</i>
1.2.3 - <i>Un démarrage français jugé complexe et justifié par une stratégie nationale.....</i>	<i>19</i>
1.3 - LES AXES DE LA STRATEGIE VACCINALE NATIONALE FACE AUX CONTRAINTES PRATIQUES.....	21
1.3.1 - <i>La priorisation des publics fragiles dans un contexte de manque de doses.....</i>	<i>21</i>
1.3.2 - <i>Le maillage territorial, premier défi du déploiement de la campagne vaccinale.....</i>	<i>22</i>
1.3.3 - <i>Grands précaires, personnes âgées et en situation de handicap : questions naissantes sur les inégalités d'accès au vaccin.....</i>	<i>24</i>
2 - LES ACTEURS DE LA DECLINAISON DEPARTEMENTALE DE LA CAMPAGNE VACCINALE EN ILLE-ET- VILAINE ET LEURS ROLES.....	26
2.1 - LES INSTITUTIONS ADMINISTRATIVES : DES DEGRES D'IMPLICATION DIFFERENCIES	26
2.1.1 - <i>La délégation départementale de l'ARS, une animation protéiforme de la campagne vaccinale</i>	<i>27</i>
2.1.2 - <i>La CPAM, organisme fortement sollicité et une nécessaire adaptation</i>	<i>31</i>
2.1.3 - <i>Etat local et collectivités territoriales dans la campagne vaccinale.....</i>	<i>34</i>
2.2 TYPOLOGIE DES CENTRES DE VACCINATION EN ILLE-ET-VILAINE	37
2.2.1 - <i>Les hospitaliers : les premiers jalons de l'offre en centres sur le territoire</i>	<i>37</i>
2.2.2 - <i>Les centres ambulatoires, nombreux et aux réalités diverses</i>	<i>41</i>
2.2.3 - <i>Les Centres de Grande Capacité ou vaccinodromes : l'implication de la préfecture et du conseil départemental par le biais du SDIS-35.....</i>	<i>45</i>

2.3	- LA VACCINATION HORS CENTRE, UNE OFFRE HETEROCLITE EN REPONSE AUX PROBLEMATIQUES DE LA CAMPAGNE VACCINALE.....	48
2.3.1	- <i>Les opérations d’aller-vers, garant de l’égalité d’accès au vaccin</i>	48
2.3.2	- <i>La vaccination en ville, autre acteur du maillage territorial et garant de l’égalité d’accès au vaccin</i>	53
2.3.3	- <i>Un nouveau type d’aller-vers : le projet de vaccination par les médiateurs Lutte Anti-Covid</i>	55
3	- LES DIFFICULTES LIEES A LA VACCINATION DEPARTEMENTALE ET LES PROBLEMATIQUES EMERGENTES	57
3.1	- LES DIRECTIVES DESCENDANTES : CONTRAINTES A LA CAMPAGNE VACCINALE DEPARTEMENTALE	57
3.1.1	- <i>L’échelon national, maître du processus décisionnel</i>	57
3.1.2	- <i>Une gestion des centres complexifiée par les plateformes nationales</i>	59
3.1.3	- <i>Des centres de vaccination assujettis aux répartitions régionales</i>	61
3.2	- DES ENJEUX PROPRES A L’ILLE-ET-VILAINE	62
3.2.1	- <i>Le nécessaire maintien de l’activité vaccinale et ses contraintes</i>	62
3.2.2	- <i>La vaccination des publics jeunes : un défi logistique départemental</i>	64
3.2.3	- <i>Les futurs rappels, perspective de prolongation de la campagne nécessitant organisation</i>	66
3.3	- HESITATION VACCINALE ET RETICENCE DE LA POPULATION FACE AUX MESURES GOUVERNEMENTALES	67
3.3.1	- <i>Hésitation et opposition à la vaccination : une spécificité française</i>	67
3.3.2	- <i>Le pass sanitaire : une tentative de réponse face au plafond vaccinal</i>	68
3.3.3	- <i>Des discours anti-vaccination renforcés par le pass : un obstacle pour la poursuite de la vaccination</i>	69
	CONCLUSION	71
	BIBLIOGRAPHIE.....	77
	<i>Ouvrages et chapitres d’ouvrages universitaires</i>	77
	<i>Articles universitaires</i>	77
	<i>Articles de presse</i>	79
	<i>Etudes</i>	82
	<i>Publication d’institutions politiques ou sanitaires</i>	82
	<i>Sitographie</i>	84
	<i>Sources juridiques</i>	84
	LISTE DES ANNEXES.....	85
	ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES MESURES SANITAIRES CONTRE LA COVID-19	86
	ANNEXE 2 : CHRONOLOGIE DES PRINCIPALES PUBLICATIONS DE LA HAS SUR LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19	90
	ANNEXE 3 : COMPARAISON ENTRE LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DE L’OMS SUR LA STRATEGIE DE PRIORISATION DES POPULATIONS A VACCINER A LA FIN DE L’ANNEE 2020.....	91
	ANNEXE 4 : LISTE DES ENTRETIENS.....	93

ANNEXE 5 : GUIDES D'ENTRETIENS	95
ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	96
ANNEXE 7 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS REALISES AVEC DES PORTEURS DE CENTRES DE VACCINATION	97
ANNEXE 8 : EXTRAIT DE LA DOCTRINE REGIONALE DE FINANCEMENT DES CENTRES DE VACCINATION AMBULATOIRES DE L'ARS BRETAGNE	98
ANNEXE 9 : LOGISTIQUE ET FLUX DE VACCINS	99
ANNEXE 10 : TABLEAU DE L'EVOLUTION DU VOLUME VACCINAL DES CENTRES DE VACCINATION DEPARTEMENTAUX	101
ANNEXE 11 : EXTRAITS DU TABLEAU DE BORD SUR LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE PRODUIT PAR LE SERVICE COMMUNICATION DE L'ARS BRETAGNE	102
ANNEXE 12 : TABLEAU DES CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 EN ILLE-ET-VILAINE	104
ANNEXE 13 : EXTRAITS DE LA BROCHURE EXPLICATIVE SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'EQUIPE MOBILE DE VACCINATION BRETEILLIENNE EN DIRECTION DES ESMS.....	107
ANNEXE 14 : REPARTITION DES CENTRES DE VACCINATION BRETONS ENTRE LES DIFFERENTES PLATEFORMES DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE	108
ANNEXE 15 : TAUX DE COUVERTURE VACCINALE PAR EPCI.....	109
ANNEXE 16 : DOCUMENTATION DU CENTRE DE VACCINATION DE MONTFORT-SUR-MEU SUR LA PROVENANCE DES VACCINES DU CENTRE.....	113
ANNEXE 17 : REMUNERATION DES OPERATIONS DE VACCINATION POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	116
ANNEXE 18 : CARTE DES CENTRES DE VACCINATION EN ILLE-ET-VILAINE	118
ANNEXE 19 : CALENDRIER DE L'EVOLUTION DE L'ELIGIBILITE AU VACCIN	119
NOTE REFLEXIVE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Liste des sigles utilisés

ADPC : Association Départementale de Protection Civile

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité des Médicaments

ANSP : Agence Nationale de Santé Publique, autre appellation Santé Publique France (SPF)

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CARE : Comité d'Analyse, Recherche et Expertise

CC : Communauté de Communes

CCAS : Centre Communal d'Action Social

CDV : Centre De Vaccination

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte de Professionnel de Santé

DD : Délégation Départementale (elle se réfère ici aux délégations départementales des ARS, et généralement à la DD35, Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne).

DD35 : Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne

DGS : Direction Générale des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMA : European Medicines Agency (ou Agence Européenne du Médicament)

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux

ESP : Equipe de Soins Primaires

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GRAAL : Groupement de Recherches et d'Actions des Associations Locales

HAS : Haute Autorité de Santé

LAC : Lutte Anti-Covid (expression accolée au terme de médiateur, une initiative en lien avec la gestion de la pandémie par les ARS, dans une logique de prévention et de promotion de la santé).

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

QPV : Quartier Politique de la Ville

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours (sauf mention contraire, ce dernier se rapporte au SDIS-35, le Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Ille-et-Vilaine)

SPF : Santé Publique France, autre appellation de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP)

UE : Union Européenne

Introduction

Selon Yves Cohen, chef de service de réanimation des hôpitaux Avicenne et Jean-Verdier en Seine-Saint-Denis, le premier cas positif à la Covid-19 date du 27 décembre 2019¹. Le 27 décembre 2020, soit un an plus tard, la première dose de vaccin Pfizer contre la Covid-19 était injectée en France². Durant ce laps de temps, le Président de la République Emmanuel Macron avait annoncé la « guerre » au virus dans une adresse aux français, le 16 mars 2020³. Une citation, prêtée à Lénine, présente la guerre « comme accélérateur de l'Histoire », la vitesse de développement des vaccins contre la Covid-19 illustrant cette assertion. Et si la France n'a pas développé de vaccin par le biais de ses laboratoires, elle a su entamer sa campagne vaccinale dans la même temporalité que ses voisins européens, montrant, pour reprendre un autre apocryphe du dirigeant soviétique, que « là où il y a une volonté, il y a un chemin ».

Le 30 janvier 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé mettait en lumière l'émergence d'un nouveau coronavirus, la Covid-19, qui deviendra dès lors une problématique de santé publique de portée internationale. Cette crise sanitaire a été exceptionnelle du fait des moyens mis en œuvre pour la combattre : mesures de confinement de la population, de couvre-feu, investissements massifs dans la recherche et le développement de vaccins. Elle l'a aussi été par sa durée. Nous entendrons, à l'image de l'approche de Patrick Hassenteufel et Sabine Saurruger, comme des focusing events ou des ruptures d'équilibre constituant « des facteurs clefs de réalignements structurels rapides »⁴. Comme ils le soulignent, les crises sont en certains cas considérées comme des urgences « au sens où l'absence d'action est considérée comme conduisant à une détérioration de la situation »⁵. Cette analyse s'applique à la crise Covid-19, les « tâtonnements »⁶ du gouvernement ayant souvent été mis en cause, et plus encore à la vaccination. La mise en place de

¹ PAYET, Marc. Coronavirus : un premier cas en France dès le 27 décembre. *Le Parisien*, 3 mai 2020. [Accessible en ligne] : <https://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-un-premier-cas-en-france-des-le-27-decembre-03-05-2020-8310117.php>

² MERO, Florence. Covid-19 : Mauricette, la première vaccinée de France, a reçu sa seconde injection. *Le Parisien*, 19 janvier 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.leparisien.fr/societe/sante/covid-19-mauricette-la-premiere-vaccinee-de-france-a-recu-sa-seconde-injection-19-01-2021-8420006.php>

³ BLOCH, Michaël. « Nous sommes en guerre » Emmanuel Macron annonce un confinement à l'italienne. *Le Journal du Dimanche*, 16 mars 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.lejdd.fr/Politique/nous-sommes-en-guerre-emmanuel-macron-annonce-un-confinement-a-litalienne-3955800>

⁴ HASSENTEUFEL, Patrick et SAURUGGER, Sabine. Les politiques publiques dans la crise : 2008 et ses suites. *Presses de Sciences Po*, 2021. p. 7-10.

⁵ Ibid.

⁶ FAYE, Olivier et GATINOIS, Claire. Covid-19 : face au chiffon rouge du tri des malades, Emmanuel Macron accusé de « tâtonnements ». *Le Monde*, 1er avril 2021. [Accessible en ligne] : https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/03/31/coronavirus-face-au-chiffon-rouge-du-tri-des-malades-emmanuel-macron-accuse-de-tatonnements_6075049_823448.html

la campagne vaccinale a été considérée par nombre de français comme trop lente, et les pouvoirs publics en ont porté la responsabilité à leurs yeux.

La gestion de crise a porté, dans un premier temps, sur la gestion des capacités hospitalières, et notamment celle des lits de réanimation, pour permettre à chaque malade une prise en charge. Dans ce contexte, la vaccination contre le Covid-19 a été présentée par les pouvoirs publics comme une porte de sortie de cette crise sanitaire⁷. Or, la vitesse à laquelle les vaccins ont été développés et ont bénéficié d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) émanant de la Commission Européenne et d'une autorisation de la part de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) a pu surprendre, y compris au niveau gouvernemental. Un vaccin est défini comme « une préparation antigénique dont l'administration a pour but de provoquer une réponse immunitaire de l'organisme vacciné [...] et va permettre de protéger contre l'infection naturelle soit en évitant son apparition soit en limitant les effets »⁸. Il est à noter que les vaccins contre le Covid-19, à l'instar de nombreux autres vaccins, « ont un double effet de protection, à la fois individuel et collectif : on vise l'immunité de groupe »⁹. Or, pour parvenir à l'objectif d'immunité collective propre à toute campagne vaccinale de masse, une stratégie vaccinale est nécessaire. La stratégie vaccinale est définie comme « adaptée en fonction des évolutions épidémiologiques des maladies et des données relatives à l'efficacité et à la tolérance des vaccins disponibles »¹⁰. La vaccination doit être intégrée dans un cadre plus global, notamment par le biais du dépistage.

Comme le soulignent Hassenteufel et Saurugger, cette « situation nouvelle » qu'est la pandémie constitue « une urgence au sens où l'absence d'action est considérée comme conduisant à une détérioration de la situation »¹¹. C'est pourquoi, dès lors que les premiers vaccins furent autorisés par les instances compétentes, la mise en place d'une campagne vaccinale contre le Covid-19 est rapidement passée d'un défi organisationnel futur à anticiper à un enjeu opérationnel concret. C'est dans un contexte épidémique de crainte d'une troisième vague, faisant suite à un second confinement éprouvant et dans un laps de temps restreint, que se sont décidées les modalités de déploiement de la campagne vaccinale de masse, et la priorisation des publics à la stratégie de maillage territorial. Qu'il s'agisse de l'échelle nationale, notamment incarnée par le gouvernement, des institutions administratives telles que l'Assurance Maladie ou les Agences

⁷ DUMONT, Julia. Covid-19 : « Le déconfinement ne peut fonctionner qu'avec les mesures barrière et la vaccination ». France24, le 30 avril 2021. <https://www.france24.com/fr/france/20210430-covid-19-le-d%C3%A9confinement-ne-peut-fonctionner-qu-avec-les-mesures-barri%C3%A8re-et-la-vaccination>

⁸ RAIMONDEAU, Jacques et al. *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP, 2020. p. 350.

⁹ VILDÉ, Jean-Louis. L'obligation vaccinale en question. *Laennec*, 2015, vol. 63, no 3, p. 8-23.

¹⁰ RAIMONDEAU, Jacques et al. *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP, 2020. p. 353.

¹¹ HASSENTEUFEL, Patrick et SAURUGGER, Sabine. Les politiques publiques dans la crise : 2008 et ses suites. *Presses de Sciences Po*, 2021. p. 7-10.

Régionales de Santé, des collectivités locales, des établissements sanitaires ou médico-sociaux mais aussi des professionnels de santé : de nombreux acteurs concourent, depuis des mois, au déploiement de la campagne vaccinale. Les difficultés liées à la mise en place accélérée d'un dispositif d'une telle ampleur ont soulevé de nombreuses problématiques, fussent-elles logistiques, organisationnelles ou opérationnelles.

Problématisation

La campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 est, à plus d'un titre, un défi de santé publique. C'est, d'abord, un enjeu impliquant des choix éminemment politiques avec l'arbitrage entre la vaccination de ville et en centre de vaccination, mais aussi le choix des vaccins privilégiés. Il s'agit également d'un défi logistique, avec des questions liées aux contextes d'utilisation des différents vaccins, aux dispositifs d'aller-vers. Dans ce contexte, la prise de décision semble s'être centralisée. L'Etat apparaît maître du processus décisionnel sur les questions de politique vaccinale, et une « présidentialisation » de la prise de décision est observée¹².

Les échanges avec les centres de vaccination du département et leurs structures porteuses (structures d'exercice coordonné, centres hospitaliers, mairies et SDIS), mais aussi avec d'autres acteurs de la campagne vaccinale à l'image de l'Agence Régionale Bretagne (ARS) et sa Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine (DD35), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) De Rennes ou encore la préfecture d'Ille-et-Vilaine ont amené la question de la marge de manœuvre des opérateurs locaux de la campagne de vaccination nationale. La mise en œuvre et la gestion de la campagne vaccinale par des acteurs locaux permettent de s'interroger sur les capacités de réflexion, de collaboration et d'initiative de ces derniers, sous-estimés durant la gestion de l'épidémie par un pouvoir politique français centralisé¹³. L'objectif est ici de démontrer que, si l'échelon départemental et ses acteurs institutionnels sont tenus à l'application de principes, de consignes et de recommandations nationales, et sont dépendants de certaines directives ou compétences régionales, la prise de décision existe aussi à l'échelle départementale, des choix organisationnels et opérationnels y étant effectués. Ces derniers ont, d'ailleurs, une incidence pratique sur l'efficacité de la campagne vaccinale à l'échelon local. En effet, le maillage territorial des centres de vaccination, le choix des structures porteuses, l'implication des acteurs locaux (institutions administratives, associations de professionnels de santé, établissements sanitaires et

¹² JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

¹³ BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, et al. Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

médico-sociaux par exemple), l'allocation des doses aux centres, l'équilibre entre les flux A et B, la mobilisation des prescripteurs « de ville », la mise en place de dispositif « d'aller vers » et les choix de modalité retenus sont des questions qui se sont posées à l'échelon départemental et qui ont directement influencé la dynamique vaccinale bretonne. L'intérêt de l'étude de ce territoire réside dans le fait qu'il affiche actuellement une vaccination proche de la moyenne nationale, mais nettement en deçà de la moyenne bretonne. Dès lors, il est légitime de se demander quels sont les facteurs qui peuvent expliquer ce constat, et s'il est imputable aux acteurs du département ou à des causes que ces derniers ne maîtrisent pas. In fine, nous nous demanderons :

Quels acteurs se sont impliqués dans la campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 en Ille-et-Vilaine ? Quel fût le rôle de ces différents protagonistes pour répondre à ce défi ? Quels ont été les dispositifs opérationnels et organisationnels mis en place par les acteurs ? et comment ces derniers ont-ils affirmé ou réaffirmé leur rôle de santé publique au cours de cette gestion de crise ?

Ainsi, l'analyse portera d'abord sur le contexte d'émergence de la campagne vaccinale de masse contre la Covid-19, détaillant la gestion de crise en amont de cette dernière, la préparation des acteurs locaux à cette éventualité ainsi que ses axes stratégiques préliminaires (partie 1). Ensuite, nous détaillerons le rôle des différents acteurs de la vaccination sur le département, qu'il s'agisse des institutions administratives, des centres de vaccination dans leur diversité ou des autres porteurs de la vaccination, situés hors des centres. L'objectif sera d'inventorier le type d'offre vaccinale qu'ils peuvent porter, ainsi que les problématiques qu'ils rencontrent (partie 2). Enfin, le dernier axe de développement sera centré autour des difficultés bretonnes rencontrées durant la campagne, et d'en analyser les problématiques émergentes (partie 3).

Méthodologie

Comme explicité, le choix du périmètre du terrain d'étude a été motivé par le constat du nombre de problématiques liées à la vaccination prise en compte à l'échelon départemental. Les échanges avec les acteurs locaux et les entretiens menés ont confirmé l'échelon départemental comme étant pertinent pour analyser le déploiement et l'animation de la campagne vaccinale. L'intérêt de l'Ille-et-Vilaine réside également par la diversité de sa composition. Département breton le plus peuplé, le territoire bretonne contient en son sein la plus grande métropole régionale, Rennes. Cependant, certaines EPCI, notamment au sud-ouest du département, sont bien moins densément peuplées. Cette hétérogénéité au sein même du territoire rend son étude intéressante car dotée de problématiques diverses et territorialisées : la métropole rennaise, la communauté de

communes de Couesnon Marches de Bretagne, les EPCI du littoral breillien sont des territoires très différents, dans leur démographie comme dans la couverture en professionnels de santé, et ces différences se répercutent sur la campagne vaccinale.

L'analyse de la campagne vaccinale passe, comme le souligne la problématique retenue, par celle de l'action des protagonistes de la vaccination. Les acteurs de la campagne vaccinale à l'échelle départementale sont nombreux. En première ligne se trouvent ceux directement impliqués dans les centres de vaccination : qu'il s'agisse du personnel soignant (médical ou paramédical, libéral, salarié, retraité ou même étudiant), des structures porteuses des centres (structures d'exercice coordonné, établissements sanitaires et Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), mairies, collectivités territoriales, Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)) ou de leurs partenaires (communautés de communes et agglomérations notamment). Mais la vaccination contre la Covid-19 est aussi l'objet de l'action d'institutions administratives présentes sur le territoire breillien, parmi lesquelles l'ARS, par le biais du siège pour son influence mais en particulier de sa délégation départementale. La DD35 est ainsi en charge de l'animation de la campagne vaccinale et de l'accompagnement des centres, mais aussi de la mise en place d'initiatives comme des dispositifs « d'aller-vers » ou de la prévention et promotion de la santé par le biais des Médiateurs Lutte Anti-Covid (Médiateurs LAC). La CPAM de Rennes a également un rôle important, notamment dans la rémunération des professionnels de santé, mais aussi, à l'image de l'ARS, dans son accompagnement quotidien des centres sur les questionnements techniques qu'ils peuvent rencontrer. Autre acteur impliqué dans la gestion de cette campagne, le rôle de la Préfecture d'Ille-et-Vilaine, parfois plus opaque pour les Centres de Vaccination, se doit d'être étudié au cours de cette démarche.

L'étude de la campagne de vaccination a donc d'abord été l'objet d'une revue de presse des grands titres nationaux (*Le Monde, Libération, l'Express, Le Point* etc.) régulière, ainsi que des sites d'informations tels que *FranceInfo* ou *France24*. Cette dernière a été couplée par un suivi de la presse régionale, notamment celle de *Ouest France*, pour étudier la communication médiatique et les enjeux soulevés par le journal sur la question de la campagne vaccinale breillienne. Cette veille a été facilitée par les dépêches et revues d'actualité proposées par *Hospimédia* et *APMnews*, permettant l'accès à des informations émanant de titre de presse plus spécialisés tels que *Le Quotidien du médecin*.

A cette veille documentaire s'est ajoutée une veille juridique, indispensable dans le suivi de questions liées à l'éligibilité des personnes à la vaccination, les publics autorisés pour chaque vaccin, les évolutions de doctrine vis-à-vis de la vaccination de publics cibles. Cette dernière a été facilitée

par la veille juridique transmise par les services de l'ARS. Parmi les documents officiels les plus régulièrement mobilisés, on peut citer ceux adressés par le Ministère des Solidarités et de la Santé et intitulés « MINSANTE / CORRUSS », mais aussi les « DGS-Urgent » concernant l'évolution de la campagne vaccinale et à destination des professionnels de santé.

Ensuite, la documentation interne à l'ARS a été l'une des sources les plus valorisables, à plus d'un titre, qu'il s'agisse de questions de création de centres et de choix de maillage territorial, de la logistique et l'allocation départementale des doses de vaccin, les modalités de financement ou encore sur le suivi épidémiologique.

Pour compléter ces ressources médiatiques, juridiques, ces documents officiels et internes, une revue de littérature a été effectuée, sur les thématiques liées à la problématique et aux déterminants de la déclinaison de la campagne vaccinale contre la Covid-19 à l'échelle départementale. Parmi les thèmes retenus, on peut noter la gestion de la crise sanitaire Covid-19, mais aussi la gestion et la communication de crise dans un cadre plus général, mais aussi la stratégie vaccinale, avec des articles sur des retours d'expérience sur des campagnes vaccinales de masse françaises telles que celle contre le virus H1N1. En lien avec ces questions, des articles sur des concepts tels que l'hésitation, mais aussi la réticence et l'obligation vaccinale furent retenus. Enfin, le dernier volet des publications universitaires étudiées a trait au rôle des administrations publiques en temps de crise, et plus particulièrement celui des administrations locales, bien que l'analyse des fonctions gouvernementales et présidentielles dans ce contexte ait été nécessaire et enrichissante.

Enfin, ce corpus documentaire a été appuyé sur un ensemble de 20 entretiens semi-directifs effectués avec un panel de protagonistes de la vaccination contre la Covid-19 dans l'optique d'approfondir l'analyse et la compréhension des enjeux liés à la déclinaison départementale de cette campagne vaccinale. Parmi ces échanges, 11 des responsables des quelques 19 centres de vaccination en fonctionnement en juillet en Ille-et-Vilaine ont accepté de revenir sur leur expérience. Ces derniers étant des acteurs de front, la volonté était de pouvoir recueillir le témoignage des gestionnaires des centres dans toute leur diversité, que ce soit en termes de volume vaccinal (du centre de grande capacité Robert Poirier à Rennes, plus important de la région, au plus petit du département, à Val-Couesnon¹⁴), de situation géographique (dans l'optique de mettre en avant les questions de maillage territorial), mais aussi de type de porteur (portage par les structures d'exercice, établissements sanitaires, mairies ou SDIS). A ces 13 entretiens avec 11

¹⁴ GRISOT, Paul. Reportage. Le centre de vaccination « à taille humaine » d'Antrain, plus petit d'Ille-et-Vilaine. Ouest France, 28 avril 2021. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/ille-et-vilaine/reportage-au-centre-de-vaccination-a-taille-humaine-d-antrain-le-plus-petit-d-ille-et-vilaine-1831c504-a7ee-11eb-b152-ab3b087a49aa>

centres de vaccination différents, s'ajoutent d'autres temps avec des acteurs identifiés comme primordiaux dans l'activité vaccinale. Parmi eux, le siège de l'ARS Bretagne, échelle régionale déterminant notamment la clé de répartition des doses allouées aux différents départements bretons. Ensuite, la Délégation Départementale d'Ille-et-Vilaine m'a accordé deux temps d'échange : le premier avait pour ambition de traiter du rôle de cette structure dans la mise en place de la campagne vaccinale ainsi que dans la constitution du maillage territorial, de l'accompagnement des centres et dans les initiatives d'aller vers. Le second se concentrait sur le rôle des médiateurs LAC dans la crise sanitaire et plus particulièrement dans la campagne vaccinale, entre prévention et promotion de la santé et projet d'aller-vers vaccinal à destination des Quartiers Politique de la Ville (QPV). Dans ce cadre, la directrice du centre de réadaptation Patis Fraux, missionnée sur la vaccination en aller-vers à destination des personnes en situation de handicap et sur la répartition des doses à destination des ESMS a pu enrichir la recherche. Sur cette question de logistique des doses, la PUI du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes a répondu positivement à la sollicitation et a su être éclairante sur le cheminement des vaccins et les enjeux liés à ce sujet. Parmi les institutions administratives démarchées pour un entretien, la CPAM de Rennes a consenti à expliciter son rôle dans la campagne de vaccination, la préfecture n'ayant pas répondu à cette invitation. Enfin, un dernier temps d'échange a pu avoir lieu avec un responsable régional de la plateforme de rendez-vous en ligne Doctolib, particulièrement indispensable au bon fonctionnement de l'offre vaccinale en centres comme en pharmacie sur le département. La liste complète des 20 entretiens menés est consultable en annexe 4, avec les guides listés en annexe 5. Retranscrits, ces entretiens sont disponibles pour 12 d'entre eux en annexe 6, ces derniers ayant été sélectionnés pour former un aperçu représentatif des échanges, les 13 entretiens avec les centres de vaccination pouvant être redondants.

1 - Une gestion de crise sanitaire prolongée, contexte d'émergence de la campagne vaccinale contre la Covid-19

La pandémie de Covid-19 s'est développée en France au début de l'année 2020, entraînant des mesures sanitaires sans précédent dès le mois de mars. De la gestion de cette pandémie résulte une mobilisation des champs sanitaires et des institutions politiques, avec l'émergence d'une législation d'exception, qualifiée même de « tsunami juridique »¹⁵. Dans ce contexte politique et sanitaire particulièrement complexe, l'arrivée des vaccins, présentée un temps comme un horizon lointain et libérateur, va prendre les responsables politiques de court du fait de leur développement rapide. Dès lors, leur existence suppose l'organisation rapide d'une campagne vaccinale de masse pour protéger la population française. Si, comme le montrait Edgar Morin, le concept de crise signifie à l'origine décision¹⁶, il se confond dorénavant avec l'indécision politique¹⁷. Ce reproche, formulé à l'encontre de l'exécutif français, a pesé sur ses choix. Cependant, l'adaptation de la stratégie vaccinale par le pouvoir politique est également à mettre au compte d'un contexte épidémiologique et géopolitique particulier, mais surtout à des contraintes logistiques d'ampleur, notamment en termes de nombre de doses disponibles.

1.1 - Les conséquences de la pandémie sur les institutions politiques et le champ sanitaire

La durée de la crise sanitaire est exceptionnelle. Le premier cas de Covid-19 en France est daté, selon le professeur Cohen de l'hôpital Jean Verdier, au 27 décembre 2019¹⁸, et les premières mesures de lutte contre la pandémie ont été prises dès février 2020¹⁹. Ces dernières ont marqué la gestion de l'épidémie, et ont modifié les rapports de force décisionnels en faveur de l'Etat. Ce fonctionnement prolongé en gestion de crise a eu des conséquences sur le monde hospitalier, en première ligne de la lutte contre la pandémie, ces dernières ayant des conséquences directes sur la campagne vaccinale qui s'en suivra. Enfin, autour de ces structures hospitalières, les acteurs du champ sanitaire et médico-social que sont les soins de premier recours et les Etablissements et Services Médico-sociaux ont dû faire face à un isolement complexe.

¹⁵ TABUTEAU, Didier. Législations et épidémies. *Les Tribunes de la santé*, 2020, no 4, p. 75-88.

¹⁶ Le mot crise provient du grec « krisis ».

¹⁷ MORIN, Edgar. Pour une crisologie. *Communications*, 1976, vol. 25, no 1, p. 149-163.

¹⁸ PAYET, Marc. Coronavirus : un premier cas en France dès le 27 décembre. *Le Parisien*, 3 mai 2020. [Accessible en ligne] : <https://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-un-premier-cas-en-france-des-le-27-decembre-03-05-2020-8310117.php>

¹⁹ Cf. Annexe 1 : Chronologie des principales mesures sanitaires contre la Covid-19.

1.1.1 - Retour sur une pandémie perdurant : des mesures sanitaires étendues et prolongées

La progression de la pandémie en France, au début de l'année 2020, a rapidement entraîné des mesures sanitaires pour tenter de la limiter. Cette gestion épidémique reposait notamment sur une communication politique plus abondante et personnalisée, notamment autour des figures de l'exécutif (Président de la République, Premier Ministre et Ministre des Solidarités et de la Santé). L'objectif est double, il concourt à rassurer la population sur la gestion étatique de la crise sanitaire, mais également à faire consentir la population aux mesures restreignant leurs libertés dans le but de freiner l'épidémie²⁰. L'objectif est, comme le souligne l'épidémiologiste Philippe Amouyel, de maîtriser la situation dans les hôpitaux dans la mesure où « la crise sanitaire naît essentiellement de la saturation des hôpitaux »²¹. Il apparaît d'ailleurs, rétrospectivement, que la crise de la Covid-19 a été « gérée en fonction de la capacité des services de réanimation »²².

Répondant aux alertes émises par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le stade 1 du plan Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) est déclenché le 13 février 2020. Le 29 février, ce dernier passera au stade 2, avant l'enclenchement du stade 3 le 14 mars. Le durcissement des mesures de lutte contre la pandémie connaîtra son paroxysme deux jours plus tard avec le confinement de la population, face à « l'absence d'alternative » présentée par l'exécutif²³. Des mesures similaires de confinement de la population (dont les modalités diffèrent), ainsi que de couvre-feu seront par la suite réitérées.

Juridiquement, la réponse des pouvoirs publics à la pandémie est passée par une « réglementation d'exception » dans la mesure où les régimes « existant dans le droit positif français n'ont pas été jugés suffisamment adaptés »²⁴. La gestion de l'épidémie Covid-19 est d'ailleurs considérée comme une « étape cruciale dans le développement du droit de la santé »²⁵. En effet, la loi du 23 mars 2020 forge le concept « d'état d'urgence sanitaire »²⁶, assorti de ce que Didier Tabuteau qualifie de « tsunami juridique »²⁷.

²⁰ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 3-25.

²¹ VINIACOURT, Elise. Restrictions face au variant delta : « Pour une fois, le gouvernement a anticipé ». *Libération*, 13 juillet 2021. [Accessible en ligne] : https://www.liberation.fr/societe/sante/restrictions-face-au-variant-delta-pour-une-fois-le-gouvernement-a-anticipe-20210713_N5WMSZT5VREZDHNHG5GZFX6SWI/

²² FAUGERE, Mireille. L'hôpital public face à la crise de la Covid-19. *Revue d'économie financière*, 2020, no 3, p. 101-106.

²³ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 122-138.

²⁴ JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

²⁵ TABUTEAU, Didier. Législations et épidémies. *Les Tribunes de la santé*, 2020, no 4, p. 75-88.

²⁶ Loi du 23 mars 2020 [Accessible en ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313/>

²⁷ TABUTEAU, Didier. Législations et épidémies. *Les Tribunes de la santé*, 2020, no 4, p. 75-88.

Si, dans un premier temps, les mesures restrictives se justifiaient principalement par les tensions en services de réanimation, un nouvel indicateur va progressivement s'y substituer : il s'agit de la proportion de la population vaccinée. En témoigne notamment la citation du Ministre des Solidarités et de la Santé Olivier Véran, déclarant que le vaccin est « 100% efficace contre le confinement »²⁸. Si l'objectif de maîtrise de la situation des établissements sanitaires reste la priorité de cette gestion de crise, cette dernière ne passe plus par des mesures restrictives mais par la vaccination de masse de la population française²⁹.

1.1.2 - Une recomposition organisationnelle : une répartition des rôles institutionnels en faveur de l'Etat

La crise est définie par Hassenteufel comme « un contexte favorable au changement »³⁰. En effet, la crise remet en question la stabilité des institutions et constitue ainsi une fenêtre d'opportunité pour impulser le changement, ce dont sont capables les « Policy Entrepreneurs », type d'acteur particulièrement qualifié pour bouleverser l'équilibre des forces décisionnelles et au sein duquel figure l'Etat³¹. L'Etat considère que la gestion des risques, la protection de la population, serait au nombre de ses « prérogatives historiques »³², phénomène d'autant plus marqué dans le cas d'une crise sanitaire dans la mesure où il tend à défendre sa « bio-légitimité »³³ dans cette gestion pandémique.

Le processus décisionnel a, au cours de la pandémie, été centralisé au sommet de l'Etat. Ce mouvement s'illustre par la gestion de l'épidémie, initialement assurée par le Ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) de janvier jusqu'à mars 2020, et qui échoit officiellement à la cellule interministérielle de crise dès le 17 mars, cette dernière étant sous l'autorité du Premier Ministre³⁴. La présidentialisation de la prise de décision est permise par « un effacement consenti » du

²⁸ Covid-19 : Pour Olivier Véran, le vaccin est « 100% efficace contre le confinement ». *BFMTV*, 8 juillet 2021. [Accessible en ligne] : https://www.bfmtv.com/sante/covid-19-pour-olivier-veran-le-vaccin-est-100-efficace-contre-le-confinement_AN-202107080217.html

²⁹ VINIACOURT, Elise. Restrictions face au variant delta : « Pour une fois, le gouvernement a anticipé ». *Libération*, 13 juillet 2021. [Accessible en ligne] : https://www.liberation.fr/societe/sante/restrictions-face-au-variant-delta-pour-une-fois-le-gouvernement-a-anticipe-20210713_N5WMSZT5VREZDHNHG5GZFX6SWI/

³⁰ HASSENTEUFEL, Patrick et SAURUGGER, Sabine. *Les politiques publiques dans la crise : 2008 et ses suites*. Presses de Sciences Po, 2021. p. 14-19.

³¹ Op. cit. p. 14-19.

³² BORRAZ, Olivier et GILBERT, Claude. Quand l'Etat prend des risques. *Politiques publiques*, 2008, vol. 1, p. 337-357.

³³ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IREs*, 2020, no 3, p. 3-25.

³⁴ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IREs*, 2020, no 3, p. 122-138.

Parlement³⁵, d'une part, mais également par l'appui sur des institutions possédant une expertise scientifique (la Haute Autorité de Santé (HAS), Santé Publique France (SPF), ou encore l'Agence nationale de la sécurité des médicaments (ANSM) avec l'arrivée des vaccins). Enfin, cette centralisation étatique du processus décisionnel passe par la création *ad hoc* d'instances administratives d'expertise. Parmi elles, on peut notamment citer le Conseil Scientifique, institutionnalisé par la loi du 23 mars 2020³⁶, le Comité d'Analyse, Recherche et Expertise (CARE), le comité scientifique sur les vaccins covid-19 datant d'octobre 2020 ou encore le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale créé le 3 décembre 2020³⁷. Mais si l'expertise scientifique a su gagner en importance au cours de la pandémie, le pouvoir décisionnel est resté aux mains du Président de la République.

Le contexte de gestion de crise a permis à l'Etat et plus particulièrement à l'exécutif de s'affirmer, au détriment du Parlement comme on a pu le voir, mais également par rapport aux collectivités territoriales. Ces dernières sont considérées dans ce contexte comme des « relais de l'Etat »³⁸, que ce dernier soit central (Président de la République ou MSS) ou déconcentrés (Préfecture, ARS), les maires étant notamment investis d'une mission d'alerte à l'ARS ou SPF en cas d'aggravation de la situation sanitaire. De plus, des décisions juridiques, à l'image de l'arrêté de Sceaux³⁹, vont marquer la victoire symbolique de l'Etat sur les collectivités territoriales quand le conseil d'Etat a établi l'incompétence du maire pour édicter des mesures restrictives dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire⁴⁰.

1.1.3 - L'impact de la crise Covid-19 sur le système hospitalier

En juillet 2021, cela fait 18 mois que le système hospitalier est impacté par la Covid-19. Pour de nombreux professionnels de santé de ce secteur, c'est un véritable sentiment de « fatigue générale »⁴¹. Les vagues successives de l'épidémie ont logiquement éprouvé les soignants, érigés en héros au début de la crise sanitaire. L'importance du secteur hospitalier découle, comme nous l'avons démontré, des tensions liées aux lits de réanimation, en nombre limité mais fortement

³⁵ JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

³⁶ Loi du 23 mars 2020 [Accessible en ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746313/>

³⁷ JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

³⁸ Op. cit. p. 56-58.

³⁹ Arrêté municipal pris par le maire de Sceaux pour rendre obligatoire le port du masque dans la commune

⁴⁰ DOLEZ Bernard, DONIER Virginie, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, 2020/4 (N° 176), p. 850.

⁴¹ CAILLAUD, Basile. Retour sur dix-huit mois de Covid à l'hôpital de Quimper. *Ouest France*, 19 juillet 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.ouest-france.fr/bretagne/quimper-29000/temoignages-retour-sur-dix-huit-mois-de-covid-a-l-hopital-de-quimper-97bd4084-e63a-11eb-8918-f5733a67d33f>

sollicités par les formes graves de Covid-19. Or, ces lits de réanimation sont massivement concentrés dans les établissements sanitaires publics qui représentent 84% de ces derniers sur le territoire français⁴². Lesquels ont également fait l'objet d'une diminution touchant plus globalement les lits d'hospitalisation entreprise dans le cadre du virage ambulatoire souhaité par les pouvoirs publics, se traduisant par une baisse de leur nombre de 15,5% entre 2003 et 2018⁴³.

Face à cette rareté des lits de réanimation, la question du tri des patients s'est posée. La crise a fait émerger des questionnements sur la priorisation en santé, quand bien même cette question n'est pas circonscrite à cette période comme le soulignent les soignants : « on fait aussi beaucoup de tri hors crise sur les admissions en réanimation »⁴⁴. Céline Lefève souligne à ce propos que « le tri constitue une opération rationnelle, consubstantielle à la médecine et dont la visée est éthique », il justifie la priorisation des patients « en vue d'utiliser de la manière la plus pertinente, la plus efficace et la plus juste possible des ressources limitées »⁴⁵.

Se dessine alors la nécessité d'accroître les capacités d'un système hospitalier durement éprouvé. Premièrement, ce dernier connaît une tension budgétaire liée à la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé, et particulièrement les dépenses hospitalières, secteur sur lequel cette politique pèse le plus⁴⁶. La seconde tension que connaît le monde hospitalier est liée à la main d'œuvre car, comme le souligne la directrice des soins du CH de Quimper qui indique que « la crise du Covid n'a pas créé que des vocations »⁴⁷ comme le montrent les professionnels de santé quittant leur poste.

Dès lors, il est légitime de se demander comment ce système a su tenir lors de cette crise sanitaire. D'abord, l'augmentation des lits de réanimation par les pouvoirs publics en France a été drastique, cette capacité bondissant de 100%⁴⁸. Les réponses étatiques vont prendre trois autres formes : l'allongement temporaire du temps de travail par le biais des heures supplémentaires, la réaffectation des personnels soignants dans les établissements pour aider les services les plus en

⁴² GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 129.

⁴³ Op. cit. p. 128.

⁴⁴ BANES, Noémie, PLUMET, Oriane, BEAUDEVIN, Claire, et al. Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid. *Mouvements*, 2021, no 1, p. 21.

⁴⁵ LEFÈVE, Céline. La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri. *Le Soin en première ligne*, PUF, 2021, p. 107-111.

⁴⁶ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 122-138.

⁴⁷ CAILLAUD, Basile. Retour sur dix-huit mois de Covid à l'hôpital de Quimper. *Ouest France*, 19 juillet 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.ouest-france.fr/bretagne/quimper-29000/temoignages-retour-sur-dix-huit-mois-de-covid-a-l-hopital-de-quimper-97bd4084-e63a-11eb-8918-f5733a67d33f>

⁴⁸ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 13.

tension, et enfin l'accroissement des effectifs hospitaliers en tant que tel⁴⁹. Mais si le système hospitalier a su faire face à cette situation exceptionnelle, c'est aussi grâce à une mobilisation exceptionnelle et une adaptabilité remarquable des personnels soignants et administratifs de ces structures⁵⁰.

Le secteur hospitalier public, éprouvé par les hospitalisations nombreuses pour Covid-19 tout au long de l'année 2020, se verra de plus fortement mobilisé dès les prémices de la campagne vaccinale de masse du début d'année 2021 comme nous le traiterons ultérieurement.

1.1.4 – Le rôle des soins de premier recours et du secteur médico-social

Que la métaphore porte sur les silos⁵¹ ou sur les tuyaux d'orgue⁵², le cloisonnement du système de santé français apparaît patent. Si les pouvoirs publics ont un pouvoir normatif et contraignant important sur le monde hospitalier, il n'en est pas de même pour le médico-social ou les structures de soins primaires⁵³. De la plus faible influence étatique dans ces secteurs (notamment liée à un déficit de structuration dans le cas des soins de premier recours⁵⁴) découle la moindre mobilisation de ces derniers.

En effet, face à un secteur hospitalier en surchauffe quasi-constante du fait de la pandémie de Covid-19, les acteurs des soins de premiers recours semblent mobilisés à la marge, faute d'avoir su trouver leur place dans cette organisation dans un contexte de déprogrammation de leur activité⁵⁵. Cette mobilisation marginale peut être illustrée par la volonté des autorités de confier la fonction d'orientation des patients potentiellement infectés par la Covid au Centre 15 plutôt qu'à la médecine de ville, ne leur laissant qu'une place marginale dans la gestion pandémique⁵⁶.

Le secteur médico-social, et notamment les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), a été particulièrement exposé et sollicité au cours de la crise

⁴⁹ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 130-131.

⁵⁰ FAUGERE, Mireille. L'hôpital public face à la crise de la Covid-19. *Revue d'économie financière*, 2020, no 3, p. 101-106.

⁵¹ JOHANET, Gilles. Les faiblesses du système de soins français. *Après-demain*, 2020, no 3, p. 4-5.

⁵² EVIN, Claude. 10 ans d'ARS: quel bilan d'une forme de déconcentration régionale?. *Regards*, 2019, no 2, p. 105-116.

⁵³ Les soins primaires, aussi appelés soins de premier recours ou de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Ces derniers sont définis à l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique.

⁵⁴ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 134-138.

⁵⁵ BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, et al. Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

⁵⁶ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 16-17.

sanitaire⁵⁷. Les mesures restrictives ont touché ce type d'établissement en premier lieu, ce qui s'explique par la volonté de protéger des publics particulièrement fragiles face au virus. De plus, les clusters au sein de ces établissements où les logements sont propices à la circulation du virus, mais aussi les décès advenus en leur sein font du secteur médico-social l'une des principales victimes de la pandémie, et un acteur essentiel. Cependant, le médico-social se trouve paradoxalement à la périphérie d'un système de santé dont l'hospitalo-centrisme s'est intensifié en période de crise. Les acteurs du secteur se sont ainsi retrouvés « coupés de leur environnement de soin »⁵⁸. En effet, si la pénurie de lits de réanimation lors de la première vague a logiquement touché les ESMS comme la population générale, il a également été constaté l'impossibilité pour nombre d'EHPAD de faire admettre leurs résidents dans des services de soins palliatifs, voire même de médecine⁵⁹.

Ce phénomène est à mettre en lien avec le suivi disparate de ces établissements sur le territoire national, imputable pour partie à un rôle hétérogène des ARS. Cependant, l'Ille-et-Vilaine fait figure de bon élève de ce point de vue, la directrice du Centre de Réadaptation du Patis Fraux déclarant que, dans son accompagnement du secteur médico-social « l'ARS a parfaitement joué son rôle »⁶⁰. Nous verrons d'ailleurs que cette collaboration fructueuse de l'ARS à l'échelon départemental et des acteurs du médico-social aura ainsi un impact important sur la campagne vaccinale à venir.

1.2 L'avènement impromptu d'une campagne vaccinale de masse

La « seconde vague » de la pandémie en France s'est traduite par une situation épidémiologique durablement préoccupante. Mais les vaccins, perspective de sortie de crise jusqu'alors lointaine, sont finalement développés et validés par de multiples instances. Face à cet événement, le gouvernement français est pris de court et entraîne, par ses revirements stratégiques et sa communication équivoque aux élus locaux, la relative impréparation de ces derniers. Mais la mise en place d'une campagne vaccinale en urgence s'avère nécessaire, tant en termes de santé publique que d'obligation politique pour un exécutif sous le feu des critiques.

⁵⁷ CHAGUÉ, Vincent. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à l'épreuve de la Covid-19. *Actualités Pharmaceutiques*, 2020, vol. 59, no 599, p. 47-48.

⁵⁸ FAUGERE, Mireille. L'hôpital public face à la crise de la Covid-19. *Revue d'économie financière*, 2020, no 3, p. 101-106.

⁵⁹ LEFÈVE, Céline. La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri. *Le Soin en première ligne*, PUF, 2021, p. 107-130.

⁶⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 16.

1.2.1 - Un contexte épidémiologique préoccupant, le développement rapide du vaccin et un nécessaire démarrage de la campagne

La rentrée de septembre 2020 voit le rebond épidémique redouté par les pouvoirs publics se confirmer. Le 14 octobre 2020, le Président de la République annonce l'Etat d'Urgence Sanitaire sur l'ensemble du territoire national⁶¹. Des mesures de couvre-feu sont prises pour certains territoires jusqu'au reconfinement de la population métropolitaine annoncée le 28 octobre. Mais, parallèlement à ces mesures restrictives, Pfizer et BioNTech annoncent au début du mois de novembre que leur vaccin serait « efficace à 90% »⁶². D'une lointaine perspective de sortie de pandémie, les vaccins deviennent graduellement une réalité et un enjeu pour les pouvoirs publics.

Le 21 décembre, l'European Medicines Agency (EMA) recommande dans son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) conditionnelle, le vaccin Cominarty de Pfizer-BioNTech⁶³. Cette gestion européenne des AMM est couplée d'une gestion par l'Union Européenne de l'approvisionnement français en vaccins. L'UE a chargé la Commission Européenne d'effectuer les achats de vaccins pour ses Etats-membres. Si la logique peut se comprendre, pour acheter les vaccins au meilleur prix et obtenir des délais de livraison plus intéressants, cette gestion jouit d'un bilan mitigé⁶⁴. Se muer en centrale d'achat efficace en un temps record (la Commission n'a été investie de cette mission qu'au printemps 2020, et sans expérience en la matière) relève du défi⁶⁵. De plus, les conditions imposées aux laboratoires par l'UE apparaissent moins encadrantes que celles émises par le Royaume-Uni ou les Etats-Unis selon certains parlementaires européens⁶⁶.

Malgré une volonté de « promouvoir le vaccin comme un bien public mondial » défendue dans les discours de dirigeants européens comme Ursula von der Leyen⁶⁷, on constate que d'une question sanitaire, le traitement contre la Covid-19 est devenu un enjeu économique et de

⁶¹ Cf. Annexe 1 : Chronologie des principales mesures sanitaires contre la Covid-19.

⁶² Pfizer et BioNTech annoncent que leur candidat-vaccin contre la Covid-19 est « efficace à 90 % ». *Le Monde*. 9 novembre 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/09/covid-19-pfizer-annonce-que-son-candidat-vaccin-est-efficace-a-90-les-bourses-s-envolent_6059122_3244.html

⁶³ AMM conditionnelle de l'EMA pour le vaccin Cominarty [Accessible en ligne] : <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu>
C'est la Commission Européenne, par l'intermédiaire de l'EMA, qui délivre ces AMM. Ces dernières sont conditionnelles du fait du contexte pandémique, voir le site de l'ANSM [Accessible en ligne] : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises>

⁶⁴ KASTLER, Florian, et al. « Focus », *Les Tribunes de la santé*, 2021/1 (N° 67), p. 15-21.

⁶⁵ DUMONT, Gérard-François. La covid-19, facteur de recompositions géopolitiques. *Les Analyses de Population Avenir*, 2021, no 1, p. 1-13.

⁶⁶ LEMAHIEU, Thomas. Révélations Covid-19 : Comment l'Union européenne a choisi l'impuissance face aux laboratoires. *L'Humanité*, 15 juillet 2021. <https://www.humanite.fr/revelations-covid-19-comment-lunion-europeenne-choisi-limpuissance-face-aux-laboratoires-714447>

⁶⁷ Op. cit.

souveraineté⁶⁸. Or, bien que la gestion européenne de l’approvisionnement français en vaccin puisse être critiquée, il est à noter que la France était dans l’impossibilité de produire des vaccins d’elle-même, comme d’autres pays dits « du Nord ». En effet, selon la typologie proposée par Dumont, la France ne fait pas partie des pays ayant pu concevoir rapidement un vaccin, ni en produire suffisamment. Paris doit en effet compter sur l’UE et sur ses moyens financiers propres pour répondre à ses besoins en vaccins⁶⁹ dans un contexte de démarrage nécessaire de la campagne vaccinale pour juguler la deuxième vague de la pandémie.

1.2.2 - Une préparation inégale des acteurs locaux, conséquence de la communication gouvernementale fluctuante

« Sous un feu roulant de critiques » pour sa gestion de crise, le gouvernement le sera, à la fin du mois de décembre 2021, pour sa stratégie vaccinale. Cette défiance de la population française envers ses dirigeants s’explique notamment par les dérapages de la communication de l’exécutif⁷⁰. Néanmoins, ces derniers s’expliquent par de multiples facteurs. Le premier d’entre eux est le contexte dans lequel intervient cette communication, avec l’enchaînement des vagues épidémiques, mais aussi des mesures restrictives menées (confinements, couvre-feu territorialisé puis généralisé). Cette communication est également rendue complexe par la multiplicité des acteurs qui la porte (Président de la République, Premier Ministre, MSS, DGS ...) induisant une difficulté dans le maintien de la cohérence des messages⁷¹. A cet égard, le rapport du sénat sur la gestion de la crise Covid-19 pointe « une communication institutionnelle protéiforme, qui n’a pas su résister aux polémiques »⁷².

Cependant, les erreurs de communication des décideurs ne sont pas simplement liées à des ratés, mais aussi à la complexité de rendre clairs et audibles des messages comportant un caractère technique important. Produire un discours cohérent « qui soit à la fois compréhensible par le grand public et validé par les instances administratives et expertes » représente un défi⁷³. Un effort de vulgarisation doit ainsi être mené pour rendre la stratégie vaccinale compréhensible. Or, la

⁶⁸ DUMONT, Gérard-François. La covid-19, facteur de recompositions géopolitiques. *Les Analyses de Population Avenir*, 2021, no 1, p. 1-13.

⁶⁹ Op. cit.

⁷⁰ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

⁷¹ Op. cit.

⁷² DEROCHE, Catherine, JOMMIER Bernard, VERMEILLET Sylvie (2020), Rapport no 199, du 8 décembre 2020, au nom de la commission d’enquête du Sénat pour l’évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion.

⁷³ OLLIVIER-YANIV, Caroline. La communication publique sanitaire à l’épreuve des controverses. *Hermès, La Revue*, 2015, no 3, p. 69-80.

communication gouvernementale française souffre, de l'aveu même de ses responsables, d'un manque de ce point de vue : « On a un gros défaut ici, c'est que nos dossiers ne sont pas écrits pour les internautes lambda. Et je prends toujours l'exemple de la NHS en Angleterre qui a un site merveilleux »⁷⁴.

Si la communication gouvernementale a pour objectif de convaincre la population française de la nécessité de la vaccination et du bien-fondé de sa stratégie, elle doit également comprendre un volet explicatif à destination des acteurs de la campagne vaccinale en devenir. Parmi eux, les administrations publiques telles que les préfetures, ARS, mais aussi les collectivités locales, établissements hospitaliers ou médico-sociaux, l'assurance maladie ou les professionnels de santé libéraux doivent connaître les axes de la stratégie gouvernementale, ces derniers étant les artisans de la réussite de la vaccination. Or, le système centralisé français est pointé du doigt⁷⁵, la verticalité de la chaîne de décision et la communication descendante ayant contribué à l'impréparation des acteurs locaux de la vaccination laissés dans le flou et, in fine, à un retard dans la campagne sur lequel nous reviendrons ensuite. La difficulté, pour ces acteurs, a été de composer avec ce qui a été qualifié de « cacophonies et volte-face sur la stratégie de vaccination »⁷⁶. Comme le souligne un cadre de la DD35 : « pendant longtemps [...] on nous annonçait une vaccination qui serait bien plus tardive. Au 1er décembre 2020, on était encore en train de nous dire que la vaccination ne démarrerait pas avant février. Après, le 15 décembre, on nous indiquait que ça serait peut-être un peu plus tôt. Et finalement, le 20 décembre, il faudrait qu'elle soit faite pour avant la fin de l'année »⁷⁷. Cette problématique dans l'instabilité du discours des décideurs nationaux est qu'elle a mis en difficulté les acteurs de terrain de la vaccination qui ne savaient pas quand ni comment se préparer en prévision de cette campagne. Or, « c'était sur une gestion locale, car la vaccination est une action locale »⁷⁸ et les conséquences sur la vaccination furent directes.

1.2.3 - Un démarrage français jugé complexe et justifié par une stratégie nationale

Les critiques auxquelles étaient exposés les décideurs étaient nombreuses, dirigées à l'encontre de nombre d'acteurs, et relayées par les médias : le Président de la République accusé de « tâtonnements », le MSS d'avoir un fonctionnement « kafkaïen » et plus globalement le

⁷⁴ Op. cit.

⁷⁵ PHILIPPE-VIELA, Olivier. "Rien n'a été anticipé" : pourquoi la campagne de vaccination est-elle si en retard ? *L'Express*, 4 janvier 2021. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/rien-n-a-ete-anticipe-pourquoi-la-campagne-de-vaccination-est-elle-si-en-retard_2141950.html

⁷⁶ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

⁷⁷ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

⁷⁸ Ibid.

processus décisionnel français d'être un « enfer bureaucratique »⁷⁹. Pourtant, la communication sur la vaccination a été entreprise très en amont, dès novembre, par les pouvoirs publics⁸⁰. La stratégie vaccinale était parallèlement construite par la HAS. Cependant, comme le souligne le généticien Éric Billy : « il ne suffit pas de faire une présentation PowerPoint pour qu'elle se transforme automatiquement en actes »⁸¹.

En effet, les critiques émanant de l'opinion publique à l'égard de la mise en place de la campagne vaccinale ne sont pas esseulées, des chercheurs estimant que « nous n'avons pas l'organisation ni la logistique pour cibler la population » et des élus locaux dénonçant un « trou béant en termes de logistique »⁸². A cette problématique se joint celle d'un « mauvais pari » sur les vaccins retenus. Si la France s'est positionnée contre l'AMM européenne du vaccin Russe Spoutnik V (contrairement à l'Allemagne, par exemple, qui lui était plus favorable)⁸³, elle a priorisé, à l'instar d'autres Etats tels que le Royaume-Uni avec AstraZeneca, la production nationale de vaccin et donc Sanofi. Or, les retards pris par ce laboratoire, dont le vaccin n'est pas encore finalisé en août 2021, a « mis à mal une grande partie du plan français »⁸⁴, ce dernier reposant à plus de 40% sur les commandes passées à la structure hexagonale. Couplé à des livraisons d'AstraZeneca revues à la baisse, la vaccination française est ainsi fortement impactée. D'autant plus que la France est contrainte par l'UE et son calendrier (lui-même critiqué car jugé insuffisant) dans la mesure où Paris s'est engagé à respecter le cadre de Bruxelles pour son approvisionnement en vaccins⁸⁵.

Malgré les critiques, force est de constater que la stratégie vaccinale avait été pensée par les pouvoirs politiques, en témoignent les publications de la HAS, missionnée sur le sujet par le

⁷⁹ Voir les articles suivants en bibliographie :

FAYE, Olivier et GATINOIS, Claire. Covid-19 : face au chiffon rouge du tri des malades, Emmanuel Macron accusé de « tâtonnements ». *Le Monde*, 1^{er} avril 2021.

BENZ, Stéphanie, & al. Au ministère de la Santé, c'est Kafka à tous les étages. *L'Express*, 14 mars 2021.

GIRARD, Etienne. Sortir de l'enfer bureaucratique pour lutter contre le Covid. *L'Express*, 15 mars 2021.

⁸⁰ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

⁸¹ PHILIPPE-VIELA, Olivier. "Rien n'a été anticipé" : pourquoi la campagne de vaccination est-elle si en retard ? *L'Express*, 4 janvier 2021.

⁸² BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021. <https://www.leparisien.fr/societe/consentement-logistique-doses-six-questions-sur-la-lenteur-de-la-vaccination-en-france-04-01-2021-8417253.php>

⁸³ CHASTAND, Jean-Baptiste et al. Vaccin russe Spoutnik V : le grand écart des Européens. *Le Monde*, 30 mars 2021. https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/03/30/covid-19-le-grand-ecart-des-europeens-sur-le-vaccin-russe-spoutnik-v_6074911_3244.html

⁸⁴ BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021.

⁸⁵ BERROD, Nicolas. Vaccins anti-Covid : comment les livraisons anticipées en France ont dégringolé depuis le début de l'année. Aujourd'hui en France, 12 mars. <https://www.leparisien.fr/economie/vaccins-anti-covid-comment-les-livraisons-anticipees-en-france-ont-degringole-depuis-le-debut-de-lannee-12-03-2021-XFGODFOYLZAPPMFDZJBMNYEZQM.php>

gouvernement⁸⁶. L'attitude de l'exécutif était prudente et reposait sur une montée en charge progressive de la vaccination, du moins dans un premier temps. S'est ensuite opérée une volte-face liée à l'hostilité de l'opinion publique face à la stratégie vaccinale française, dorénavant soucieuse de vacciner en masse sa population dans les plus brefs délais. Enfin, un principe de réalité, lié au manque de doses, s'est imposé, comme nous le verrons dans la partie suivante. Comme le souligne Michel Le Clainche, la confiance de la population est précieuse dans la réussite d'une campagne vaccinale de masse de ce type. Mais cette dernière est fragile, et si elle est perdue, elle devient « une pente impossible à remonter »⁸⁷. Or, le jugement de l'opinion publique sur la gestion nationale de la vaccination est sans appel : 77% des français considèrent que le rythme de la vaccination est « trop lent » selon un sondage Elabe du 6 janvier 2021⁸⁸. Et cette image restera prégnante.

1.3 - Les axes de la stratégie vaccinale nationale face aux contraintes pratiques

Comme évoqué précédemment, la France passe d'une campagne de vaccination basée sur une stratégie prudente et mesurée à un objectif de montée en charge drastique suite à une volte-face politique. Mais cette volonté incantatoire va se heurter aux nombreuses contraintes pratiques liées à la campagne de vaccination de masse commencée. Ainsi, nous verrons que la volonté initiale de prioriser les publics les plus menacés par la Covid-19, et notamment les plus âgés, se justifiera d'autant plus par le manque de doses. Ensuite, nous verrons le défi logistique que représente la consigne de « vaccination de proximité »⁸⁹ émanant du Ministre Olivier Véran. Enfin, nous expliquerons en quoi la stratégie appliquée pose toutefois question pour les publics fragiles censés être prioritaires (publics fragiles ou éloignés du système de soin).

1.3.1 - La priorisation des publics fragiles dans un contexte de manque de doses

Nous avons vu que la France doit son manque de doses de vaccin à la rareté de ces dernières mais aussi au fait d'avoir compté sur un approvisionnement massif en provenance de Sanofi. Et si, comme nous l'avons démontré, la stratégie française s'inspire beaucoup des recommandations et des avis de la HAS, cette dernière ayant été missionnée par le Président de la République sur les

⁸⁶ Cf. annexe 2 : Chronologie des principales publications de la HAS sur la vaccination contre la Covid-19

⁸⁷ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

⁸⁸ BESSE-DESMOULIERES, Raphaëlle & al. Les six semaines de flottement qui ont retardé la campagne de vaccination française contre le Covid-19. *Le Monde*, 12 janvier 2021. https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/01/11/definir-et-appliquer-une-strategie-vaccinale-six-semaines-de-flottement-au-sommet-de-l-etat_6065870_823448.html

⁸⁹ BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021.

questions de vaccination par l'article 4 de la loi n°2020-290 du 23 mars 2020⁹⁰. Il est à noter que ces derniers sont similaires à ceux de l'OMS⁹¹. Dès le 23 juillet 2020, avant même que les vaccins soient disponibles, la HAS avait déjà priorisé les personnes à vacciner, en prenant en compte que l'arrivée des doses serait très progressive et ne permettrait pas une vaccination précise dès les premières semaines⁹². Elle a affiné sa stratégie par la suite, identifiant plusieurs types de publics, par ordre d'importance : premièrement, seront vaccinés les résidents d'établissements pour personnes âgées ainsi que les personnels de ses structures les plus fragiles (plus de 65 ans ou comorbidités). Dans un second temps, les personnes âgées de 75 ans et plus et celles de 65 ans et plus présentant des comorbidités. Une troisième phase verrait les personnes de 50 à 65 ans, notamment celles à risque de formes graves de Covid-19. Dans une quatrième et dernière étape avant l'ouverture générale à la population non vaccinée, les personnes vulnérables et précaires du fait de leurs conditions de vie (personne sans domicile fixe), de leur lien de vie (détenus) ainsi que les professionnels travaillant au contact de personnes fragiles qui ne seraient pas encore vaccinés⁹³.

Cette stratégie avait anticipé le manque de doses dans les premières phases de la campagne vaccinale. Les plus faibles volumes obtenus par la France en comparaison avec ceux escomptés ont montré la pertinence de ces précautions prises. Malgré cela, les critiques à l'encontre de la gestion de la campagne vaccinale ont fait fléchir le pouvoir qui a décidé d'accélérer la vaccination pour rassurer l'opinion publique. Cependant, les principes de déploiement des vaccins de la HAS, théorisés depuis le 23 juillet 2020 ont été respectés dans les grandes lignes. Mais, nous le verrons, la priorisation de certains publics dans la stratégie vaccinale a posé, dès son lancement, quelques problématiques.

1.3.2 - Le maillage territorial, premier défi du déploiement de la campagne vaccinale

La vaccination de la population est fonction de l'offre vaccinale qui lui est proposée. Pour assurer une couverture vaccinale optimale, le gouvernement français a fait le choix d'un maillage territorial fort comme l'appelait de ses vœux Olivier Véran, avocat d'une « vaccination de proximité. D'autres pays, à l'image de l'Allemagne, ont opté pour le développement de vaccinodromes⁹⁴. Le

⁹⁰ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. [Accessible en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000041746999

⁹¹ Cf. Annexe 3 : Comparaison entre les recommandations de la HAS et de l'OMS sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner à la fin de l'année 2020.

⁹² HAS. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 – Stratégie de déploiement des vaccins disponibles. 23 juillet 2020.

⁹³ HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 novembre 2020.

⁹⁴ PHILIPPE-VIELA, Olivier. "Rien n'a été anticipé" : pourquoi la campagne de vaccination est-elle si en retard ? L'Express, 4 janvier 2021.

pari français peut s'expliquer de deux façons. Premièrement, par la volonté de ne pas réitérer l'erreur de la campagne vaccinale de 2009 contre la grippe H1N1 qui s'était soldée par un taux de vaccination très faible (moins de 10% de la population) qui avait misé sur ce type de modèle⁹⁵. Ensuite, en simplifiant le processus de vaccination au maximum : les pouvoirs publics ont conscience de la corrélation entre faible offre vaccinale de proximité et faible couverture d'un territoire, ce qui se vérifie notamment en Ile-et-Vilaine comme nous le verrons. Un agent de l'ARS Bretagne l'illustre la façon suivante : « Personne ne va se déplacer en voiture pendant 45 minutes pour avoir une dose »⁹⁶.

C'est pourquoi, dans un objectif de maillage territorial, l'exécutif national va donner des lignes directrices pour assurer ce maillage, évoquant notamment le chiffre d'un centre de vaccination pour 100 000 habitants⁹⁷. A ce titre, l'Ile-et-Vilaine va se doter, dès janvier, de neuf centres de vaccination pour un département ayant un peu plus d'un million d'habitants⁹⁸. Si ce chiffre s'approche des consignes gouvernementales, ces dernières n'assurent pas, comme nous le verrons, une couverture suffisamment fine du territoire. En effet, les EPCI ne disposant pas de centre de vaccination, d'un nombre insuffisant d'entre eux ou d'une trop faible charge vaccinale rapportée à leur population sont, en Ile-et-Vilaine, les moins vaccinées.

La volonté des pouvoirs publics est ainsi de s'appuyer sur tout type d'acteur capable de porter un centre de vaccination pour s'assurer d'en avoir un nombre suffisant. Ainsi, le Premier Ministre Jean Castex invite, le 12 janvier, les Préfets et Directeurs d'ARS à s'appuyer sur « l'ensemble de [leurs] partenaires »⁹⁹, citant notamment les établissements de santé, les structures d'exercice coordonné de professionnels libéraux, les réseaux de l'assurance maladie ou les associations. Et, de fait, cette diversité se retrouvera dans les territoires, en témoigne l'hétérogénéité du tissu des centres breilliens où l'ensemble de ces acteurs a été mobilisé.

Néanmoins, les difficultés liées à la mise en place d'un nombre conséquent de centres sont nombreuses. Elles ne viennent pas forcément de la mobilisation des collectivités territoriales appelée des vœux du premier ministre, ces dernières étant d'ailleurs fortement investies et réactives. On voit en Seine-Saint-Denis un maire indiquer qu'un espace dédié à la vaccination pourrait « être opérationnel en 72 heures » en cas de réponse positive de la préfecture à sa

⁹⁵ KECK, Frédéric. L'échec global et national de la vaccination H1N1. *Esprit*, 2010, no 2, p. 158-161.

⁹⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 18.

⁹⁷ Source : documentation interne à l'ARS Bretagne, issue de la « Doctrine Régionale de déploiement des centres de vaccination en ambulatoire.

⁹⁸ Instruction n° 6241-SG du 12 janvier 2021 - Campagne de vaccination [Accessible en ligne] : https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2021-01/COVID19_Instruction_6241-SG_12.01.2021_Campagne%20de%20vaccination.pdf

⁹⁹ Ibid.

proposition¹⁰⁰. En Ille-et-Vilaine, un responsable de la mairie de Montfort-sur-Meu regrette également le manque de réactivité de l'Etat au niveau local, attendant l'aval national, avec pour conséquence direct le retard de l'ouverture du centre de Montfort¹⁰¹. De plus, pour vacciner, la mise à disposition d'un lieu ne suffit pas, « pour vacciner, il faut des vaccinateurs »¹⁰². Or, les effecteurs sont denrée rare en contexte épidémique, et de nombreux territoires sont sous-dotés en professionnels de santé libéraux, rendant d'autant plus complexe l'élaboration d'un maillage territorial « aussi équilibré que possible ».

1.3.3 - Grands précaires, personnes âgées et en situation de handicap : questions naissantes sur les inégalités d'accès au vaccin

La priorisation de certains publics à risque de développer des formes graves de la Covid-19 est l'objet de la campagne vaccinale mise en place en France se basant sur les recommandations de l'HAS. Parmi eux, on compte les personnes âgées, obèses, souffrant de comorbidités ou encore les professionnels de santé comme nous avons pu le voir. Identifiés comme à risque de faire des formes graves, les publics dits « précaires » tels que les personnes sans domicile fixe, les détenus ou les patients en établissement psychiatriques ne sont cependant mentionnés comme prioritaire qu'à la phase 4 de la priorisation des populations de la HAS¹⁰³. Ce constat peut paraître étonnant après la publication, en juillet 2020, d'un rapport de la HAS comportant des recommandations préliminaires se faisant l'avocat de « l'équité d'accès à la vaccination entre les populations notamment s'agissant des populations en situation de précarité »¹⁰⁴.

Dans un contexte pandémique où les « inégalités d'accès aux soins sont persistantes, aggravées et plurielles »¹⁰⁵, l'« angle mort des inégalités sociales » dénoncé par Renaud Gay¹⁰⁶ semble également s'appliquer à la mise en place de la vaccination. Pourtant, l'argumentaire de la HAS en date du 27 novembre 2020 alertait déjà sur le rôle des inégalités socio-économiques face à

¹⁰⁰ BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021.

¹⁰¹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 3.

¹⁰² LEHMANN, Christian. Pour vacciner, il faut des vaccinateurs. *Libération*, 11 janvier 2021. https://www.liberation.fr/france/2021/01/11/pour-vacciner-il-faut-des-vaccinateurs_1810794/

¹⁰³ HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 novembre 2020. p.9.

¹⁰⁴ HAS. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 – Stratégie de déploiement des vaccins disponibles. 23 juillet 2020. p.13.

¹⁰⁵ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 122-138.

¹⁰⁶ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 3-25.

la Covid-19¹⁰⁷. Cette cécité sur la question des publics précaires justifie les discours des acteurs de la campagne vaccinale en faveur d'offres complémentaires et alternatives aux centres de vaccination ambulatoires classiquement prévus par le gouvernement. Qu'il s'agisse de la DD35 de l'ARS Bretagne dont l'un des responsables plaide en faveur d'une « d'offre de proximité complémentaire »¹⁰⁸ encore plus importante par l'intermédiaire des pharmacies d'officine, la directrice du Patis Fraux qui souligne la nécessité de professionnels spécialisés dans le champ du handicap pour assurer la vaccination de ces publics¹⁰⁹. Un des responsables du centre de vaccination du SDIS au stade Robert Poirier de Rennes soulignait en ces termes que : « Les centres de vaccination comme le nôtre, c'est 85% de la population à laquelle il s'adresse, je pense. Après, il y a 10% de la population, environ, qui aura du mal à se déplacer sur le centre. La médecine de ville, les cabinets médicaux, infirmiers, les pharmacies, ce sont ces acteurs-là qui pourront le faire »¹¹⁰. La question d'une offre de vaccination en aller-vers pour un public très hétérogène s'est, comme l'illustrent ces prises de parole, présentée dès le début de la vaccination, et sera le terreau des réflexions sur la mise en place de l'aller-vers en Ile-et-Vilaine.

Malgré un contexte difficile et des critiques fournies à son encontre, la campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 a été impulsée par le national en suivant le cahier des charges que le gouvernement avait établi, bien que ce dernier ait été amené à changer. Mais quel sera la déclinaison départementale pratique de ces principes édictés par l'exécutif ? Quels seront les choix stratégiques effectués et les difficultés rencontrées à cet échelon ? Ce sera l'objet de notre étude dans la seconde partie du développement.

¹⁰⁷ HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 novembre 2020. p.20.

¹⁰⁸ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

¹⁰⁹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 16.

¹¹⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

2 - Les acteurs de la déclinaison départementale de la campagne vaccinale en Ile-et-Vilaine et leurs rôles

La campagne vaccinale de masse est un défi, logistique comme organisationnel. Critiquée pour son modèle centralisé, la France se doit de déléguer la mise en place et la poursuite de la campagne nationale à des acteurs locaux. A ce titre, le choix de l'étude de la déclinaison de la campagne à l'échelle départementale provient de plusieurs constats : la volonté de l'exécutif de confier les doses à destination des centres à une PUI par département, la forte implication des DD des ARS dans l'animation territoriale ou l'appui du gouvernement sur « le couple préfet de département, maire »¹¹¹.

Ainsi, nous étudierons l'implication des institutions administratives à l'échelle du département et leurs rôles cruciaux dans la mobilisation des professionnels de santé et dans la coordination des acteurs. Ensuite, notre analyse portera sur les centres de vaccination breilliens, porteurs d'une large part de l'activité vaccinale en en dressant une typologie. Enfin, nous nous attarderons sur les différentes formes prises par la vaccination hors centre qui constitue une offre complémentaire et nécessaire à celle précédemment inventoriée.

2.1 - Les institutions administratives : des degrés d'implication différenciés

Trois types d'entités administratives se distinguent dans le paysage départemental dans le cadre de la vaccination. Premièrement, l'ARS et sa DD sont évidemment mobilisées car dépendant directement de l'Etat et étant compétentes en matière de santé publique. Deuxièmement, la CPAM a également un rôle capital, notamment dans la rémunération des professionnels, mais elle a également été mise à contribution sur des sujets divers et a dû faire preuve d'adaptabilité comme nous le verrons. Le troisième type d'acteur que nous analyserons est constitué de deux pôles : l'Etat local par l'intermédiaire de la préfecture et les collectivités territoriales, avec au premier rang desquelles les communes, fortement impliquées dans la vaccination breillienne.

¹¹¹ NÉMERY, Jean-Claude. Le rôle du maire en temps de crise. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 942.

2.1.1 - La délégation départementale de l'ARS, une animation protéiforme de la campagne vaccinale

L'ARS Bretagne, et principalement la DD35, a contribué à la campagne vaccinale dès l'établissement des premiers centres de vaccination jusqu'au financement de tous les centres ambulatoires. Ce rôle majeur de la délégation départementale dans l'animation territoriale s'illustre par l'implication du service éponyme dans la vaccination¹¹².

2.1.1.1 - Un rôle de concertation primordial : la mise en relation des acteurs à l'aube de la campagne vaccinale

Pierre Pribile, directeur de l'ARS Bourgogne Franche Comté, définit le rôle de l'ARS en temps de crise de la façon suivante : venir en aide, de la meilleure des manières, aux établissements et aux professionnels de santé. Comme il le souligne, les délégations départementales sont, dans ce contexte, un « échelon de proximité »¹¹³. En effet, les contacts avec les établissements sanitaires, ESMS mais aussi avec les libéraux par le biais des structures d'exercice coordonné font partie de ses missions quotidiennes. C'est cette position centrale qui fait de l'ARS « un pivot » durant cette crise sanitaire et plus particulièrement cette campagne de vaccination¹¹⁴.

En Ille-et-Vilaine, la DD35 a notamment œuvré à la constitution des tous premiers centres de vaccination, principalement portés par les établissements hospitaliers du département et par les communes et les libéraux sur la métropole rennaise. Pour ce faire, la délégation de l'ARS a organisé, durant la seconde semaine de janvier, des comités territoriaux, autour de chaque Pays (Rennes, Saint-Malo, Fougères, Redon, Vitré, Brocéliande ...). Etaient conviés les grands élus du territoire, ainsi que les libéraux, notamment par le biais des structures d'exercice coordonné¹¹⁵. « A la question de savoir pourquoi c'est l'ARS qui l'a fait, c'est parce que globalement l'idée n'était pas que de trouver des locaux mais bien de trouver les professionnels de santé qui voulait bien y aller »¹¹⁶. En effet, les premiers centres constitués, bien qu'étant désireux de se constituer en centre de vaccination, se souviennent que la DD35 les a contactés très tôt à ce sujet, comme à Redon : « Si mes souvenirs sont exacts, on a été contactés début janvier par l'ARS, qui nous demandait quels CH du département souhaitaient ouvrir un CDV. Sur Redon, on s'est portés volontaires »¹¹⁷. C'est aussi

¹¹² Le service en charge de la déclinaison de la campagne vaccinale à la DD35 est le département « Animation Territoriale » au sein duquel ce stage a été effectué.

¹¹³ PRIBILE, Pierre, DOLEZ, Bernard, et DONIER, Virginie. Sans les ARS, la coordination des différents acteurs du système de santé aurait été infernale. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 913-920.

¹¹⁴ Op. cit.

¹¹⁵ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

le cas à Saint-Malo : « On a été parmi les premiers centres à ouvrir officiellement, [...] c'était en discussion avec l'ARS depuis quelques temps »¹¹⁸.

Outre les centres de vaccination et leurs porteurs, qui identifient dans leur intégralité l'ARS, et particulièrement la DD35, comme un partenaire et un interlocuteur privilégié, l'agence est en lien avec d'autres acteurs impliqués dans la campagne vaccinale. Au premier chef, on peut citer la préfecture d'Ille-et-Vilaine, avec qui la DD35 coanime une réunion plénière en présence de tous les centres le mercredi¹¹⁹. Mais la DD35 s'illustre aussi par ses liens avec l'Assurance Maladie. Si ces derniers sont complexes à l'échelon régional, l'ARS étant « autonome et incarnée » à l'inverse de l'Assurance Maladie¹²⁰, cette connexion se fait sous le prisme des liens interpersonnels entre la DD35 et son département animation territoriale et la CPAM de Rennes. Un agent de cette structure déclare à ce sujet que les échanges ont pour objectif « de fluidifier au mieux l'information »¹²¹.

2.1.1.2 – Un acteur ressource pour les centres de vaccination

Dans ce contexte de crise, le rôle de l'ARS est rendu complexe car elle est à la fois la cible de nombreux reproches mais reste « l'organisme vers lequel on se tourne spontanément quand il y a un problème »¹²². Les entretiens avec les acteurs impliqués dans les centres de vaccination ont montré que l'ARS était unanimement identifiée comme un interlocuteur impliqué dans la vaccination et source d'information sur de multiples sujets¹²³. Ce qui ressort de ces entretiens, c'est ce que Claude Evin qualifie de plébiscite en faveur du développement de l'échelon départemental de la part des acteurs de santé, souvent considérés comme des « interlocuteurs plus accessibles »¹²⁴. Le centre de vaccination de Redon déclare à ce titre que « le partenaire quotidien, c'est la DD »¹²⁵.

Cependant, la crise est aussi le temps de la verticalité. Si le rôle de cette administration réside dans l'animation territoriale, il peut être amené à évoluer. L'ARS et ses délégations départementales sont aussi le relais des consignes nationales et peuvent donc également être vues comme assez directives, en témoigne l'entretien effectué avec le centre de vaccination du SDIS-35

¹¹⁸ Cf. entretien 19.

¹¹⁹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

¹²⁰ EVIN, Claude. 10 ans d'ARS: quel bilan d'une forme de déconcentration régionale?. *Regards*, 2019, no 2, p. 105-116.

¹²¹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 17.

¹²² PRIBILE, Pierre, DOLEZ, Bernard, et DONIER, Virginie. Sans les ARS, la coordination des différents acteurs du système de santé aurait été infernale. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 913-920.

¹²³ Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination.

¹²⁴ EVIN, Claude. 10 ans d'ARS: quel bilan d'une forme de déconcentration régionale?. *Regards*, 2019, no 2, p. 105-116.

¹²⁵ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 6.

de Rennes pourtant centre le plus important en termes de doses administrées sur la Bretagne et n'étant pas financé par l'ARS : « [L'ARS], c'est un peu eux les « donneurs d'ordre »¹²⁶.

Ce statut d'acteur ressource n'est pas seulement valable dans le cas des centres de vaccination. On a pu voir que la CPAM sollicite également la DD35 pour répondre à diverses questions sur la campagne vaccinale. Les dispositifs de vaccination « aller-vers » mis en place à l'échelle du département tels que l'équipe mobile de vaccination portée par le GRAAL et le Patis Fraux, pour la DD35 « a été mon interlocutrice privilégiée »¹²⁷. De même, les questions de logistique des doses, en lien avec la PUI du CHU de Rennes, s'est fait en lien direct avec le siège de l'ARS et sa délégation départementale¹²⁸.

2.1.1.3 – Le financement des centres de vaccination ambulatoires, nécessité absolue de leur fonctionnement

Dans l'optique d'assurer un maillage territorial de proximité et de ne pas mettre en difficulté les structures porteuses des centres de vaccination, l'ARS s'est proposée de financer les centres de vaccinations dit « ambulatoires » de la région. Par centres de vaccination ambulatoire, comprendre ici ceux qui ne sont pas portés par des établissements de santé ou des ESMS (car financés via la plateforme ATIH)¹²⁹, ainsi que les vaccinodromes, en l'occurrence le centre porté par le SDIS-35 sur le département, ce dernier étant financé directement par le national¹³⁰. Ce financement prévoit un accompagnement « en fonction des besoins non couverts » et « en complément des moyens déjà mobilisables avec d'autres partenaires »¹³¹. Cependant, cinq des six centres ambulatoires interrogés ne disposent que du soutien financier de l'ARS comme compensation pour leur exercice¹³². Si ce financement reste satisfaisant pour les interrogés, certains pointent la nécessité de négociation pour couvrir la totalité des frais engagés. C'est le cas d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)¹³³, et cette nécessité de voir l'ensemble des coûts liés à la vaccination financés s'explique d'autant plus dans ce cas : les structures d'exercice coordonné ne disposent pas de la même trésorerie qu'un établissement sanitaire ou une mairie, et l'avance de frais peut mettre leur pérennité en danger.

¹²⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

¹²⁷ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

¹²⁸ Cf. Annexe 9 : Logistique et flux de vaccins

¹²⁹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

¹³⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

¹³¹ Cf. Annexe 8 : Extrait de la doctrine régionale de financement des centres de vaccination ambulatoires de l'ARS Bretagne

¹³² Cf. Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination

¹³³ Ibid.

Les coûts liés aux locaux, non pris en charge dans les conventions ainsi que ces avances de frais ont pu jouer un rôle dans la fermeture de certains des centres de vaccination à l'image de celui de Bruz¹³⁴, même si cela résulte le plus souvent d'une pluralité de facteurs, et notamment de l'espoir d'une reprise de l'activité (sanitaire ou municipale) à la rentrée 2021.

2.1.1.4 – Une gestion de la logistique des doses départementale en lien l'échelon régional de l'ARS Bretagne

L'un des rôles majeurs de l'ARS et de sa délégation départementale dans la campagne de vaccination breillienne réside dans la gestion de la logistique des doses. En juillet 2021, plus de 70 000 injections hebdomadaires étaient effectuées sur le département, dont plus de 50 000 en centres de vaccination¹³⁵. La part des centres dans cette activité est largement majoritaire. Dans ce circuit, l'ARS a un rôle central. Réceptionnées au niveau national, les doses de vaccins à destination des centres de vaccination sont d'abord théoriquement réparties à cet échelon, les ARS étant alors informées des doses qu'elles peuvent allouer à chacun de leurs départements. Ensuite, chaque délégation départementale divise l'allocation théorique entre ses différents centres, qu'elle informe, et se charge également d'en informer la PUI plateforme départementale, celle du CHU de Rennes en l'occurrence. Le CHU, dépositaire des doses¹³⁶, après réception de l'ensemble des doses des centres du département, prépare les différentes allocations. Les centres ont la charge de venir les chercher à la PUI¹³⁷.

Le rôle de la délégation départementale est central, ici encore, dans la mesure où il est à la jonction entre les échelons nationaux, régionaux, départementaux et infra-départementaux, et qu'elle traite directement avec les centres comme avec le siège de l'ARS ou encore la PUI. Ce rôle d'interface est capital pour assurer une bonne coordination départementale mais aussi régionale de l'activité vaccinale. Lors de la hausse massive de doses disponibles intervenue en juin, le rôle de la DD35 a été de composer avec les acteurs pour réussir à augmenter leur capacité (pour ne pas perdre de doses) tout en ne les mettant pas en difficulté d'un point de vue logistique et organisationnel. Ceci a été permis par l'écoute de l'échelon régional vis-à-vis des remarques de sa délégation et par un travail en étroite collaboration, comme le souligne cette responsable de la logistique des doses : « [Les DD sont] plus dans le détail et nous, on chapeaute », « avec les DD, je

¹³⁴ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 3.

¹³⁵ Le nombre d'injections hebdomadaires effectuées sur l'Ille-et-Vilaine par l'ensemble des acteurs de la vaccination peut être consulté à l'annexe 11.

Le nombre d'injections hebdomadaires effectuées sur l'Ille-et-Vilaine par les centres est consultable à l'annexe 10.

¹³⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 20.

¹³⁷ Pour plus de détails, voir l'annexe 9 : Logistique et flux de vaccins

fais de la coopération »¹³⁸. Le rôle du siège de l'ARS Bretagne réside également dans sa gestion de la communication sur la vaccination, ce qui permet de décharger des délégations départementales manquant parfois d'agents d'une trop grande sollicitation, qu'elle soit médiatique ou préfectorale par exemple¹³⁹.

2.1.2 – La CPAM, organisme fortement sollicité et une nécessaire adaptation

L'Assurance Maladie est également impliquée dans la campagne vaccinale, et sur des missions très différentes de celles de l'ARS. Si l'agence régionale gère l'accompagnement des centres et le financement de ses coûts de fonctionnement comme on a pu le voir, la CPAM se positionne davantage sur la facturation et la rémunération des professionnels de santé. Cette dernière a essuyé de nombreuses critiques suite à sa gestion de la crise sanitaire comme nous allons le voir.

2.1.2.1 – Un modèle de rémunération pensé pour la vaccination en ville

La CPAM a été beaucoup sollicitée sur des missions en lien avec la vaccination, cela représentait d'ailleurs la majeure partie de l'activité de son service sur le développement de l'offre de soins, voire la totalité des missions de certains de ses agents. Or, comme nous avons pu l'analyser dans le premier axe de notre développement, les prémices de la campagne vaccinale étaient rythmées par une incertitude très importante. Cette dernière était d'autant plus importante pour les acteurs de la protection sociale se plaignant de « l'absence d'information » et formulant le souhait « d'être un peu plus tenus au courant »¹⁴⁰.

A en croire les acteurs du secteur, c'est de ce manque de transmission d'information, couplé aux revirements politiques que nous avons analysés, qu'est né le modèle de rémunération inadapté à la campagne vaccinale en cours : « On a pensé le modèle en se disant que ce serait une vaccination en cabinet de ville, que ce ne sera pas une vaccination de masse, il ne faut pas l'oublier »¹⁴¹. On peut légitimement supposer que ce modèle, jugé inadapté par des acteurs même du secteur, a « été pensé fin décembre pour de la vaccination en EHPAD »¹⁴², pour deux raisons. La première est le discours politique, comme évoqué. La seconde est plutôt liée à l'historique des campagnes de vaccination en France. « L'échec global et national de la vaccination H1N1 »¹⁴³ était né en partie d'un conflit avec la sécurité sociale et avait entraîné une campagne vaccinale basée sur

¹³⁸ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 18.

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ KECK, Frédéric. L'échec global et national de la vaccination H1N1. *Esprit*, 2010, no 2, p. 158-161.

des centres de vaccination, avec une couverture vaccinale finale très faible. Il était légitime de penser que les pouvoirs publics ne voudraient pas réitérer l'expérience.

Cependant, le fait qu'ils optent pour une mise en place similaire a amené un modèle de rémunération en dissonance complète avec l'activité. Adapté aux besoins d'une campagne de vaccination par des libéraux, chaque vaccination validée sur la plateforme vaccin-covid de l'Assurance Maladie rapporte 5,4€ au détenteur libéral de la Carte de Professionnel de Santé (CPS) qui la saisit numériquement. Ceci a entraîné de nombreux conflits entre les effecteurs pour passer leurs cartes CPS, encore à l'heure actuelle. Répartir équitablement les rémunérations « bonus »¹⁴⁴ entre les différentes cartes CPS pose question, et demande un travail supplémentaire à fournir pour les porteurs des centres de vaccination.

2.1.2.2 – Le défi de la rémunération des vacataires des centres de vaccination

La rémunération des vacataires des centres de vaccination a fait l'objet d'une longue hésitation à l'échelon national. Si le fait de rémunérer les vacataires connus de l'assurance maladie s'est rapidement décidé, d'autres questions se sont rapidement posées. Dans des dialogues avec la DD35, la CPAM a maintenu : « on ne prendra pas le paiement des professionnels de santé qui ne sont pas reconnus libéraux »¹⁴⁵. Durant six semaines, la rémunération des professionnels de santé non reconnus par l'Assurance Maladie a fait débat : il s'agit des salariés des établissements sanitaires et des ESMS ou encore des retraités par exemple, mais aussi des étudiants, non reconnus, eux non plus. Puis la décision est tombée, en février, et l'Assurance Maladie a pris en charge la rémunération de tous ces professionnels.

Dorénavant, le défi est de pouvoir indemniser rapidement les professionnels pour leur mobilisation, l'une des critiques à l'encontre de l'organisme étant qu'il ne payait pas¹⁴⁶. La difficulté réside désormais dans la diversité des profils : « on doit être maintenant à 20 catégories de professionnels de santé qui peuvent vacciner et 5 catégories différentes : libéral, salarié, retraité, étudiant en fonction de son niveau d'étude »¹⁴⁷.

La gestion de la rémunération des professionnels de santé vacataires par les centres de vaccination a été l'objet de nombreuses remarques au cours des échanges avec les porteurs. En effet, le renvoi de bordereaux spécifiques à l'Assurance Maladie sous format papier, faute d'outils

¹⁴⁴ En effet, les 5,4€ par vaccination effectuée viennent en complément d'une rémunération forfaitaire basée sur la profession des effecteurs, détaillée pour partie (le nombre de types d'effecteurs ayant drastiquement augmenté depuis) dans l'annexe 17 : Rémunération des opérations de vaccination pour les professionnels de santé.

¹⁴⁵ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Ibid.

numériques automatisés, a représenté une charge de travail très importante, mais le suivi de la part de la CPAM a également été salué : « c'était complexe, mais j'avais un contact qui était très aidant »¹⁴⁸.

2.1.2.3 – La gestion informatique des certificats vaccinaux : une nouvelle mission d'ampleur

La nécessité de traçabilité des vaccins et des vaccinés s'est très rapidement fait ressentir, ne serait-ce qu'en termes de pharmacovigilance. La plateforme Vaccin-covid a alors été mise en place par l'Assurance Maladie pour subvenir à ce besoin. Cette dernière était initialement destinée aux professionnels de santé chargés de saisir numériquement la vaccination. Cependant, l'annonce du pass sanitaire par le Président de la République, en juillet 2021, a créé un nouveau besoin : celui d'une plateforme sur laquelle chaque personne vaccinée pourrait récupérer son certificat de vaccination. L'exécutif a d'ailleurs chargé l'Assurance Maladie de son développement. Cet outil sécurisé a dès lors été développé, avec France Connect. C'est finalement sous la forme d'un QR code.

Dès l'annonce du pass sanitaire, les premiers vaccinés, soucieux d'obtenir le sésame, ont contacté en masse l'Assurance Maladie. Cette dernière, les reconduisant vers les pharmacies de ville ou les centres de vaccination¹⁴⁹ ayant effectué leurs injections, a été critiquée sur ce point. Mais la population n'est pas la seule à exprimer un avis dépréciatif sur la gestion des certificats vaccinaux par la CPAM, les centres de vaccination ayant à reprocher de nombreux problèmes à la plateforme. Ces « griefs » pour reprendre l'expression d'un des responsables de centre, comprennent un notable paradoxe : « je déplore qu'il soit nécessaire de saisir avec des cartes CPS de professionnels de santé alors qu'il suffirait d'une carte de centre de vaccination. Comme l'ARS le sait, on se retrouve à saisir sur la base de cartes de PS qui ne vaccinent pas »¹⁵⁰. Le manque de réponses à des questions techniques telles que la vaccination des étrangers et la saisie dans Vaccin-covid longtemps restées sans réponse ont pu exaspérer les centres. Outre ces critiques sur l'aspect technique, c'est la qualité de la solution qui est pointée du doigt, y-compris par les agents de la CPAM indiquant que « ça a beaucoup crashé »¹⁵¹. Les centres de vaccination regrettent des maintenances en pleine journée (et donc durant les vacances) ainsi que des problèmes avec des cartes CPS qui ne fonctionnent pas sur le site¹⁵².

¹⁴⁸ Cf. Entretien 10.

¹⁴⁹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

¹⁵⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

¹⁵¹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

¹⁵² Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 4. Voir également l'entretien 10.

2.1.3 – Etat local et collectivités territoriales dans la campagne vaccinale

Pourtant compétente en état de crise, la préfecture, représentante de l'Etat au niveau local, semble toutefois avoir peiné à trouver sa place dans la gestion de la vaccination. Juridiquement faiblement dotées en compétences de santé publique, les collectivités territoriales se sont paradoxalement affirmées aux cours de cette campagne vaccinale, avec au premier plan l'action communale, remarquée par tous les acteurs.

2.1.3.1 – La préfecture : une action distanciée liée à un positionnement complexe en début de crise

Le rôle de la préfecture, au contraire de celui de l'ARS, n'est pas saisi de tous les porteurs des centres de vaccination comme en témoigne les échanges avec ces derniers¹⁵³. Pour certains même, « l'ARS se suffisait à elle-même pour assurer cette gestion de crise », « on sentait que c'était compliqué pour eux de se positionner car ils ne sont pas issus du monde de la santé »¹⁵⁴. A ce titre, des acteurs tels que l'ARS estiment que l'implication de la préfecture, si distanciée qu'elle soit en début de crise, était suffisante et justifiée par la « place qui est assez prépondérante de l'ARS dans l'accompagnement et l'animation »¹⁵⁵. Ainsi, si des acteurs (parfois municipaux) impliqués dans les centres de vaccination sont aussi prompts à la critique de la préfecture, cela peut s'expliquer par la « rhétorique bien huilée de la proximité et des défaillances de l'État »¹⁵⁶, ce dernier soit-il local.

Il serait en effet caricatural de discréditer la préfecture dans son implication pour des difficultés de positionnement en début de campagne vaccinale. Comme le montre Jean-Claude Némery, « dans la situation du Covid-19, c'est le couple « préfet de département, maire » qui a géré ces mesures d'urgence »¹⁵⁷ : leurs actions ne sont pas nécessairement à opposer. De même, il n'est pas antinomique de penser une action conjointe de l'ARS et de la préfecture sur les questions de vaccination comme le soulignait le directeur général d'ARS Pierre Pribile en pointant que chacune des deux entités disposait de ses compétences, sans toutefois qu'il n'y ait eu « à aucun moment de défaut de coordination »¹⁵⁸. Comme il le décrit, le directeur de la DD35 siège au collège des chefs de service départementaux, et, en Ille-et-Vilaine, il coanime d'ailleurs les réunions hebdomadaires portées par la préfecture.

¹⁵³ Cf. Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination

¹⁵⁴ Cf. Entretien 19.

¹⁵⁵ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

¹⁵⁶ DOUILLET, Anne-Cécile. Exister dans et par la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du « local ». *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 971-983.

¹⁵⁷ NÉMERY, Jean-Claude. Le rôle du maire en temps de crise. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 937-946.

¹⁵⁸ PRIBILE, Pierre, DOLEZ, Bernard, et DONIER, Virginie. Sans les ARS, la coordination des différents acteurs du système de santé aurait été infernale. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 913-920.

Si ces réunions hebdomadaires en présence de l'ensemble des porteurs des centres sont graduellement apparues comme chronophages à des acteurs en pleine gestion de crise, elles ont toutefois permis une remontée au national de problématiques issues du terrain, apport non négligeable. Certaines actions préfectorales sont d'ailleurs louées par les acteurs de la vaccination. Le CH de Redon a ainsi été victime d'une indisponibilité de ses lignes téléphoniques liées à la réception massive d'appels en lien avec la vaccination en janvier. En parallèle, la préfecture travaillait à l'élaboration d'une plateforme téléphonique pour centraliser les appels et permettre d'organiser les prises de rendez-vous. Le responsable du centre de vaccination de Redon déclare à ce titre : « j'ai apprécié leur action quand ils ont lancé Téléperformance. Quand cette plateforme est arrivée, ça nous a vraiment soulagés »¹⁵⁹.

Enfin, l'action de la préfecture se fait également plus prégnante depuis la montée en charge rapide des centres de vaccination. La préfecture se fait en effet l'avocat d'un maillage territorial fort pour maintenir une égalité d'accès au vaccin, et a poussé à l'ouverture de centre de plus petite importance pour densifier le maillage territorial¹⁶⁰. Comme le soulignent les acteurs de l'ARS, « la préfecture, elle est vraiment entrée dans le match avec la montée en charge des centres de vaccination ». « On a une implication récente très forte du Secrétaire Général de la préfecture »¹⁶¹. L'élargissement des personnes éligibles, conséquence de l'augmentation des doses disponibles¹⁶², a amené le besoin d'avoir des salles de plus grande importance, et c'est à ce moment que la préfecture a eu un rôle important. Dorénavant, la nécessaire continuité de l'activité des centres existants face à un désengagement de certains acteurs, notamment élus locaux, passe par la préfecture, qui a pris ce rôle de rappel aux centres de la « nécessité du maillage territorial »¹⁶³. C'est, enfin, par l'ouverture du centre de vaccination du SDIS-35, le plus grand de la région, que la préfecture va s'illustrer dans ce contexte d'intensification de la vaccination.

2.1.3.2 – Les collectivités territoriales en première ligne dans le soutien aux centres de vaccination

Au meilleur de son maillage territorial, l'Ille-et-Vilaine disposait de 20 centres de vaccination. Parmi eux, quatre étaient portés par une collectivité territoriale. Sur les 11 centres

¹⁵⁹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

¹⁶⁰ Voir l'annexe 7, des centres de vaccination comme Cancale, Retiers ou Couesnon ont été ouverts suite à l'insistance de la préfecture. Bien que ces derniers aient une activité vaccinale parmi les plus basses (cf. Annexe 10), ils permettent à leur territoire de ne pas se situer parmi les EPCI les moins vaccinées du département en assurant une vaccination de proximité (cf. annexe 15).

¹⁶¹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

¹⁶² Comme on a pu le voir, la stratégie gouvernementale inspirée par la HAS était de restreindre les publics éligibles à la vaccination dans l'attente de doses plus importantes, comme le préconisait également l'OMS (cf. annexe 3).

¹⁶³ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

interrogés, 10 citaient la mairie ou la Communauté de Communes (CC) sur laquelle ils étaient implantés comme un partenaire impliqué dans leur activité. Pour autant, les compétences des collectivités territoriales en matière de santé publique sont marginales, l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, précise ainsi que « la politique de santé relève de la responsabilité de l'État »¹⁶⁴. Nonobstant ce constat juridique, un mouvement de « territorialisation » de la santé publique s'opère, défini par Olivier Renaudie comme « l'identification par les pouvoirs publics d'un territoire permettant d'analyser les besoins de santé et l'offre sanitaire, mais également celle d'un lieu de pouvoir doté d'une certaine autonomie »¹⁶⁵. Cependant, cette territorialisation n'implique pas la hausse des compétences des collectivités territoriales dans ce domaine, ces dernières étant confiées à des administrations déconcentrées telles que les ARS.

Mais, malgré ces entraves juridiques à l'action des collectivités territoriales, rappelée notamment par l'arrêté de Sceaux¹⁶⁶, on constate que les collectivités locales ont su s'impliquer dans la campagne vaccinale et faire valoir leurs compétences. On peut distinguer deux acteurs à ce titre. Premièrement, les communes et communautés de communes, impliquées dans le portage de quatre centres sur le département et le soutien de nombreux autres. Ce type d'acteur s'illustre par la mise à disposition de locaux pour permettre la vaccination, des prestations de ménage, ou encore de la mise à disposition d'agents administratifs pour le centre¹⁶⁷. Dans le cas de Montfort-sur-Meu, non contente d'offrir ce type de soutien au porteur de la vaccination, la mairie contribue au financement du centre et a mis à contribution les autres communes du pays, arguant du bénéfice qu'elles retirent de la présence d'un centre à proximité de leur territoire¹⁶⁸.

De l'autre côté, le conseil départemental paraît plus effacé. Bien qu'il ait gardé la compétence vaccinale par choix, contrairement aux autres départements de la région, ce n'est pas l'entité qui a conduit la vaccination. Pour la DD35 de l'ARS : « ce n'est pas étonnant car ça a été orchestré par l'Etat. Ils étaient prêts pour un schéma de vaccination classique mais pas pour de la gestion pandémique »¹⁶⁹. Ses centres étant peu adaptés pour de la vaccination de masse, le conseil

¹⁶⁴ Article L. 1411-1 du code de la santé publique [Accessible en ligne] : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152/#:~:text=La%20Nation%20d%C3%A9finit%20sa%20politique,de%20la%20sant%C3%A9%20de%20chacun.&text=1%C2%B0%20La%20surveillance%20et,de%20vie%20et%20de%20travail.

¹⁶⁵ RENAUDIE, Olivier. Collectivités territoriales et compétences en santé publique: sortir de l'ambiguïté?. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 901-912.

¹⁶⁶ L'arrêté de Sceaux est une décision qui marque la victoire symbolique de l'État sur les collectivités territoriales et la réaffirmation, dans le contexte de la pandémie de Covid-19, car elle vient désavouer une mesure prise par le maire de cette ville pour imposer le port du masque en extérieur, une mesure plus contraignante que celles édictées nationalement.

¹⁶⁷ Cf. Annexe 7.

¹⁶⁸ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretiens 4 et 5.

¹⁶⁹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

départemental s'est toutefois impliqué dans la vaccination des résidences autonomie, ce qui était de sa compétence, et a fait un travail de repérage des personnes âgées non vaccinées en lien avec les Centres Communaux d'Action Social (CCAS). De plus, en tant que membre de la conférence des financeurs, ils ont également été impliqués, bien que marginalement, dans le développement de l'équipe mobile de vaccination breillienne à destination des ESMS sur le champ du handicap. Cette initiative, portée par le Groupement de Recherches et d'Actions des Associations Locales (réseau GRAAL) et l'établissement du Patis Fraux fera l'objet d'une analyse ultérieure.

2.2 Typologie des centres de vaccination en Ille-et-Vilaine

Garants d'une large majorité de l'activité vaccinale sur le département, les centres de vaccination peuvent être divisés en trois grands types, notamment du fait de leur financement, intrinsèquement lié à leur type de porteur. Premièrement, nous nous concentrerons sur les centres de vaccination portés par des centres hospitaliers, constituant le premier maillage territorial du département au début de la campagne vaccinale. Dans un second temps, nous nous concentrerons sur les centres de vaccination dits ambulatoires (dans la mesure où ils ne sont pas portés par des établissements sanitaires ou des ESMS). Ils sont les plus nombreux sur le département, mais aussi les plus hétéroclites, comme le suggèrent les différents types de porteurs qui composent cette catégorie. Dans une dernière partie, nous nous attarderons sur l'un des derniers centres de vaccination ouverts sur le département, et le seul financé en tant que vaccinodrome : le centre porté par le SDIS-35 au stade Robert Poirier de Rennes, effectuant le plus grand volume vaccinal du département, mais aussi de la région.

2.2.1 – Les hospitaliers : les premiers jalons de l'offre en centres sur le territoire

Les établissements hospitaliers vont se montrer volontaires dès les prémices de la vaccination contre la Covid-19, malgré un financement à l'échelle nationale qui tarde à être conceptualisé mais le sera par le biais d'une plateforme mise en place par l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)¹⁷⁰. S'ils ont assuré le maillage territorial des principales agglomérations du département et ont connu une montée en charge importante au cours de leur activité, nous verrons qu'ils ne sont pas si homogènes que cette présentation le laisse supposer.

¹⁷⁰ Il est à noter qu'il ressort des entretiens avec les centres hospitaliers de Vitré, Redon et Fougères que les centres de vaccination portés par ces acteurs n'avaient pas encore, en juillet 2021, été financés pour leur activité démarrée en janvier. Cf. entretiens 6, 8 et 12.

2.2.1.1 – Un premier maillage territorial appuyé sur l’hospitalier

Tout au long de la crise Covid-19, les établissements hospitaliers ont été en première ligne, et l’activité vaccinale ne fait pas exception à la règle. Renaud Gay souligne à ce titre que « la gestion de l’épidémie rappelle la centralité de l’hôpital dans le système de santé français que l’incantatoire virage ambulatoire n’a pas fondamentalement entamée »¹⁷¹. Un paradoxe peut d’ailleurs être constaté dans la mesure où c’est sur ce secteur que la pression budgétaire nationale a le plus pesé. Bien que fortement sollicité depuis le début de la pandémie, le réseau des établissements sanitaires sera cependant privilégié au sein des comités territoriaux organisés par la DD35 pour établir le premier maillage territorial. Ce choix se justifiait notamment car ce premier maillage paraissait « assez complet » aux yeux de l’ARS, et que c’était ces acteurs « qui avaient initié la vaccination, qui avaient pris en charge la problématique de stockage en lien avec les PUI »¹⁷². De plus, il ressort des échanges avec ces derniers qu’ils étaient volontaires pour se constituer en centre.

Ainsi, en janvier 2021, sur les neuf centres de vaccination que compte le département, cinq sont hospitaliers : le CHU de Rennes, les CH de Saint-Malo, Fougères, Vitré et Redon. De plus, trois des quatre restants sont en lien étroit avec un établissement sanitaire. C’est le cas du centre du Liberté porté par la ville de Rennes, qui va reprendre l’activité vaccinale du CHU à mesure que ce dernier fermera son centre, mais aussi du centre de la Piscine du Naye de Saint-Malo qui suivra le même processus avec le CH de la ville. De plus, le centre de Saint-Grégoire est en lien avec le CH privé de la ville¹⁷³.

Ainsi, les principales agglomérations, et donc foyers populationnels, du département sont tous dotées, à la fin janvier, d’au moins un centre de vaccination porté par un acteur hospitalier : Rennes, Saint-Malo, Fougères, Vitré et Redon. Si la solidité de ces structures et leur maîtrise de la gestion de crise rend logique leur entrée en scène, un responsable de la DD35 de l’ARS précise ici : « ce n’est pas étonnant que les hospitaliers fassent de la vaccination, mais ce n’est pas une offre hospitalière en tant que telle. Qu’ils aient vacciné leurs professionnels et les patients à risque, ça, c’était dans leurs missions, le reste, c’est une mission de médecine de ville »¹⁷⁴. Ceci peut ainsi expliquer le désengagement progressif, une fois les publics cités vaccinés, du CHU de Rennes ou du CH de Saint-Malo au profit de centres ambulatoires.

¹⁷¹ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l’IRES*, 2020, no 3, p. 122-138.

¹⁷² Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

¹⁷³ Sur ce maillage, voir le tableau des centres de vaccination du département qui retrace leur chronologie d’ouverture, voir annexe 12

¹⁷⁴ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

Cependant, le caractère hospitalo-centré de la première phase de la campagne vaccinale s'illustre également par le flux de vaccins. Ces derniers transitent par la PUI du CHU à destination de tous les autres centres de vaccination¹⁷⁵. De ce point de vue, le rôle des PUI des autres établissements n'est pas à mésestimer, comme le souligne l'un des pharmaciens du CHU de Rennes en charge de la vaccination : « pour rester sur cette organisation, on a donc par département, une PUI plateforme et on a aussi des PUI « pivots ». Donc nous, on s'est reposés sur les autres CH assez importants sur le département, donc Saint-Malo, Vitré, Redon et Fougères. Et finalement, ces PUI pivots venaient récupérer les doses pour leurs établissements de proximité, ça permettait de limiter le nombre d'allées venues au niveau de la pharmacie du CHU »¹⁷⁶. Comme il le souligne, d'une vaccination de 100 personnes par semaine, la PUI du CHU de Rennes est passée à la gestion de plus de 55 000 doses de vaccin Pfizer hebdomadaire, ce qui fait relativiser ce « désengagement » vis-à-vis de la vaccination. Si le CHU ne dispose plus en propre d'un centre de vaccination, il coordonne le flux vaccinal pour tout le département, ce qui mobilise une équipe complète de préparateurs en pharmacie¹⁷⁷.

Si cette première itération de maillage territorial apparaissait satisfaisante dans un premier temps, elle laisse cependant apparaître d'importantes zones dénuées de centres de vaccination, dont l'éradication sera un défi des administrations départementales avec à leur tête la DD35 de l'ARS Bretagne et la préfecture, comme nous le verrons par la suite.

2.2.1.2 – Des centres de vaccination à la forte montée en charge vaccinale

Ce qui définit les trois centres hospitaliers du département qui ont maintenu jusqu'à présent (à savoir Vitré, Redon et Fougères), est leur forte montée en capacité vaccinale. D'une moyenne de 360 doses par semaine administrées en janvier, ils sont passés à 2800 en juillet. Si les trois centres de vaccination les plus importants du département ne sont pas hospitaliers, 5 sont dans les premiers¹⁷⁸.

Au fil de la campagne vaccinale, le nombre de centres de vaccination sur le modèle de financement de l'ATIH a augmenté. Trois centres ont ouvert : celui de Bain de Bretagne, porté par l'Hôpital Saint Thomas de Villeneuve en février, celui de Dinard porté par l'Hôpital Arthur Gardinier en avril, et celui de Chantepie porté par le Pôle Gériatrique Rennais (un ESMS) le même mois. Ces derniers sont différents, notamment dans le cas de Chantepie dans la mesure où il est le seul qui ne soit pas porté par un CH.

¹⁷⁵ Cf. Annexe 9 : Logistique et flux de vaccins

¹⁷⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 20.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Cf. Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux

Le cas de Bain de Bretagne est également intéressant, étant le seul centre de « petite taille » (soit moins de 1000 injections hebdomadaires) parmi les centres en portage hospitalier. Ce dernier a fermé ses portes au mois d'août, et ce sans avoir pu augmenter son volume vaccinal¹⁷⁹. Cette fermeture confirme les propos d'un des responsables du centre de vaccination de Redon, déclarant : « Les petits centres ont des problèmes. Certains petits CDV ont du mal à tourner, on se retrouve à en fermer certains car les porteurs n'ont pas les reins assez solides pour continuer »¹⁸⁰. Cependant, d'un point de vue du maillage territorial, le centre de Bain est capital pour assurer la vaccination de son territoire, l'EPCI Bretagne Porte de Loire Communauté étant encore aujourd'hui avec la plus faible couverture vaccinale du département¹⁸¹. L'échec du maintien de l'activité de ce centre montre toutefois que la campagne vaccinale ne peut, comme le soulignait la DD35, uniquement se reposer sur un tissu hospitalier dont ce n'est pas la mission primaire, mais doit aussi s'appuyer sur les structures d'exercice coordonné dont c'est l'une des missions¹⁸².

2.2.1.3 – Assurer seul la vaccination en centre d'un pays : le cas du CH de Redon

Si les responsables du centre de Redon se satisfont de leur statut de seul centre de vaccination au sud-ouest du département, c'est, selon leurs dires : « car le fait que nous soyons seul fait que nous remplissons nos créneaux assez facilement, on ne se dispute pas trop les professionnels de santé du territoire non plus »¹⁸³. Quatrième centre de vaccination du département en termes d'injections hebdomadaires, ce centre considère le maillage satisfaisant. Ce dernier n'a, en effet, jamais connu de difficultés par rapport à ses créneaux mis en ligne.

Cependant, malgré leur activité vaccinale forte (la première hospitalière du département), le Pays de Redon est l'avant dernière EPCI du département en termes de couverture vaccinale. Les trois autres communautés de communes les moins couvertes sont toutes situées dans le quart sud-ouest du département : Brocéliande, Vallons de Haute-Bretagne Communauté et Bretagne Porte de Loire Communauté. Même lors de la période où les centres de Bain de Bretagne (seul centre localisé sur Bretagne Porte de Loire Communauté) et de Bruz (au sud-ouest de Rennes Métropole, et pouvant ainsi attirer du public venant de Brocéliande ou de Vallons de Haute-Bretagne Communauté) étaient encore en activité, Redon n'avait aucun mal à remplir ses créneaux.

Si ce centre se satisfait de cette configuration du maillage territorial, il faut noter que les quatre EPCI du sud-ouest du département ont une couverture vaccinale d'une différence d'au

¹⁷⁹ Cf. Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux

¹⁸⁰ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 6.

¹⁸¹ Cf. Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

¹⁸² Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

¹⁸³ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 6.

moins 12,5% avec la CC Côte d'Emeraude, première d'Ille-et-Vilaine¹⁸⁴. Cet état des lieux du maillage territorial acte donc des inégalités territoriales de santé importantes. Mais le centre de Redon a conscience de la nécessité de la pérennité et du caractère essentiel de son activité vaccinale, tournée vers une population défavorisée et un territoire peu doté en professionnels de santé.

Un constat effectué par ce centre, comme par les autres porteurs hospitaliers de la région interrogés, est que le travail en collaboration avec des structures d'exercice coordonné a permis le travail en lien avec des libéraux. Ce développement du lien ville hôpital s'est ainsi effectué grâce à la vaccination et « même si beaucoup de choses restent à faire »¹⁸⁵, cela reste pour eux une avancée positive.

2.2.2 - Les centres ambulatoires, nombreux et aux réalités diverses

Ce qui réunit ces centres qualifiés « d'ambulatoires » est la méthode de financement de ces derniers. Pour la plupart, ils sont exclusivement financés par l'ARS Bretagne sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ces centres sont en effet les plus nombreux sur le département. En juin, quand l'Ille-et-Vilaine comptait 19 centres de vaccination, ils étaient 11. Toutefois, ces derniers sont très divers, qu'il s'agisse de leur taille, de frais qui y sont engagés ou encore de leur type de porteur.

2.2.2.1 – Un objectif de densification du maillage territorial

Comme le souligne la doctrine régionale de déploiement des centres de vaccination de l'ARS Bretagne, inspirée des consignes émanant du national, la cible du maillage territorial était au commencement de la campagne en janvier 2021, d'un centre tous les 100 000 habitants. Avec environ 1 060 000 habitants¹⁸⁶, l'Ille-et-Vilaine devait ainsi se doter de 10 à 11 centres. Dès janvier, elle en dispose de neuf. Néanmoins, une agente de l'ARS Bretagne en charge de la vaccination souligne : « c'est que c'est une politique qui est gérée nationalement par des gens qui habitent à Paris. Il y a des régions où c'est quand même très rural et mettre 2 centres sur tout le département car il fait 200 000 habitants n'est pas la solution »¹⁸⁷. La politique d'approfondissement du maillage territorial poursuivie par la DD35 et la préfecture appuie ce constat. Si ce dernier était assuré par un centre, au minimum, sur chacune des plus grandes agglomérations du département (Rennes,

¹⁸⁴ Cf. Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

¹⁸⁵ Cf. Entretien 19.

¹⁸⁶ Ces chiffres de l'INSEE datent de 2017. [Accessible en ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4273629>

¹⁸⁷ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 18.

Saint-Malo, Fougères, Redon et Vitré, et donc à l'exception de Dinard¹⁸⁸), le maillage apparaissait insuffisant dans nombre de foyers populationnels importants.

La nécessité d'une offre de « vaccination de proximité »¹⁸⁹ voulue par le MSS trouve sa justification dans la couverture vaccinale des EPCI. De 9 en janvier, les centres de vaccination passent à 20 en juin, le nombre de centres ambulatoires passant de 4 à 12 sur la période¹⁹⁰. On constate une corrélation entre le nombre de centres sur une EPCI ou à proximité de celle-ci et la couverture vaccinale. En effet, le maillage important du nord du département a conduit à une forte couverture, notamment sur les EPCI Côte d'Emeraude et du Pays de Saint-Malo. Si Rennes Métropole est fortement doté en centres, sa population importante et sa position centrale attirant des habitants venus d'ailleurs (d'EPCI dépourvues de centres de vaccination comme le Pays de Chateaugiron ou Val d'Ille-Aubigné par exemple) explique sa plus faible couverture vaccinale. Enfin, les quatre dernières EPCI en termes de couverture sont, quant à elles, toutes dépourvues de centre de vaccination en août 2021, à l'exception du Pays de Redon¹⁹¹. Mais ce dernier vaccine également beaucoup les populations des départements limitrophes et des EPCI d'Ille-et-Vilaine du quart sud-ouest : Brocéliande, Vallons de Haute Bretagne Communauté ou Bretagne Porte de Loire Communauté.

Ainsi, l'idée de la densification du maillage a pour objectif de combler les différences importantes de couverture au sein du département. Cependant, les difficultés de cette entreprise sont propres à chaque territoire. Dans le quart sud-ouest du département, le faible nombre de professionnels de santé peut-être contraignant¹⁹² par exemple. Dans la moitié ouest du département, trouver une « commune d'implantation centrale » convenant à toutes les populations a été un défi et la réponse a été la constitution du centre de Montfort¹⁹³. Ainsi, l'idée est de densifier le maillage territorial sans imposer de contraintes trop importantes sur les acteurs impliqués. « L'idée c'est de limiter l'impact en termes d'organisation pour les professionnels »¹⁹⁴.

2.2.2.2 – Des porteurs différents pour des problématiques hétéroclites

Les centres de vaccination ambulatoires ne sont unis que par le mode de financement auquel ils peuvent prétendre. En effet, ces derniers présentent des profils différents.

¹⁸⁸ Il est à noter que la ville de Dinard est située entre les agglomérations de Saint-Malo et Dinan dans les Côtes-d'Armor.

¹⁸⁹ BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021.

¹⁹⁰ Cf. Annexe 12 : Tableau des centres de vaccination contre la Covid-19 en Ille-et-Vilaine

¹⁹¹ Cf. Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

¹⁹² Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

¹⁹³ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 3.

¹⁹⁴ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

Premièrement, la différence la plus frappante entre ces centres de vaccination réside dans les volumes vaccinaux effectués. En Ille-et-Vilaine cohabitent ainsi le centre de Couesnon, plus petit du département et effectuant 300 injections hebdomadaires et celui porté par la ville de Rennes et situé au Liberté qui est monté à 7900 au moins de juin.

Leur diversité vient aussi des types de porteurs, on y distingue notamment les collectivités territoriales. Dans le cas de l'Ille-et-Vilaine, il s'agit uniquement de communes. Laetitia Janicot montre que la crise est « un moment d'affirmation des collectivités territoriales et de leurs représentants »¹⁹⁵. Quatre des 20 centres de vaccination du département étaient portés par des communes : le Liberté de Rennes, celui de Saint-Grégoire, de Liffré et de Bruz¹⁹⁶. Cette volonté de portage manifestée par certaines mairies contribue à accroître la confiance forte des administrés envers leur maire (73% des interrogés), bien supérieure à celle accordée au gouvernement par exemple (à hauteur de seulement 36% des sondés)¹⁹⁷.

L'autre type de porteur, administrant plus de centres, rassemble les associations de professionnels de santé. Ces structures d'exercice coordonné sont elles aussi très diverses, avec les MSP (pour Retiers par exemple), Equipe de Soins Primaires (ESP, pour Dol de Bretagne notamment) ou encore en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS, comme à Saint-Malo). Ces portages sont une illustration des « approches ascendantes » (ou « bottom-up ») émanant du terrain et que François Baudier considère « capitales pour optimiser le déploiement de la vaccination contre la Covid-19 et pour prendre en compte les inégalités sociales de santé, que la campagne de vaccination ne doit pas aggraver »¹⁹⁸. Ces porteurs sont au nombre de neuf sur les 20 du département, et comprennent les deux plus importants derrière le vaccinodrome du SDIS-35 : les centres du Liberté à Rennes et de la Piscine du Naye à Saint-Malo, preuve de l'efficacité des libéraux dans le développement de l'offre vaccinale.

Mais à porteur différent, problématiques différentes. Les collectivités territoriales, dont les compétences en santé publique sont juridiquement restreintes comme nous avons pu le voir, n'ont pas l'habitude de travailler sur une vaccination de masse telle que celle-ci. Un des responsables du centre de Saint-Grégoire déclare : « c'était une expérience enrichissante, découvrir le domaine de la santé était une nouveauté pour nous »¹⁹⁹. Les frais engagés par les collectivités, ne disposant notamment pas de matériel médical, sont plus importants également. De l'autre côté, les structures

¹⁹⁵ JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

¹⁹⁶ Cf annexe

¹⁹⁷ NÉMERY, Jean-Claude. Le rôle du maire en temps de crise. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 937-946.

¹⁹⁸ BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, et al. Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

¹⁹⁹ Cf. Entretien 15.

d'exercice coordonné ont moins de dépenses à effectuer de ce point de vue, mais leur plus faible trésorerie peut poser problème dans l'avancement de frais.

2.2.2.3 Un renforcement du maillage toujours perfectible et des questionnements sur son efficacité

La corrélation entre maillage territorial dense et couverture vaccinale élevée a poussé à développer le maillage territorial pour atteindre les 20 centres sur le département en juin. Ceci a été permis par l'action de la préfecture, soucieuse d'ouvrir des centres, même de moins grande importance. A ce titre, deux des derniers à être lancés, Couesnon et Cancale, font partie de ceux avec le volume le plus modeste. Ils constituent de facto des antennes des centres de vaccination de plus grande importance. Ainsi Couesnon dépend de Fougères pour l'allocation des doses, et Cancale est porté par la CPTS Côte d'Emeraude, comme celui la piscine de Saint-Malo.

Des centres « de proximité » comme peuvent l'être Montfort ou Saint-Grégoire, ont vocation à vacciner leur territoire immédiat²⁰⁰. Si ces centres, ou d'autres de taille encore plus modeste comme Couesnon, répondent à un besoin, ils mobilisent beaucoup de personnel soignant pour un volume vaccinal moindre, en proportion, que les plus grands du département. De l'aveu même de l'un des cadres de la mairie de Montfort impliqué dans les questions de vaccination : « je ne pense pas qu'il faille multiplier les petits centres, car c'est compliqué à organiser »²⁰¹. Pour eux, la question des ressources humaines et soignantes sont rapidement devenues problématiques.

En effet, si nombre de petits centres de vaccination, comprendre ici ceux ayant un volume vaccinale inférieur à 1000 doses hebdomadaires, sont pérennes, deux des quatre fermetures estivales font partie de cette catégorie : ce sont Liffré et Bain de Bretagne. La fin de leur activité constitue une problématique, mais leur période d'activité était aussi source de complications, selon l'ARS : « des centres de proximité comme Liffré ont contribué à attirer les professionnels de santé de Fougères dont on aurait bien eu besoin sur ce centre, qui avait des difficultés de recrutement de personnels »²⁰².

Le nombre de centres de vaccination, passé de 9 à 20 entre janvier et juin, était de 16 centres à la fin du mois d'août. Le maillage territorial, un temps pensé comme en expansion perpétuelle, a régressé et laisse place à un questionnement légitime : le maillage territorial s'est-il amélioré de janvier à août ? Si le nombre de centre a augmenté, certaines EPCI ne disposent plus de centre de vaccination alors qu'elles en disposaient en février, comme pour la CC Bretagne Porte de Loire Communauté avec le centre de Bain. La fermeture de Bruz contribue avec la précédente à

²⁰⁰ Voir à ce sujet la documentation fournie par le centre de Montfort en annexe 16.

²⁰¹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 3.

²⁰² Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

esseuler Redon, le quart sud-ouest du département se retrouvant dans la même configuration vaccinale qu'au mois de janvier²⁰³.

Ce maillage territorial perfectible est illustré par la différence entre la couverture vaccinale de la CC Côte d'Emeraude à hauteur de 66,8% face aux 53,2% affichés par la CC Bretagne Porte de Loire Communauté se retrouvant sans centre. Il a donc principalement profité à Rennes, dont l'agglomération regroupant plus d'un tiers de la population départemental, et ayant connu la fermeture de 3 centres parallèle à l'ouverture de 4 autres entre janvier et août, contribuant à maintenir la couverture de la métropole à 58,7%, supérieur aux 57,6% départementaux. Ceci est notamment dû à l'activité du seul vaccinodrome départemental que nous allons étudier.

2.2.3 – Les Centres de Grande Capacité ou vaccinodromes : l'implication de la préfecture et du conseil départemental par le biais du SDIS-35

Le dernier type de centre de vaccination sur le département est caractérisé à la fois par son financement, mais aussi par son porteur : le SDIS. Ses soutiens sont la préfecture de laquelle il dépend ainsi que le Conseil Départemental avec lequel il est en lien en font un centre particulier. Ce vaccinodrome, seul sur le département, est dépendant d'un financement national direct et est sous les directives de l'Etat local.

2.2.3.1 – La nécessaire ouverture de grands centres face à l'arrivée massive de vaccins

En Ille-et-Vilaine, la quasi-totalité des centres de vaccinations ont un flux de vaccins en Pfizer²⁰⁴, comme nous le souligne notamment la PUI du CHU de Rennes²⁰⁵. La hausse massive des doses allouées à l'Ille-et-Vilaine et la volonté de ne pas les perdre va amener la DD35 à négocier de fortes hausses capacitaires avec les centres de vaccination. De 10 000 doses hebdomadaires à destination des centres breilliens au mois de mars, ce chiffre passera à 26 000 au mois d'avril, puis à 39 000 pour atteindre un pic à 57 000 en juin avant de diminuer à 53 000 en juillet. Or, un centre comme celui du Liberté, qui assurait 27% de l'activité vaccinale départementale en mars, ne pourra pas en faire autant avec quasiment six fois plus de doses trois mois plus tard.

²⁰³ Cf. Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

²⁰⁴ De rares exceptions sont à noter, certains centres, de capacité relativement réduite, ont démarré leur activité vaccinale en Moderna : il s'agit des centres de Combourg, Dinard et Cancale. Ces derniers ont par la suite rebasculé sur un flux en Pfizer, notamment au moment où le nombre de doses disponibles a augmenté. Ce choix s'explique à la fois par la volonté de réserver les vaccins à ARN messenger, plus complexes à conserver, notamment dans le cas du Pfizer, à des centres de vaccination pour qui la logistique serait plus simple, les cabinets libéraux de ville et les pharmacies d'officine récupérant ainsi les vaccins à vecteurs viraux comme l'AstraZeneca ou le Janssen, souffrant de son image comme le montre l'entretien avec le centre de Cancale (voir entretien 10).

²⁰⁵ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 20.

Trouver un moyen d'écouler ces allocations toujours plus importantes semble alors passer par l'ouverture de vaccinodromes. Cependant, cette terminologie est péjorativement connotée depuis l'échec de la stratégie vaccinale contre le virus H1N1. L'exécutif préfère le terme de « centre de grande capacité »²⁰⁶ comme le montre notamment la carte des centres de vaccination départementaux mise en ligne par la préfecture²⁰⁷. Toutefois, les éléments de langage déployés par le gouvernement n'ont pas réussi à s'imposer²⁰⁸.

2.2.3.2 – L'Ille-et-Vilaine : le positionnement de la préfecture, du Conseil Départemental et du SDIS

Le déploiement d'un centre de vaccination de grande capacité passe, dans la stratégie nationale, par l'implication des SDIS²⁰⁹. Ce dernier, conformément aux principes édictés par l'exécutif, ne sera pas financé sur le FIR mais bien via une compensation régionale. Cette dernière est d'ailleurs un modèle de financement satisfaisant pour le SDIS-35, qui considère qu'il permet le remboursement des frais engagés. Ces centres de vaccination ont pour prérequis « d'effectuer 1000 injections par jour, voire 2000 »²¹⁰.

Ce qui rend ce centre particulier, c'est aussi qu'il n'est pas porté par un porteur ambulatoire tel que ceux que l'on a pu lister. Le SDIS identifie en effet la préfecture comme son référent. Le responsable du vaccinodrome déclare à cet endroit : « il est à noter que le SDIS ne s'inscrit pas dans les missions des collectivités territoriales, ce qui en fait un centre particulier. Mais le SDIS est sous l'autorité du préfet. Et le préfet est le représentant de l'Etat, du gouvernement »²¹¹. Pour son financement comme son portage, le vaccinodrome breillien est fortement lié au national, la préfecture d'Ille-et-Vilaine, figure d'autorité pour ce centre, est le représentant de l'Etat à l'échelon local. Ceci dénote dans une stratégie vaccinale déclinée à l'échelon d'un département par la DD35, mais aussi par la centralisation par le biais de la PUI du CHU de Rennes.

Le Conseil Départemental, bien que son conseil d'administration soit présidé par le président du conseil départemental, n'est identifié que comme un partenaire par le SDIS-35. Ce

²⁰⁶ LEPAGE, Elodie et ROCFORT-GIOVANNI, Bérénice. Vaccins : comment la France s'est enlisée. *L'Obs*, 24 mars 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.nouvelobs.com/vaccination-anti-covid-19/20210325.OBS41847/vaccins-comment-la-france-s-est-enlisee.html>

²⁰⁷ Cf. Annexe 18.

²⁰⁸ L'exécutif avait tenté de substituer le terme de « surveillance renforcée » à celui de confinement, pour les vaccinodromes, la tentative est similaire. L'expression est pourtant restée et est la plus usitée dans les médias. Voir : LEPAGE, Elodie et ROCFORT-GIOVANNI, Bérénice. Vaccins : comment la France s'est enlisée. *L'Obs*, 24 mars 2021.

²⁰⁹ MINSANTE n°2021-53 : Appui des SDIS à la vaccination COVID-19

²¹⁰ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 2.

²¹¹ Ibid.

dernier a néanmoins joué un rôle important avec la mise à disposition du Stade Robert Poirier, l'un des rares sites rennais à pouvoir accueillir une organisation d'une telle ampleur²¹².

L'autre particularité de ce centre, lié à son porteur qu'est le SDIS, est qu'il internalise énormément des fonctions employées : personnel soignant, administratif, d'accueil. Le responsable du vaccinodrome déclare à ce titre « Notre vivier de professionnels de santé est fourni, c'est ça notre force »²¹³.

2.2.3.3 – Le plus grand centre de Bretagne, une solution face aux fermetures

Les vaccinodromes ont été théorisés par le MSS sur la base d'un volume vaccinal de 1000 à 2000 vaccins par jour. Cependant, comme le souligne un colonel du SDIS impliqué dans le centre du stade Robert Poirier : « Fin mars, on nous demandait de prévoir de pouvoir monter en capacité à 2000 doses par jour, voire même à 3000 par jour. Mais ce troisième niveau-là restait encore assez hypothétique. Mais on a vu qu'il n'est pas resté hypothétique longtemps »²¹⁴. Depuis le mois de juin, le vaccinodrome breillien s'est approché de ce rythme important, « quasi industriel » selon la PUI du CHU²¹⁵. Ouvert en avril, le centre du SDIS a ainsi dépassé l'activité portée par la ville de Rennes dès son premier mois d'activité. Le centre du Liberté, qui représentait 27% de l'activité des centres de vaccination en mars, n'en représentait plus que 16% contre 17% pour le Robert Poirier en avril. En Juillet, le centre du SDIS représentait 37% des doses administrées sur le département quand l'activité du Liberté n'était que de 12%.

Pour les pompiers mobilisés sur le centre, cette hausse drastique du volume de vaccination ne constitue ni une difficulté, ni une crainte pour la pérennité de l'activité : « Difficile, ça voudrait dire qu'on n'y arrive pas, que ce n'est pas tenable. Pour nous, c'est juste du travail. L'organisation structurée est ce qui permet de tenir sur la durée »²¹⁶. Ce qui permet de croire à la pérennité du centre est l'une des caractéristiques du SDIS qui a probablement poussé les pouvoirs publics à les mobiliser : « Notre vivier de professionnels de santé est fourni, c'est ça notre force »²¹⁷. Cette implication marquée du SDIS nuance, du moins sur la vaccination, le constat de « l'extrême insuffisance de la coopération avec les pompiers » du système de santé français observée par Gilles Johanet²¹⁸.

²¹² Ibid.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Ibid.

²¹⁵ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 20.

²¹⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

²¹⁷ Ibid.

²¹⁸ JOHANET, Gilles. Les faiblesses du système de soins français. *Après-demain*, 2020, no 3, p. 4-5.

Si l'avènement de ce centre a permis de surmonter le défi de l'écoulement des doses allouées aux centres breilliens en constante augmentation au premier semestre, le biais engendré est la concentration de l'offre vaccinale sur la métropole rennaise. Cette dernière représentait 60% de l'offre vaccinale du département contre seulement 40% de sa population. Or, cette sur-dotation n'est pas justifiée par un retard de cette EPCI sur la moyenne de l'Ille-et-Vilaine, la métropole la dépassant d'un point.

Ainsi posée, la question du maillage territorial par les centres de vaccination semble être un nœud gordien, sa densification étant en elle-même à mettre en cause. Cependant, la nécessité d'assurer l'égalité d'accès à la vaccination est toujours présente, et se doit d'être rendue possible par d'autres modalités de vaccination.

2.3 - La vaccination hors centre, une offre hétéroclite en réponse aux problématiques de la campagne vaccinale

Fin juillet 2021, 76 000 injections étaient effectuées sur le département, et 62 000 étaient en vaccin « Comirnaty » de Pfizer²¹⁹. Ce vaccin n'étant proposé en exclusivité à des centres de vaccination pour des raisons de complexité logistiques²²⁰ et le Moderna n'étant plus utilisé en centre en juillet, 14 000 doses sont injectées hors de ces centres. Cette part de l'activité vaccinale breillienne provient de la vaccination dite « de ville », assurée par les libéraux. Dans un contexte de maillage territorial perfectible, cette offre semble être une réponse, malgré les obstacles. Mais, dans un contexte de crise sanitaire accroissant les inégalités sociales de santé²²¹, il est important que la vaccination n'aggrave pas ces dernières. Les opérations de vaccination plus itératives d'aller-vers, très diversifiées en fonction des publics en Ille-et-Vilaine, s'inscrivent dans cette démarche.

2.3.1 – Les opérations d'aller-vers, garant de l'égalité d'accès au vaccin

Comme le soulignait l'un des responsables du SDIS-35 impliqué dans le vaccinodrome : « les centres de vaccination comme le nôtre, c'est 85% de la population à laquelle il s'adresse, je pense.

²¹⁹ Cf. Annexe 11 : Extraits du tableau de bord sur la situation épidémiologique produit par le service communication de l'ARS Bretagne. Les données proviennent du site Vaccin-covid de l'Assurance Maladie.

²²⁰ Un responsable de la vaccination Covid-19 à la PUI du CHU de Rennes précise en effet que les difficultés de conservation du vaccin développé par Pfizer et BioNTech amènent ce dernier à devoir suivre un circuit complexe, d'abord alloué par le national dans une PUI dans chaque département du fait de la nécessité d'une conservation à -80° celsius (voir Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 20.)

²²¹ GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRE*, 2020, no 3, p. 122-138.

Après, il y a 10% de la population, environ, qui aura du mal à se déplacer sur le centre »²²². Depuis la fin du mois de juillet, les responsables nationaux de la campagne vaccinale demandent à l'opérateur régional phare, l'ARS, un retour sur les dispositifs mis en place pour favoriser la vaccination des plus fragiles. Cette demande peut apparaître paradoxale dans la mesure où ces initiatives, diversifiées au même titre que les publics qu'elle cible, émanent d'acteurs départementaux en l'absence de consignes régionales ou nationales. Ces dernières émanent d'acteurs spontanément impliqués, qu'il s'agisse des administrations telles que la DD35 de l'ARS ou des acteurs du champ médico-social.

2.3.1.1 – Le vaccimobile du SDIS à destination des personnes âgées éloignées des centres

Les débuts de la vaccination ont été marqués par la restriction de l'éligibilité aux personnes âgées. Si cette dernière s'est effectuée pour partie en centres (le « flux B »), elle s'est également orchestrée par le biais des EHPAD, via ce qui a été qualifié de « flux A »²²³. Si cela a permis de vacciner à la fois les personnes âgées mobiles et celles qui étaient en établissements médico-sociaux, les publics ne présentant aucune de ces deux caractéristiques (personne en perte de mobilité, éloignée des centres notamment) ne disposaient d'aucune offre convenant à leurs contraintes.

C'est pourquoi le SDIS a, dès la mi-février, mis en place un « vacci-mobile ». « L'objectif était de déplacer la capacité vaccinale vers les personnes les plus éloignées des CDV. On cible les personnes qui ne vont pas se déplacer dans les CDV, le plus souvent car elles ne se déplacent pas ou peu, car elles ne peuvent pas se déplacer » comme le précise un colonel des pompiers, illustrant que « le SDIS agissait pour assurer la vaccination en milieu rural »²²⁴. Avec une activité de 250 doses par semaine qui peut paraître limité en comparaison des volumes actuels, cette initiative permettait de répondre à un besoin de protection d'un public fragile relativement restreint et dans un contexte de doses limitées.

2.3.1.2 – L'implication spontanée des acteurs dans la vaccination des aînés

Ce premier objectif de vaccination des aînés a été l'objet d'autres actions « d'aller-vers » très variées sur le département, et impliquant nombre d'acteurs. Si l'aller-vers se traduit fondamentalement par le déplacement de la vaccination au plus près des publics ciblés, les actions

²²² Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

²²³ Cf. Annexe 9 : Logistique et flux de vaccins.

²²⁴ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

visant à rapprocher des personnes éloignées du soin de l'offre vaccinale en les contactant peut être considéré comme une forme d'aller-vers. A ce titre, des initiatives localisées sont nées.

Le directeur général des services de la mairie de Montfort-sur-Meu, commune particulièrement proactive sur la question, indique : « une chose dont je suis très fier, ici, c'est qu'avant de parler de l'aller-vers : on l'avait déjà fait. On a donc demandé aux 33 communes du Pays de Brocéliande de nous faire des listes de personnes vulnérables »²²⁵. En mettant les CCAS dans le processus et en exigeant des mairies que ces dernières amènent les personnes listées sur site, l'action conjointe de la mairie et du centre de Montfort a permis d'établir « une liste de 650 personnes, toutes vaccinées en à peine deux mois »²²⁶. Cependant, le centre de Montfort n'est pas le seul comme le souligne à ce titre une agente de la CPAM mobilisée sur la vaccination : « On a commencé à appeler les centres de vaccination. Et on nous a dit, notamment à Dol-De-Bretagne qu'ils faisaient ça depuis qu'ils avaient ouvert le centre. Ils s'étaient organisés avec le CCAS. Il y en avait quelques-uns »²²⁷. Ceci illustre ce « rôle prépondérant des collectivités locales et territoriales dans la gestion de la crise sanitaire, en agissant sur les déterminants des inégalités sociales de santé » que souligne François Baudier²²⁸.

Si la première phase de la vaccination a permis un constat c'est, à en croire le directeur général des services, la « fracture numérique ». Car si une immense partie de la population a su prendre ses rendez-vous via les plateformes en ligne, certaines personnes, toujours non vaccinées, ne disposent pas d'internet. Permettre l'accès aux vaccins à ces personnes relève alors du défi. C'est pourquoi l'action de la préfecture avec la mise en place de la plateforme téléphonique de prise de rendez-vous a été saluée. L'action de la CPAM d'appeler des personnes âgées non-vaccinées pour tenter de leur faire prendre rendez-vous a illustré d'autant plus cette double difficulté de vaccination des publics âgés résidant dans la fracture numérique et l'éloignement de certains du système de soins²²⁹.

2.3.1.3 – La vaccination des personnes handicapées : le rôle de l'équipe mobile portée par les acteurs du secteur

La question de la vaccination des personnes handicapées, elles aussi identifiées comme public cible des premières phases de la campagne vaccinale, a été un peu plus tardive. Cette

²²⁵ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 3.

²²⁶ Ibid.

²²⁷ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 17.

²²⁸ BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, et al. Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

²²⁹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 17.

dernière a commencé « dès qu'on en a eu les consignes, en avril, sur le secteur Personnes handicapées » selon la DD35²³⁰. La délégation départementale de l'ARS ne pouvait coordonner la vaccination de tous les établissements du secteur. Pourtant, la proactivité du réseau GRAAL, association regroupant 17 associations pour un total 90 ESMS, a permis d'agir dès avril pour favoriser l'accès au vaccin aux personnes en situation de handicap. La responsable du Patis Fraux, centre de réadaptation intégré au réseau GRAAL, indique : « très rapidement, on a sollicité l'ARS Bretagne et notamment la DD 35 et le Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine pour leur proposer la mise en œuvre d'une équipe mobile de vaccination, c'était courant février et courant mars. Avec une volonté de l'ARS, de couvrir l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine et d'intégrer tous les acteurs du champ du handicap sur le département »²³¹.

Sur le mode de fonctionnement, après l'identification des besoins en doses, une convention était signée par l'organisme gestionnaire demandeur de vaccination et le réseau GRAAL. Le choix de la date de vaccination sur site est alors fixé, l'espace dédié à la vaccination dans l'établissement est identifié, ainsi que les professionnels mobilisables sur site. Charge à l'ESMS d'installer l'espace de vaccination. La capacité vaccinale est de 54 vaccinations par demi-journée. Ensuite, l'équipe mobile de vaccination informe l'ESMS de la date prévisionnelle d'administration des secondes doses²³². Démarrant le 6 avril et terminant le 30 juin, 8500 injections ont été effectuées sur trois mois par l'équipe du Patis Fraux²³³.

L'impact de cette vaccination, fortement appelée de ses vœux par la DD35, s'est arrêtée quand l'ensemble des ESMS demandeurs a trouvé satisfaction. Pour la directrice du centre du Patis Fraux, par rapport aux centres de vaccination, « ça a été vraiment un dispositif très complémentaire et à mon sens on aurait moins touché les personnes en situation de handicap si on n'avait pas eu l'équipe mobile de vaccination. Vous ne pouvez pas apporter cette prestation aussi rapide à une personne qui est en situation de handicap lourd. Et d'ailleurs, les médecins peuvent se retrouver en difficulté parce que la personne ne s'exprime pas bien ou parce qu'il y a une mauvaise compréhension entre le médecin et la personne accompagnée. Donc il faut que les professionnels [du secteur] soient présents »²³⁴. Du point de vue de l'ARS, cette opération d'aller-vers à destination du secteur du handicap a été réussie, soulignant que ce modèle a été « remonté au niveau national comme une expérimentation plutôt réussie »²³⁵.

²³⁰ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

²³¹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 16.

²³² Cf. Annexe 13 : Extraits de la brochure explicative sur le fonctionnement de l'équipe mobile de vaccination breillienne en direction des ESMS

²³³ Ibid.

²³⁴ Ibid.

²³⁵ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

2.3.1.4 – Juillet, une nouvelle initiative : le vaccibus à destination des populations éloignées des centres

La poursuite de la campagne vaccinale se traduit par un objectif d'amélioration de la couverture de la population breillienne. Si la disponibilité des doses et la plus grande activité des centres de vaccination y contribue pour une large part comme nous avons pu l'analyser, certains publics nécessitent une action plus spécifique pour être vaccinés. Si les personnes âgées ou en situation de handicap en font partie, elles ne sont pas les seules. Les publics situés dans des zones rurales, parfois très éloignées des centres de vaccination connaissent des difficultés d'accès au vaccin. Parfois, ces publics sont également des personnes âgées. C'est pourquoi le SDIS-35, comme le précise la communication du MSS sur leur implication dans la vaccination²³⁶, en lien avec la délégation départementale de l'ARS ont remis en place un dispositif d'aller-vers.

Cette fois, l'objectif de ce qui est qualifié de vacci-bus (reprenant le fonctionnement de vacci-mobile) est un peu différent : « on avait juste ciblé les communes, où il y avait moins de couverture vaccinale. Et ce sont également celles qui sont éloignées des centres de vaccination »²³⁷. Cette « double logique »²³⁸ visant les personnes éloignées des centres et dans des zones rurales permet de renforcer la couverture vaccinale dans les EPCI en décrochage et de pouvoir vacciner des personnes âgées qui n'auraient pas bénéficié de la première vaccination mobile du SDIS²³⁹. L'objectif de volume vaccinal est le double de celui de la précédente équipe du SDIS soit 500 doses hebdomadaires, l'expérience du terrain, le nombre de doses disponibles et l'élargissement du public le permettant.

2.3.1.5 – Le projet d'équipe mobile vaccinale en faveur des enfants en situation de handicap

L'âge d'éligibilité a évolué au cours de la campagne vaccinale. Depuis le 15 juin 2021, les jeunes de 12 à 17 ans peuvent se faire vacciner avec le vaccin Pfizer. Suite à l'AMM de l'EMA en date du 24 juillet, la possibilité leur est offerte d'opter pour le vaccin de Moderna. Cela vaut aussi pour les personnes en situation de handicap. Sur ce champ, la DD35 souhaite encore impulser une modalité de vaccination en aller-vers pour assurer la meilleure couverture à ces populations fragiles.

²³⁶ MINSANTE n°2021-53 : Appui des SDIS à la vaccination COVID-19

²³⁷ Ibid.

²³⁸ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

²³⁹ Il est à noter cependant, comme le souligne la DD35 de l'ARS, que la couverture départementale sur le segment des personnes âgées. Sur les plus de 75 ans : « On est à 94% de vaccinés, donc on est 2 points au-dessus du reste la région et quasiment 10 points au-dessus du national » (voir Annexe 6, entretien 13).

Or, le Patis Fraux, impliqué dans la vaccination du secteur handicap adulte, ne souhaite pas intervenir au nom du GRAAL dans le secteur enfance, notamment du fait du manque d'ESMS sur le champ du handicap enfance²⁴⁰. Cependant, ce modèle avait prouvé son efficacité, vaccinant l'intégralité des volontaires du secteur, et constituant un « modèle repris par le collectif handicap du 22 » qui « s'est vite déployé comme une solution »²⁴¹.

L'idée serait alors de reprendre un modèle similaire pour le champ du handicap enfance, avec une équipe mobile organisée par un porteur sondant les besoins de vaccination dans les ESMS du département. Une fois la liste et le nombre de doses établies, l'équipe mobile de vaccination dédiée irait ainsi sur les sites, par journée ou demi-journée, pour vacciner les personnes ayant donné leur consentement, l'équipe prévoyant une date ultérieure pour la seconde dose du vaccin. La nécessité sera alors de trouver un autre acteur porteur de cette initiative. Cependant, le Patis Fraux, fort de son expérience dans l'exercice, s'est proposé d'aider le nouveau porteur à la conduite de l'opération²⁴².

2.3.2 – La vaccination en ville, autre acteur du maillage territorial et garant de l'égalité d'accès au vaccin

Face au maillage territorial encore problématique des centres de vaccination et à des solutions d'« aller-vers » itératives certes efficaces pour cibler des publics restreints mais faibles en volume vaccinal, la solution semble passer par un autre type d'offre : la vaccination de ville.

2.3.2.1 – Une offre complémentaire nécessaire mais encore faible

Les structures d'exercice coordonné ont été mobilisées dans le cadre des centres de vaccination, et étaient même d'ailleurs volontaires pour participer à cet effort, comme en témoignent la MSP de Retiers et la CPTS Marche de Bretagne impliquée dans le centre de Couesnon²⁴³. Cependant, ce recours aux soins primaires a été disparate dans la gestion de la pandémie comme dans la campagne vaccinale, surtout quand il s'agit des acteurs libéraux exerçant seuls²⁴⁴.

Les libéraux sont les principaux effecteurs des 14 000 injections hebdomadaires effectuées sur le département. Mais le recours à ce type d'acteurs est nécessaire pour assurer un maillage territorial cohérent sur le département, c'est une offre complémentaire à celle des centres de

²⁴⁰ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 16.

²⁴¹ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

²⁴² Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 16.

²⁴³ Cf. Entretiens 7 et 9.

²⁴⁴ GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IREs*, 2020, no 3, p. 3-25.

vaccination. Cependant, il apparaît clair aux acteurs de l'animation territoriale que cette mobilisation des libéraux est variable à deux niveaux. Premièrement, l'implication des libéraux dépend du territoire. Si cette mobilisation est saluée à Saint-Malo²⁴⁵, cette dernière ne peut évidemment l'être dans des endroits où la densité de professionnels de santé pose déjà question, et où l'offre de vaccination libérale ne peut représenter un complément suffisant aux centres²⁴⁶. Ces EPCI faiblement dotées en professionnels de santé sont de plus souvent celles qui souffrent de manque de centres de vaccination et des plus faibles couvertures vaccinales et se concentrent donc au sud-ouest du département dans le cas breillien. Deuxièmement, cette mobilisation libérale est fonction de la catégorie professionnelle. Il apparaît ainsi que la dynamique de vaccination chez les libéraux est plus forte chez les pharmaciens comme le soulignent la DD35 : « les pharmaciens appréhendent la question de la logistique plus facilement », mais aussi le centre de vaccination de Montfort-sur-Meu²⁴⁷.

2.3.2.2 – La complexité de la mise en place de la vaccination en ville

Le constat d'une offre libérale insuffisante apparaît à la lumière de la proportion de la vaccination qu'elle représente (18% sur le département) couplée à la persistance des inégalités de couverture vaccinale sur le département (66,8% pour la plus élevée des EPCI contre 53,2% pour la plus basse²⁴⁸). Ceci peut notamment s'expliquer par une série d'arguments justifiant la complexité de densification de cette offre libérale.

Dans un premier temps, la vaccination de ville n'était possible, pour des raisons logistiques essentiellement²⁴⁹, qu'avec le vaccin AstraZeneca. Or, ce dernier souffrait d'une image terriblement dégradée dans la population suite aux cas de thromboses dont il était accusé²⁵⁰. On constate que l'éligibilité fixée à 55 ans pour ce vaccin a limité la cible vaccinale des libéraux jusqu'à la ventilation nationale de Moderna en ville.

De plus, la logistique imposée aux libéraux était complexe : trouver des personnes enclines à se faire vacciner en nombre suffisant, faire face aux annulations de rendez-vous, prévoir les

²⁴⁵ Cf. Entretien 19.

²⁴⁶ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

²⁴⁷ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretiens 3,4 et 13.

²⁴⁸ Cf. Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

²⁴⁹ Le responsable des doses de vaccins à destination des centres de vaccination à la PUI du CHU de Rennes pointe les différences drastiques de difficulté de conservation entre le vaccin Pfizer et les vaccins à vecteurs viraux tels que AstraZeneca ou Janssen. Le Pfizer devant être conservé à -80° constitue

²⁵⁰ FERNEY, Jeanne et LESUEUR, Corentin. Covid-19 : AstraZeneca, un arrêt provisoire mais des conséquences peut-être durables. *La Croix*, 16 mars 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.la-croix.com/Sciences-et-etique/Covid-19-AstraZeneca-arret-provisoire-consequences-peut-etre-durables-2021-03-16-1201145959>

secondes doses. Le processus de commande, parfois complexe, est lui aussi désincitatif²⁵¹. Cette activité chronophage semble trop contraignante pour des acteurs esseulés.

Enfin, la hausse du nombre de centre de vaccination et de leur volume vaccinal, ainsi que le caractère incitatif de leurs tarifs contribuent au constat fait par les acteurs porteurs des centres que les libéraux préfèrent s'inscrire dans la vaccination par le biais des centres. A Retiers, par exemple : « Les médecins du territoire ne se voient pas vacciner dans leur cabinet. Ils sont contents d'avoir un centre de vaccination sur le territoire. Ils n'ont pas à s'occuper des questions logistiques et peuvent se consacrer à la vaccination, c'est pourquoi ils privilégient ce type de fonctionnement »²⁵². Le centre de vaccination de Cancale est encore plus tranché : « on voit également des pharmaciens qui arrêtent de vacciner en officine et qui viennent vacciner en centre par exemple. Pour moi, les centres de vaccination ont un sens. Pour la vaccination, la ville, ce n'est pas l'endroit »²⁵³.

2.3.3 – Un nouveau type d'aller-vers : le projet de vaccination par les médiateurs Lutte Anti-Covid

Les médiateurs Lutte Anti-Covid (LAC) sont un dispositif institutionnalisé le 30 décembre 2020, bien que déjà déployé territorialement²⁵⁴, dans une optique qui restera son phare : « tester-alerter-protéger », dans une logique de prévention et de promotion de la santé. Cette initiative est financée par l'ARS Bretagne en exclusivité, et est le résultat d'une convention avec l'Association Départementale de Protection Civile (ADPC). Cette structure est l'opérateur du dispositif. Son fonctionnement est régi, à l'ARS, par le principe de : « Stratégie régionale et action départementale »²⁵⁵.

L'action des médiateurs LAC a grandement évolué au fil de la pandémie comme le montre l'échange effectué avec la chargée de mission sur les médiateurs à la DD35. D'une sensibilisation aux gestes barrières, ces derniers ont effectué de la sensibilisation à la vaccination. Par la suite, ils ont également été missionnés pour effectuer des tests sérologiques dans des centres de vaccination de la métropole rennaise ou dans les QPV²⁵⁶. L'intérêt de ce type de tests, permettant de savoir si l'individu testé a été infecté par le virus lors des derniers mois, est d'économiser des doses de vaccin, les personnes ayant contracté la Covid-19 ne nécessitant qu'une dose de vaccin

²⁵¹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 18.

²⁵² Cf. Entretien 9.

²⁵³ Cf. Entretien 10.

²⁵⁴ Cf. Entretien 1.

²⁵⁵ Ibid.

²⁵⁶ Ibid.

pour être protégées. Cela permet d'accélérer ainsi le circuit vaccinal de personnes souhaitant obtenir leur pass sanitaire.

Ainsi, la vaccination est naturellement devenue un axe potentiel d'élargissement de l'activité des médiateurs LAC. L'ajout d'un professionnel de santé vaccinateur est évoqué, ce dernier ayant vocation à évoluer comme un électron libre pouvant s'agréger à l'une des trois lignes de médiateurs déployées sur le département en fonction des endroits où la couverture vaccinale nécessite d'être renforcée. A ce titre, pour son projet de vaccination comme pour ses volets de sensibilisation, l'organisation des médiateurs LAC suit trois axes : les QPV, véritable fil rouge de son action, le littoral avec la période estivale, et les lieux festifs depuis leur réouverture en juin. Leur expérience dans les quartiers QPV est précieuse, ces derniers ayant souvent une partie de leur population éloignée du système de soin et, à fortiori, des centres de vaccination, et donc une couverture vaccinale plus faible.

Bien que les acteurs impliqués dans la déclinaison départementale de la vaccination soit nombreux, que l'offre vaccinale soit diversifiée et tente de s'adapter à des publics variés comme nous avons tenté de le montrer et que certaines contraintes du début de la campagne ont pu être surmontées (manques de doses, de centres de vaccination, difficulté de conservation du vaccin), des problèmes persistent en Ille-et-Vilaine, et des questions sur le futur de la vaccination breillienne se dessinent.

3 - Les difficultés liées à la vaccination départementale et les problématiques émergentes

Les difficultés afférentes à la déclinaison départementale de la campagne vaccinale contre la Covid-19 peuvent être dues à des contraintes émanant du national ou régional, point sur lequel nous concentrerons notre premier axe de réflexion. Cependant, ces dernières ne doivent pas occulter les défis propres à l'échelon départemental et au territoire breillien comme nous le verrons par la suite. Enfin, nous aborderons l'impact d'un dernier obstacle de taille à la poursuite de la campagne vaccinale que constituent l'hésitation vaccinale et la réticence à la vaccination.

3.1 - Les directives descendantes : contraintes à la campagne vaccinale départementale

Si, opérationnellement, les arbitrages sur la campagne vaccinale sont décidés à l'échelon local (qu'il soit régional, départemental ou infra-départemental), la campagne de vaccination contre la Covid-19 reste néanmoins « l'affaire du président » et l'objet d'un processus décisionnel hyper centralisé et descendant.

3.1.1 – L'échelon national, maître du processus décisionnel

La logique de la gestion de la campagne vaccinale est ainsi éminemment descendante. Et, comme nous l'analyserons, le manque de communication à destination des acteurs locaux de la vaccination est préjudiciable.

3.1.1.1 – Une logique de gouvernance descendante

Le « tsunami » juridique lié à la crise Covid-19 mis en lumière par Didier Tabuteau²⁵⁷ a révélé une centralisation du pouvoir et du processus décisionnel sur ce sujet. Laetitia Janicot souligne d'ailleurs : « À crise exceptionnelle, droit exceptionnel. Mais à crise exceptionnelle, gouvernance traditionnelle »²⁵⁸. En effet, la période de gestion de crise liée à la Covid-19 n'a pas remis en question les rapports de force institutionnels ou les logiques de gouvernance à l'œuvre sous la Vème république. Elle vient cependant renforcer certaines lignes de fond telles que la présidentialisation du régime, l'affaiblissement du parlement, ou des principes de décentralisation limités à la portion congrue. Or, ce renforcement du rôle présidentiel en période de crise n'est pas assorti de l'émergence de contre-pouvoirs.

²⁵⁷ TABUTEAU, Didier. Législations et épidémies. *Les Tribunes de la santé*, 2020, no 4, p. 75-88.

²⁵⁸ JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

Cette logique descendante des consignes et des directives est constatable par les acteurs opérationnels de la vaccination. Il convient de ne pas oublier que l'État est toujours « le grand architecte », il « gouverne toujours, même de loin »²⁵⁹. La cellule en charge de la vaccination à l'ARS Bretagne pointe d'ailleurs à ce titre les demandes nombreuses de « reporting »²⁶⁰ émanant du national, et particulièrement de la task force vaccination, montrant la volonté de l'Etat d'avoir une connaissance assez précise de la mise en œuvre de ses directives sur les territoires.

En lien avec cette nécessité de communication sur les retours d'expérience à destination du national, un rapport de subordination évident lie les instances gouvernementales établissant les axes stratégiques de la vaccination et ses opérateurs locaux à l'image des ARS. Ceci s'illustre notamment quand une sollicitation ministérielle est adressée au directeur général d'ARS, ce dernier ne pouvant que difficilement se soustraire aux demandes du pouvoir politique²⁶¹.

3.1.1.2 – Un manque de communication à destination des acteurs locaux préjudiciable : l'exemple du pass sanitaire

Si le national exige de connaître les activités des opérateurs locaux, notamment quand il s'agit de leurs prises d'initiatives (par rapport aux opérations d'aller-vers notamment²⁶²), la communication nationale n'a pas ce devoir de réciprocité. En effet, cette dernière a connu de nombreux dérapages au long de la crise²⁶³, et a également souffert d'incohérences²⁶⁴. Or, la confiance est « une pente impossible à remonter »²⁶⁵, une fois cette dernière perdue par les pouvoirs publics, sa parole en est durablement affectée. Si cette analyse vaut principalement pour la communication « générale », à destination de l'opinion publique, elle est également valable pour celle à destination des opérateurs locaux de la vaccination. L'ARS Bretagne comme la CPAM de Rennes pointent du doigt certaines « rétentions d'information »²⁶⁶ de la part du national.

En lien avec la communication nationale inadaptée, les incohérences dans les consignes nationales sont pointées du doigt. Le centre de vaccination de Redon souligne notamment des

²⁵⁹ DOLEZ Bernard, DONIER Virginie, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, 2020/4 (N° 176), p. 849-855.

²⁶⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 18.

²⁶¹ Ibid.

²⁶² Ibid.

²⁶³ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

²⁶⁴ Notamment au début de la crise sanitaire sur le sujet des masques ou, dans le cadre de la vaccination, avec les volte-face opérés par les cercles décisionnaires face à la stratégie d'éligibilité (voir à ce sujet la première partie du développement intitulée « Une gestion de crise sanitaire prolongée, contexte d'urgence de la campagne vaccinale contre la Covid-19 »).

²⁶⁵ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

²⁶⁶ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretiens 17 et 18.

annonces faites dans le sens de baisses de dotations par le national qui justifiaient des annulations de rendez-vous. L'allocation de doses ayant finalement été suffisante, un rappel des personnes concernées a dû être entrepris, cette charge de travail supplémentaire étant qualifiée de pénible par le centre²⁶⁷.

L'absence d'une communication nationale à destination directe des acteurs de la campagne vaccinale est préjudiciable pour le bon fonctionnement de cette dernière. Il apparaît assez dommageable qu'un centre comme celui de Retiers ait parfois été informé par les médias ou par les personnes venant se faire vacciner²⁶⁸ et non par des canaux spécifiques prévus à cet effet. L'ARS, la CPAM ou encore la Préfecture tentent, par leurs contacts avec les centres et les libéraux ou par l'organisation de réunions, de faire circuler les informations relatives aux consignes gouvernementales. Mais la constitution d'un canal d'information privilégié à destination de ces acteurs opérationnels de la vaccination simplifierait cette tâche. Le nombre de mails et d'acteurs desquels émanent l'information étant considéré trop important par certains centres tels que Montfort se considérant « noyés de mails »²⁶⁹, à l'instar d'autres tels que Vitré.

Peu adaptée à la communication à destination des professionnels engagés dans la vaccination et victime de ses errements, « la parole publique est l'autre victime du coronavirus » selon le président de l'institut de sondage Elabe, Bernard Sananès²⁷⁰.

3.1.2 – Une gestion des centres complexifiée par les plateformes nationales

Pour la gestion des prises de rendez-vous en ligne, Keldoc, Maiaia et Doctolib se partagent le marché breillien, mais aussi plus largement le marché français. Leur rôle est important, tout comme celui de la plateforme Vaccin-covid de l'assurance maladie, indispensable au déroulement de la campagne vaccinale. Cependant, ces plateformes sont l'objet de critiques diverses de la part des centres de vaccination.

3.1.2.1 – Des plateformes de prise de rendez-vous en ligne efficaces mais perfectibles

Sur 11 centres de vaccination interrogés, 10 avaient des reproches à formuler à la plateforme de rendez-vous en ligne qu'ils utilisaient, contre seulement cinq l'évoquant de manière méliorative²⁷¹. Sur les 18 centres de vaccination que comptait l'Ille et Vilaine en juillet dernier, 16 avaient choisi de confier leur prise de rendez-vous à Doctolib, Keldoc et Maiaia n'ayant été retenus

²⁶⁷ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

²⁶⁸ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 9.

²⁶⁹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 4.

²⁷⁰ LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

²⁷¹ Cf. Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination.

que par un centre chacun. 90% des centres breilliens travaillent en collaboration avec Doctolib, un chiffre largement supérieur à celui de la Bretagne s'élevant à 63%²⁷². Cependant, ce plébiscite ne se traduit pas pour autant par une nette satisfaction des centres pour le service proposé.

Parmi les reproches partagés par nombre de centres interrogés, on retrouve des problématiques d'accès à la plateforme, comme le souligne le SDIS : « il y a beaucoup de connexions, et on a pas de connexion privilégiée, ce qui pose problème. On ne peut parfois pas accéder au serveur »²⁷³. Qualifié « d'usine à gaz » par un centre de vaccination²⁷⁴, la plateforme et ses problèmes techniques sont des sources de travail supplémentaires pour les centres de vaccination qui sont propres à les signaler, un centre hospitalier considérant même ce logiciel comme étant « insatisfaisant »²⁷⁵.

Si l'équipe Doctolib se satisfait de ne pas avoir vu son site tomber en panne lors du pic d'affluence estimé à 1 000 000 de visiteurs en moins d'une journée²⁷⁶, cela ne semble suffire aux centres de vaccination qui attendent une fiabilité encore plus importante de cette solution en ligne. La réactivité du responsable Doctolib régional sur la région a toutefois été saluée par cinq centres de vaccination²⁷⁷.

Bien que les critiques à l'encontre de la plateforme Doctolib soient nombreuses, l'échange avec le centre de Retiers, seul du département à avoir choisi la plateforme Maiaia, montre que cette dernière est également l'objet de vives critiques. En effet, les responsables du centre ont envisagé de changer de solution pour migrer vers Doctolib, le manque de réactivité de Maiaia s'ajoutant dans leur cas à des problèmes techniques similaires à ceux reprochés à Doctolib.

Si les qualités et les défauts de chacune des plateformes peuvent être discutés, le constat d'un manque d'efficacité globale de ces dernières s'illustre cependant par le recours de centres à des applications telles que Covidliste²⁷⁸, une application en ligne qui contacte ses usagers dès qu'un rendez-vous se libère à proximité. Les centres de vaccination ont, face à des rendez-vous Doctolib « qui devenaient de moins en moins fiables »²⁷⁹, fait le choix d'utiliser Covidliste, ouvrant des créneaux avec les doses non écoulées de la journée suite à des désistements pour éviter de les perdre. Des centres de vaccination tels que celui de Vitré ont d'ailleurs été très satisfait de cette solution.

²⁷² Ibid.

²⁷³ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

²⁷⁴ Cf. Entretien 10.

²⁷⁵ Cf. Entretien 19.

²⁷⁶ Cf. Entretien 14.

²⁷⁷ Cf. Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination.

²⁷⁸ Le site internet de Covidliste : <https://www.covidliste.com/>

²⁷⁹ Cf. Entretien 15.

3.1.2.2 – Vaccin-covid, la plateforme de l'assurance maladie, indispensable mais imparfaite

La plateforme Vaccin-covid de l'Assurance Maladie a deux objectifs. Le premier est de permettre aux professionnels de santé, effecteur ou prescripteur vaccinal, de certifier la vaccination d'une personne par le biais de sa carte CPS. Cette nécessité venait de la volonté de traçabilité des vaccins dans un premier temps. Dans un second, cette plateforme recensant les personnes vaccinées a permis de savoir qui était en possession ou non de son pass sanitaire.

Or, Vaccin-covid s'est, à l'image du modèle de rémunération des professionnels de santé vaccinateurs, développé rapidement et dans la précipitation. La CPAM reconnaît elle-même les nombreuses complications que la plateforme a fait subir aux centres²⁸⁰.

Les centres de vaccination sont, comme le devine l'Assurance Maladie, très critique envers la solution informatique mise en place. Les nombreux défauts de fonctionnement sont pointés par une majorité des centres interrogés. Les maintenances prolongées durant les vacances ont également entraîné des surcroits de travail importants pour les centres de vaccination²⁸¹.

Autre élément reproché par certains centres est l'absence de prise en compte des remarques émanant du terrain par l'Assurance Maladie. Certains aspects du fonctionnement de la plateforme semblaient paradoxaux, notamment l'utilisation de CPS de professionnels de santé qui ne vaccinaient pourtant pas sur site. Néanmoins, les requêtes des centres de vaccination afin d'obtenir des CPS non nominatives à utiliser sur les centres est restée lettre morte, ce qui reste selon les centres demandeurs, difficilement compréhensible²⁸².

3.1.3 – Des centres de vaccination assujettis aux répartitions régionales

En termes de couverture vaccinale, l'Ille-et-Vilaine est semblable au niveau national. Cependant, le département est situé dans la région de France avec la meilleure couverture vaccinale en juillet 2021. Le territoire breillien est ainsi cinq points sous la moyenne bretonne, qu'elle diminue pourtant, et 10 points sous la couverture vaccinale affichée par les Côtes-d'Armor²⁸³. La disparité régionale est, dans une région ne comptant pourtant que quatre départements, forte. Pourtant, l'action de l'ARS Bretagne consiste notamment à vérifier « s'il n'y a pas des trop grosses disparités »²⁸⁴.

²⁸⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 17.

²⁸¹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 4.

²⁸² Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 6.

²⁸³ Cf. Annexe 11 : Extraits du tableau de bord sur la situation épidémiologique produit par le service communication de l'ARS Bretagne.

²⁸⁴ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 18.

La persistance d'écarts entre départements dans la campagne vaccinale s'explique d'abord par la démographie. Département le plus jeune de la région, l'Ille-et-Vilaine a une couverture vaccinale faible du fait de l'éligibilité tardive au vaccin des moins de 55 ans qui représentent une part conséquente de la population breillienne. La DD35 soulignait à ce titre : « on peut voir se décrochage avec le 44 dans les Pays de la Loire, j'ai regardé leurs chiffres et ils sont très similaires aux nôtres. Quand on compare avec la Vendée, il y a le même décrochage que le 35 avec le Morbihan »²⁸⁵.

Cependant, ce département marqué par la forte présence estudiantine et le nombre de scolaires important est la cible d'une stratégie volontariste de la part de l'ARS Bretagne visant à harmoniser la couverture à l'échelon régional : « le 35 est un peu derrière sur la couverture vaccinale. Bah on va essayer de l'aider un peu sur les dotations »²⁸⁶. Ces publics jeunes, nouvellement éligibles au vaccin et donc peu vaccinés pour l'heure, représentent un défi pour le futur de la vaccination.

3.2 - Des enjeux propres à l'Ille-et-Vilaine

Si la campagne vaccinale breillienne est contrainte régionalement et nationalement, des problématiques propres à son échelle et aux particularités de son territoire existent et les défis qu'elles représentent ne doivent en rien être négligés.

3.2.1 – Le nécessaire maintien de l'activité vaccinale et ses contraintes

Comme nous l'avons vu, le maillage territorial des centres de vaccination sur le département, pensé comme en expansion constante durant la première phase de la vaccination, a connu des déboires. Dorénavant, le maintien d'un maillage aussi fin est lui-même devenu un défi et nous allons en étudier les raisons.

3.2.1.1 – La fermeture des CDV et le maillage territorial en question

Fin juin 2021 fermait le centre de vaccination SOS médecins, situé dans le quartier de Cleunay, à Rennes. Cette première fermeture d'un centre de vaccination breillien, après un semestre d'activité, n'a pas constitué un changement drastique dans l'offre vaccinale. En effet, la métropole rennaise voyait à cette époque le centre du Liberté et celui du stade Robert Poirier monter largement en capacité et suppléer cette fermeture²⁸⁷.

²⁸⁵ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 13.

²⁸⁶ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 18.

²⁸⁷ Cf. Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux

Cependant, un précédent est ainsi créé. En août, ce sont les centres de Liffré, Bain-de-Bretagne et Bruz qui ferment. L'absence de ces derniers a créé ou élargi des zones dépourvues de centre de vaccination. Liffré constituait un jalon intéressant entre le Centre de vaccination de Fougères et Rennes²⁸⁸. De son côté, celui de Bruz avait vocation à suppléer les deux plus gros centres de la métropole et à constituer une offre entre Rennes et Redon. Redon est seul à assurer la vaccination en centre dans le quart sud-ouest du département, et la fermeture du centre de Bain-de-Bretagne, bien qu'ayant un faible volume vaccinal, n'arrangera pas ce constat.

Mais les fermetures de ces centres de vaccination s'expliquent. Dans le cas de Liffré, le portage d'un centre était, pour une commune de petite taille, une tâche éminemment ardue. Pour Bruz, la complexité du maintien de l'activité sur un site tel que le Parc Expo a pu motiver ce désengagement.

Si les problématiques de maillage territorial se posent avec la fermeture de ces centres de vaccination, la fermeture de celui du Liberté dans l'optique de le réinstaller au sud de Rennes, vers Bréquigny, en pose d'autres. En effet, il questionne sur le désengagement des collectivités locales dans cette campagne vaccinale et sur leur capacité à maintenir une activité vaccinale de longue durée, ce qui ne semble pas être le cas. De plus, la question de l'offre vaccinale sur Rennes va se poser. Si le nombre de centres ne devrait pas diminuer, le volume vaccinal le devrait, le centre de Bréquigny n'étant pas prévu pour atteindre les capacités de son prédécesseur au Liberté, le nombre de rendez-vous disponibles à Rennes risque ainsi de chuter.

3.2.1.2 – Une volonté de désengagement

La durée de la campagne vaccinale entraîne une volonté de désengagement partagée par nombre d'acteurs portant les centres, à l'image de SOS médecins Rennes qui avait ouvert la marche à la fin du mois de juin. Cet « essoufflement généralisé »²⁸⁹ est en effet remonté par certains centres, et n'est pas circonscrit à un type de porteur.

Comme nous avons pu le voir, les mairies à l'image de celle de Bruz et Liffré se sont désengagées. La question des locaux et de la mise à disposition de personnel dans un contexte de reprise de l'activité explique pour beaucoup la volonté de faire fermer ces centres. Mais, y compris parmi les centres pilotés par des acteurs municipaux maintenant leur activité, ce questionnement de la pérennité se pose. Le centre de vaccination de Saint-Grégoire pointe que les frais engagés le sont uniquement par la mairie, alors que la présence d'un centre est bénéfique pour les communes

²⁸⁸ Le centre de Fougères est appelé centre de « La Selle-en-Luitré » sur la carte mise en ligne par la préfecture (voir Annexe 18 : Carte des centres de vaccination en Ille-et-Vilaine).

²⁸⁹ Cf. Annexe 6 : Transcription des entretiens, entretien 6.

limitrophes, pour qui ce statut de « passager clandestin » dans la vaccination est d'autant plus avantageux. Pour ce porteur, « des questions d'équité se posent »²⁹⁰. Cette « lassitude » pourrait être un facteur de désengagement pour ce type de centre porté par des collectivités territoriales. Centre de vaccination avec le volume vaccinal le plus important de la région, le stade Robert Poirier porté par le SDIS est quant à lui une figure de pérennité. Ouvert récemment, en avril, il a depuis connu une hausse continue de son activité vaccinale jusque juillet, en termes absolus comme en proportion de la vaccination breillienne. Néanmoins, si ce centre s'est porté garant du maintien de son activité vaccinale jusque décembre, dans le stade Robert Poirier si le Conseil Départemental le lui laissait à disposition, ses cadres dirigeants précisent que cela ne pourra se pérenniser sur un temps long, indiquant à ce titre que : « le SDIS n'a pas vocation à vacciner tous les jours »²⁹¹.

Si les porteurs sont un aspect essentiel des centres de vaccination et que leur désistement est une problématique majeure, la question des effecteurs et des prescripteurs, eux aussi indispensables, va se poser. C'est le centre de vaccination de Montfort-sur-Meu qui alerte le plus clairement sur cette problématique et sur l'importance des libéraux : « Sans eux, on ne peut pas travailler. On tient tant qu'on peut mais je pense que les professionnels vont nous dire « non » à un moment. Il y aura une lassitude, je pense »²⁹².

3.2.2 – La vaccination des publics jeunes : un défi logistique départemental

Si la question de la pérennisation des centres pour les prochains mois ainsi que celle du maillage territorial se posent, c'est notamment en lien avec la nécessité de vacciner des jeunes publics, éligibles depuis peu. Ces derniers se divisent en deux catégories : les étudiants et les scolaires.

3.2.2.1 – La vaccination des étudiants et ses modalités envisagées

Le territoire breillien est très étudiant. On parle de 80 000 étudiants sur la ville de Rennes²⁹³, mais la ville de Saint-Malo en compte aussi un important contingent. Or, ces derniers ne sont éligibles à la vaccination, du fait de leur jeune âge, que depuis le 27 mai²⁹⁴. Ce constat, couplé à la forte pression sur les rendez-vous liée à l'annonce du pass sanitaire le 12 juillet 2021, fait de cette classe d'âge une population relativement peu vaccinée. Dès lors, les modalités de vaccination de ce public à la rentrée étudiante font débat, et deux solutions sont envisagées.

²⁹⁰ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 15.

²⁹¹ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 2.

²⁹² Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 4.

²⁹³ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 13.

²⁹⁴ Cf. Annexe 19 : Calendrier de l'évolution de l'éligibilité au vaccin

La première manière de vacciner ces publics serait la distribution de bons « coupe-fil » comme ceux distribués par les médiateurs LAC dans les QPV à destination des étudiants. Ces bons permettent d'être vacciné sur des créneaux prévus à cet effet le lendemain ou la semaine suivant leur distribution. La nécessité d'une vaccination rapide pour ces publics réside notamment dans la potentielle généralisation du pass sanitaire aux lieux d'étude. Cependant, cette solution suppose la volonté de déplacement des étudiants sur les sites de vaccination et ce sur des plages de cours. De plus, l'expérience des médiateurs LAC montre que ces bons, bien que distribués, ne sont pas massivement utilisés par leurs bénéficiaires et ne représentent donc pas une solution pour une vaccination massive d'un public ciblé, mais plus une mesure incitative²⁹⁵.

La seconde solution envisagée serait une vaccination en « aller-vers » massive, une première dans le cadre de ces dispositifs à l'échelle départementale. Elle consisterait à ramener la vaccination dans les lieux d'études, en établissant des centres de vaccination éphémères sur chacun des principaux campus rennais, à savoir : Villejean, Beaulieu, le Centre (faculté de droit, IGR, Sciences Po Rennes notamment), Ker Lann à Bruz et Rennes School of Business. Le centre de vaccination serait ainsi itinérant, resterait quelques jours sur le campus avant de passer à un autre, et enfin de repasser quelques semaines plus tard pour effectuer les secondes injections.

Il reste toutefois à noter que, face à la hausse de la disponibilité du vaccin et à la polarisation de l'offre vaccinale autour du bassin de population rennais (mais aussi malouin), la vaccination des étudiants en centres de vaccination en passant par les plateformes de rendez-vous en ligne doit être encouragée, ces opérations spécifiques étant consommatrices en ressources.

3.2.2.2 – Vacciner les établissements scolaires : vers un nouvel aller-vers ?

Eligibles à la vaccination depuis le 15 juin 2021, les jeunes de 12 à 17 ans sont un public dont la couverture vaccinale est encore plus restreinte, et très nombreuse sur le département. Or, cette vaccination à entreprendre paraît d'autant plus complexe que ce public est moins concentré, le nombre d'établissements scolaires étant bien plus importants, et ces derniers n'étant pas circonscrits aux deux agglomérations les plus importantes du département.

Il apparaît dès lors complexe, si ce n'est impossible, d'effectuer la vaccination des collégiens et lycéens sur leurs lieux d'études, et la solution envisagée serait dès lors de faire passer ces établissements et leur public en centre de vaccination.

Néanmoins, cette méthode pose problème au sens où elle entraînerait, du fait des bus scolaires défrayés, des afflux importants de population sur les lieux de vaccination. Or, le plus grand

²⁹⁵ Cf. Annexe 6 : Retranscription des entretiens, entretien 1.

centre de vaccination du département est doté d'un parking permettant cet accueil, mais le SDIS-35, son porteur, exprime des réticences. Toutefois, les pompiers du département expriment des craintes liées à la sécurité qu'entraîneraient la création d'une foule devant le centre. En effet, leur politique depuis le début de leur activité a été motivée par ce principe : « On ne veut pas de gens devant le CDV, on refuse cet attroupement devant le centre »²⁹⁶.

Cependant, la concentration croissante du volume vaccinal breillien autour du centre porté par le SDIS laisse présager que cette solution sera retenue, malgré les réticences.

3.2.3 – Les futurs rappels, perspective de prolongation de la campagne nécessitant organisation

Si l'on constate l'essoufflement des centres de vaccination, la campagne vaccinale est cependant appelée à durer, comme le confirme l'avis de la HAS en date du 24 août 2021²⁹⁷, cette dernière se déclarant favorable à une troisième dose de vaccin contre la Covid-19 pour les personnes de 65 ans et plus, et les personnes présentant des comorbidités. La campagne de rappel pourrait démarrer dès le 12 septembre comme l'a déclaré le Premier Ministre Jean Castex²⁹⁸.

Le public ciblé par cette troisième dose fait naître la nécessité de vacciner hors des centres et notamment dans les établissements médico-sociaux, ces derniers regroupant en leur sein de nombreux publics fragiles, comme les personnes âgées dans les EHPAD.

Cette annonce implique une prolongation de la campagne vaccinale. La perspective d'une généralisation de la troisième dose n'étant pas à exclure, les centres de vaccination seront amenés à prolonger leur activité vaccinale alors que leurs volontés de désengagement sont croissantes.

Cependant, le maintien de l'activité vaccinale dépend aussi de la volonté de la population française de se faire vacciner. Or, une part des français y est opposée. Les pouvoirs publics ont donc opté pour une approche coercitive en déployant un pass sanitaire qui, s'il contribue à maximiser la couverture vaccinale, polarise la société française.

²⁹⁶ Cf. Annexe 6 : Re transcription des entretiens, entretien 2.

²⁹⁷ Cf. Annexe 2 : Chronologie des principales publications de la HAS sur la vaccination contre la Covid-19.

²⁹⁸ Vie publique. Vaccination contre le Covid-19 : une dose de rappel pour les plus âgés et les plus vulnérables. 27 août 2021 [Accessible en ligne] : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280887-covid-19-la-has-rend-son-avis-sur-une-3e-dose-de-vaccin>

3.3 - Hésitation vaccinale et réticence de la population face aux mesures gouvernementales

Cette question de l'hésitation ou de la réticence à la vaccination, si elle est consubstantielle à toute société, reste un phénomène particulièrement marqué en France. La décision d'imposer un pass sanitaire pour juguler l'épidémie est une tentative de réponse à cette opposition populationnelle dans le but d'obtenir l'immunité collective. Cependant, nous verrons que ce type de mesures coercitives a pour conséquence le renforcement et la diversification des discours anti-vaccination.

3.3.1 – Hésitation et opposition à la vaccination : une spécificité française

Selon une étude prépubliée le 7 juin 2021 et intitulée « Social inequalities in hostility toward vaccination against Covid-19 », 21,4% des français ne souhaiteraient pas se faire vacciner contre la Covid-19²⁹⁹. Cette dernière met par ailleurs en lumière que ce phénomène est très fort en France. Comme le souligne François Baudier, l'adhésion à la vaccination est structurellement faible sur le territoire national³⁰⁰. Ceci s'explique notamment par trois facteurs. Le premier est que la crainte d'effets secondaires majeurs est désincitative, et la réfutation scientifique de cette crainte ne suffit pas à l'apaiser. Deuxièmement, la vitesse de développement exceptionnelle de ce vaccin attise la méfiance. Enfin, la confiance ébranlée envers le monde scientifique rend inaudibles la plupart de ses arguments : la proportion de personnes pensant que « les scientifiques sont des gens dévoués qui travaillent pour le bien de l'humanité » a chuté de 53% à 22%³⁰¹.

Si cette méfiance à l'égard de la vaccination est structurellement forte en France, cette dernière reste cependant variable. Entre 2010, année de la pandémie de grippe A, ou « H1N1 » et de l'échec de la campagne vaccinale et 2015, la proportion de personnes se déclarant parfaitement favorables à la vaccination a augmenté de 61 à 79%³⁰². Il est donc tout à fait possible que des scandales autour du vaccin AstraZeneca ou que l'instauration du pass sanitaire ait fait chuter cette confiance.

L'opposition à la vaccination revêt plusieurs visages, plus ou moins radicaux. S'il existe des anti-vaccins, fondamentalement opposés au concept même de vaccination, ceci reste un

²⁹⁹ SPIRE, Alexis, BAJOS, Nathalie, SILBERZAN, Léna, Social inequalities in hostility toward vaccination against Covid-19. [Accessible en ligne] : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.07.21258461v1.full>

³⁰⁰ BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, et al. Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

³⁰¹ WARD, Jeremy K. et PERETTI-WATEL, Patrick. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins: des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 2020, vol. 61, no 2, p. 243-273.

³⁰² VILDÉ, Jean-Louis. L'obligation vaccinale en question. *Laennec*, 2015, vol. 63, no 3, p. 8-23.

phénomène qui, s'il ne doit pas être minimisé, est limité à certains cercles que nous étudierons par la suite. A ces groupes plus radicaux viennent s'ajouter des personnes qui ne souhaitent pas se faire vacciner contre la Covid-19, sans pour autant s'opposer à la vaccination dans son acception la plus large.

Une large part des personnes ne souhaitant pas se faire vacciner relève plus du concept d'hésitation vaccinale que de celui d'opposition. Le concept d'hésitation vaccinale, pour reprendre Jeremy Ward, désigne généralement « toutes les attitudes et comportements qui ne constituent ni une acceptation inconditionnelle de toute forme de vaccination ni un refus inconditionnel de tout vaccin (antivaccinalisme) »³⁰³. Patrick Peretti-Watel complète cette définition en indiquant que cette tendance « recouvre tantôt des croyances, tantôt des attitudes, tantôt un comportement, tantôt une combinaison des trois »³⁰⁴. Cette méfiance, et ce rejet simple et inconditionnel dont il faut nécessairement la distinguer, amène au même problème : le plafond de la couverture vaccinale du fait de la réticence à la vaccination d'une part de la population.

3.3.2 – Le pass sanitaire : une tentative de réponse face au plafond vaccinal

L'importante proportion de français réticente à la vaccination contre la Covid-19 représente un problème pour l'atteinte de l'immunité collective. Durant les premiers temps de la campagne vaccinale, les doses limitées et la faible part de la population vaccinée faisaient des vaccins des denrées rares et demandées, la couverture vaccinale ayant suivi une pente ascendante du simple fait d'une demande importante de la population. Les baisses constatées dans la dynamique de prise de rendez-vous étaient dues à la montée de la charge vaccinale chez les populations éligibles, et la baisse de l'âge de l'éligibilité suffisait à la faire repartir à la hausse. Mais, le 15 juin 2021, la limite de cette logique a été atteinte. En effet, l'abaissement de l'âge de la vaccination à 12 ans³⁰⁵ pour le vaccin Pfizer³⁰⁶ ne permet plus de compenser le manque de prises de rendez-vous par un élargissement du public potentiel.

L'adresse du Président de la République du 12 juillet³⁰⁷ a imposé le pass sanitaire, comprendre ici un document « exigé depuis juillet dans les établissements et les rassemblements

³⁰³ WARD, Jeremy K. et PERETTI-WATEL, Patrick. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins: des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 2020, vol. 61, no 2, p. 243-273.

³⁰⁴ Op. cit.

³⁰⁵ Cf. Annexe 19 : Calendrier de l'évolution de l'éligibilité au vaccin.

³⁰⁶ Qui représente la majorité des doses françaises nationales et la quasi totalité de celles inoculées en centres de vaccination en Ile-et-Vilaine.

³⁰⁷ MACRON, Emmanuel. Adresse aux français. 12 juillet 2021. [Accessible en ligne] : <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/07/12/adresse-aux-francais-12-juillet-2021>

où le brassage du public est le plus à risque sur le plan sanitaire »³⁰⁸ dans le but d'endiguer l'épidémie et d'inciter à la vaccination. Le discours d'Emmanuel Macron imposait la vaccination au personnel soignant, ces mesures ont su redynamiser l'activité vaccinale allant s'amenuisant. De 73 000 injections en Ille-et-Vilaine sur la semaine précédant l'annonce présidentielle, ces dernières sont passées à 67 000, prouvant que la dynamique faiblissait fortement. La semaine suivante, 76 000 injections étaient effectuées sur le territoire breillien³⁰⁹.

Pourtant, avant même le début de la campagne vaccinale en France, la HAS s'affichait en défaveur de l'instauration d'une obligation vaccinale³¹⁰. Mais l'objectif de santé publique que représente la vaccination pour les pouvoirs publics amène Emmanuel Macron à « rechercher l'équilibre entre protection et liberté »³¹¹, l'arbitrage entre recommandation et obligation vaccinale faisant depuis longtemps débat en France. Si l'équilibre entre l'autonomie et la santé publique est au cœur de l'arbitrage d'Emmanuel Macron, la décision prise n'est pas parvenue à créer l'unanimité mais bien une puissante opposition polarisant la société française entre « pro » et « anti » vaccins.

3.3.3 – Des discours anti-vaccination renforcés par le pass : un obstacle pour la poursuite de la vaccination

La mise en place d'une campagne vaccinale de masse en France, et plus encore si cette dernière s'appuie sur une forme de coercition, est un sujet épineux pour les pouvoirs publics. Une enquête de 2019 de l'institut Gallup mettait la France au premier rang des pays sceptiques face à la vaccination³¹². Parmi les arguments des sceptiques, on trouve historiquement des objections religieuses, mais aussi des objections philosophiques (empruntées de libertarianisme, surtout dans les pays anglo-saxons) ayant une résonance particulière dans ce contexte de débat sur l'obligation³¹³. Enfin, la perte de confiance de la population envers la science est corrélée à celle

³⁰⁸ Gouvernement. « Pass sanitaire » : toutes les réponses vos questions. [Accessible en ligne] : <https://www.gouvernement.fr/pass-sanitaire-toutes-les-reponses-a-vos-questions>

³⁰⁹ Cf. Annexe 11 : Extraits du tableau de bord sur la situation épidémiologique produit par le service communication de l'ARS Bretagne.

³¹⁰ Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination. 10 décembre 2020. [Accessible en ligne] : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf

³¹¹ MACRON, Emmanuel. Adresse aux français. 12 juillet 2021.

³¹² BENABS, Ana. La France, pays le plus sceptique au monde face à la vaccination. France24. 19 juin 2019. [Accessible en ligne] : <https://www.france24.com/fr/20190619-france-vaccination-pays-plus-sceptique-monde-anti-vaccin-sante>

³¹³ VILDÉ, Jean-Louis. L'obligation vaccinale en question. *Laennec*, 2015, vol. 63, no 3, p. 8-23.

accordée à la vaccination. L'idée que « les scientifiques sont des gens dévoués qui travaillent pour le bien de l'humanité » est passée de 53 % à 22 %³¹⁴.

Mais la défiance vis-à-vis du vaccin contre la Covid-19 fait naître des oppositions plus spécifiques. Si Jean-Louis Vildé postulait en 2015 que « l'efficacité vaccinale demeure incontestée »³¹⁵, ce constat doit être mis en perspective à l'aune de la vaccination contre la Covid-19. La défiance populaire contre le vaccin AstraZeneca est l'une des preuves que la confiance de la population envers l'efficacité de la vaccination faiblit. Pour Jeremy Ward, l'émergence de mouvements opposés à la vaccination et basés sur des arguments antiscience est notamment permise par les réseaux sociaux qui offrent à ces groupes une forte caisse de résonance³¹⁶ : le faux étant souvent plus séduisant que le vrai du fait de la simplicité des réponses qu'il apporte. Le développement de ces thèses opposées à la vaccination sont donc, selon les analystes, le fruit du trop faible niveau scientifique de la population³¹⁷.

Entre consignes contraignantes et parfois même contradictoires, des enjeux départementaux complexes et un contexte de renforcement de l'opposition à la vaccination, la campagne de vaccination contre la Covid-19 semble être amenée à durer, et les défis à se multiplier.

³¹⁴ WARD, Jeremy K. et PERETTI-WATEL, Patrick. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins: des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 2020, vol. 61, no 2, p. 243-273.

³¹⁵ VILDÉ, Jean-Louis. L'obligation vaccinale en question. *Laennec*, 2015, vol. 63, no 3, p. 8-23.

³¹⁶ WARD, Jeremy K. et PERETTI-WATEL, Patrick. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins: des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 2020, vol. 61, no 2, p. 243-273.

³¹⁷ Op. cit.

Conclusion

La vaccination contre la Covid-19 s'est développée dans un contexte épidémiologique complexe, éprouvant pour le secteur sanitaire comme pour les acteurs publics. Certains choix stratégiques gouvernementaux tels que la volonté de vacciner en centres et non chez les professionnels libéraux et dans les pharmacies d'officine rappelaient la campagne vaccinale contre la grippe H1N1, cette dernière ayant été un échec en termes de couverture vaccinale. Cependant, la mobilisation d'une pluralité d'acteurs a permis de vacciner une proportion importante de la population française, et ce malgré des hésitations gouvernementales, des revirements et des problèmes de communication récurrents.

Parmi les acteurs les plus engagés dans le bon déroulement de la campagne se trouvent au premier rang les professionnels de santé. Ces derniers sont la condition sine qua none de la vaccination du fait de leurs rôles d'effecteurs et de prescripteurs. C'est aussi l'implication des structures d'exercice coordonné telles que les MSP ou les CPTS, porteurs de la majorité des centres de vaccination d'Ille-et-Vilaine qui est à noter, ces structures porteuses ayant été un outil majeur de la constitution du maillage territorial. Parmi ces acteurs impliqués dans les centres de vaccination, les établissements sanitaires sont à mettre au premier plan, ces derniers représentant 20% de la charge vaccinale bretonne en juillet³¹⁸. Les ESMS ont, quant à eux, su vacciner leurs patients mais également s'organiser pour permettre la vaccination en aller-vers des établissements du champ du handicap ne pouvant pas l'effectuer d'eux-mêmes. Enfin, le volontarisme des communes, collectivités territoriales très impliquées dans la campagne vaccinale, est également à souligner. De plus, les mairies ne portant pas les centres de vaccination sont promptes à mettre à disposition des locaux à ces derniers.

Le rôle des institutions administratives locales, fortement impliquées est à mettre en avant. L'ARS Bretagne, notamment par le biais de ses délégations départementales en lien étroit avec les centres, a su œuvrer sur de nombreux sujets. Présente dès les prémices de la vaccination, l'agence régionale et ses ramifications ont contribué à la mobilisation des acteurs et à la constitution du maillage territorial. Les contacts quotidiens de la DD35 avec les centres pour répondre à leurs questions et assurer leur suivi a été loué par ces derniers. La gestion de la logistique des doses aux échelons régionaux et départementaux dépendaient également de l'ARS. Et enfin, le développement et le pilotage des modalités de vaccination en aller-vers ont également été l'objet de son action en Bretagne. La CPAM de Rennes, quant à elle, a eu un rôle capital dans l'information

³¹⁸ Cf. Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux.

donnée aux centres quant à la rémunération des vaccinateurs. La préfecture, fortement impliquée dans la gestion de crise, a tenu à se mobiliser pour approfondir le maillage territorial, organiser des réunions de suivi. Mais elle s'est notamment illustrée dans la mobilisation du SDIS-35 dans la vaccination, ce dernier étant le porteur du seul vaccinodrome départemental.

Au travers de prises d'initiatives, d'implications spontanées, de l'anticipation en amont de consignes nationales parfois tardive, les acteurs locaux ont su prouver, dans toute leur diversité, leur capacité à mener une campagne vaccinale de masse. Ils sont ainsi parvenus à mener à bien les objectifs d'une couverture vaccinale forte et ont su lutter contre des inégalités d'accès aux vaccins par des dispositifs d'aller-vers variés et adaptés aux attentes.

Des acteurs comme les communes ont su faire valoir leur volonté d'implication et démontrer leurs compétences en santé publique, et ce malgré des moyens entamés par la crise sanitaire. D'autres ont su réaffirmer ce rôle à l'image de l'ARS. L'agence a su montrer, malgré le caractère centralisé du système français, que le pilotage d'une campagne vaccinale devait s'effectuer à l'échelon local. On voit d'ailleurs que l'échelon départemental de l'ARS a su répondre aux attentes des autres protagonistes de la campagne vaccinale dans son rôle d'interface. Ce constat rejoint le rapport de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale sur les agences régionales de santé présenté par Agnès Firmin Le Bodo et Jean-Carles Grelier³¹⁹, se dernier se positionnant notamment en faveur d'une plus grande départementalisation des ARS.

Toutefois, malgré ces affirmations ou réaffirmations de compétences en santé publique, on voit que la vaccination contre la Covid-19 n'a pas remis en question le modèle centralisé français. L'implication et la prise d'initiative des acteurs locaux sont à saluer. Mais ces derniers ont agi dans un cadre régi et contraint par un échelon national maître du pilotage de la stratégie vaccinale.

L'avis rendu par la HAS le 23 août 2021 en faveur d'une troisième dose de vaccin pour les publics les plus fragiles et la confirmation du Premier Ministre d'une campagne de rappel à la mi-septembre présage le maintien de cette campagne vaccinale dans la durée. Néanmoins, la volonté de désengagement de certains acteurs, mobilisés sur la question depuis fin décembre pour certains, risque de rendre complexe cette pérennisation.

³¹⁹ FIRMIN LE BODO, Agnès et GRELIER Jean-Carles Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé. 16 juin 2021. [Accessible en ligne] : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4267_rapport-information

Le défi de maintien de l'offre vaccinale dans les territoires qui s'annonce est révélateur de la gestion de la campagne vaccinale depuis son commencement. L'échelon départemental , avec en premier lieu les professionnels de santé, mais aussi les porteurs de centres, l'ARS ou la préfecture auront pour mission de rendre opératoires sur le terrain les orientations stratégiques de la campagne vaccinale édictées par l'exécutif national.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrages universitaires

BERGERON, Henri, BORRAZ, Olivier, CASTEL, Patrick, *et al.* *Covid-19: une crise organisationnelle*. Presses de Sciences Po, 2020.

HASSENTEUFEL, Patrick et SAURUGGER, Sabine. *Les politiques publiques dans la crise : 2008 et ses suites*. Presses de Sciences Po, 2021.

LEFÈVE, Céline. La pandémie, révélateur de l'extension du domaine du tri. *Le Soin en première ligne*, PUF, 2021, p. 107-130.

MULLER, Pierre. *Les politiques publiques*. Que sais-je n° 2534, 2018.

RAIMONDEAU, Jacques *et al.* *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP, 2020.

STIEGLER, Barbara. *De la démocratie en pandémie: santé, recherche, éducation*. Gallimard, 2021.

VAN DER LINDE, Christophe, « Chapitre 5. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles et de crise », dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Références Santé Social », 2018, p. 493-524.

Articles universitaires

« La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19 », *Santé Publique*, 2020/1 (Vol. 32), p. 5-7.

BANES, Noémie, PLUMET, Oriane, BEAUDEVIN, Claire, *et al.* Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid. *Mouvements*, 2021, no 1, p. 13-26.

BAUDIER, François, FERRON, Christine, PRESTEL, Thierry, *et al.* Crise de la Covid-19 et vaccination: la promotion de la santé pour plus de confiance et de solidarité. *Santé Publique*, 2020, vol. 32, no 5, p. 437-439.

BORRAZ, Olivier et GILBERT, Claude. Quand l'Etat prend des risques. *Politiques publiques*, 2008, vol. 1, p. 337-357.

CHAGUÉ, Vincent. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à l'épreuve de la Covid-19. *Actualités Pharmaceutiques*, 2020, vol. 59, no 599, p. 47-48.

DOLEZ Bernard, DONIER Virginie, « Introduction », *Revue française d'administration publique*, 2020/4 (N° 176), p. 849-855.

DOUILLET, Anne-Cécile. Exister dans et par la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du «local». *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 971-983.

DUMONT, Gérard-François. La covid-19, facteur de recompositions géopolitiques. *Les Analyses de Population Avenir*, 2021, no 1, p. 1-13.

EVIN, Claude. 10 ans d'ARS: quel bilan d'une forme de déconcentration régionale?. *Regards*, 2019, no 2, p. 105-116.

FAUGERE, Mireille. L'hôpital public face à la crise de la Covid-19. *Revue d'économie financière*, 2020, no 3, p. 101-106.

GAY, Renaud et GUILLAS-CAVAN, Kevin. La gestion sanitaire de l'épidémie de Covid-19 par les États: recettes communes et logiques nationales. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 3-25.

GAY, Renaud et STEFFEN, Monika. Une gestion étatique centralisée et désordonnée. *Chronique Internationale de l'IRES*, 2020, no 3, p. 122-138.

JANICOT, Laetitia. La crise de la COVID-19 et la gouvernance. *Droit et Ville*, 2021, no 1, p. 51-73.

JOHANET, Gilles. Les faiblesses du système de soins français. *Après-demain*, 2020, no 3, p. 4-5.

KASTLER, Florian, et al. « Focus », *Les Tribunes de la santé*, 2021/1 (N° 67), p. 15-21.

KECK, Frédéric. L'échec global et national de la vaccination H1N1. *Esprit*, 2010, no 2, p. 158-161.

LE CLAINCHE, Michel. Covid-19: les défis de la communication de crise (mars 2020–Mars 2021). *Revue française d'administration publique*, 2021, no 2, p. 433-447.

LEBLONG-MASCLET, Gwenaël. «La solution à la crise passe par les territoires». Regards croisés des administrateurs et administratrices territoriaux sur le Covid-19. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 965-970.

MARTINIÈRE, Karine. Campagne de vaccination de masse et hésitation vaccinale. *Les Papiers de Recherche de l'ENA*, 2019, p. 1-38.

MORIN, Edgar. Pour une crisologie. *Communications*, 1976, vol. 25, no 1, p. 149-163.

NÉMERY, Jean-Claude. Le rôle du maire en temps de crise. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 937-946.

OLLIVIER-YANIV, Caroline. La communication publique sanitaire à l'épreuve des controverses. *Hermès, La Revue*, 2015, no 3, p. 69-80.

PRIBILE, Pierre, DOLEZ, Bernard, et DONIER, Virginie. Sans les ARS, la coordination des différents acteurs du système de santé aurait été infernale. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 913-920.

RENAUDIE, Olivier. Collectivités territoriales et compétences en santé publique: sortir de l'ambiguïté?. *Revue française d'administration publique*, 2020, no 4, p. 901-912.

ROCHE, David. La gestion de la crise par l'État local: retour d'expériences dans le Rhône. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 2020, no 2, p. 30-31.

ROLLAND, Christine et PIERRU, Frédéric. Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade. *Santé publique*, 2013, vol. 25, no 4, p. 411-419.

TABUTEAU, Didier. Législations et épidémies. *Les Tribunes de la santé*, 2020, no 4, p. 75-88.

TISSIOUI, Mohamed, PAYRE, Sébastien, et JOFFRE, Clémence. Éditorial: le territoire, un nouvel enjeu pour les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires?. *Management Avenir Santé*, 2019, no 1, p. 7-10.

TOURNAY, Virginie. Pourquoi l'application StopCovid ne parvient-elle pas à traduire l'intérêt général?. *Droit, Santé et Société*, 2020, no 1, p. 85-89.

VILDÉ, Jean-Louis. L'obligation vaccinale en question. *Laennec*, 2015, vol. 63, no 3, p. 8-23.

WARD, Jeremy K. et PERETTI-WATEL, Patrick. Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins: des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 2020, vol. 61, no 2, p. 243-273.

Articles de presse

L'accessibilité des articles en ligne a été vérifiée au 25 août 2021.

Covid-19 : Pour Olivier Véran, le vaccin est « 100% efficace contre le confinement ». *BFMTV*, 8 juillet 2021. https://www.bfmtv.com/sante/covid-19-pour-olivier-veran-le-vaccin-est-100-efficace-contre-le-confinement_AN-202107080217.html

Pfizer et BioNTech annoncent que leur candidat-vaccin contre le Covid-19 est « efficace à 90 % ». *Le Monde*. 9 novembre 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/11/09/covid-19-pfizer-annonce-que-son-candidat-vaccin-est-efficace-a-90-les-bourses-s-envolent_6059122_3244.html

BAUDUIN, Clémence et SIPOS, Aurélie. Consentement, logistique, doses... Six questions sur la lenteur de la vaccination en France. *Le Parisien*, 4 janvier 2021. <https://www.leparisien.fr/societe/consentement-logistique-doses-six-questions-sur-la-lenteur-de-la-vaccination-en-france-04-01-2021-8417253.php>

BELLANGER, Elsa. Dr Sylvie Briand : « Le trop-plein d'informations crée la confusion ». *Le Quotidien du Médecin*, 30 avril 2021. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/dr-sylvie-briand-le-trop-plein-dinformatons-cree-la-confusion>

BLOCH, Michaël. « Nous sommes en guerre » Emmanuel Macron annonce un confinement à l'italienne. *Le Journal du Dimanche*, 16 mars 2021. <https://www.lejdd.fr/Politique/nous-sommes-en-guerre-emmanuel-macron-annonce-un-confinement-a-litalienne-3955800>

BENABS, Ana. La France, pays le plus sceptique au monde face à la vaccination. *France24*. 19 juin 2019. <https://www.france24.com/fr/20190619-france-vaccination-pays-plus-sceptique-monde-anti-vaccin-sante>

BENZ, Stéphanie, & al. Au ministère de la Santé, c'est Kafka à tous les étages. *L'Express*, 14 mars 2021. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/au-ministere-de-la-sante-c-est-kafka-a-tous-les-etages_2146754.html

BERROD, Nicolas. Vaccins anti-Covid : comment les livraisons anticipées en France ont dégringolé depuis le début de l'année. Aujourd'hui en France, 12 mars.

<https://www.leparisien.fr/economie/vaccins-anti-covid-comment-les-livraisons-anticipees-en-france-ont-degringole-depuis-le-debut-de-lannee-12-03-2021-XFGODFOYLZAPPMFDZJBMNYEZQM.php>

BESSE-DESMOULIERES, Raphaëlle & al. Les six semaines de flottement qui ont retardé la campagne de vaccination française contre le Covid-19. *Le Monde*, 12 janvier 2021.

https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/01/11/definir-et-appliquer-une-strategie-vaccinale-six-semaines-de-flottement-au-sommet-de-l-etat_6065870_823448.html

CAILLAUD, Basile. Retour sur dix-huit mois de Covid à l'hôpital de Quimper. *Ouest France*, 19 juillet 2021.

<https://www.ouest-france.fr/bretagne/quimper-29000/temoignages-retour-sur-dix-huit-mois-de-covid-a-l-hopital-de-quimper-97bd4084-e63a-11eb-8918-f5733a67d33f>

CARIAT, Julie. Covid-19: l'exécutif déjà sous tension pour la rentrée. *Le Monde*, 5 janvier 2021. Article uniquement accessible sur le portail Europresse au 15 juillet 2021.

CHASTAND, Jean-Baptiste *et al.* Vaccin russe Spoutnik V : le grand écart des Européens. *Le Monde*, 30 mars 2021. https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/03/30/covid-19-le-grand-ecart-des-europeens-sur-le-vaccin-russe-sputnik-v_6074911_3244.html

DROZ, Bernard. Et l'Europe ne sera pas communiste... *L'Histoire*, juillet-août 1998. <https://www.lhistoire.fr/et-leurope-ne-sera-pas-communiste>

DUMONT, Julia. Covid-19 : « Le déconfinement ne peut fonctionner qu'avec les mesures barrière et la vaccination ». France24, le 30 avril 2021. <https://www.france24.com/fr/france/20210430-covid-19-le-d%C3%A9confinement-ne-peut-fonctionner-qu-avec-les-mesures-barri%C3%A8re-et-la-vaccination>

FAYE, Olivier et GATINOIS, Claire. Covid-19 : face au chiffon rouge du tri des malades, Emmanuel Macron accusé de « tâtonnements ». *Le Monde*, 1^{er} avril 2021.

https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/03/31/coronavirus-face-au-chiffon-rouge-du-tri-des-malades-emmanuel-macron-accuse-de-tatonnements_6075049_823448.html

FERNEY, Jeanne et LESUEUR, Corentin. Covid-19 : AstraZeneca, un arrêt provisoire mais des conséquences peut-être durables. *La Croix*, 16 mars 2021. <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Covid-19-AstraZeneca-arret-provisoire-consequences-peut-etre-durables-2021-03-16-1201145959>

<https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Covid-19-AstraZeneca-arret-provisoire-consequences-peut-etre-durables-2021-03-16-1201145959>

GIRARD, Etienne. Sortir de l'enfer bureaucratique pour lutter contre le Covid. *L'Express*, 15 mars 2021. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sortir-de-l-enfer-bureaucratique-pour-lutter-contre-le-covid_2146832.html

https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sortir-de-l-enfer-bureaucratique-pour-lutter-contre-le-covid_2146832.html

GRISOT, Paul. Reportage. Le centre de vaccination « à taille humaine » d'Antrain, plus petit d'Ille-et-Vilaine. *Ouest France*, 28 avril 2021. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/ille-et-vilaine/reportage-au-centre-de-vaccination-a-taille-humaine-d-antrain-le-plus-petit-d-ille-et-vilaine-1831c504-a7ee-11eb-b152-ab3b087a49aa>

HUET, Yann-Armel. Débordements à Rennes. L'opposition droite et centre réclame la démission de l'adjoint aux commerces. *Ouest France*, 21 mai 2021. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/rennes-35000/debordements-a-rennes-l-opposition-droite-et-centre-reclame-la-demission-de-l-adjoint-aux-commerces-68d993ac-b968-11eb-a0fd-a22b595c4b48#:~:text=Pour%20les%20deux%20%C3%A9lus%20d,qui%20se%20sont%20laiss%C3%A9s%20d%C3%A9border.>

LEHMANN, Christian. Pour vacciner, il faut des vaccinateurs. *Libération*, 11 janvier 2021. https://www.liberation.fr/france/2021/01/11/pour-vacciner-il-faut-des-vaccinateurs_1810794/

LEMAHIEU, Thomas. Révélations Covid-19 : Comment l'Union européenne a choisi l'impuissance face aux laboratoires. *L'Humanité*, 15 juillet 2021. <https://www.humanite.fr/revelations-covid-19-comment-l-union-europeenne-choisi-l-impuissance-face-aux-laboratoires-714447>

LEPAGE, Elodie et ROCFORT-GIOVANNI, Bérénice. Vaccins : comment la France s'est enlisée. *L'Obs*, 24 mars 2021. <https://www.nouvelobs.com/vaccination-anti-covid-19/20210325.OBS41847/vaccins-comment-la-france-s-est-enlisee.html>

LHOTE, Bertrand. Pour les nouveaux maires, une première année frustrante. *Le bien public*, 24 mars 2021. <https://www.bienpublic.com/politique/2021/03/24/pour-les-nouveaux-maires-une-premiere-annee-frustrante>

MALINGRE, Virginie et CHAFFIN, Zeliha. Covid-19 : comment l'Europe entend conquérir son autonomie dans la production de vaccins. *Le Monde*, 1^{er} avril 2021. https://www.lemonde.fr/economie/article/2021/03/31/covid-19-comment-l-europe-entend-conquerir-son-autonomie-dans-la-production-de-vaccins_6075146_3234.html

MATHIEU, Béatrice. Olivier Véran, un ministre sous perfusion des cabinets privés. *L'Express*, 12 mars 2021. https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/olivier-veran-un-ministre-sous-perfusion-des-cabinets-prives_2146661.html

MEREO, Florence. Covid-19 : Mauricette, la première vaccinée de France, a reçu sa seconde injection. *Le Parisien*, 19 janvier 2021. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/covid-19-mauricette-la-premiere-vaccinee-de-france-a-recu-sa-seconde-injection-19-01-2021-8420006.php>

PAYET, Marc. Coronavirus : un premier cas en France dès le 27 décembre. *Le Parisien*, 3 mai 2020. <https://www.leparisien.fr/societe/sante/coronavirus-un-premier-cas-en-france-des-le-27-decembre-03-05-2020-8310117.php>

PEIFFER, Valérie. On a un tel retard en culture scientifique que les gens sont prêts à croire n'importe quoi. *Le Point*, 15 janvier 2021. https://www.lepoint.fr/politique/on-a-un-tel-retard-en-culture-scientifique-que-les-gens-sont-prets-a-croire-n-importe-quoi-15-01-2021-2409779_20.php

PHILIPPE-VIELA, Olivier. "Rien n'a été anticipé" : pourquoi la campagne de vaccination est-elle si en retard ? *L'Express*, 4 janvier 2021. https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/rien-n-a-ete-anticipe-pourquoi-la-campagne-de-vaccination-est-elle-si-en-retard_2141950.html

RENOU, Aymeric. Il y a un an, le premier confinement : «Rien n'avait vraiment été anticipé». *Le Parisien*, 15 mars 2021. <https://www.leparisien.fr/societe/il-y-a-un-an-le-premier-confinement-rien-n-avait-vraiment-ete-anticipe-15-03-2021-8428541.php>

ROUSSEL, Pauline. Ille-et-Vilaine. La vaccination en campagne. Ouest France, 16 août 2021. <https://www.ouest-france.fr/bretagne/ille-et-vilaine/ille-et-vilaine-la-vaccination-en-campagne-b2d28422-f9ec-11eb-8856-ae31b3de7322>

VINIACOURT, Elise. Restrictions face au variant delta : «Pour une fois, le gouvernement a anticipé». *Libération*, 13 juillet 2021. https://www.liberation.fr/societe/sante/restrictions-face-au-variant-delta-pour-une-fois-le-gouvernement-a-anticipe-20210713_N5WMSZT5VREZDHNHG5GZFX6SWI/

Etudes

SPIRE, Alexis, BAJOS, Nathalie, SILBERZAN, Léna, Social inequalities in hostility toward vaccination against Covid-19. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.07.21258461v1.full>

Publication d'institutions politiques ou sanitaires

Gouvernement. « Pass sanitaire » : toutes les réponses vos questions. <https://www.gouvernement.fr/pass-sanitaire-toutes-les-reponses-a-vos-questions>

MACRON, Emmanuel. Adresse aux français. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/07/12/adresse-aux-francais-12-juillet-2021>

Définition des soins primaires / de premier recours par l'IREPS : https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=165

Les vaccins autorisés par l'ANSM : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/vaccins-autorises>
AMM conditionnelle par l'ANSM : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/covid-19-vaccins/covid-19-vaccins-autorises>

Liste des Autorisations de Mise sur le Marché de l'EMA par l'AFMPS : https://www.afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/covid_19/vaccins

AMM du 21/12/2020 de l'EMA pour le vaccin Pfizer-BioNTech : <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-first-covid-19-vaccine-authorisation-eu>

Vie publique. Vaccination contre le Covid-19 : une dose de rappel pour les plus âgés et les plus vulnérables. 27 août 2021 : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/280887-covid-19-la-has-rend-son-avis-sur-une-3e-dose-de-vaccin>

FIRMIN LE BODO, Agnès et GRELIER Jean-Carles Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé. 16 juin 2021. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4267_rapport-information

DEROCHE, Catherine, JOMMIER Bernard, VERMEILLET Sylvie (2020), Rapport no 199, du 8 décembre 2020, au nom de la commission d'enquête du Sénat pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la Covid-19 et de sa gestion, 20201210_rapport_CE_Covid__tome_1__conf-presse.pdf (senat.fr)

Ministère des Solidarités et de la Santé – Guide des bonnes pratiques observées dans les centres de vaccination – Mis à jour au 20 avril 2021

MINSANTE n°2021-53 : Appui des SDIS à la vaccination COVID-19

HAS. Vaccination dans le contexte du COVID-19 – Les actions de la HAS. 20 mai 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/vaccination_dans_le_contexte_du_covid-19_-_les_actions_de_la_has.pdf

HAS. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 – Stratégie de déploiement des vaccins disponibles. 23 juillet 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf

HAS. Stratégie de vaccination contre la COVID-19 – Anticipation des scénarios possibles de vaccination et recommandations préliminaires sur les populations cibles. 23 juillet 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3197106/fr/strategie-de-vaccination-contre-la-covid-19-anticipation-des-scenarios-possibles-de-vaccination-et-recommandations-preliminaires-sur-les-populations-cibles

HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 novembre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221338/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-recommandations-preliminaires-sur-la-strategie-de-priorisation-des-populations-a-vacciner

HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination. 10 décembre 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3221338/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-recommandations-intermediaires-sur-les-modalites-de-mise-en-oeuvre-de-la-vaccination

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2 -
_recommandations_intermediaires_sur_les_modalites_de_mise_en_oeuvre_de_la_vac.pdf](https://sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_-_recommandations_intermediaires_sur_les_modalites_de_mise_en_oeuvre_de_la_vac.pdf)

HAS. Conseil d'orientation de la Stratégie Vaccinale – Avis du 6 janvier 2021 relatif à la simplification, l'élargissement et l'accélération de la campagne de vaccination contre la Covid-19. 6 janvier 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_janvier_2021.pdf

HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Extension des compétences vaccinales des professionnels de santé. 1 mars 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3240075/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-extension-des-competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante

HAS. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 : impact potentiel de la circulation des variants du SARS-CoV-2 sur la stratégie. 15 avril 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260321/fr/strategie-vaccinale-contre-la-covid-19-impact-potentiel-de-la-circulation-des-variants-du-sars-cov-2-sur-la-strategie

HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Rôle des facteurs socio-économiques et professionnels dans le risque d'infection et de formes graves de Covid-19 et actualisation des recommandations. 30 juin 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3275157/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-role-des-facteurs-socio-economiques-et-professionnels-dans-le-risque-d-infection-et-de-formes-graves-de-covid-19-et-actualisation-des-recommandations

HAS. Avis du collège de la HAS relatif à la définition des populations à cibler par la campagne de rappel vaccinal chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la Covid-19
Instruction n° 6241-SG du 12 janvier 2021 - Campagne de vaccination [Accessible en ligne] :
https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2021-01/COVID19_Instruction_6241-SG_12.01.2021_Campagne%20de%20vaccination.pdf

Sitographie

INSEE. Population de l'Ille et Vilaine en 2017. [Accessible en ligne] :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4273629>

INSEE. Population par EPCI en Ille-et-Vilaine en 2014. [Accessible en ligne] :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3203292>

Sources juridiques

LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000041746999

Liste des annexes

Annexe 1 : Chronologie des principales mesures sanitaires contre la Covid-19

Annexe 2 : Chronologie des principales publications de la HAS sur la vaccination contre la Covid-19

Annexe 3 : Comparaison entre les recommandations de la HAS et de l'OMS sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner à la fin de l'année 2020

Annexe 4 : Liste des entretiens

Annexe 5 : Guides d'entretiens

Annexe 6 : Retranscription des entretiens

Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination

Annexe 8 : Extrait de la doctrine régionale de financement des centres de vaccination ambulatoires de l'ARS Bretagne

Annexe 9 : Logistique et flux de vaccins

Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux

Annexe 11 : Extraits du tableau de bord sur la situation épidémiologique produit par le service communication de l'ARS Bretagne

Annexe 12 : Tableau des centres de vaccination contre la Covid-19 en Ille-et-Vilaine

Annexe 13 : Extraits de la brochure explicative sur le fonctionnement de l'équipe mobile de vaccination breillienne en direction des ESMS

Annexe 14 : Répartition des centres de vaccination bretons entre les différentes plateformes de rendez-vous en ligne

Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI

Annexe 16 : Documentation du centre de vaccination de Montfort-sur-Meu sur la provenance des vaccinés du Centre

Annexe 17 : Rémunération des opérations de vaccination pour les professionnels de santé

Annexe 18 : Carte des centres de vaccination en Ille-et-Vilaine

Annexe 19 : Calendrier de l'évolution de l'éligibilité au vaccin

Annexe 1 : Chronologie des principales mesures sanitaires contre la Covid-19

Source : compilation des points de situation épidémiologiques effectués par l'ARS Bretagne

27/01/2020 : Activation du Centre de Crise Sanitaire.

13/02/2020 : Déclenchement du stade 1 du plan ORSAN

29/02/2020 : Passage au stade 2 du plan ORSAN - objectif de freiner la propagation du virus sur le territoire

12/03/2020 : Plan blanc généralisé (niveau 2) pour tous les établissements de santé, déprogrammation de tous les actes non urgents. Plan bleu national dans tous les établissements médico-sociaux.

13/03/2020 : Déclenchement du Plan de Continuité d'Activité (PCA).

14/03/2020 : Passage au stade 2 du plan ORSAN - objectif d'atténuation des effets de la vague épidémique sur le territoire.

16/03/2020 : Confinement de la population

17/03/2020 : Activation de la Cellule Interministérielle de Crise et Début du confinement à 12h.

23/03/2020 : Loi du 23 mars 2020 d'état d'urgence sanitaire

13/04/2020 : Annonce par le PR d'un déconfinement progressif à partir du 11 mai 2020

28/04/2020 : Présentation de la stratégie nationale de déconfinement par le Premier ministre

11/05/2020 : Première phase du déconfinement

02/06/2020 : Seconde phase de déconfinement

03/06/2020 : Installation de la commission d'enquête à l'Assemblée nationale

20/06/2020 : Annonce par le Premier Ministre de nouvelles mesures pour la période estivale

22/06/2020 : Troisième phase de déconfinement

10/07/2020 : Fin de l'état d'urgence en France métropolitaine

11/07/2020 : Publication du décret relatif aux mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

23/09/2020 : Annonce des différents niveaux d'alerte des départements en fonction de la circulation du virus.

14/10/2020 : Annonce par le Président de la République de l'Etat d'Urgence Sanitaire sur l'ensemble du territoire national à compter du samedi 17/10 (00h:00 – dans la nuit de vendredi à samedi) associé à un couvre-feu pour l'Île de France et 8 métropoles

22/10/2020 : Annonce par le Premier Ministre que le couvre-feu est étendu à 38 nouveaux départements et territoires d'outre-mer. Celui-ci durera 6 semaines à compter du 24 octobre 00h. Il concerne 54 départements soit 46 millions de français.

22/10/2020 : Lancement de l'application TousAntiCovid en remplacement de StopCovid.

28/10/2020 : Allocution du Président de la République d'un confinement généralisé à l'ensemble du territoire à compter du vendredi 30/10 (00h00 – dans la nuit de jeudi à vendredi) avec une exception pour les territoires d'Outre-Mer, sauf pour la Martinique.

30/10/2020 : Confinement généralisé de la population sur l'ensemble du territoire métropolitain

04/11/2020 : L'Assemblée nationale proroge l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 16 février 2021.

12/11/2020 : Le Premier Ministre annonce la poursuite du confinement jusqu'au 1er décembre sans modification des mesures.

24/11/2020 : Allocution du Président de la République relative aux mesures d'allègement du confinement.

28/11/2020 : 10 millions de téléchargements de TousAntiCovid. TousAntiCovid change les paramètres de définition des contacts à risque.

10/12/2020 : Conférence de presse du Premier ministre concernant l'allègement des mesures de restrictions.

16/12/2020 : Création d'une nouvelle agence de recherche sur les maladies infectieuses et émergentes, sous les tutelles du ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et du MSS.

02/01/2021 : Couvre-feu avancé à 18H dans 15 départements (Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardennes, Doubs, Jura, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Haute-Saône, Vosges, Territoire de Belfort, Moselle, Nièvre et Saône-et-Loire).

10/01/2021 : Couvre-feu avancé à 18H dans 8 départements (Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Bouches-du-Rhône, Cher, Côte-d'Or, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Vaucluse).

14/01/2021 : Annonce par le Premier Ministre de l'instauration d'un couvre-feu à 18 heures sur l'ensemble de la métropole à partir du 16 janvier ainsi qu'un renfort du contrôle sanitaire aux frontières.

05/02/2021 : Mise en place d'un reconfinement à Mayotte pour une durée de 3 semaines.

18/02/2021 : Annonce du passage de la durée d'isolement des personnes positives de 7 à 10 jours à partir du lundi 22/02/21.

22/02/2021 : Annonce par le Préfet des Alpes-Maritimes d'un confinement localisé les deux prochains weekends (du vendredi 18h00 au lundi 06h00) de l'aire urbaine du littoral entre Théoule-sur-Mer et Menton, de la fermeture des commerces de plus de 5 000 m² (sauf pharmacies et commerces alimentaires), d'une réduction de la jauge dans les commerces de plus de 400 m², d'un renforcement des contrôles à la frontière italienne et dans les aéroports et d'une accélération de la campagne vaccinale.

24/02/2021 : Annonce par le Ministre des Solidarités et de la Santé d'un confinement localisé les deux prochains weekends (du vendredi 18h00 au lundi 06h00) de Dunkerque, de la fermeture des commerces de plus de 5 000 m² (sauf pharmacies et commerces alimentaires), d'une réduction de la jauge dans les commerces de plus de 400 m² et d'une accélération de la campagne vaccinale.

25/02/2021 : Annonce par le Premier Ministre du passage de 20 départements en surveillance renforcée (Alpes-Maritimes, Pas-de-Calais, Bouches-du-Rhône, Seine-Saint-Denis, Var, Moselle, Nord, Paris, Val-de-Marne, Somme, Seine-et-Marne, Val-d'Oise, Oise, Essonne, Yvelines, Hauts-de-Seine, Drôme, Rhône, Eure-et-Loir, Meurthe-et-Moselle).

04/03/2021 : Annonce par le Premier Ministre du passage d'un confinement localisé les week-ends dans le Pas-de-Calais (du samedi 8h00 au dimanche 18h00) et du passage de l'Aube, les Hautes-Alpes et l'Aisne en surveillance renforcée.

15/03/2021 : Annonce par le Président de la République d'une suspension temporaire d'au moins 24h de l'utilisation du vaccin d'AstraZeneca par mesure de précaution face au risque d'effets secondaires, notamment thrombo-emboliques, dans l'attente d'une décision de l'Agence Européenne du Médicament.

18/03/2021 : Annonce par le Premier Ministre de 16 départements soumis à des restrictions sanitaires renforcées (Ile-de-France : 75 – 77 – 78 – 91 – 92 – 93 – 94 – 95 ; Haut-de-France : 02 – 59 – 60 – 62 – 80 ; Eure 27 ; Seine-Maritime 76 ; Alpes-Maritimes 06) à partir du vendredi 19 mars minuit et pendant 4 semaines.

25/03/2021 : Annonce par le Ministre des Solidarités et de la Santé de 3 nouveaux départements (Rhône 69 ; Nièvre 58 et Aube 10) avec restrictions sanitaires renforcées à compter du 26 mars pour 4 semaines.

31/03/2021 : Annonce par le Président de la République de la mise en place de restrictions sanitaires renforcées dans l'ensemble des départements métropolitains pour 4 semaines.

04/04/2021 : L'ensemble du territoire métropolitain est depuis samedi 03 avril 2021, 19 heures, soumis aux nouvelles restrictions sanitaires renforcées annoncées par le Président de la République.

24/04/2021 : Entrée en vigueur du dispositif de quarantaine obligatoire pour tous les voyageurs en provenance d'Argentine, du Brésil, du Chili, d'Afrique du Sud, d'Argentine, de Guyane et d'Inde.

03/05/2021 : 1ère étape des réouvertures : collèges en demi-jauge pour les classes de 4e et 3e et lycées en demi-jauge, fin de l'attestation pour les déplacements en journée et levée des restrictions pour les déplacements inter-régionaux.

08/05/2021 : Intégration de 7 nouveaux pays à la liste dite de « Pays rouge » : Qatar, EAU, Bangladesh, Népal, Turquie, Sri Lanka et Pakistan.

16/05/2021 : Intégration de 4 nouveaux pays à la liste dite de « Pays rouge » : Bahreïn, Colombie, Costa Rica et Uruguay.

19/05/2021 : 2ème étape des réouvertures : couvre-feu décalé à 21h, réouverture de certains établissements (commerces, terrasses extérieures, musées, cinéma, etc.) selon des protocoles sanitaires définis, et rassemblements de plus de 10 personnes interdits au lieu de 6.

20/05/2021 : Annonce de l'ouverture anticipée de la vaccination pour tous les adultes prévue initialement le 15 juin et avancée au 31 mai 2021.

31/05/2021 : Entrée en vigueur du nouveau dispositif de contrôle sanitaire aux frontières spécifique pour le Royaume-Uni (motifs impérieux, réalisation d'un test PCR ou TAG de moins de 48h avant l'embarquement et auto-isolement volontaire de 7 jours).

03/06/2021 : Intégration de 2 nouveaux pays à la liste dite de « Pays rouge » : Suriname et Bolivie. Sortie de 2 pays de cette même liste : Qatar et Émirats Arabes Unis.

09/06/2021 : 3ème étape des réouvertures : couvre-feu décalé à 23h, réouverture des cafés et restaurants en intérieur avec une jauge de 50%, réouverture des salles de sport et des piscines et assouplissement du télétravail.

16/06/2021 : Mise à jour par arrêté de la stratégie de réouverture des frontières : les Etats-Unis et le Canada passent dans la liste des pays verts, la Turquie passe dans la liste des pays orange enfin le Paraguay, l'Afghanistan et les Maldives passent en liste rouge.

17/06/2021 : Modification des arrêtés préfectoraux permettant la fin du port du masque en extérieur sauf exceptions (les files d'attente, les marchés et les rassemblements).

30/06/2021 : 4ème étape des réouvertures : fin des jauges dans la plupart des établissements.

12/07/2021 : Allocution du Président de la République qui annonce l'obligation vaccinale pour les soignants et les aidants le 15/07 ; l'extension le 21/07 du passe sanitaire aux lieux de culture et de loisirs (théâtres, cinémas, musées, parcs d'attractions, salles de concerts...) accueillant plus de 50 personnes et son extension début août aux bars, restaurants, trains et centres commerciaux ; la fin de la gratuité des tests PCR à l'automne prochain.

13/07/2021 : Annonce des modalités d'extension du pass sanitaire par le Ministre des Solidarités et de la Santé: exemption jusqu'au 30 août pour les 12 à 17 ans et les salariés des établissements accueillant du public ; obtention du pass sanitaire 7 jours après la seconde injection.

14/07/2021 : L'état d'urgence sanitaire est réinstauré en Martinique et à la Réunion.

16/07/2021 : Intégration de 4 nouveaux pays à la liste dite de « Pays rouge » : Tunisie, Mozambique, Cuba et Indonésie. Sortie d'un pays de cette même liste : Bahreïn.

20/07/2021 : Publication du décret n°2021-955 du 19 juillet 2021 modifiant le décret n°2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire qui étend le passe sanitaire aux établissements, lieux et événements accueillant plus de 50 personnes et abrogeant le port du masque obligatoire dans le cadre de ces rassemblements (sauf contre-indications préfectorales).

23/07/2021 : Sortie d'un pays de la liste dite de « pays rouges » : Inde. Intégration de 2 pays à la liste dite des « pays verts » : Ukraine et Comores.

28/07/2021 : L'état d'urgence sanitaire est déclaré en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

30/07/2021 : Le confinement est réinstauré pour au moins 3 semaines en Martinique, et un couvre-feu de 21 heures à 5 heures du matin est mis en place en Guadeloupe. Sortie de 6 pays de la liste dite de « pays rouges » : Bolivie, Chili, Paraguay, Sri Lanka, Uruguay et Zambie. Intégration de 2 pays à la liste dite des « pays verts » : Bahreïn et Jordanie.

04/08/2021 : Le confinement est réinstauré pour au moins 3 semaines en Guadeloupe.

Annexe 2 : Chronologie des principales publications de la HAS sur la vaccination contre la Covid-19

Sont listées ci-dessous les publications de la HAS en lien avec la vaccination contre la Covid-19 utilisée pour la rédaction de ce mémoire. Elle n'a pas vocation à être exhaustive, simplement à replacer chronologiquement les documents publiés par cette autorité et ayant largement inspiré la politique vaccinale française.

20/05/2020 : Vaccination dans le contexte du COVID-19 – Les actions de la HAS

23/07/2020 : Stratégie vaccinale contre la Covid-19 – Stratégie de déploiement des vaccins disponibles

23/07/2020 : Stratégie de vaccination contre la COVID-19 – Anticipation des scénarios possibles de vaccination et recommandations préliminaires sur les populations cibles

27/11/2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner

10/12/2020 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination

06/01/2021 : Conseil d'orientation de la Stratégie Vaccinale – Avis du 6 janvier 2021 relatif à la simplification, l'élargissement et l'accélération de la campagne de vaccination contre la Covid-19

01/03/2021 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Extension des compétences vaccinales des professionnels de santé

15/04/2021 : Stratégie vaccinale contre la Covid-19 : impact potentiel de la circulation des variants du SARS-CoV-2 sur la stratégie

30/06/2021 : Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Rôle des facteurs socio-économiques et professionnels dans le risque d'infection et de formes graves de Covid-19 et actualisation des recommandations

23/08/2021 : Avis du collège de la HAS relatif à la définition des populations à cibler par la campagne de rappel vaccinal chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la Covid-19

Source :

Ensemble des travaux de la HAS sur la vaccination :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178533/en/vaccination-dans-le-cadre-de-la-covid-19

Annexe 3 : Comparaison entre les recommandations de la HAS et de l'OMS sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner à la fin de l'année 2020

Source : HAS. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 – Recommandations préliminaires sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. 27 novembre 2020. p.9. et p.38-39.

Synthèse des recommandations préliminaires de la HAS sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner selon les phases prévisionnelles d'approvisionnement en vaccins.

PHASES	
Phase 1 (dès livraison des premières doses disponibles)	<ul style="list-style-type: none"> - Les résidents d'établissements accueillant des personnes âgées et résidents en services de longs séjours (EHPAD, USLD ...) - Les professionnels exerçant dans les établissements accueillant des personnes âgées (en premier lieu en EHPAD, USLD) présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave/de décès (plus de 65 ans et/ou présence de comorbidité(s))
Phase 2	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées de plus de 75 ans, en commençant par les plus âgées/présentant une ou plusieurs comorbidité(s) - Puis les personnes âgées de 65-74 ans, en priorisant celles présentant une ou plusieurs comorbidité(s) - Puis les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social âgés de 50 ans et plus et/ou présentant une ou plusieurs comorbidité(s) (quel que soit le mode d'exercice)
Phase 3	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes à risque du fait de leur âge (50-65 ans) ou de leur(s) comorbidité(s) non vaccinées antérieurement - Les professionnels des secteurs de la santé et du médico-social non vaccinés antérieurement - Les opérateurs/professionnels des secteurs « essentiels »
Phase 4	<ul style="list-style-type: none"> - Les personnes vulnérables et précaires (sans domicile fixe...), vivant en collectivité (prisons, établissements psychiatriques, foyers...) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité - Les professionnels prenant en charge les personnes vulnérables dont les travailleurs sociaux, non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s) - Les personnes vivant dans des hébergements confinés ou encore travaillant dans des lieux clos favorisant l'acquisition de l'infection (ouvriers du bâtiment, abattoirs, etc) non vaccinés antérieurement du fait de leur âge ou comorbidité(s)
Phase 5	Autres tranches de la population susceptibles d'être infectées (18-50 ans) et non ciblées antérieurement

Recommandations de l'OMS sur la priorisation des vaccins contre la Covid-19 dans un contexte d'un approvisionnement limité et selon un contexte épidémiologique avec transmission communautaire

Objectifs du programme	Priorité initiale à la réduction directe de la morbidité et de la mortalité et au maintien des services essentiels les plus critiques ; également, réciprocité. Étendre à la réduction de la transmission afin de réduire davantage la perturbation des fonctions sociales et économiques
Phase I (disponibilité très limitée du vaccin, de 1 à 10 % de la totalité des doses commandées)	<p>Étape Ia (lancement initial)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de la santé à risque élevé à très élevé de contracter et de transmettre une infection selon les objectifs (A1) (A3) (C1) (D1) décrit en légende ; <p>Étape Ib</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées sont définies en fonction du risque par classe d'âge spécifique au pays/à la région, et d'un seuil d'âge spécifique à déterminer au niveau national selon les objectifs (A1) (C1).
Phase II (disponibilité limitée du vaccin, entre 11 et 20 % de la totalité des doses commandées)	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées non couvertes par la phase I selon les objectifs (A1) (C1) ; - Groupes présentant des comorbidités ou des états de santé déterminés comme étant à risque significativement plus élevé de Covid-19 grave ou de décès (dans les pays où les comorbidités concernées peuvent être équitablement évalués dans l'ensemble de la population) selon les objectifs (A1) (C1) ; - Groupes sociodémographiques présentant un risque significativement plus élevé de maladie grave ou de décès selon les objectifs (A1) (B1) (B2) (C1) (C2).
Phase III (disponibilité modérée du vaccin, de 21 à 50 % de la totalité des doses commandées)	<ul style="list-style-type: none"> - Enseignants et personnel des écoles primaires et secondaires selon les objectifs (A2) (A3) (B1) (C1) ; - Autres travailleurs essentiels en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation (exemples : police les agents, les services municipaux, les prestataires de services de garde d'enfants, les travailleurs de l'agriculture et de l'alimentation, les travailleurs du secteur des transports, les fonctionnaires essentiels au fonctionnement critique de l'État non couverts par d'autres catégories) selon les objectifs (A2) (A3) (D1) ; - Les professionnels de la santé à risque faible à modéré de contracter et de transmettre une infection selon les objectifs (A1) (A3) (C1) (D1) ; - Personnel nécessaire pour la production de vaccins et autres personnels de laboratoire à haut risque selon les objectifs (A2) (A3). - Groupes sociaux/employeurs incapables de se distancer socialement (exemples : établissements de détention, les dortoirs, les personnes à faibles revenus dans les quartiers urbains denses, les sans-abris et ceux qui vivent dans des quartiers défavorisés.

(A1) Réduire la morbi-mortalité attribuable à la pandémie de COVID-19.

(A2) Réduire les perturbations sociétales et économiques (autrement que par la réduction de la morbi-mortalité).

(A3) Protéger le fonctionnement continu des services essentiels, y compris les services de santé.

(B1) Traiter les intérêts de tous les individus et groupes avec la même considération lors de la prise et de la mise en œuvre des décisions d'attribution et de fixation des priorités.

(B2) Offrir une possibilité réelle de se faire vacciner à tous les individus et groupes qui remplissent les conditions requises par les critères de priorité.

(C1) Veiller à ce que la définition des priorités en matière de vaccination dans les pays tienne compte des vulnérabilités, des risques et des besoins des groupes qui, en raison de facteurs sociétaux, géographiques ou biomédicaux sous-jacents, risquent de subir une charge plus lourde du fait de la pandémie de COVID-19.

(C2) Mettre en place les systèmes et l'infrastructure de vaccination nécessaires pour que les populations prioritaires aient accès aux vaccins COVID-19, et qui garantissent un accès égal à tous ceux qui remplissent les conditions requises pour faire partie d'un groupe prioritaire, en particulier les populations socialement défavorisées.

(D1) Protéger ceux qui supportent des risques et des charges supplémentaires importants liés à COVID-19 afin de préserver le bien-être des autres, y compris les travailleurs de la santé et autres travailleurs essentiels.

Annexe 4 : Liste des entretiens

(Annexe modifiée pour raisons de confidentialité)

<u>Structure représentée et rôle au sein de cette dernière</u>	<u>Durée de l'entretien</u>	<u>Date</u>
Chargée de mission gestion de crise sanitaire et démocratie en santé, Délégation Départementale Ille-et-Vilaine, ARS Bretagne Chargée de la programmation des actions des médiateurs Lutte Anti Covid	50 minutes	16 juillet
Colonel du SDIS 35 Responsable du centre de Vaccination du SDIS au stade Robert Poirier à Rennes	1h	20 juillet
Directeur général des services à la Mairie de Montfort-sur-Meu Mobilisé sur le centre de vaccination de Montfort	40 minutes	21 juillet
Coordinatrice du centre de vaccination de vaccination de Montfort	50 minutes	21 juillet
Cadre administratif au Centre Hospitalier Redon Carentoir Responsable du centre de vaccination de Redon depuis juin	30 minutes	22 juillet
Directeur adjoint du Centre Hospitalier Redon Carentoir Directeur en charge du centre de vaccination, et responsable de ce dernier	50 minutes	22 juillet
Responsable du Centre de Vaccination de Val-Couesnon	50 minutes	23 juillet
Directrice des soins, qualité, gestion des risques et relations avec les usagers au Centre Hospitalier Simone Veil de Vitré Responsable du centre de vaccination de Vitré	1h	23 juillet
Responsables du centre de vaccination de Retiers	55 minutes	26 juillet
Responsable du centre de vaccination de Cancale	45 minutes	27 juillet
Elu local à la mairie de Dol de Bretagne Coordinateur du centre de vaccination de Dol de Bretagne	1h	27 juillet
Attachée d'administration hospitalière, responsable du personnel médical et de la formation au Centre Hospitalier de Fougères Responsable du centre de vaccination de Fougères depuis mars	30 minutes	28 juillet

Directeur adjoint de la Délégation Départementale Ille-et-Vilaine, responsable du département animation territoriale, ARS Bretagne	1h	2 août
Team Leader Vaccination Grand Ouest chez Doctolib	40 minutes	3 août
Responsable adjoint (auprès du Directeur Général des Services de la mairie) du centre de vaccination de Saint-Grégoire	50 minutes	4 août
Directrice du Centre de Réadaptation du Patis Fraux Pilote de l'équipe mobile en charge de la vaccination des personnes en situation de handicap	45 minutes	5 août
Responsable de l'offre de soins et innovation à la CPAM d'Ille-et-Vilaine	1 heure	6 août
Chargée de mission vaccination à l'ARS Bretagne Missionnée sur la logistique régionale des doses allouées aux centres de vaccination	55 minutes	6 août
Directrice de l'amélioration continue de la qualité au GHT Rance Emeraude Responsable du centre de vaccination du CH de Saint-Malo	20 minutes	9 août
Pharmacien hospitalier au CHU de Rennes En charge de la logistique des doses allouées aux centres de vaccination d'Ille-et-Vilaine	55 minutes	10 août

Annexe 5 : Guides d'entretiens

(Annexe modifiée pour raisons de confidentialité)

Les guides d'entretien ont été déclinés pour chaque type d'acteurs impliqués dans la campagne vaccinale interrogés. Si ces derniers partent d'une base commune, la nécessité d'accorder les questions posées au rôle de l'acteur dans la vaccination justifiait ces adaptations. Les guides suivants sont donc une sélection non-exhaustive.

- Guide d'entretien ARS Bretagne
- Guide d'entretien Assurance Maladie
- Guide d'entretien Centre de vaccination ambulatoire
- Guide d'entretien Centre de vaccination hospitalier
- Guide d'entretien SDIS
- Guide d'entretien vaccination "aller-vers"
- Guide d'entretien Doctolib
- Guide d'entretien PUI CHU

Annexe 6 : Retranscription des entretiens

(Annexe supprimée pour raisons de confidentialité)

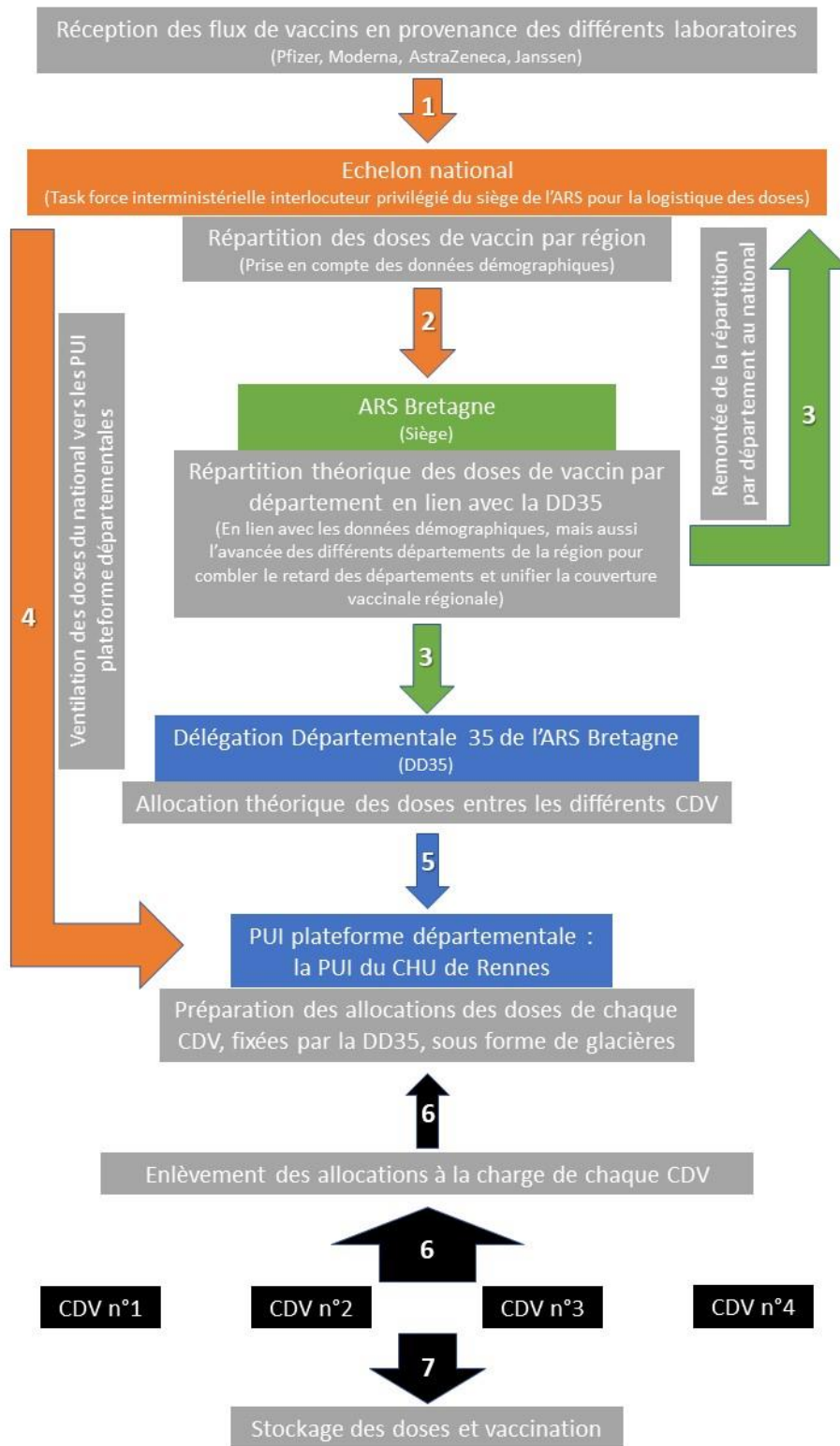
Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens réalisés avec des porteurs de centres de vaccination




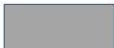

(Annexe supprimée pour raisons de confidentialité)

Annexe 8 : Extrait de la doctrine régionale de financement des centres de vaccination ambulatoires de l'ARS Bretagne

(Annexe supprimée pour raisons de confidentialité)

Annexe 9 : Logistique et flux de vaccins



-  Acteur national
-  Acteur régional
-  Acteur départemental
-  Acteur infra-départemental
-  Rôles et actions des acteurs
-  La flèche symbolise l'action, sa couleur l'échelon auquel l'acteur agit
-  Le nombre dans chaque flèche indique la chronologie de l'action dans le processus d'allocation des doses aux CDV

Annexe 10 : Tableau de l'évolution du volume vaccinal des centres de vaccination départementaux

Centre de vaccination	Moyenne des doses hebdomadaires administrées sur le mois						
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Saint Malo - CH	400	440	400	370	100	0	0
Saint Malo - Piscine du Naye	300	400	1100	2700	3300	4400	4000
Redon	480	700	950	1950	2500	3200	3200
Vitré	200	470	770	2000	2000	2400	2400
Fougères	400	500	850	2200	2700	3400	2800
Rennes - CHU	1000	0	0	0	0	0	0
Rennes - Le Liberté	500	2000	2700	4200	4800	7900	6300
Saint-Grégoire	150	250	550	700	1000	1500	1300
Rennes - SOS Médecins	250	400	550	1100	1100	550	0
Bain de Bretagne		180	300	400	500	500	300
Montfort-sur-Meu		100	400	500	500	700	700
Dol de Bretagne		100	350	600	1000	1500	1400
Liffré		100	250	400	654	654	654
Combourg			150	600	900	1700	1500
Retiers			250	850	1200	1800	1600
Bruz			500	1900	2600	3100	2500
Chantepie				500	1500	2200	2100
Rennes - SDIS-35, Stade Robert Poirier				4500	11000	19000	20000
Dinard				450	1300	2000	2000
Cancale					550	750	800
Couesnon Marches de Bretagne				150	300	300	300
TOTAL	3680	5640	10070	26070	39504	57554	53854

Source : Documentation interne à l'ARS

Annexe 11 : Extraits du tableau de bord sur la situation épidémiologique produit par le service communication de l'ARS Bretagne

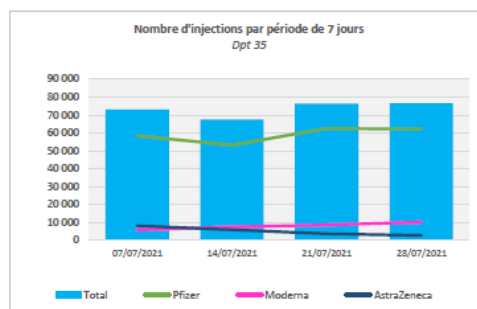
La campagne de vaccination contre la Covid-19 a débuté le 27 décembre 2020. Le déploiement se fait progressivement avec une priorité donnée aux publics les plus vulnérables au virus et les plus susceptibles de développer des formes graves de la maladie. Il s'agit :

- depuis le 27/12/2020, des personnes âgées en établissements (Ehpad, USLD, résidences autonomie, résidences services seniors) ; des personnels qui travaillent dans ces établissements lorsqu'ils sont à risque de développer une forme grave de la Covid-19 ;
- depuis le 04/01/2021, des prof. des secteurs de la santé et du médico-social, des pompiers et des aides à domicile âgés de 50 ans et plus ou présentant des comorbidités ; des personnes handicapées hébergées dans des établissements spécialisés et leurs personnels âgés de 50 ans et plus ou présentant des comorbidités ;
- depuis le 18/01/2021, des personnes âgées de 75 ans (dans l'année) et plus vivant à domicile ; des personnes vulnérables à haut risque sans critère d'âge (sur prescription médicale du médecin traitant) ;
- depuis le 06/02/2021, des soignants, pompiers ou aides à domicile de moins de 65 ans ;
- depuis le 25/02/2021, des personnes âgées de 50 à 64 ans à risque de comorbidité ;
- depuis le 02/03/2021, des personnes âgées de 50 à 74 ans à risque de comorbidité ;
- depuis le 27/03/2021, des personnes âgées de 70 ans ou plus ;
- depuis le 12/04/2021, des personnes âgées de 55 ans ou plus ;
- depuis le 31/05/2021, des personnes âgées de 18 ans ou plus ;
- depuis le 15/06/2021, des personnes âgées de 12 ans ou plus ;

LES VACCINATIONS RÉALISÉES EN ILLE-ET-VILAINE

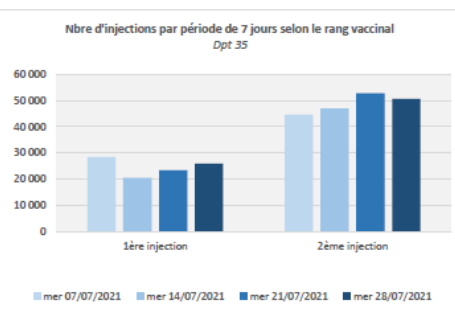
Cumulé (début de la campagne)	Nombre d'injections					
	Total	Pfizer	Moderna	AstraZeneca	Janssen	
	1 170 639	883 235	122 645	150 066	14 693	
Détail sur les 4 dernières semaines						
jeu 01/07/2021	mer 07/07/2021	73 119	58 399	5 918	8 198	604
jeu 08/07/2021	mer 14/07/2021	67 560	53 249	7 610	6 003	698
jeu 15/07/2021	mer 21/07/2021	76 387	62 569	8 736	3 778	1 304
jeu 22/07/2021	mer 28/07/2021	76 639	62 164	10 288	2 820	1 367
	jeu 22/07/2021	13 624	10 891	1 820	601	312
	ven 23/07/2021	14 753	10 905	2 581	1 019	248
	sa 24/07/2021	5 549	4 461	833	105	150
	di 25/07/2021	3 576	3 538	35	3	0
	lun 26/07/2021	11 968	10 251	1 281	285	151
	ar 27/07/2021	13 989	11 297	2 013	407	272
	er 28/07/2021	13 180	10 821	1 725	400	234

Source : t / -service de l'Assurance Maladie Vaccin Covid



Cumulé (début de la campagne)	1ère injection		2ème injection		3ème injection	
	Nombre d'injections	% évolution	Nombre d'injections	% évolution	Nombre d'injections	% évolution
	665 603		503 677		1 359	
Détail sur les 4 dernières semaines						
jeu 01/07/2021	mer 07/07/2021	28 331		44 588		200
jeu 08/07/2021	mer 14/07/2021	20 391	-28,0%	47 009	5,4%	160
jeu 15/07/2021	mer 21/07/2021	23 384	14,7%	52 817	12,4%	186
jeu 22/07/2021	mer 28/07/2021	25 876	10,7%	50 632	-4,1%	131
	jeu 22/07/2021	4 783		8 818		23
	ven 23/07/2021	4 511		10 210		32
	sa 24/07/2021	1 580		3 965		4
	di 25/07/2021	809		2 765		2
	lun 26/07/2021	3 832		8 110		26
	ar 27/07/2021	5 123		8 843		23
	er 28/07/2021	5 238		7 921		21

Source : t / -service de l'Assurance Maladie Vaccin Covid



LES VACCINATIONS RÉALISÉES EN BRETAGNE SELON L'ÂGE DES PERSONNES

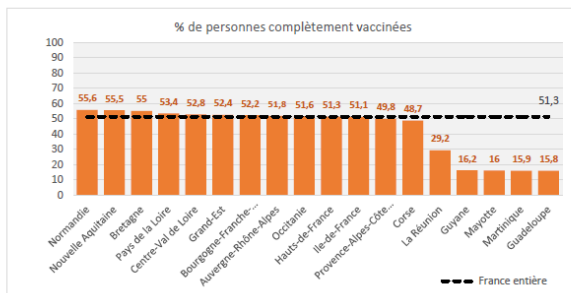
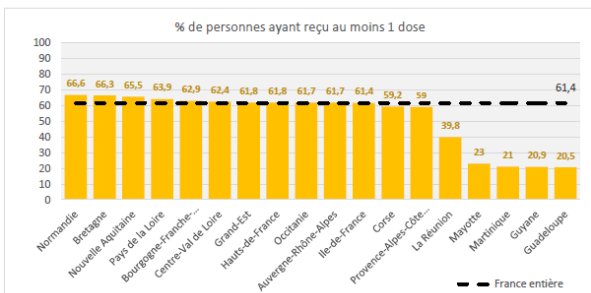
Les analyses s'appuient sur les indicateurs publiés par Santé Publique France sur le portail data.gouv.fr et mis à jour quotidiennement.

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-relatives-aux-personnes-vaccinees-contre-la-covid-19-1/#>

Date de la dernière vaccination prise en compte : mercredi 28/07/2021

	Tout âge confondu		75 ans ou plus		50 - 74 ans		25 - 49 ans		18 - 24 ans		12 - 17 ans	
	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées	ayant reçu au moins 1 dose	complètement vaccinées
France	61,3%	51,3%	85,6%	81,5%	82,9%	76,2%	66,2%	51,5%	64,3%	44,8%	35,5%	14,8%
Bretagne	66,3%	55,0%	92,8%	88,9%	89,0%	82,0%	67,9%	50,8%	67,4%	45,4%	40,1%	13,4%
Dpt 22	71,5%	58,6%	93,0%	88,6%	91,1%	83,4%	72,4%	52,6%	84,7%	53,7%	48,4%	14,6%
Dpt 29	67,7%	57,2%	91,0%	87,5%	88,4%	81,9%	70,2%	54,7%	70,4%	49,3%	40,9%	14,2%
Dpt 35	61,5%	50,4%	94,2%	90,4%	88,2%	81,4%	65,6%	48,9%	68,9%	38,4%	34,2%	11,4%
Dpt 56	67,3%	56,0%	93,0%	89,3%	89,0%	81,7%	65,2%	47,9%	72,5%	48,1%	41,8%	14,6%

Source : SPF, Donn es relatives aux personnes vaccin es contre la Covid-19 (jeu de donn es vacci-tot-a-publi sur data.gouv.fr)



Source : documentation interne à l'ARS, intitulée « Tableau de bord Covid ARS Bretagne », en date du 30 juillet 2021

Annexe 12 : Tableau des centres de vaccination contre la Covid-19 en Ille-et-

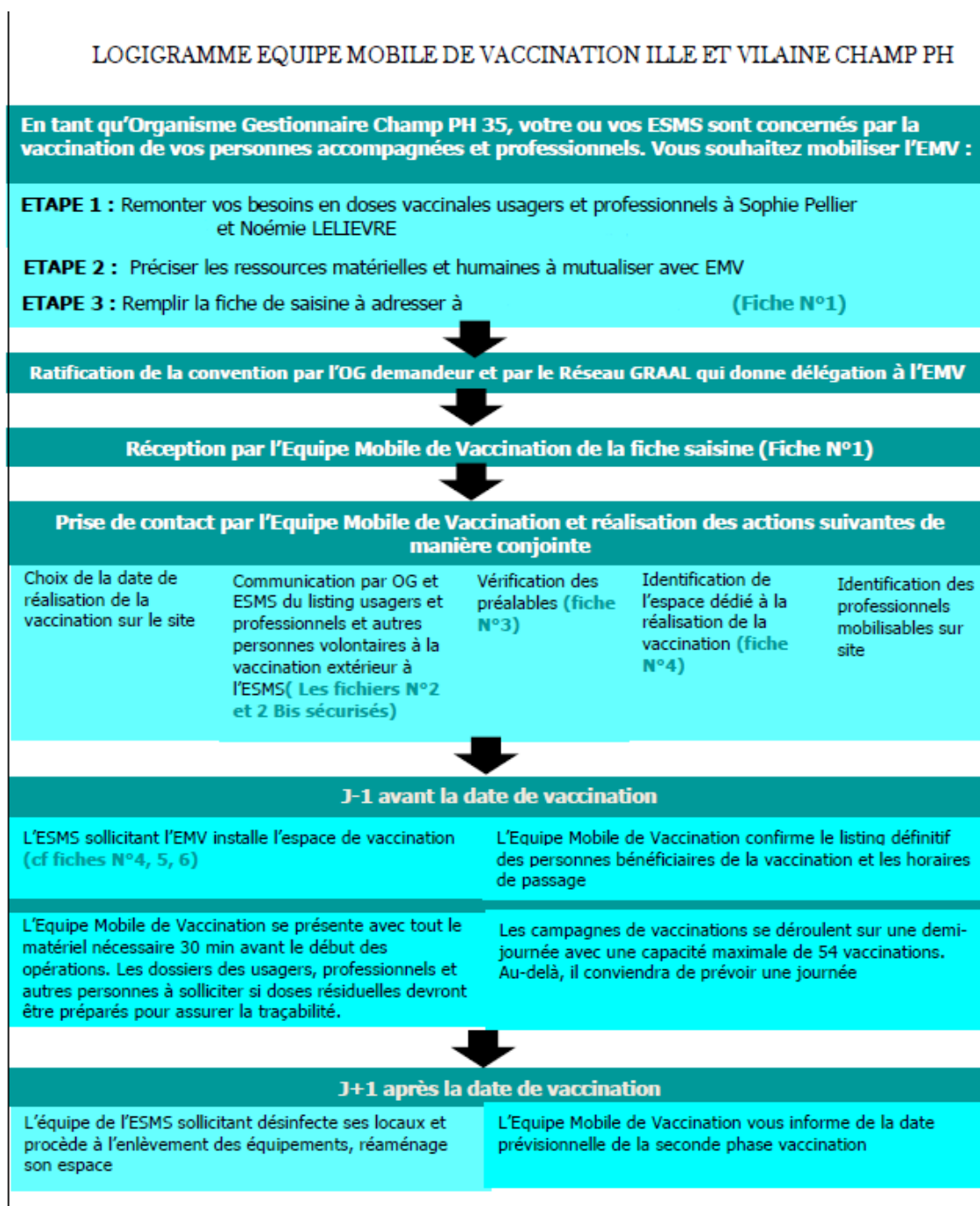
Vilaine

Nom de la structure	Type de porteur <i>(menu déroulant)</i>	Nom du porteur	Lieu de vaccination (salle municipale/gymnase, cabinets professionnels, CH,...)	Date d'ouverture	Nombre de remplaçants intervenant (MG et IDE)
Saint Malo - CH	Etablissement de santé	CH Saint Malo	CH	OUVERT Début janvier	
Saint Malo - Piscine du Naye	Association de professionnels	CPTS Côte d'Emeraude	Piscine municipale	OUVERT 20/01/2021	
Redon	Etablissement de santé	Centre hospitalier intercommunal Redon-Carentoir	Salle omnisports municipale Lucien Poulard	OUVERT Début janvier	
Vitré	Etablissement de santé	CH de Vitré	Parc des expositions - Hall n°3	OUVERT Début janvier	
Fougères	Etablissement de santé	CH de Fougères	Salle municipale de la Forairie	OUVERT Début janvier	
Rennes - CHU	Etablissement de santé	CHU de Rennes	CHU	Début janvier	
Rennes - Le Liberté	Collectivité	Ville de Rennes	Salle municipale	OUVERT 18/01/2021	
Saint-Grégoire	Collectivité	CHP Saint Grégoire	Salle EMC2 puis salle municipale	OUVERT 19/01/2021	
SOS Médecins Rennes	Association de professionnels	SOS médecins Rennes	Cabinet médical	OUVERT 19/01/2021	12 remplaçants IDEL
Centre de vaccination de Bain de Bretagne	Etablissement de santé	Hôpital Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne	Salle des fêtes	OUVERT 22/02/2021	1MG

Centre de vaccination de Montfort/Meu	Association de professionnels	Interpole de Brocéliande	Gymnase / Salle multisports du COSEC	OUVERT 22/02/2021	6
Dol de bretagne	Association de professionnels	ESP POSANBAIE	Salle municipale - Club de l'amitié	OUVERT 23/02/2021	0
Liffré	Collectivité	Salle polyvalente	Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)	OUVERT 22/02/2021	
Combourg	Association de professionnels	CPTS Bretagne Romantique et Pays de Dol Baie du Mont Saint-Michel	Salle polyvalente	OUVERT 15/03/2021	
Retiers	Association de professionnels	SISA MSP Retiers - interlocutrice : Rozenn Cassonnet	Salle polyvalente de Retiers	OUVERT 15/03/2021	
Bruz	Collectivité	Parc des expositions	Parc des expositions - Hall n°3	OUVERT 15/03/2021	
Chantepie	Association de professionnels	UGECAM BRPL Pole Gériatrique Rennais		OUVERT 12/04/2021	
Centre de vaccination sapeurs-pompiers 35, Stade Robert Poirier	SDIS	SDIS	Stade Robert Poirier	OUVERT 06/04/2021	
Dinard	Etablissement de santé	Hôpital Arthur Gardinier Dinard		OUVERT 13/04/2021	
Couesnon Marches de Bretagne - Dépend de Fougères	Association de professionnels	CPTS Val Couesnon	Salle municipale	OUVERT 26/04/2021	
Cancale	Association de professionnels	CPTS Côte d'Emeraude		OUVERT 27/04/2021	

CODE COULEUR :	Ouvert en janvier ("première vague d'ouverture")	Ouvert en février ("deuxième vague d'ouverture")	Ouverts en mars ("troisième vague d'ouverture")	Ouverts en avril ("quatrième vague d'ouverture")	Centre non- opérationnel à l'heure actuelle
-------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Annexe 13 : Extraits de la brochure explicative sur le fonctionnement de l'équipe mobile de vaccination breillienne en direction des ESMS

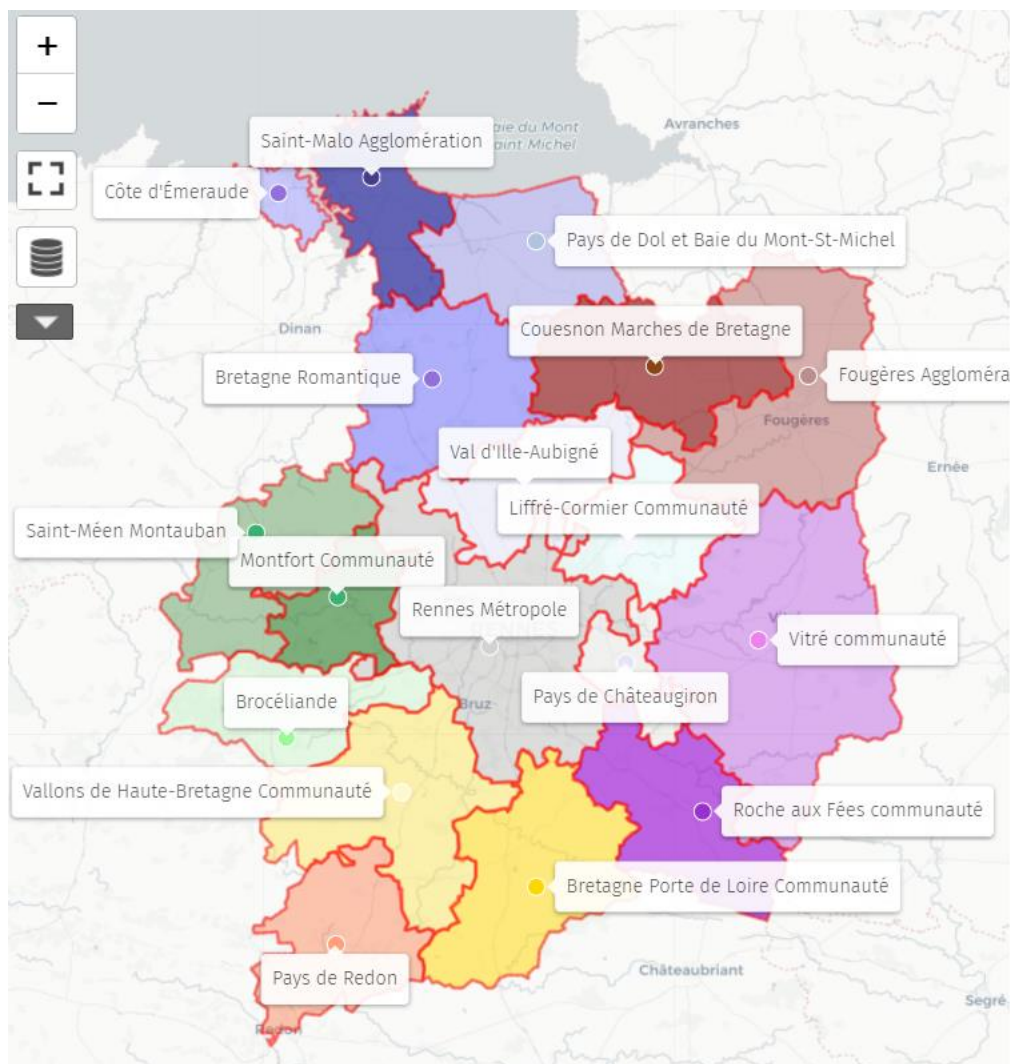


Annexe 14 : Répartition des centres de vaccination bretons entre les différentes plateformes de rendez-vous en ligne

<u>Département</u>	Nombre total de Centres de Vaccination (CDV)	Nombre de CDV utilisant Doctolib	Nombre de CDV utilisant Keldoc	Nombre de CDV utilisant MAIIA
Côtes d'Armor	10	1	9	0
Finistère	14	9	3	2
Ille-et-Vilaine	18	16	1	1
Morbihan	12	8	4	0
Total Bretagne	54	34	17	3
Proportion Bretagne		63%	31%	6%
Proportion Ille-et-Vilaine		90%	5%	5%

Source : Données internes à l'ARS Bretagne, fournies par l'outil informatique « Si-vaccin »

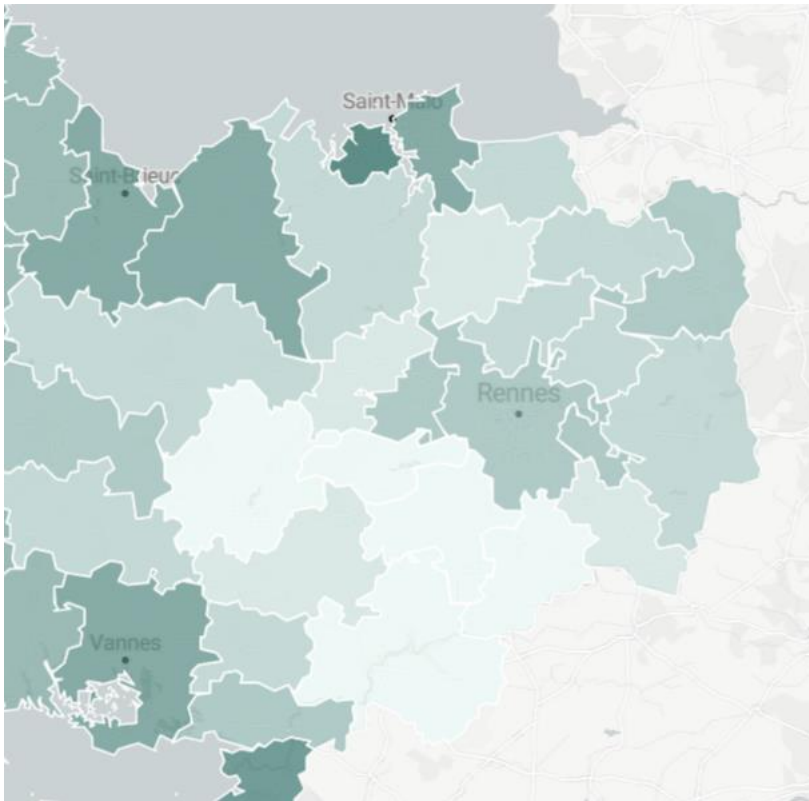
Annexe 15 : Taux de couverture vaccinale par EPCI



Les EPCI d'Ille-et-Vilaine

Source : Carte des intercommunalités d'Ille-et-Vilaine. [Accessible en ligne] :

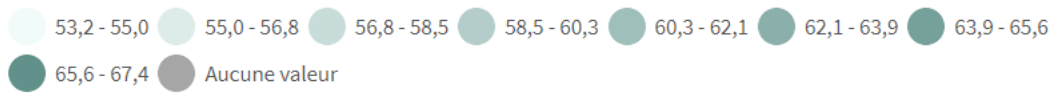
<https://www.ille-et-vilaine.fr/carte-epci>



Couverture vaccinale par EPCI en Ille-et-Vilaine

Légende

Taux de vaccination terminée (%)



Source : Data vaccin-covid, site de l'Assurance maladie [Accessible en ligne] :

<https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/details-epci-communes/>

Tableau de la couverture vaccinale par EPCI en Ille-et-Vilaine

Données au 15 août 2021, en comptant les moins de 20 ans.

Nom de l'EPCI	Nombre d'habitants en 2014	Pourcentage de la population vaccinée	Nombre de centres de vaccination en activité sur l'EPCI au 15 août	Nombre de centres de vaccination ayant fermé sur l'EPCI
CC Côte d'Emeraude	29 923	66,8%	1	
CA du Pays de Saint-Malo Agglomération	81 804	63,4%	2	1
Pays de Chateaugiron Communauté	24 423	60,2%	0	
CA Fougères Agglomération	55 290	59,5%	1	
CC Montfort Communauté	24 847	59,1%	1	
Rennes Métropole	432 885	58,7%	4	3
CC Liffré Cormier Communauté	24 830	57,9%	0	1
CC du Val d'Aubigné	34 373	57,5%	0	
CA Vitré Communauté	79 374	57,1%	1	
CC du Pays de Dol et de la Baie du Mont Saint Michel	23 391	57,0%	1	
CC Couesnon Marches de Bretagne	21 890	56,9%	1	
CC Roche aux fées Communauté	25 957	56,6%	1	
CC de Saint-Méen Montauban	26 026	55,5%		
CC Bretagne Romantique	34 229	55,0%	1	
CC de Brocéliande	17 610	54,3%	0	
CC Vallons de Haute Bretagne Communauté	42 454	54,2%	0	
CA Redon Agglomération	65 778	53,4%	1	
CC Bretagne Porte de Loire Communauté	31 649	53,2%	0	1

Sources :

- Pour le pourcentage de personnes vaccinées :

Data vaccin-covid, données fournies par le Ameli. [Accessible en ligne] : <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/details-epci-communes/>

- Pour la population par EPCI :

Données de l'INSEE sur le nombres d'habitants par EPCI en Ille-et-Vilaine en 2014. [Accessible en ligne] : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3203292>

Annexe 16 : Documentation du centre de vaccination de Montfort-sur-Meu sur la provenance des vaccinés du Centre

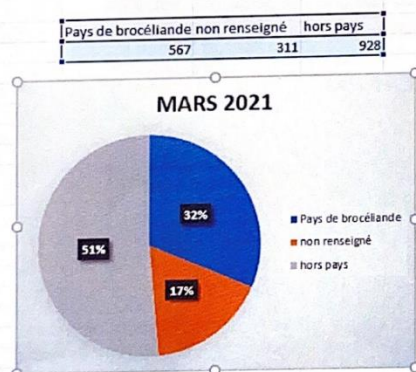


CENTRE DE VACCINATION DE MONTFORT SUR MEU

Statistiques vaccination issues des fichiers de vaccination du 1^{er} mars au 29 juin 2021.
Extraction Sébastien BELLEC, responsable Interpôle Brocéliande
Agrégation des données L TOUFFAIT, T.HARSCOUE, ville de Montfort
Analyse plan médical P.GUILLOUET, E.FRIGOUT

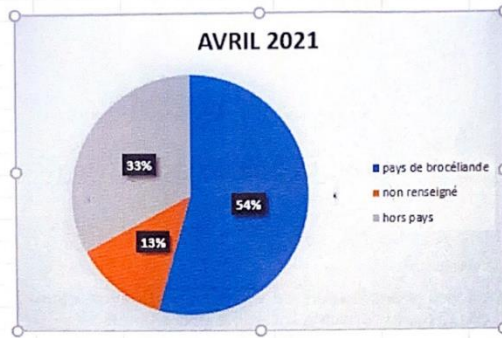
Cohorte suivie : 9263 patients du 1^{er} mars 2021 au 29 juin 2021.

Statistiques Mars 2021 :



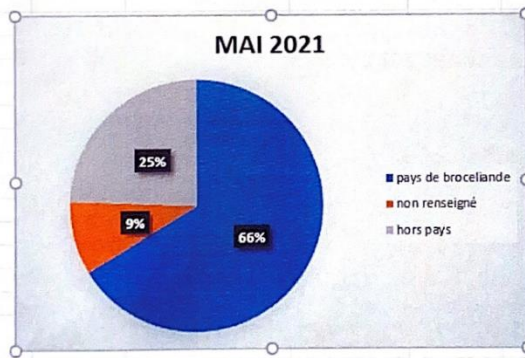
Statistiques Avril 2021 :
Mairie de MONTFORT-SUR-MEU
Boulevard Villebois Mareuil
BP 86219
35162 MONTFORT-SUR-MEU CEDEX
Tél. 02 99 09 00 17
Fax 02 99 09 14 04
mairie@montfort-sur-meu.fr
www.montfort-sur-meu.fr

pays de brocéliande	non renseigné	hors pays
1160	271	698



Statistiques Mai 2021 :

pays de brocéliande	non renseigné	hors pays
1421	200	523



Mairie de MONTFORT-SUR-MEU

Boulevard Villebois Mareuil

BP 86219

35162 MONTFORT-SUR-MEU CEDEX

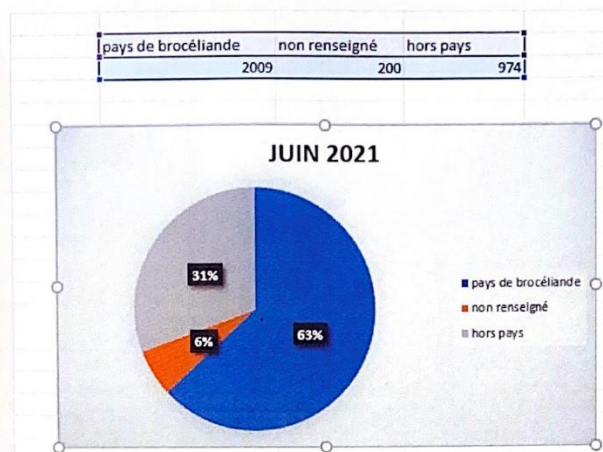
Tél. 02 99 09 00 17

Fax 02 99 09 14 04

mairie@montfort-sur-meu.fr

www.montfort-sur-meu.fr

Statistiques Juin 2021 :



Mairie de MONTFORT-SUR-MEU
 Boulevard Villebois Mareuil
 BP 86219
 35162 MONTFORT-SUR-MEU CEDEX
 Tél. 02 99 09 00 17
 Fax 02 99 09 14 04
 mairie@montfort-sur-meu.fr
 www.montfort-sur-meu.fr

Source : Documentation fournie par le directeur général des services de Montfort-sur-Meu, documentation produite par la mairie

Annexe 17 : Rémunération des opérations de vaccination pour les professionnels de santé



© 1989-2021 APM International -
https://www.apmnews.com/story.php?objet=363156&idmail=O.oQ4xQ035ib7LrDKvHBOwhZzSh5ryKpOs3suthtq59Vzigf1wNoFt0IEU2jo3i6WuZ-cSWAJ5nx7_SNAi69_u5783wqilyoYGc49g0_vQ6j99-XcsfuzfHXM_bh7LbuzkqQV6K82uf29tZwgrLxyLHtcTfahOidNwsOymKpUXz_41f6iWlMnAcixYdF8AN1429ys5rtm3Qk_l6IX6_aylOfm2CQvq1Nt_395aacLdHBRtpQJPrwugAVM20-Z

DÉPÊCHE - Lundi 08 février 2021 - 16:38

Covid-19: la rémunération des opérations de vaccination en ville et à l'hôpital précisée par arrêté

Mots-clés : #soins de ville #juridique #protection sociale #santé publique #médico-social #établissements de santé #coopérations #ministère-santé #rémunération #patients-usagers #journal officiel #assurance maladie #remboursement #ressources humaines #épidémiologie #libéraux #médecins #précarité #prévention #Ehpad #géronto #e-santé #université #formation #hôpital #clinique #vaccins #finances #Espic #paramédicaux

PARIS, 8 février 2021 (APMnews) - Un arrêté publié samedi au Journal officiel détaille les forfaits spécifiques rémunérant les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé publics et privés participant aux opérations de vaccination contre le coronavirus Sars-CoV-2.

Il confirme le niveau de rémunération annoncé début janvier par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour les professionnels de santé libéraux (cf [dépêche du 04/01/2021 à 12:15](#)).

Il permet aux médecins et infirmiers libéraux ou exerçant en centre de santé de percevoir une rémunération forfaitaire lorsqu'ils participent à la vaccination "dans un cadre collectif".

Professionnel de santé de ville ou exerçant en centre de santé			
Professionnel de santé	Demi-journée de 4 heures	Période de moins de 4 heures	
Infirmier	220€ (240€ les samedis après-midi, dimanches et jours fériés)	55€/h (60€/h les samedis après-midi, dimanches et jours fériés)	
Médecin	420€ (460€ les samedis après-midi, dimanches et jours fériés)	105€/h (115€/h les samedis après-midi, dimanches et jours fériés)	
En CPTS, centres et maisons de santé			
Professionnel de santé	Période: 8h-20h	Période: 20h-23h et 6h-8h	Période: 23h-6h, dimanches, jours fériés
Etudiants en 3e année de soins infirmiers	12€/h	18€/h	24€/h
Infirmiers retraités	24€/h	36€/h	48€/h
Externes ayant validé leur DFASM2	24€/h	36€/h	48€/h
Internes et médecins retraités	50€/h	75€/h	100€/h

Pour les établissements de santé publics et privés, il est prévu **une dotation de l'assurance maladie forfaitaire** perçue "en sus de la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à

l'épidémie de Covid-19", visant à indemniser les consultations et injections effectuées "au titre de la vaccination contre le Sars-CoV-2 réalisées dans des centres de vaccination dont ils assurent le fonctionnement".

"Le montant de cette dotation dépend des lignes vaccinales mises en place par [les établissements] pour assurer la vaccination au sein des centres de vaccination dont ils assurent le fonctionnement", dispose l'arrêté.

"Une ligne vaccinale est définie comme un ensemble de personnels médecins et infirmiers hospitaliers ou libéraux, retraités ou étudiants et de fonctions support hospitalières, mobilisés pour assurer les vaccinations au sein d'un centre de vaccination pour une durée de quatre heures", est-il ajouté.

"Chaque ligne vaccinale doit comporter un temps de médecin et un temps d'infirmier permettant la réalisation d'un minimum de quarante injections par période de quatre heures", le montant de la dotation étant calculé sur la base des données transmises à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) par le recueil FICHSUP.

Le décret prévoit 4 niveaux d'indemnisation par période de 4 heures.

	Jours de semaine et samedi matin	Samedis après-midi, dimanches et jours fériés
Forfait A : - Médecins et infirmiers hospitaliers, retraités ou étudiants - Fonctions support hospitalières	625€	1.015€
Forfait B : - Médecins hospitaliers, retraités ou étudiants - Infirmiers libéraux - Fonctions support hospitalières	500€	800€
Forfait C : - Médecins libéraux - Infirmiers hospitaliers, retraités ou étudiants - Fonctions support hospitalières	340€	550€
Forfait D : - Médecins libéraux - Infirmiers libéraux - Fonctions support hospitalières	220€	380€

L'ensemble des consultations et actes de vaccination contre le Sars-CoV-2 sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie, sans avance de frais, rappelle-t-on (cf [dépêche du 04/01/2021 à 12:15](#)).

L'arrêté intègre par ailleurs des dispositions visant à "favoriser le recours aux seuls dispositifs de criblage permettant de détecter la présence de différents variants d'intérêt circulant sur le territoire" en précisant la facturation des actes de séquençage (cf [dépêche du 08/02/2021 à 18:48](#)).

(Journal officiel, samedi 6 février, [texte 23](#))

vg/nc/APMnews

[VG3QO7K8H]

POLSAN - ETABLISSEMENTS INFECTIO

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2021 APM International -

https://www.apmnews.com/story.php?objet=363156&idmail=.o.oQ4xQ035ib7LrDKvHBQowHZzSh5ryKpOs3jsuthq59Vzigf1wNofFqT0IEU2Jo3i6WuZ-cSWAj5nx7_SNAi69_uS783wqilyoYGc49gOvQ6J99-

Source : Dépêche APMnews en date du 8 février 2021

Annexe 18 : Carte des centres de vaccination en Ile-et-Vilaine



Source : site de la préfecture d'Ille-et-Vilaine [Accessible en ligne] : <https://www.ille-et-vilaine.gouv.fr/Actualites/Coronavirus-COVID-19/La-vaccination-en-Ille-et-Vilaine/La-vaccination-contre-la-Covid-19-en-Ille-et-Vilaine>

Annexe 19 : Calendrier de l'évolution de l'éligibilité au vaccin

Dans un premier temps :

Le déploiement de la vaccination se fait progressivement avec une priorité donnée depuis le 27 décembre 2020 aux publics les plus vulnérables au virus et les plus susceptibles de développer des formes graves de la maladie. Il s'agit :

- des personnes âgées en établissements : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), unités de soins de longue durée (USLD), résidences autonomie, résidences services seniors ;
- des personnels qui travaillent dans ces établissements lorsqu'ils sont à risque de développer une forme grave du Covid-19 ;
- des professionnels des secteurs de la santé (y compris libéraux) et du médico-social, des pompiers et des aides à domicile âgés de 50 ans et plus et/ou présentant des comorbidités depuis le 4 janvier 2021 ;
- des personnes handicapées hébergées dans des établissements spécialisés et leurs personnels âgés de 50 ans et plus et/ou présentant des comorbidités ;
- des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile à partir du 18 janvier 2021. La prise de rendez-vous dans des centres de vaccination se fera par téléphone et via internet à partir du 15 janvier 2021 ;
- des patients vulnérables à très haut risque depuis le 18 janvier 2021 qui doivent avoir une prescription médicale de leur médecin traitant pour bénéficier de la vaccination sans critère d'âge.

À compter du 6 février 2021 :

La vaccination a été ouverte à l'ensemble des professionnels de santé et du secteur médico-social, aux aides à domicile intervenant auprès de personnes vulnérables et aux pompiers quel que soit leur âge.

À compter du 19 février 2021 :

La vaccination est ouverte aux personnes de 50 à 64 ans inclus à risque de formes graves de Covid-19, comme par exemple le diabète ou l'obésité, qui peuvent être vaccinées dans leurs structures de soins, notamment à l'hôpital. Depuis le 25 février 2021, elles peuvent se faire vacciner directement chez un médecin de ville.

Depuis le 2 mars 2021, les personnes âgées de plus de 75 ans peuvent être vaccinées par le vaccin AstraZeneca chez un médecin de ville (spécialiste ou médecin généraliste).

Depuis le 15 mars 2021, la vaccination en pharmacie est possible pour les personnes de plus de 50 ans atteintes de comorbidités. Les patients éligibles au vaccin AstraZeneca n'auront pas besoin d'une prescription médicale et pourront se rendre directement en officine.

Depuis le 25 mars 2021, toutes les personnes âgées de 70 ans et plus peuvent obtenir des rendez-vous en centre de vaccination pour y recevoir le vaccin Moderna ou Pfizer-BioNtech à partir du samedi 27 mars 2021. Celles qui sont éligibles au vaccin AstraZeneca peuvent être vaccinées chez un pharmacien ou un médecin de ville (médecin généraliste, médecin spécialiste, ou médecin du travail).

Depuis le 12 avril 2021, les personnes de 55 ans et plus quel que soit leur lieu de vie et leur état de santé (avec ou sans comorbidités) peuvent être vaccinées chez un pharmacien, un infirmier ou un médecin de ville (médecin généraliste, médecin spécialiste, ou médecin du travail) avec le vaccin Vaxzevria (AstraZeneca).

Depuis le 16 avril 2021, les personnes de 60 à 69 ans et plus bénéficient de l'extension de la campagne vaccinale par Pfizer et Moderna (en centre de vaccination).

Depuis le 1er mai 2021, les personnes de plus de 18 à 49 ans souffrant de comorbidité(s) peuvent être vaccinées en centre de vaccination par Pfizer et Moderna, sur déclaration de leur(s) comorbidité(s) et sans avoir à présenter une prescription médicale.

Depuis le 10 mai 2021, les personnes de 50 ans et plus quel que soit leur lieu de vie et leur état de santé (avec ou sans comorbidités) peuvent être vaccinées en centre de vaccination par Pfizer et Moderna.

Depuis le 12 mai 2021, toutes les personnes de 18 à 49 ans peuvent prendre rendez-vous pour se faire vacciner en centre de vaccination pour des injections avec les vaccins Pfizer-BioNTech ou Moderna ayant lieu le jour même ou le lendemain.

Depuis le 27 mai 2021, toutes les personnes majeures peuvent prendre rendez-vous pour se faire vacciner en centre de vaccination pour des injections avec les vaccins Pfizer-BioNTech ou Moderna à compter du 31 mai 2021.

Depuis le 15 juin 2021, les 12 à 17 ans inclus ans peuvent se faire vacciner avec le vaccin Pfizer-BioNTech en centre de vaccination. Le 24 juillet 2021, l'Agence européenne du médicament (EMA) a délivré une autorisation du vaccin Moderna sur lequel la HAS a rendu un avis favorable le 28 juillet .

A compter du 15 septembre 2021, l'obligation vaccinale concernerait tous les personnels des établissements de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et établissements pour personnes en situation de handicap et tous les professionnels ou les bénévoles en contact avec des personnes âgées ou vulnérables, y compris à domicile. Cette mesure a fait l'objet d'un projet de loi relatif à la gestion de la crise sanitaire examiné par le Parlement depuis le 20 juillet 2021.

Source :

Site du Service Public :

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14557>

Master 2**Pilotage des politiques et actions en santé publique****La déclinaison départementale de la campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 en Ille-et-Vilaine****Promotion 2020-2021****Résumé :**

Un an jour pour jour après le recensement du premier cas de Covid-19 en France, la première dose de vaccin était injectée le 27 décembre 2020. Le développement d'une campagne vaccinale de masse contre la Covid-19 est alors apparue comme la porte de sortie d'une crise sanitaire marquée par sa durée.

Le modèle centralisé français, qui se retrouve dans son système de soins, se traduit par une logique de gouvernance descendante. Cependant, le déploiement d'une offre vaccinale à même d'offrir une couverture vaccinale élevée et homogène sur l'ensemble du territoire est une action locale par essence. Emerge dès lors la question du rapport du pouvoir décisionnaire national centralisé, incarné par l'exécutif, et des acteurs locaux de la campagne vaccinale caractérisés par leur diversité.

A l'échelle du département de l'Ille-et-Vilaine, les opérateurs de l'Etat tels que l'ARS, sa délégation départementale et la préfecture se sont impliqués dans la campagne vaccinale auprès des centres de vaccination et de leur pluralité de porteurs (collectivités locales, établissements sanitaires et médico-sociaux, structures d'exercice coordonné). Ces services déconcentrés de l'Etat ont ainsi eu pour mission d'appliquer la stratégie vaccinale nationale dans les territoires et de faire le lien entre les acteurs tels que les centres, les professionnels de santé vaccinateurs et l'échelon national.

Le développement portera ainsi sur la déclinaison départementale de cette stratégie vaccinale nationale en Ille-et-Vilaine. La déclinaison des acteurs impliqués, et de leur rôle opérationnel ainsi que l'analyse des dispositifs spécifiques mis en place sur le territoire permettront de déterminer quels acteurs ont affirmé, réaffirmé ou infirmé leur rôle de santé publique dans cette campagne vaccinale. L'objectif sera de mettre en lumière les spécificités de la vaccination contre la Covid-19 sur le territoire breillien. Il s'agira de déterminer le rapport des acteurs départementaux à l'échelon national, leur degré d'autonomie vis-à-vis de ce dernier, ainsi que leur faculté de prise de décision.

Mots clés :

Vaccination, Covid-19, gestion de crise, stratégie vaccinale, collectivités locales, ARS, délégation départementale, centre de vaccination, offre de soins, inégalités territoriales de santé, Ille-et-Vilaine.

L'École des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions

émises dans les mémoires :

ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

