



Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Mars 2011

AUTEURES

Ève Dubé, Ph. D., Institut national de santé publique du Québec
Chantal Sauvageau, M.D., M. Sc., FRCPC, Institut national de santé publique du Québec
Nicole Boulianne, B. Sc. inf., M. Sc., Institut national de santé publique du Québec
Maryse Guay, M.D., M. Sc., FRCPC, Institut national de santé publique du Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique
Université de Sherbrooke
Geneviève Petit, M.D., M. Sc., FRCPC, Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie
Université de Sherbrooke
Institut national de santé publique du Québec
Diane Audet, B. Sc. Inf., Unité de recherche en santé publique, Centre hospitalier universitaire de Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Linda Bessette, B. Sc., Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique
Chantale Boucher, M.D., FRCPC, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière/Direction de santé publique
François Boucher, M.D., FRCPC, Centre de recherche, Centre hospitalier universitaire de Québec
Centre hospitalier universitaire Laval
Dominique Fortier, B. Sc. Inf., ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Patricia Gagné, Ph. D., ministère de la Famille et des Aînés
Carol McConnery, M.D., Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais/Direction de la santé publique
Coalition canadienne pour la sensibilisation et la promotion de la vaccination
Philippe Ovetchkine, M.D., FRCPC, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
Gaétane Pellerin, B. Sc. inf., Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Lina Perron, M.D., M. Sc., Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique
Caroline Quach, M.D., FRCPC, Hôpital de Montréal pour enfants
Céline Thibault, inf., B. Sc. inf., M.A., Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Geneviève Tremblay, M.D., MSPH, FRCPC, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique

MISE EN PAGES

Marie-France Richard, Institut national de santé publique du Québec

Ce mandat a été confié par la Table de concertation en maladies infectieuses (TCNMI) à l'Institut national de santé publique du Québec.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2011
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550- (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550- (PDF)

©Gouvernement du Québec (2011)

REMERCIEMENTS

Nous tenons d'abord à remercier chaleureusement tous les professionnels ayant participé à la consultation pour leurs commentaires qui ont permis de bonifier le document. Nous souhaitons également souligner le travail de madame Anne-Marie Clouâtre lors de la réalisation de la consultation sur le terrain et de la rédaction du plan d'action. Le présent plan d'action a grandement bénéficié de sa contribution. Merci également à la docteure Ariane Courville pour la conception des figures 1 et 2 et pour le travail préparatoire à la rédaction du Plan québécois de promotion de la vaccination. Enfin, nous voulons remercier madame Marie-France Richard pour la réalisation de la mise en forme du document et son soutien constant tout au long de l'élaboration du plan.

La réalisation de ce plan d'action a été rendue possible grâce au financement offert par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

SOMMAIRE

Contexte

En avril 2008, un comité scientifique regroupant des professionnels et médecins rattachés à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) soumettait une proposition pour l'élaboration et l'implantation d'un plan de promotion de la vaccination à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). La proposition a été acceptée par la TCNMI et un soutien financier a été accordé à l'INSPQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'élaboration de ce plan. Un comité consultatif, formé d'une dizaine d'experts québécois impliqués et intéressés par la promotion de la vaccination, a été créé pour soutenir les travaux du comité scientifique. Le Plan québécois de promotion de la vaccination a été publié en février 2010¹. Le présent plan d'action en constitue la suite logique.

But et objectifs

Le but de la démarche de promotion de la vaccination est de **favoriser la mise en place des conditions permettant de s'assurer que les Québécois(es) aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns, afin de bien les protéger contre les maladies évitables par la vaccination**. En ce sens, les objectifs visés par le présent plan d'action sont :

- D'établir un **partenariat** entre les paliers provincial, régional et local, afin de structurer les efforts de promotion de la vaccination autour d'objectifs communs;
- De créer un consensus sur un minimum d'actions et d'interventions pour promouvoir la vaccination à implanter idéalement **dans toutes les régions**;
- De soutenir et suivre l'implantation des actions et interventions mises en place (**évaluation**).

Actions et interventions prioritaires

Dans le Plan québécois de promotion de la vaccination¹, neuf stratégies démontrées efficaces^a pour : (1) augmenter la demande vaccinale par la population, (2) améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et (3) bonifier l'offre vaccinale par les vaccinateurs avaient été retenues. De la centaine d'actions et interventions concrètes qui découlaient de ces stratégies, 12 ont été identifiées comme prioritaires par le comité consultatif^b. La pertinence, la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilisation de ces 12 actions et interventions ont été évaluées lors d'une consultation auprès de professionnels des directions de santé publique (DSP) et de gestionnaires et vaccinateurs en centres de santé et de services sociaux (CSSS)^c. Cette consultation a permis d'identifier cinq actions et interventions prioritaires qui sont au cœur de ce plan d'action, soit :

^a L'annexe 1 présente une courte définition, les objectifs principaux visés par ces stratégies de même que, lorsque pertinent, leur niveau d'implantation, leurs modalités de réalisation ainsi que les groupes visés.

^b L'annexe 2 présente la grille utilisée par le comité consultatif pour identifier les actions et interventions prioritaires.

^c L'annexe 3 présente un bilan des résultats de la consultation et les outils utilisés alors que l'annexe 4 détaille les commentaires recueillis.

1. Rappel^d de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS;
2. Relance^e des enfants non vaccinés à 2 mois après le rendez-vous manqué en CSSS;
3. Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée ou le samedi) en CSSS pour répondre aux demandes dans un délai optimal, afin de respecter le calendrier vaccinal;
4. Rappel aux parents des élèves de 4^e année du primaire n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves de 4^e année du primaire ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination;
5. Rendre disponible, à court terme, une formation en ligne sur le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et ses mises à jour.

La première partie de ce document résume donc la démarche, présente les acteurs clés et leurs rôles et rappelle les actions et interventions retenues comme prioritaires pour la première phase d'implantation. Dans la deuxième partie de ce document, d'autres interventions et actions découlant des neuf stratégies prioritaires, mais qui n'ont pas été retenues pour la première phase d'implantation, sont répertoriées. Ces interventions et actions sont présentées suivant l'organisation des services de vaccination et les clientèles ciblées par le Programme québécois de vaccination.

Évaluation

L'évaluation fait également partie du plan d'action. Un processus interactif d'évaluation menée en collaboration avec les partenaires sera donc mis de l'avant, afin de faire ressortir, au fur et à mesure de l'implantation, le point de vue des acteurs sur les orientations et le déroulement de l'implantation, et de faire les ajustements nécessaires au besoin. Rappelons que l'on vise à mobiliser les partenaires pour l'implantation des actions prioritaires, tout en étant sensible aux particularités locales et en adoptant l'approche la plus rigoureuse possible pour l'évaluation. Nous proposons une évaluation basée sur une approche descriptive. Nous voulons principalement répondre à la question suivante : est-ce que l'implantation des actions mises en priorité a été faite (évaluation opérationnelle)? La troisième partie de ce document présente les moyens qui seront mis en œuvre, afin de soutenir et suivre l'implantation des actions/interventions mises en priorité de même que les indicateurs choisis.

Implantation

Les quatre premières actions prioritaires relèvent principalement de l'organisation locale des services. L'implantation de ces actions reposera donc sur l'engagement et la collaboration des partenaires des paliers régional et local. Des outils, dont l'objectif est d'informer et de mobiliser ces partenaires, seront créés par le comité scientifique, afin de soutenir l'implantation. En ce sens, un plan de diffusion a été élaboré et il fait l'objet de la quatrième section de ce document. Rappelons que, lors de la consultation, ce sont les actions de

^d Le rappel est l'utilisation d'un moyen dans les semaines ou les jours qui précèdent la date de vaccination prévue pour rappeler au parent de faire vacciner son enfant.

^e La relance est l'utilisation d'un moyen après un rendez-vous de vaccination manqué pour signaler au parent l'importance de faire vacciner son enfant.

promotion de la vaccination qui touchaient les enfants âgés entre 0 et 5 ans qui étaient perçues comme les plus prioritaires. De plus, dans la plupart des organisations, ces actions pourraient être mises en place en réorganisant le travail et les ressources existantes, et aucune barrière majeure en ce qui a trait à leur acceptabilité et à leur faisabilité n'a été identifiée. Par ailleurs, suite à la consultation, il semble que les interventions de rappel et de relance en quatrième année du primaire soient déjà en place dans la grande majorité des CSSS. Il s'agira donc de s'assurer que les milieux poursuivent leurs efforts en ce sens. Enfin, un groupe de travail composé de médecins et professionnels de l'INSPQ, du MSSS et des DSP a été formé en lien avec la cinquième priorité. Des travaux se sont amorcés, afin de rendre disponible une formation en ligne dans un horizon d'environ deux ans.

Conclusion

Les cinq actions/interventions retenues comme prioritaires, l'approche envisagée pour leur implantation de même que les stratégies d'évaluation ont été approuvées par la TCNMI lors de la rencontre du 3 décembre 2010.

La mise en œuvre de ce plan d'action implique des changements organisationnels; l'atteinte des objectifs reposera donc sur l'engagement et la collaboration de plusieurs acteurs des différents paliers local, régional et provincial. Afin de consolider l'organisation des services de vaccination au Québec, les cinq actions/interventions mises en priorité devront d'abord être implantées. Par la suite, une campagne d'information sociétale soutenue dans le temps devrait être réalisée, en tenant compte des initiatives nationales et des opportunités ou événements qui se présenteront. Une stratégie de communication à long terme devra être développée. Cette stratégie s'appuiera sur l'évaluation de campagnes précédentes, sur une analyse de contenu de l'information sur la vaccination véhiculée dans les différents médias et sur les résultats des études psychosociales portant sur les attitudes et croyances de différents groupes de la population. Lors du bilan de ce plan d'action et de la préparation de la deuxième phase d'implantation, prévus au début de l'année 2013, des pistes d'action et un plan de travail en ce sens pourront être proposés.

Le tableau de la page suivante résume les activités planifiées, les principaux acteurs qui en seront responsables ainsi que les échéanciers, tel que prévus lors de la rédaction de ce document.

Calendrier des activités prévues, 1^{re} phase d'implantation du plan d'action

Activités	Responsables	Échéancier
Préparation des outils utilisés pour l'évaluation	INSPQ	Décembre 2010-janvier 2011
Préparation des outils pour soutenir la diffusion	INSPQ	Janvier-février 2011
Évaluation (ligne de base – avant la diffusion et l'implantation)	INSPQ DSP : collecte CLSC (CSSS) : réponse	Février-mars 2011
Diffusion du plan d'action auprès des professionnels des DSP	INSPQ → DSP	Mars 2011
Dépôt du plan d'action pour publication à l'INSPQ	INSPQ	Mars 2011
Diffusion du plan d'action auprès des gestionnaires et intervenants en CSSS	DSP → CSSS (INSPQ en soutien)	Mars-mai 2011
Diffusion du plan d'action aux autres partenaires	INSPQ	Mars-mai 2011
Implantation sur le terrain	CSSS (DSP - INSPQ en soutien)	Été 2011-hiver 2012
Évaluation de l'implantation (après la diffusion et l'implantation)	INSPQ	Été-automne 2012
Bilan suite à l'évaluation et préparation de la phase II d'implantation (réévaluation des actions/interventions mises en priorité)	INSPQ	Janvier 2013

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES.....	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MISE EN CONTEXTE	7
2 LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE OU À CONSOLIDER.....	11
2.1 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans	11
2.2 La vaccination en milieu scolaire	16
2.3 La vaccination des adultes	19
2.4 La vaccination des personnes âgées de 60 ans ou plus	22
2.5 La vaccination des travailleurs de la santé	26
3 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION	29
4 PLAN DE DIFFUSION.....	37
5 CONCLUSION.....	47
RÉFÉRENCES.....	49
ANNEXE 1 DÉFINITIONS DES STRATÉGIES PRIORITAIRES	51
ANNEXE 2 GRILLE UTILISÉE PAR LE COMITÉ CONSULTATIF POUR L'IDENTIFICATION DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES	63
ANNEXE 3 BILAN DE LA CONSULTATION.....	73
ANNEXE 4 OUTILS UTILISÉS LORS DE LA CONSULTATION	79
ANNEXE 5 COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION	93

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Calendrier des activités prévues pour la diffusion et l'implantation du plan d'action, phase I	9
Tableau 2	La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans	11
Tableau 3	La vaccination en milieu scolaire	16
Tableau 4	La vaccination des adultes	19
Tableau 5	La vaccination des personnes âgées de 60 ans et plus	22
Tableau 6	La vaccination des travailleurs de la santé	26
Tableau 7	Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables	30
Tableau 8	Résumé du calendrier des activités	40
Tableau 9	Implantation : approche par action (clientèle 0-2 ans)	45
Tableau 10	Implantation : approche par action (élèves de 4e année du primaire)	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Actions entourant la vaccination d'un patient et lieux possibles d'interventions	4
Figure 2	Actions entourant la vaccination par un professionnel de la santé et lieux possibles d'interventions	5
Figure 3	Cadre stratégique du plan de diffusion	39

INTRODUCTION

Ce document fait suite à la publication, en février 2010, du Plan québécois de promotion de la vaccination¹. Le but général de la démarche de promotion de la vaccination est de **favoriser la mise en place des conditions permettant de s'assurer que les Québécois(es) aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns, afin de bien les protéger contre les maladies évitables par la vaccination (MEV)**. De ce but général découlent cinq grands objectifs, à savoir :

1. Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le Programme national de santé publique (PNSP) pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation;
2. Favoriser le respect du calendrier vaccinal, en particulier pour la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans;
3. Favoriser des attitudes positives par rapport à la vaccination chez les professionnels de la santé et favoriser leur propre vaccination;
4. Favoriser des attitudes positives à l'égard de la vaccination dans la population;
5. Réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population.

Parmi l'ensemble des stratégies recensées pour atteindre ces objectifs, neuf stratégies démontrées efficaces avaient été retenues comme prioritaires dans le Plan québécois de promotion de la vaccination. Ces stratégies s'articulent autour de trois grands axes d'intervention, soit (1) augmenter la demande de la population pour la vaccination, (2) améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et (3) bonifier l'offre de services par les vaccinateurs. L'annexe 1 présente une courte définition de ces stratégies, les objectifs principaux qu'elles visent de même que, lorsque pertinent, leur niveau d'implantation, leurs modalités de réalisation ainsi que les groupes visés. Bien que la réduction des inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population ne soit pas un axe d'intervention en soi, une attention spéciale a été accordée à cet objectif transversal qui transcende les trois grands axes d'intervention.

La première partie de ce document résume donc la démarche ayant mené à l'élaboration de ce plan d'action, présente les acteurs clés et leurs rôles et identifie les actions et interventions retenues comme prioritaires pour la première phase d'implantation du plan d'action.

D'autres interventions et actions découlant des neuf stratégies prioritaires, mais qui n'ont pas été retenues pour la première phase d'implantation de ce plan d'action, sont répertoriées dans la deuxième partie de ce document. Ces actions et interventions sont présentées suivant l'organisation des services de vaccination et les clientèles ciblées par le Programme québécois de vaccination (0-5 ans, vaccination scolaire, etc.). Le choix de ces actions et interventions a également été guidé par les objectifs visés dans le Programme national de santé publique (PNSP), les pratiques organisationnelles requises (POR) des ententes d'agrément des établissements de santé ainsi qu'à partir des objectifs des ententes de gestion²⁻⁴. Un rappel de ces objectifs y est d'ailleurs présenté pour chacune des clientèles ciblées. Ces actions et interventions s'appuient sur des stratégies démontrées efficaces et

constituent d'autres pistes, afin d'augmenter la demande de la communauté, d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et de bonifier l'offre de services par les vaccinateurs pour les milieux qui le désireraient.

Dans cette deuxième partie, une attention spéciale a également été accordée au développement et à la mise à profit de la recherche. Ainsi, lorsque approprié, des projets de recherche visant à combler les lacunes dans les connaissances sur l'efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité des stratégies de promotion de la vaccination, de même que sur les facteurs influençant les attitudes et les pratiques à l'égard de la vaccination ont été proposés. Ces projets de recherche viendront compléter les enquêtes sur la couverture vaccinale, la surveillance des manifestations cliniques indésirables et les études d'efficacité des programmes de vaccination qui ont déjà cours et contribueront à l'évaluation du plan d'action. Ces projets sont présentés sous chacun des tableaux de la deuxième partie de ce plan d'action.

Puisque l'évaluation fait également partie du plan d'action et doit être planifiée avant que la mise en œuvre du plan d'action ne commence, la troisième partie de ce document aborde cette question. On y présente les moyens qui seront mis en œuvre, afin de soutenir et suivre l'implantation des actions/interventions mises en priorité et les indicateurs choisis, afin d'évaluer leur implantation. Un processus interactif d'évaluation avec les partenaires permettra de faire ressortir, au fur et à mesure de l'implantation du plan d'action, le point de vue des acteurs sur les orientations et le déroulement de l'implantation et de faire les ajustements nécessaires, au besoin. Le plan d'action pourra ensuite être mis à jour, afin de tenir compte des résultats atteints au cours des étapes antérieures, des constats qui seront faits et des nouveaux objectifs qui en découleront.

Un plan de diffusion a également été développé, afin de soutenir l'implantation de ces actions et interventions. Le plan de diffusion fait l'objet de la quatrième partie de ce document. Différents outils seront créés par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), afin d'informer et de mobiliser les partenaires.

Toutefois, bien que quatre des cinq actions prioritaires faisant l'objet de ce plan d'action visent à améliorer l'accessibilité et concernent donc l'organisation des services de vaccination, précisons que ce plan ne prétend pas couvrir tous les aspects portant sur ce sujet. Le plan d'action cherche plutôt à appliquer au réseau public québécois des interventions démontrées efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales et diminuer les retards vaccinaux, dans le cadre d'une démarche de promotion de la vaccination. Notons également que la disponibilité des produits immunisants dans les lieux de vaccination est un préalable essentiel à la mise en œuvre des interventions et actions présentées dans ce plan d'action. Enfin, bien que non mentionné, le maintien de la gratuité du programme de vaccination est un acquis précieux au Québec et demeure la pierre angulaire des démarches de promotion de la vaccination.

Afin de consolider l'organisation des services de vaccination au Québec, les cinq actions/interventions mises en priorité devront d'abord être implantées. Par la suite, une campagne d'information sociétale soutenue dans le temps devrait être réalisée, en tenant

compte des initiatives nationales et des opportunités ou évènements qui se présenteront. Une stratégie de communication à long terme devra être développée. Cette stratégie s'appuiera sur l'évaluation de campagnes précédentes, sur une analyse de contenu de l'information sur la vaccination véhiculée dans les différents médias et sur les résultats des études psychosociales portant sur les attitudes et croyances de différents groupes de la population. La stratégie et les outils de communication devront également faire l'objet d'une consultation auprès des groupes visés par la vaccination et des professionnels de la santé. Une telle campagne aurait l'avantage de sensibiliser la population et, par la même occasion, les professionnels de la santé. Lors du bilan de ce plan d'action et de la préparation de la deuxième phase d'implantation, prévus au début de l'année 2013, des pistes d'action et un plan de travail en ce sens pourront être proposés.

En somme, les objectifs visés par le présent plan d'action sont :

- D'établir un partenariat entre les paliers provincial, régional et local, afin de structurer les efforts de promotion de la vaccination autour d'objectifs communs;
- De créer un consensus sur un minimum d'actions et d'interventions pour promouvoir la vaccination à implanter idéalement dans toutes les régions;
- De soutenir et suivre l'implantation des actions et interventions mises en place (évaluation).

Avant d'aller plus loin, rappelons que la vaccination est un comportement préventif plus complexe qu'il n'y paraît. Le fait de recevoir ou d'administrer un vaccin implique plusieurs autres actions et décisions préalables. Les figures 1 et 2 illustrent, pour le patient et pour le professionnel, ce processus, ainsi que les lieux possibles d'actions, afin de promouvoir la vaccination en fonction des trois grands axes d'intervention, soit d'augmenter la demande de la population, d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et de bonifier l'offre de services par les vaccinateurs.

Figure 1 Actions entourant la vaccination d'un patient et lieux possibles d'interventions

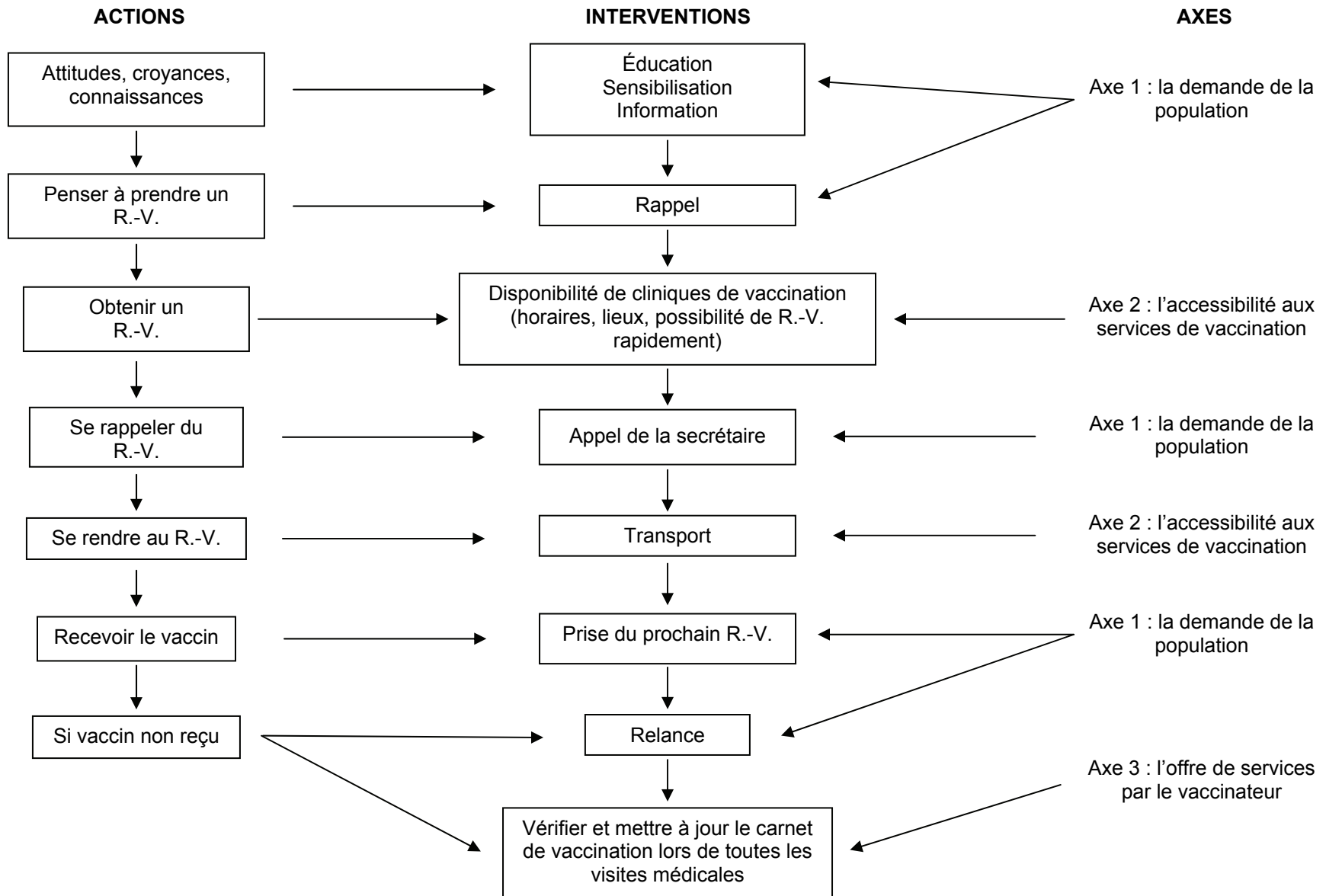
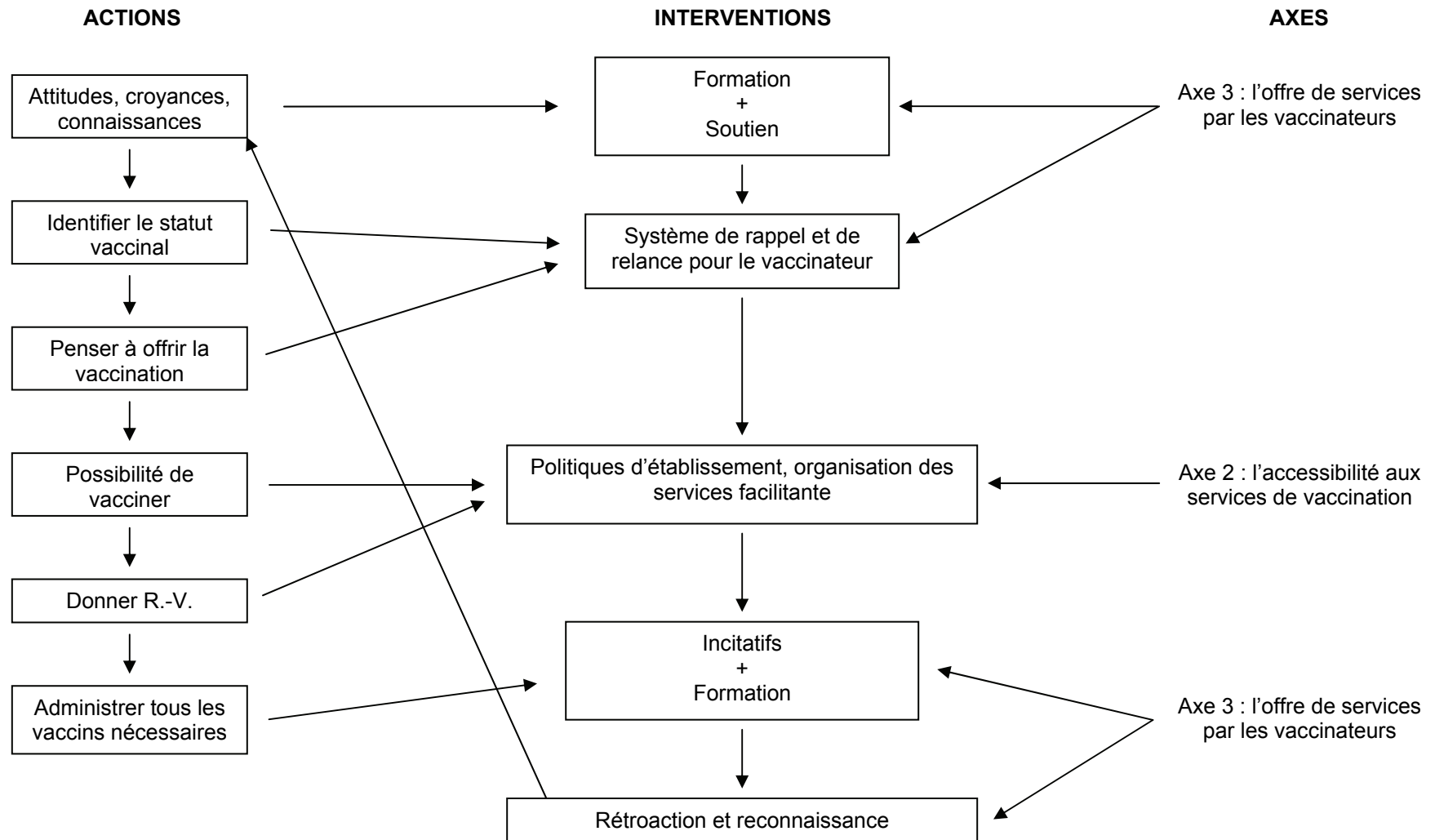


Figure 2 Actions entourant la vaccination par un professionnel de la santé et lieux possibles d'interventions

1 MISE EN CONTEXTE

L'élaboration de ce plan d'action découle d'une démarche qui s'est échelonnée sur plusieurs années. Dès novembre 2007, lors des Journées annuelles de santé publique, une journée portant sur la thématique de la promotion de la vaccination avait été organisée. Dans la foulée de cet événement, un comité scientifique regroupant des professionnels et médecins rattachés à l'INSPQ a été formé pour poursuivre les travaux amorcés. En avril 2008, ce comité soumettait une proposition pour l'élaboration et l'implantation d'un plan de promotion de la vaccination à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI)^f. La proposition a été acceptée par la TCNMI et un soutien financier a été accordé à l'INSPQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour l'élaboration de ce plan. Un comité consultatif, formé d'une dizaine d'experts québécois impliqués et intéressés par la promotion de la vaccination, a été créé pour soutenir les travaux du comité scientifique. Différentes démarches ont ensuite mené, en février 2010, à la publication du Plan québécois de promotion de la vaccination¹. Le plan d'action en constitue la suite logique. Plus de détails sur la composition des comités scientifique et consultatif, de même que sur les autres partenaires qui ont été impliqués tout au long des travaux ayant mené au présent plan d'action, se trouvent dans la quatrième section de ce document.

Rappelons que le comité consultatif avait mis en priorité neuf stratégies démontrées efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales et diminuer les retards vaccinaux dans le Plan québécois de promotion de la vaccination (voir l'annexe 1). Tel que l'illustre la deuxième section du présent document, les lieux possibles d'interventions et d'actions qui découlent demeurent multiples et de nouveaux efforts pour identifier des priorités s'avéraient nécessaires. En mai 2010, les membres du comité pour la promotion de la vaccination se sont réunis et ont mis en priorité, à l'aide d'une grille standardisée, 12 actions/interventions (la grille est présentée à l'annexe 2). Ces actions et interventions sont identifiées en gras dans les tableaux de la deuxième partie de ce document.

Afin d'évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de ces 12 actions et interventions, une consultation auprès des responsables en immunisation des directions de santé publique (DSP) et auprès de gestionnaires et vaccinateurs en centres de santé et de services sociaux (CSSS) a été réalisée à l'été et l'automne 2010 (les annexes 3 et 4 présentent un bilan et les outils utilisés lors de cette consultation et l'annexe 5, le détail des commentaires recueillis). Outre le fait de faire connaître la démarche, la consultation a permis de mieux anticiper les enjeux liés à la mise en œuvre du plan d'action et de s'assurer de la pertinence des actions mises en priorité. Les travaux du comité consultatif et la consultation ont permis d'identifier 5 actions/interventions qui devraient être implantées en priorité au Québec, soit :

1. Rappel^g de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS;

^f Comité tripartite MSSS, INSPQ et DSP formé de représentants du domaine des maladies infectieuses.

^g Le rappel est l'utilisation d'un moyen dans les semaines ou les jours qui précèdent la date de vaccination prévue pour rappeler au parent de faire vacciner son enfant.

2. Relance^h des enfants non vaccinés à 2 mois après le rendez-vous manqué;
3. Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée ou le samedi) pour répondre aux demandes dans un délai optimal, afin de respecter le calendrier vaccinal;
4. Rappel aux parents des élèves de 4^e année du primaire n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves de 4^e année du primaire ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination;
5. Rendre disponible, à court terme, une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour.

Ces cinq actions/interventions de même que l'approche envisagée pour les implanter et les évaluer ont été approuvées par la TCNMI lors de la rencontre du 3 décembre 2010.

Les quatre premières actions relèvent principalement de l'organisation locale des services. L'implantation de ces actions reposera donc sur l'engagement et la collaboration des partenaires des paliers régional et local. Des outils, afin d'informer et de mobiliser les partenaires, seront créés suivant le plan de diffusion proposé dans la quatrième section de ce plan.

Rappelons que, lors de la consultation, ce sont les actions de promotion de la vaccination qui touchaient les enfants âgés entre 0 et 5 ans qui étaient perçues comme les plus prioritaires, tant pour les professionnels de la santé que pour les gestionnaires (les vacinateurs n'ont pas été interrogés sur l'ensemble des actions). De plus, dans la plupart des organisations, ces actions pourraient être mises en place en réorganisant le travail et les ressources existantes et aucune barrière majeure en ce qui a trait à leur acceptabilité ou leur faisabilité n'a été identifiée. Par ailleurs, suite à la consultation, il semble que le rappel et la relance en quatrième année du primaire soient déjà en place dans la grande majorité des CSSS. Il s'agira donc de s'assurer que les milieux poursuivent leurs efforts en ce sens.

Enfin, un groupe de travail composé de médecins et professionnels de l'INSPQ, du MSSS et des DSP a été formé en lien avec la cinquième priorité. Des travaux se sont amorcés, afin de rendre disponible une formation en ligne dans un horizon d'environ deux ans. Certains membres de ce groupe de travail amorceront également, en parallèle, une réflexion plus large qui visera à évaluer les besoins de formation en immunisation des différents groupes de professionnels de la santé (infirmières, infirmières auxiliaires, médecins, pédiatres, gestionnaires, pharmaciens, etc.), à identifier les meilleures stratégies pour y répondre et à examiner différentes options pour faire reconnaître ces formations (accréditation, certification, etc.). Cette réflexion s'articulera principalement autour des compétences en immunisation développées par l'Agence de la santé publique du Canada⁵.

Le tableau 1 résume les activités planifiées, les principaux acteurs qui en seront responsables ainsi que les échéanciers, tel que prévus lors de la rédaction de ce document.

^h La relance est l'utilisation d'un moyen après un rendez-vous de vaccination manqué pour signaler au parent l'importance de faire vacciner son enfant.

Tableau 1 Calendrier des activités prévues pour la diffusion et l'implantation du plan d'action, phase I

Activités	Responsables	Échéancier
Préparation des outils utilisés pour l'évaluation	INSPQ	Décembre 2010-janvier 2011
Préparation des outils pour soutenir la diffusion	INSPQ	Janvier-février 2011
Évaluation (ligne de base – avant la diffusion et l'implantation)	INSPQ DSP : collecte CLSC (CSSS) : réponse	Février-mars 2011
Diffusion du plan d'action auprès des professionnels des DSP	INSPQ → DSP	Mars 2011
Dépôt du plan d'action pour publication à l'INSPQ	INSPQ	Mars 2011
Diffusion du plan d'action auprès des gestionnaires et intervenants en CSSS	DSP → CSSS (INSPQ en soutien)	Mars-mai 2011
Diffusion du plan d'action aux autres partenaires	INSPQ	Mars-mai 2011
Implantation sur le terrain	CSSS (DSP-INSPQ en soutien)	Été 2011-hiver 2012
Évaluation de l'implantation (après la diffusion et l'implantation)	INSPQ	Été-automne 2012
Bilan suite à l'évaluation et préparation de la phase II d'implantation (réévaluation des actions/interventions mises en priorité)	INSPQ	Janvier 2013

2 LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE OU À CONSOLIDER

Les actions, interventions et modalités d'organisation à consolider ou à mettre en œuvre pour implanter ou assurer la continuité des différentes stratégies sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Ces actions et interventions sont présentées suivant l'organisation des services de vaccination et les clientèles ciblées par le Programme québécois de vaccination. Les travaux du comité consultatif ont permis de mettre en priorité des actions et interventions, elles sont indiquées en gras dans ces tableaux.

2.1 LA VACCINATION DES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 0 ET 5 ANS

Tableau 2 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans

Objectifs PNSP : Ententes de gestion : Immunisation de base : 95 % DCaT-P-Hib < 1 sem. suivant 2 mois : 90 % Pneumo < 1 sem. suivant 2 mois : 90 % Méningo C < 1 sem. suivant 12 mois : 90 %			
Axe 1 : La demande de la population			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	Feuillet d'information (trousse* sur la vaccination en général ainsi que les coordonnées des lieux de vaccination du territoire remis en post-partum	Local	Hôpitaux et maisons de naissances
	Feuillet d'information sur l'importance de prendre un rendez-vous pour la vaccination sans retard avec les prestations du régime parental	Provincial	Ex. : lettre signée par le DNSP
	Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS	Local, Provincial, Régional	Rappel : Avis de naissance
	Lors de la visite à 2 mois, donner sur place le rendez-vous pour les vaccins de 4 mois et de 6 mois	Local	
	Relance des enfants non vaccinés à 2 mois après le rendez-vous manqué	Local	Relance : Liste rendez-vous
	Relance des enfants non vaccinés à 6 mois après le rendez-vous manqué	Local	Relance : Liste rendez-vous

* Appliquer les recommandations du rapport d'évaluation sur la Trousse de promotion de la vaccination (Saint-Amour, M., *et al.*, *Trousse de promotion de la vaccination. Rapport d'évaluation*, 2004, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique, 202 p.)

Tableau 2 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
	11 mois : Rappel de la vaccination de 12 mois	Local, Régional, Provincial	Rappel : Liste RAMQ
	Relance des enfants non vaccinés à 12 mois après le rendez-vous manqué	Local	Relance : Liste rendez-vous
	17 mois : Rappel de la vaccination de 18 mois	Local, Régional, Provincial	Rappel : Liste RAMQ
	Relance des enfants non vaccinés à 18 mois après le rendez-vous manqué	Local	Relance : Liste rendez-vous
	Information sur la vaccination lors de l'inscription à la garderie et vérification de la vaccination	Régional, Provincial	Démarche regroupement provincial et régional des CPE Ajout d'une feuille au début du carnet de vaccination pour dire si vaccination à jour ou non
Projets de recherche à développer : • Implanter un système de rappel et de relance régional dans les régions de l'Estrie et de la Capitale-Nationale qui disposent d'un registre. Tenir compte de l'évaluation réalisée en Estrie (Guay et collab.). • À partir des systèmes informatiques actuels disposant de données vaccinales, élaborer une procédure (programme informatique) pour effectuer le rappel et la relance. • Développer des outils pour sensibiliser les parents à l'importance du respect du calendrier vaccinal (voir les commentaires recueillis lors de la consultation à l'annexe 5).			
Axe 2 : L'accessibilité aux services de vaccination			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination	Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée et/ou samedi) pour répondre aux demandes dans un délai optimal afin de respecter le calendrier vaccinal	Local	Prévoir des locaux et du personnel
2.2 Vaccination sans rendez-vous	Plage horaire sans R.-V. au moins 1 fois par 2 mois	Local	Prévoir des locaux et du personnel

Tableau 2 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	Élaborer la liste des organismes communautaires concernés (0-5 ans) et évaluer les stratégies de collaboration possibles	Local, Régional	
	Dans le cadre des cours prénataux offerts par des organismes communautaires, s'assurer que de l'information sur la vaccination soit présentée en concordance avec les recommandations de la santé publique	Local	
	Explorer les occasions de promotion de la vaccination offertes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) ou les organismes communautaires Famille relevant du ministère de la Famille et des Aînés. Ceux-ci pourraient être des milieux propices pour rejoindre des familles vulnérables qui ne bénéficient pas des SIPPE	Provincial	
2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	Lors d'un service de soins à domicile, vérification et mise à jour de la vaccination pour les enfants	Local	
	En CPE, vérification des carnets de vaccination et mise à jour de la vaccination à l'entrée de tous les nouveaux enfants	Local, Régional, Provincial	
	Lors d'une éclosion MEV en milieu de garde, encourager les parents à mettre à jour l'immunisation de leur enfant	Local	
Projet de recherche à développer : • Déterminer le moment où les parents prennent la décision de faire vacciner ou non leur enfant et les facteurs qui influencent cette décision, afin d'orienter les interventions de promotion. • Mieux comprendre la réalité des familles en situation de vulnérabilité visées par les stratégies et les différents points de vue de ces familles sur la santé et la prévention (évaluer les stratégies et les ajuster à leur réalité). • Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité d'insérer une feuille au carnet de vaccination, afin de faciliter l'évaluation du statut vaccinal des enfants (complet versus incomplet). Explorer la pertinence et la faisabilité d'outiller les services de garde pour qu'ils réalisent des activités de promotion de la vaccination.			

Tableau 2 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans (suite)

Axe 3 : L'offre de services			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur	Listes de patients à vacciner aux vaccinateurs à partir des dossiers du CSSS	Local	
3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	Encourager la vérification et la mise à jour du carnet de vaccination lors de toutes les visites médicales (diminuer les occasions manquées)	Régional	
	Favoriser la pratique des injections multiples chez les vaccinateurs	Régional, Provincial	
	Durant la période influenza, lors d'une visite régulière de vaccination pour les enfants âgés entre 6 mois et 24 mois, offrir la vaccination influenza	Local	
3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales	Diffusion annuelle des résultats des ententes de gestion à tous les vaccinateurs	Local, Régional	
	Diffusion des résultats d'enquête lorsque disponible (version vaccinateur)	Local	
3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs	Informar les vaccinateurs des objectifs provinciaux de couvertures vaccinales et de respect du calendrier à atteindre au moment de la signature des contrats de gestion des produits	Régional	
	Ajouter au contenu des contrats des vaccinateurs un engagement à mettre à jour ses compétences en vaccination	Régional	
	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour	Provincial	
	Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (nourrissons, voyageurs, etc.)	Provincial	

Tableau 2 La vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
	Maintien des compétences des vaccinateurs : rencontres utilisant l'approche de transfert de connaissances offertes aux vaccinateurs au moins aux 2 ans	Régional	Rencontres sur sujets problématiques (questions aux DSP), notions difficiles à maîtriser
	S'assurer que la vaccination fait partie du curriculum de formation pour les infirmières, infirmières auxiliaires, médecins, sages-femmes, pharmaciens et autres professionnels de la santé	Provincial	
	Soutien téléphonique aux vaccinateurs	Régional	
Projet de recherche à développer : • Explorer la faisabilité et l'acceptabilité de mettre en place un système de rappel et de relance pour le vaccinateur (alerte) à partir des dossiers des GMF.			

2.2 LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE

Tableau 3 La vaccination en milieu scolaire

Objectifs PNSP : Mise à jour du carnet de vaccination en 3 ^e secondaire Hépatite B 4 ^e année du primaire : 90 % VPH en 4 ^e année du primaire : 90 % VPH en 3 ^e année du secondaire : 85 %			
Axe 1 : La demande de la population			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	Mise à jour du carnet de vaccination lors de l'entrée à la maternelle	Local	Pas d'objectif PNSP
	4^e année du primaire : Rappel aux parents n'ayant pas signé le formulaire de consentement Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination	Local	
	3 ^e année du secondaire : Rappel aux parents/ados n'ayant pas signé le formulaire de consentement	Local	
	Lors d'une éclosion MEV en milieu scolaire, encourager les parents à mettre à jour l'immunisation de leur enfant	Local	
	Informers les parents sur les couvertures vaccinales atteintes dans l'école de leur enfant et pour l'ensemble des écoles du territoire	Local, Régional	
Axe 2 : L'accessibilité aux services de vaccination			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination	Pour les élèves de la 4 ^e année du primaire, rattrapage en 5 ^e année pour compléter la vaccination	Local	Entente entre le MSSS et MELS pour la collaboration des écoles dans la mise en place des programmes de vaccination dans celles-ci
	Pour les élèves de 3 ^e secondaire, ajout d'une clinique de rattrapage en milieu scolaire	Local	

Tableau 3 La vaccination en milieu scolaire (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.2 Vaccination sans rendez-vous	Vérification de la vaccination et mise à jour de la vaccination par l'infirmière scolaire au moment d'une consultation	Local	
2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	Élaborer la liste des organismes communautaires concernés (enfants/ados) et si possible établir une stratégie de collaboration	Local	
2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	Mise à jour de la vaccination des jeunes en centre jeunesse, centre de désintoxication	Local	
Axe 3 : L'offre de services			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur	<i>Ne s'applique pas</i>		
3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	Favoriser la pratique des injections multiples chez les vaccinateurs	Local	
	Pour les élèves de 3 ^e secondaire n'ayant plus de carnet de vaccination, débiter la vaccination selon le calendrier régulier	Local	
3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales	Diffusion (rétroaction) aux CSSS des résultats de vaccination en milieu scolaire par CSSS et par région	Local, Régional	
	Diffusion aux CSSS des résultats provinciaux de vaccination en milieu scolaire par DSP	Régional	

Tableau 3 La vaccination en milieu scolaire (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour	Provincial	
	Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (scolaire)	Provincial	
	Maintien des compétences des vaccinateurs : rencontre avec l'approche de transfert de connaissances offerte aux vaccinateurs au moins aux 2 ans	Régional	
	S'assurer que la vaccination fait partie du curriculum de formation pour les infirmières, infirmières auxiliaires, médecins, sages-femmes, pharmaciens et autres professionnels de la santé	Provincial	
	Soutien téléphonique aux vaccinateurs	Régional	

2.3 LA VACCINATION DES ADULTES

Tableau 4 La vaccination des adultes

Objectifs PNSP :	Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : Hépatites A et B, pneumo et influenza : 80 %		
Pratiques organisationnelles requises (POR) :	L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antipneumococcique si indiqué. L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antigrippal si indiqué.		
Axe 1 : La demande de la population			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	En pharmacie, lors de renouvellement de médicaments pour des personnes à risque élevé de complications pour l'influenza, rappel de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque	Régional, Provincial	
Projet de recherche à développer :			
• Évaluer la faisabilité de générer des messages de rappel dans les pharmacies à partir des dossiers de la RAMQ.			
Axe 2 : L'accessibilité aux services de vaccination			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination	Ajout de plages horaires pour la vaccination des adultes (incluant soir et fin de semaine)	Local	
2.2 Vaccination sans rendez-vous	Disponibilité de plages horaires sans R.-V. au moins 1 fois par 2 mois	Local	Prévoir des locaux
2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	Élaborer la liste des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes appartenant à des groupes vulnérables pour la vaccination et évaluer les stratégies de collaboration possibles	Local, Régional	

Tableau 4 La vaccination des adultes (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	Durant la période d'influenza, offrir aux bénéficiaires des services des soins à domicile la vaccination contre l'influenza et, si recommandé, la vaccination contre les hépatites A et B et le pneumocoque	Local, Régional	
	Dans les centres de réadaptation en toxicomanie, selon les facteurs de risque, offrir la vaccination recommandée	Local	
	Dans les établissements de détention, offrir la vaccination contre les hépatites A et B et l'influenza auprès des détenus et du personnel	Local, Régional	
	Vaccination des travailleurs en CPE contre l'influenza dans leur milieu de travail	Provincial	
Projet de recherche à développer : Identifier les stratégies et modalités d'organisation les plus efficaces pour rejoindre les groupes vulnérables lors de la vaccination contre l'influenza saisonnière et en vérifier l'acceptabilité et la faisabilité. Identifier les interventions de promotion de la vaccination contre l'influenza saisonnière les plus efficaces pour rejoindre ces groupes vulnérables.			
Axe 3 : L'offre de services			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur	Par le biais des laboratoires, rappel des vaccins indiqués lors de la transmission des résultats (ex. : ITSS et hépatite B)	Provincial	
3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	Mise à jour du carnet de vaccination lors de la visite médicale annuelle et administration de tous les vaccins recommandés lors de cette visite	Local	
3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales	<i>Ne s'applique pas</i>		

Tableau 4 La vaccination des adultes (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	Diffusion des clientèles visées par la vaccination contre les hépatites A et B, contre l'influenza et le pneumocoque auprès des médecins et pharmaciens	Régional	
	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour	Provincial	
	Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (adultes)	Provincial	
	Soutien téléphonique aux cliniciens et vaccinateurs	Régional	

2.4 LA VACCINATION DES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS OU PLUS

Tableau 5 La vaccination des personnes âgées de 60 ans et plus

Objectifs PNSP : Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : Vaccination contre l'influenza chez les personnes âgées de 65 ans ou plus : 80 % Vaccination contre l'influenza chez les personnes vivant en milieu fermé : 80 % Vaccination contre le pneumocoque des personnes appartenant à des groupes vulnérables : 80 % POR : L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antipneumococcique. L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antigrippal.			
Axe 1 : La demande de la population			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	Lettre de rappel pour la vaccination influenza auprès des personnes visées par le programme	Provincial	
	Poursuivre la distribution de la lettre de rappel envoyée par la RAMQ pour la vaccination contre le pneumocoque	Provincial	
	En pharmacies, lors de renouvellement de médicaments chez les personnes de 60 ans ou plus, rappel pour la vaccination contre l'influenza saisonnière et le pneumocoque, si indiqué	Provincial	
Projet de recherche à développer : - Évaluer l'impact de la lettre de rappel d'invitation à la vaccination contre le pneumocoque envoyée aux bénéficiaires d'un régime privé d'assurance médicaments lorsqu'ils atteignent 65 ans sur l'intention de recevoir le vaccin et sur les couvertures vaccinales. - Déterminer les modalités de rappel et de relance les plus efficaces pour rejoindre les personnes de 60 ans et plus.			

Tableau 5 La vaccination des personnes âgées de 60 ans et plus (suite)

Axe 2 : L'accessibilité aux services de vaccination			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination	Pour la vaccination contre l'influenza, offrir les cliniques de masse de jour, soir et fin de semaine	Local	
	Ajout de plages horaires pour la vaccination des adultes (incluant soir et fin de semaine)	Local	
	Durant toute la période recommandée, offrir un minimum de plages horaires de vaccination contre l'influenza pour répondre à la demande	Local	
2.2 Vaccination sans rendez-vous	<i>Voir 2.1</i>		
2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	Élaborer la liste des organismes communautaires concernés (60 ans +) et évaluer les stratégies de collaboration possibles	Local	
2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	Durant toute la période d'influenza, offrir la vaccination dans les milieux de vie pour la clientèle visée non autonome (CHSLD, résidences privées ou via les services de soins à domicile)	Local	
	Mettre à jour la vaccination lors de l'entrée d'un nouveau bénéficiaire dans les CHSLD	Local	

Tableau 5 La vaccination des personnes âgées de 60 ans et plus (suite)

Axe 3 : L'offre de services			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur (alerte)	Pour les pharmacies ayant une infirmière vaccinatrice, lors de renouvellement de médicaments chez les personnes de 60 ans ou plus, rappel pour la vaccination contre l'influenza saisonnière et le pneumocoque (si indiqué)		Explorer les possibilités d'alerte avec dossier GMF
	Durant la période d'influenza, fournir aux cliniques médicales et CLSC un message à installer sur leur ordinateur ou autocollant pour les dossiers (si indiqué) : <i>Avez-vous pensé à lui parler du vaccin contre l'influenza et du vaccin contre le pneumocoque?</i>	Provincial, Régional	Par le biais des laboratoires, rappel des vaccins indiqués
3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	Au moment de la vaccination influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible	Local	
3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales	Diffusion des objectifs du MSSS et des résultats de la campagne de vaccination contre l'influenza aux vaccinateurs et aux professionnels du territoire	Régional	
	Diffusion des résultats de l'enquête provinciale sur les couvertures vaccinales aux 2 ans	Régional, Provincial	
3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et futurs vaccinateurs	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour	Provincial	
	Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (adultes de 60 ans ou plus)	Provincial	
	Soutien téléphonique aux vaccinateurs	Régional	

Tableau 5 La vaccination des personnes âgées de 60 ans et plus (suite)**Projet de recherche à développer :**

- À l'instar de l'enquête ayant évalué l'acceptabilité et la faisabilité de différentes stratégies pour améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les 50 ans et plus⁶, des enquêtes visant à établir les meilleures stratégies à mettre en œuvre au Québec pour atteindre des résultats élevés de couverture vaccinale devraient être réalisées, tant auprès des professionnels de la santé qu'auprès des groupes de la population ciblés par la vaccination. L'arrivée prochaine du vaccin contre le zona pourrait fournir une occasion d'entreprendre ce type d'enquête.
- Un projet de recherche sera réalisé, afin d'identifier les déterminants psychosociaux et organisationnels de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les malades chroniques et les travailleurs de la santé du Québec. Ce projet permettra d'identifier de meilleures stratégies pour améliorer les couvertures vaccinales contre la grippe dans ces groupes.

2.5 LA VACCINATION DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

Tableau 6 La vaccination des travailleurs de la santé

Objectif PNSP : Influenza groupes vulnérables : 80 % POR : L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antipneumococcique si indiqué. L'organisme élabore et met en œuvre une politique et un protocole organisationnels pour l'administration du vaccin antigrippal.			
Axe 1 : La demande de la population			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	Lettre du directeur général des établissements recommandant la vaccination contre l'influenza aux employés	Local	
	Lettre des associations médicales et professionnelles recommandant la vaccination contre l'influenza à leurs membres	Provincial	
	Insertion de messages sur les sites Internet et dans les bulletins ou revues des associations médicales et professionnelles pour rappeler à leurs membres de se faire vacciner contre l'influenza	Provincial	
	Poursuivre la distribution aux médecins de la lettre de rappel pour la vaccination contre l'influenza signée par le directeur de la santé publique	Provincial	
Projet de recherche à développer : Recenser les évaluations des différents outils utilisés au Québec pour faire le rappel et la relance (lettre, carte de rappel, message téléphonique, courriel) des travailleurs de la santé à vacciner en vue d'identifier les meilleurs outils. Prévoir une évaluation si les données sont insuffisantes.			
Axe 2 : L'accessibilité aux services de vaccination			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination	Offrir la vaccination contre l'influenza sur les départements et au bureau du personnel et s'assurer de la disponibilité de la vaccination sur chaque quart de travail	Local	
	Disponibilité de la vaccination durant toute la période de l'influenza	Local	

Tableau 6 La vaccination des travailleurs de la santé (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
2.2 Vaccination sans rendez-vous	<i>Voir 2.1</i>		
2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	<i>Ne s'applique pas</i>		
2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	<i>Ne s'applique pas</i>		
Axe 3 : L'offre de services			
Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur	Au début de la saison influenza, envoyer une lettre aux directeurs des établissements et à l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (CMDP) sur l'importance de la vaccination contre l'influenza	Régional, Provincial	
3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	Au moment de la vaccination influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible	Local	
3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales	Diffusion des résultats annuels du MSSS de vaccination des travailleurs en CSSS et hors CSSS	Local, Régional, Provincial	
	Diffusion de la circulation du virus influenza durant la campagne	Provincial	
	Diffusion des activités offertes sur le territoire	Local, Régional	
	Intégrer un indicateur de gestion portant sur la vaccination contre l'influenza saisonnière chez les travailleurs de la santé	Provincial	

Tableau 6 La vaccination des travailleurs en santé (suite)

Stratégies	Actions/Activités	Niveau	Moyens
3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs	Identifier une personne responsable de la vaccination contre l'influenza dans chaque établissement	Local	
	Identifier une équipe dédiée pour la vaccination influenza	Local	
	Formation des personnes impliquées dans la vaccination contre l'influenza pour les outiller à faire face aux réticences des travailleurs de la santé sur la vaccination influenza (argumentaire ASSTAS)	Local, Régional	
	Disponibilité du protocole influenza pour chaque vaccinateur influenza	Régional	
	Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec	Provincial	
	S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour	Provincial	
	Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (travailleurs de la santé)	Provincial	
	Soutien téléphonique aux vaccinateurs	Régional	
Projet de recherche à développer : Identifier les mesures (indicateurs) à évaluer les plus susceptibles d'avoir un impact sur la couverture vaccinale des travailleurs de la santé contre l'influenza saisonnière et améliorer la rétroaction aux établissements (voir les commentaires recueillis lors de la consultation à l'annexe 5). Doit-on privilégier un indicateur mesurant la couverture vaccinale ou l'accessibilité aux cliniques de vaccination?			

Au niveau de la vaccination des travailleurs de la santé, soutenir l'application des recommandations émanant du rapport L'infirmière et la vaccination⁷ et du document Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs, recommandations⁸.

3 ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION

L'évaluation fait partie prenante du plan d'action. Un processus interactif d'évaluation mené en collaboration avec les partenaires sera donc mis de l'avant, afin de faire ressortir, au fur et à mesure de l'implantation, le point de vue des acteurs sur le déroulement de l'implantation, et de faire les ajustements nécessaires, au besoin. Les résultats de l'évaluation des pratiques en cours dans les CLSC seront également acheminés aux DSP lors de la diffusion du plan d'action. Ces résultats, et les outils développés par l'INSPQ, viseront à soutenir les DSP dans leurs interventions avec les CSSS. Rappelons que l'on vise à mobiliser l'ensemble des partenaires, à être sensible aux particularités locales tout en adoptant l'approche la plus rigoureuse possible pour l'évaluation. Nous proposons donc une évaluation basée sur une approche descriptive. En effet, le contexte de la démarche et l'approche visant à impliquer les partenaires dès le départ rend difficile l'utilisation d'un devis d'évaluation basé sur des méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales. De plus, la consultation nous a déjà indiqué que certaines des actions/interventions mises en priorité étaient déjà implantées à divers degrés sur le terrain. Il serait d'autant plus difficile de contrôler parfaitement l'implantation des actions/interventions et de s'assurer que les variations locales soient minimales. La question centrale à cette évaluation est la suivante : « est-ce que l'implantation des actions mises en priorité a été faite (évaluation opérationnelle)? » Plus précisément, les objectifs visés par l'évaluation sont de :

1. Évaluer l'implantation des cinq actions/interventions prioritaires :
 - 1.1. Décrire les pratiques dans les CLSC avant et après la diffusion du plan d'action et la période d'implantation, en lien avec les cinq actions/interventions prioritaires;
 - 1.2. Vérifier l'atteinte des objectifs d'implantation (présentés dans le tableau 7).
2. Décrire le processus d'implantation (INSPQ, DSP, CLSC) :
 - 2.1. Décrire les activités réalisées par l'INSPQ, les DSP et les CLSC;
 - 2.2. Décrire le niveau d'appréciation général des intervenants régionaux et locaux quant à la démarche de diffusion et d'implantation du plan d'action et quant aux outils et modes de communications utilisés;
 - 2.3. Décrire les obstacles rencontrés et les facteurs ayant facilité l'implantation et les adaptations nécessaires à l'implantation des actions/interventions en lien avec les particularités régionales ou locales.
3. Décrire les couvertures vaccinales et les retards vaccinaux, suivant les grands objectifs définis dans le Plan québécois de promotion de la vaccination¹.

Le type d'évaluation choisi nous permettra de décrire le processus d'implantation des activités prévues au plan d'action. Toutefois, l'évaluation qui sera réalisée ne nous permettra pas de conclure que les changements observés seront directement attribuables aux actions/interventions du plan d'action.

Le tableau 7 présente les objectifs et indicateurs ainsi que les sources des données et les variables mesurées, afin d'évaluer la diffusion du plan d'action et l'implantation des cinq actions prioritaires.

Tableau 7 Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables

Actions	Objectifs intermédiaires [†]	Indicateurs d'implantation	Sources des données	Variables
Diffusion du plan d'action	- D'ici fin février 2011, que 100 % des CLSC aient complété le 1^{er} questionnaire d'évaluation - D'ici fin mars 2011, que l'INSPQ ait retourné les résultats de la première étape d'évaluation dans l'outil de diffusion à 100 % des DSP - D'ici juin 2011, que l'ensemble des DSP aient rencontré 100 % des CSSS/CLSC de leur région pour présenter le plan d'action	- Proportion de CLSC ayant complété le 1^{er} questionnaire d'évaluation - Proportion de DSP rejointes par l'INSPQ pour la diffusion du plan - Proportion de CLSC rejoints par les DSP pour la diffusion du plan	- Questionnaire CLSC (2011) - Journal de bord (INSPQ) - Journal de bord (DSP) - Entrevues auprès de professionnels de santé publique, de gestionnaires et de vaccinateurs	Questionnaire CLSC : - Taux de réponse Journal de bord INSPQ : - N^{bre} de DSP rejointes - Questions reçues sur la démarche/l'outil Journal de bord DSP : - N^{bre} de CLSC rejoints et N^{bre} de professionnels (gestionnaires et vaccinateurs) - Utilisation de l'outil - Questions reçues Entrevues : - Connaissance de la démarche, comment en ont-ils été informés

[†] Ces objectifs ont été fixés suite à la consultation (voir l'annexe 3). Suite à la première étape d'évaluation des pratiques, ces objectifs pourront être réajustés, au besoin.

Tableau 7 Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables (suite)

Actions	Objectifs intermédiaires	Indicateurs d'implantation	Sources des données	Variables
Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS	• D'ici mai 2012, que 95 % des CLSC fassent un rappel aux parents de la vaccination prévue à 2 mois • D'ici mai 2012, que 95 % des parents de nouveau-nés reçoivent un rappel pour la vaccination prévue à 2 mois • D'ici mai 2012, que 50 % des CLSC offrent le rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois au moment du rappel aux parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CLSC • D'ici mai 2012, que 50 % des parents de nouveau-nés qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CLSC aient un rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois au moment du rappel	• Proportion de CLSC faisant le rappel de la vaccination prévue à 2 mois aux parents • Proportion de CLSC donnant les rendez-vous pour la vaccination de deux mois au moment de l'intervention de rappel • Proportion de parents de nouveau-nés qui ont été informés de la vaccination prévue à 2 mois par le CLSC (rappel) • Proportion de parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CLSC ayant reçu un rendez-vous pour la vaccination de 2 mois au moment du rappel • Obstacles rencontrés et facteurs ayant facilité l'implantation	• Questionnaire CLSC (2012) • Entrevues auprès de professionnels de santé publique, de gestionnaires et de vaccinateurs • Journal de bord (INSPQ – DSP) • Enquête sur les couvertures vaccinales	Questionnaire CLSC : • Fréquence du rappel Entrevues : • Obstacles rencontrés • Facteurs ayant facilité l'implantation Journal de bord INSPQ-DSP : • Questions reçues • Suivis à apporter Enquête sur les couvertures vaccinales : • Parents ayant été informés par le CLSC de la vaccination prévue à 2 mois • Parents ayant reçu un R.-V. du CLSC pour la vaccination à 2 mois

Tableau 7 Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables (suite)

Actions	Objectifs intermédiaires	Indicateurs d'implantation	Sources des données	Variables
Relance des enfants non vaccinés à 2 mois après le rendez-vous manqué	• D'ici mai 2012, que 70 % des CLSC fassent une relance des parents qui ne se sont pas présentés au rendez-vous prévu (ou aux cliniques de sans rendez-vous) pour la vaccination de 2 mois • D'ici mai 2012, que 70 % des parents d'enfants de 2 mois non vaccinés soient relancés suite au rendez-vous manqué (ou l'âge de deux mois pour les cliniques sans rendez-vous)	• Proportion de CLSC faisant la relance des parents d'enfants qui ne se sont pas présentés au rendez-vous prévu (ou aux cliniques de sans rendez-vous) pour la vaccination de 2 mois • Proportion de parents d'enfants de 2 mois non vaccinés qui ont été relancés suite au rendez-vous manqué (ou de l'âge de deux mois pour les cliniques sans rendez-vous) • Obstacles rencontrés et facteurs ayant facilité l'implantation	• Questionnaire CLSC (2012) • Entrevues auprès de professionnels de santé publique, de gestionnaires et de vaccinateurs • Journal de bord (INSPQ – DSP) • Enquête sur les couvertures vaccinales	Questionnaire CLSC : • Fréquence de la relance Entrevues : • Obstacles rencontrés • Facteurs ayant facilité l'implantation Journal de bord INSPQ-DSP : • Questions reçues • Suivis à apporter Enquête sur les couvertures vaccinales : • Parents d'enfants de 2 mois non vaccinés qui ont été relancés par le CLSC

Tableau 7 Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables (suite)

Actions	Objectifs intermédiaires	Indicateurs d'implantation	Sources des données	Variables
Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée et/ou samedi), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal, en vue de respecter le calendrier vaccinal	- D'ici mai 2012, que 70 % des CLSC ajoutent des plages horaires de vaccination, au besoin, lorsque le délai entre la date prévue de vaccination (2 mois) et le rendez-vous dépasse 1 semaine - D'ici mai 2012, que 50 % des CLSC offrent des rendez-vous de vaccination en début de soirée ou la fin de semaine, au besoin, lorsque le délai entre la date prévue de vaccination (2 mois) et le rendez-vous dépasse 1 semaine - D'ici mai 2012, que 70 % des parents d'enfants de 2 mois puissent obtenir un rendez-vous au CLSC dans la semaine suivant l'âge recommandé (2 mois) ou le moment de l'appel	- Proportion de CLSC ajoutant des plages horaires de vaccination, au besoin, lorsque le délai entre la date prévue de vaccination (2 mois) et le rendez-vous dépasse 1 semaine - Proportion de CLSC offrant des cliniques de vaccination en début de soirée - Proportion de CLSC offrant des cliniques de vaccination le samedi et/ou dimanche - Proportion de parents d'enfants de 2 mois qui ont pu obtenir un rendez-vous pour la vaccination dans la semaine suivant l'âge recommandé (2 mois) ou le moment de l'appel - Obstacles rencontrés et facteurs ayant facilité l'implantation	- Questionnaire CLSC (2012) - Entrevues auprès de professionnels de santé publique, de gestionnaires et de vaccinateurs - Journal de bord (INSPQ – DSP) - Enquête sur les couvertures vaccinales	Questionnaire CLSC : - Fréquence de l'ajout de plages horaires si le délai entre la date prévue de vaccination (2 mois) et le rendez-vous dépasse 1 semaine - Disponibilité de plages horaires de vaccination en début de soirée - Disponibilité de plages horaires de vaccination la fin de semaine Entrevues : - Obstacles rencontrés - Facteurs ayant facilité l'implantation Journal de bord INSPQ-DSP : - Questions reçues - Suivis à apporter Enquête sur les couvertures vaccinales : - Retards vaccinaux à 2 mois - Délai pour obtenir un rendez-vous au CLSC pour la vaccination de 2 mois

Tableau 7 Objectifs et indicateurs d'implantation, source des données et variables (suite)

Actions	Objectifs intermédiaires	Indicateurs d'implantation	Sources des données	Variables
4 ^e année du primaire : • Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement • Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination	• D'ici mai 2012, qu'un rappel aux parents d'élèves de 4^e année n'ayant pas signé le formulaire de consentement soit fait dans 95 % des CLSC • D'ici mai 2012, qu'une relance des élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination soit réalisée dans 95 % des CLSC	• Proportion de CLSC faisant le rappel des parents d'élèves de 4^e année n'ayant pas signé le formulaire de consentement • Proportion de CLSC faisant la relance des élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination • Obstacles rencontrés et facteurs ayant facilité l'implantation	• Questionnaire CLSC (2012) • Entrevues auprès de professionnels de santé publique, de gestionnaires et de vaccinateurs • Journal de bord (INSPQ – DSP)	Questionnaire CLSC : • Fréquence du rappel • Fréquence de la relance Entrevues : • Obstacles rencontrés • Facteurs ayant facilité l'implantation Journal de bord INSPQ-DSP : • Questions reçues • Suivis à apporter
S'assurer de la disponibilité, à court terme, d'une formation en ligne sur le PIQ et ses mises à jour*	• D'ici mars 2012, qu'une formation sur le PIQ soit disponible en ligne* • D'ici septembre 2012, que 100 % des CLSC aient été informés de la disponibilité de la formation pour les nouveaux vaccinateurs	• Disponibilité et accessibilité d'une formation en ligne sur le PIQ • Proportion de CLSC informés de la disponibilité de la formation en ligne	• Questionnaire CLSC (2012) • Comptes-rendus des réunions du groupe de travail de l'INSPQ	Questionnaire CLSC : • CLSC informés de la formation en ligne Comptes-rendus : • Disponibilité et accessibilité de la formation

* Dans le cadre du présent plan d'action, l'évaluation du contenu de la formation, en lien avec les objectifs visés par celle-ci, ne sera pas présentée. Cette évaluation sera réalisée par le groupe de travail relevant de l'INSPQ mis en place spécifiquement pour l'implantation de cette intervention prioritaire.

Méthodologie

Une étude descriptive avec un devis mixte quantitatif – qualitatif sera réalisée. Un premier état de situation (questionnaire en ligne) a été réalisé en février 2011, avant la diffusion officielle du plan d'action et les premières phases d'implantation. Les résultats obtenus suite à cette première étape d'évaluation seront retournés aux équipes régionales des DSP, dans le sens d'une approche participative et suivant les objectifs du plan de diffusion. Par la suite, le plan d'action sera diffusé aux partenaires. Après une période dédiée à l'implantation comme telle dans les CLSC, un deuxième état de la situation sera réalisé en juin 2012 en utilisant le même instrument de collecte (questionnaire en ligne).

De plus, des journaux de bord seront tenus par l'INSPQ et les DSP tout au long de la démarche de diffusion et d'implantation. Des entretiens qualitatifs semi-dirigés seront également réalisés. Les entretiens et les journaux de bord viseront principalement à décrire le processus d'implantation et à identifier les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés.

Enfin, les indicateurs de même que les sources d'information qui pourraient être utilisés pour décrire les couvertures vaccinales et les retards vaccinaux sont définis dans le Plan québécois de promotion de la vaccination¹.

Population

Tant l'INSPQ que les DSP, les CLSC et les parents seront visés par l'évaluation. Pour le questionnaire faisant un état de situation avant et après la diffusion du plan d'action, la population visée est l'ensemble des CLSC (n = 145) des 95 CSSS du Québec. Ce choix s'appuie principalement sur le fait que des variations importantes dans les pratiques ont été observées lors de la consultation au niveau de l'organisation de la vaccination entre les CLSC d'un même CSSS et sur le fait que les indicateurs de gestion sont compilés au niveau des CLSC. La personne identifiée pour répondre au questionnaire sera celle qui connaît le plus les modes d'organisation de la vaccination 0-2 ans et scolaire dans le CLSC (généralement le coordonnateur Enfance-Famille-Jeunesse). Les questionnaires seront nominaux, mais traités de façon confidentielle. Si cela s'avère nécessaire, il sera donc possible d'obtenir des précisions sur les réponses recueillies en contactant les participants.

Pour le volet qualitatif visant à décrire le processus d'implantation, prévu à l'été 2012, au moins un des professionnels de chacune des directions de santé publique sera interrogé. De plus, une vingtaine d'entrevues seront réalisées auprès d'un échantillon raisonné de gestionnaires et de vaccinateurs en CLSC. Pour le recrutement en CLSC, les résultats des questionnaires pourront être utilisés pour identifier des participants potentiels.

Traitement et analyse des données

Questionnaire

Des statistiques descriptives seront générées pour l'ensemble des questionnaires et par région. Cette information sera présentée sous forme de rapport lors du bilan de l'implantation du plan d'action. Une analyse sera également réalisée par CLSC et par région et ces données retournées aux DSP dans l'outil de diffusion.

Journal de bord

Les informations contenues dans les journaux de bord seront compilées dans deux grilles en format Excel (une pour l'INSPQ et une pour les DSP) et soumises à une analyse de contenu.

Volet qualitatif

Les entrevues seront enregistrées et transcrites. Les verbatim seront soumis à une analyse de contenu à partir d'une grille standardisée.

4 PLAN DE DIFFUSION

Le plan de diffusion : un changement à planifier

L'implantation du plan d'action implique des changements organisationnels dont tous les éléments doivent être planifiés. Une communication bien orchestrée favorisera l'acceptation graduelle de ces changements à chacune des étapes d'implantation par chacun des acteurs concernés. Le plan de diffusion est un cadre de référence pour l'ensemble des activités de communication, celles-ci occupant une place importante dans la démarche d'implantation du plan d'action.

Les publics cibles à rejoindre

Le choix des publics cibles a été fait en fonction des objectifs et stratégies du plan d'action et de certains facteurs stratégiques. Pour chacun des publics cibles, une approche spécifique a été déterminée et tiendra compte du style et du contenu des communications qui leurs seront adressées.

L'engagement de la TCNMI et du groupe scientifique de l'INSPQ auprès des partenaires

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est un centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les autorités régionales de santé publique ainsi que les établissements dans l'exercice de leurs responsabilités, en rendant disponibles son expertise et des services spécialisés. C'est dans ce contexte que s'inscrit le mandat du groupe scientifique qui depuis l'élaboration du *Plan québécois de promotion de la vaccination* assure la continuité des travaux en vue de l'implantation des actions et interventions prévues dans son plan d'action. Ainsi, au cours de la prochaine phase d'implantation, suite à l'approbation de la Table de concertation en maladies infectieuses (TCNMI), les équipes régionales des directions de santé publique (DSP) joueront un rôle important. Pour sa part, le groupe de travail assurera le soutien des milieux impliqués et des partenaires (locaux et régionaux) visés par le plan d'action en les informant, les consultant et les soutenant dans leurs actions.

L'engagement des partenaires

Deux types de partenaires seront sollicités dans le cadre de ce plan de diffusion. Pour les besoins du présent document, nous les nommerons partenaires « actifs » et « en soutien ». Ces partenaires peuvent être des individus autant que des organisations. Les partenaires « actifs » sont ceux qui pourraient avoir à modifier leurs règles, leurs pratiques ou leur fonctionnement en lien avec la vaccination, et dont la collaboration est essentielle. Les partenaires « en soutien » sont ceux pour lesquels un appui devait être obtenu, mais dont les règles et les pratiques n'ont pas à être modifiées dans le cadre du processus d'implantation du plan d'action.

Plusieurs de ces partenaires ont déjà concrétisé leur engagement à l'implantation du plan d'action, soit à travers des lettres d'appui (OIIQ), des approbations verbales, par exemple lors de rencontres officielles (Réseau des responsables régionaux en immunisation), soit par

la réalisation d'actions concrètes auprès de leurs membres ou organisations respectives, permettant de les identifier comme alliés ou agents multiplicateurs. D'autres le feront en participant directement à l'implantation terrain des actions priorisées dans le plan d'action.

Les contenus à transmettre et les modes de communication

En plus des publics cibles, les actions/interventions du plan d'action qui ont été retenues déterminent les contenus à transmettre et les modes de communication à privilégier dans l'élaboration du plan de diffusion.

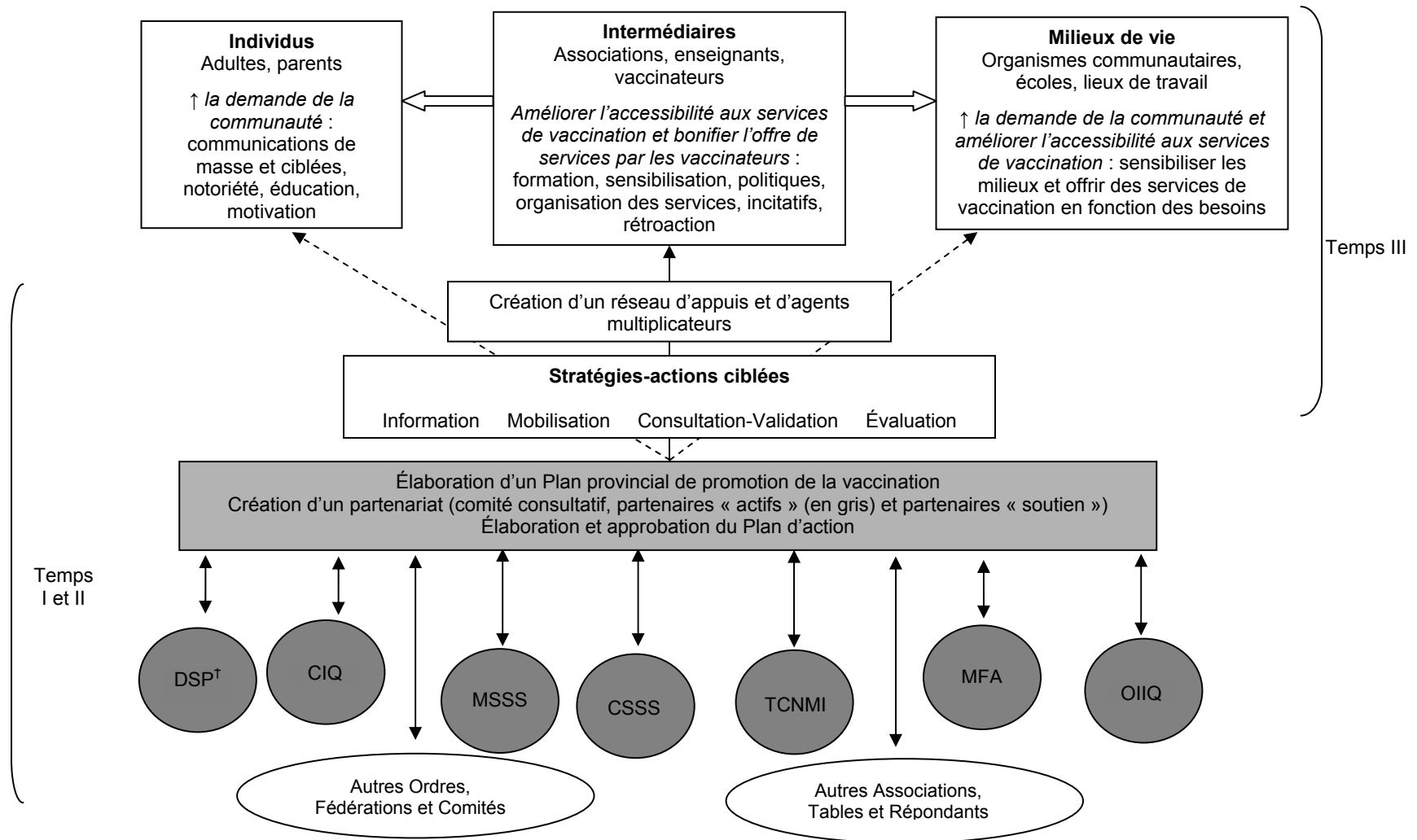
Les modes de communication sont aussi variés qu'il y a d'organisations. L'équipe responsable du plan d'action à l'INSPQ proposera des outils de communication aux coordonnateurs en maladies infectieuses et aux responsables en immunisation des DSP, lesquels travailleront directement avec les gestionnaires des 95 CSSS (145 CLSC) pour que les actions s'implantent sur le terrain. Certains privilégieront les communications écrites, d'autres les contacts directs. Les modes utilisés seront tributaires de plusieurs facteurs tels le budget disponible, le nombre de personnes à rejoindre, l'échéancier de réalisation, etc. Les modes de communication retenus tiendront compte de la culture organisationnelle et des conditions d'accès aux différents modes retenus. Mentionnons à titre d'exemples : moyens de promotion utilisant des envois postaux ou courriels, des formations en cours d'emploi, assistées, selon le besoin, d'un outil audiovisuel (PowerPoint) qui leur sera proposé.

Le calendrier des activités

Le calendrier des activités d'information et de communication est établi en fonction des différentes phases et stratégies qui composent le plan d'action. La communication étant un processus continu, le calendrier des activités sera révisé périodiquement et sera suffisamment souple pour permettre de s'adapter en cas d'imprévus. Il faudra cerner les moments propices pour accroître les bénéfices des communications produites et rester à l'affût des changements importants qui pourraient survenir en cours d'implantation, tels que des restructurations, des changements d'activités ou de processus de travail, par exemple l'organisation inopinée d'une campagne de vaccination massive.

Au cours des différentes étapes, plus particulièrement celle de l'implantation, une mise à jour du plan de diffusion sera réalisée en tenant compte des résultats atteints au cours des étapes antérieures, des constats qui seront faits et des nouveaux objectifs qui en découleront. En prévoyant des mécanismes de rétroaction pour chaque activité (par exemple, en procédant à des consultations auprès du réseau des responsables en immunisation), il sera possible d'évaluer si certains objectifs ont été atteints, si des obstacles sont rencontrés et, au besoin, de réajuster la stratégie de communication. Le rythme et la diversité des activités de communication sont des aspects qui ont été considérés dans l'élaboration du présent plan, afin de respecter la structure organisationnelle, les processus de prise de décision et les méthodes de travail déjà en place dans les organisations. La rétroaction auprès des collaborateurs permettra de soutenir, de stimuler et de maintenir l'intérêt de ceux-ci tout au long de l'implantation du plan d'action.

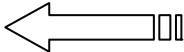
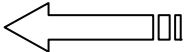
Les partenariats, objectifs, publics cibles, activités d'information et contenus à transmettre s'inscrivent dans un cadre stratégique de communication, illustré par le schéma suivant :

Figure 3 Cadre stratégiqueⁱ du plan de diffusion

[†] Principalement le Réseau des responsables en immunisation du Québec.

ⁱ Adaptation du Cadre stratégique de ParticipACTION (P. Edwards. *Trente ans de marketing et de communications efficaces*. Revue canadienne de santé publique, Mai-Juillet 2004, Volume 95, Supplément 2, p. S6-S14).

Tableau 8 Résumé du calendrier des activités

Temps I : prédiffusion (terminée)		Temps II		Temps III	
Mobilisation, création d'un partenariat et d'un réseau de collaborateurs		Diffusion du plan d'action auprès des acteurs clés identifiés au Temps 1		Implantation : approche par action priorisée	
Création d'un comité consultatif (CC)	Automne 2008	Préparation des outils d'évaluation et de diffusion	Décembre 2010-février 2011	Diffusion du plan d'action auprès des DSP	Février-mars 2011
1 ^{re} identification des stratégies prioritaires (CC)	Juin 2009			Diffusion du plan d'action auprès des gestionnaires CSSS	Mars-mai 2011
Consultation Organisations partenaires	2009	Présentation de la démarche au Réseau des responsables en immunisation (DSP)	16 décembre 2010	Diffusion auprès des autres partenaires	Été 2011
Identification des alliés et agents multiplicateurs	(2009-2010)	Conf. tél. du CC pour commentaires sur outils de diffusion et approche envisagée	19 janvier 2011	Implantation sur le terrain	Été 2011-hiver 2012
Consultation Responsables Immunisation DSP	Été 2010	Évaluation (1 ^{re} phase)	Février 2011	Évaluation (2 ^e phase)	Mars-avril 2012
Consultation Vaccinateurs RSSS	Automne 2010	Dépôt du plan d'action pour publication à l'INSPQ	Mars 2011	Suivi de l'évaluation et ajustements en vue de la prochaine étape d'implantation	Printemps-été 2012
 Rétroaction/Évaluation  Rétroaction/Évaluation					
TCNMI 27 mai 2010		TCNMI 3 décembre 2010		TCNMI	
Présentation à la TCNMI : Approbation des objectifs visés par le plan d'action (mis en priorité par le comité consultatif en mai 2010)		Présentation à la TCNMI : Approbation des 5 priorités retenues, du plan de travail et de la démarche d'implantation et d'évaluation		À déterminer	

TEMPS I (Prédifusion, déjà réalisée) : Mobilisation et création d'un partenariat et d'un réseau de collaborateurs en vue de l'implantation du plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec :

- préparer le plan d'action;
- le faire connaître au sein d'un réseau de collaborateurs potentiels;
- consulter, chercher des appuis pour son implantation;
- identifier les obstacles potentiels.

1. Les objectifs, publics cibles, contenus à transmettre et modes de communication :

1.1. Consulter et mobiliser les partenaires « actifs/en soutien » sur le Plan d'action dans le but de le positionner, identifier les enjeux liés à la mise en œuvre des actions qui y sont proposées et obtenir les appuis nécessaires pour assurer le succès de son implantation

1.1.1. Activités préalables à la diffusion du plan d'action (Groupe scientifique de l'INSPQ et Comité consultatif) :

- Création d'un comité consultatif (CC) (mai 2008);
- Élaboration du Plan provincial de promotion de la vaccination (mai-septembre 2008);
- Validation du Plan provincial de promotion de la vaccination par le CC (16 décembre 2008);
- Consultations auprès des partenaires (janvier-avril 2009)^j;
- Consultations et approbation de la version finale auprès du CC (4 juin 2009) et de la TCNMI (juin 2009);
- Dépôt pour publication et diffusion du Plan provincial de promotion de la vaccination (automne 2009);
- Élaboration d'un plan d'action par le groupe scientifique;
- Identification de stratégies prioritaires par le CC (19 mai 2010).

1.1.2. Diffusion du Plan provincial de promotion de la vaccination et consultation auprès des partenaires tout au long de la démarche.

1.1.3. Partenaires : Établissements d'enseignement

- Diffusion du Plan provincial de promotion de la vaccination auprès des établissements qui offrent les formations en médecine et en soins infirmiers, tant au niveau professionnel, collégial, qu'universitaire. Les responsables de programmes étaient principalement ciblés (envois postaux, été 2010).

^j Voir la liste dans le Plan québécois de promotion de la vaccination (annexe 1).

1.1.4. Partenaires : Réseau des responsables en immunisation du Québec

- Présentation de la démarche de promotion de la vaccination **lors de la réunion des membres du Réseau des responsables en immunisation** (4 juin 2010);
- Transmission de l'information à ce groupe d'acteurs concernant l'engagement de la TCNMI dans la réalisation et l'implantation du plan d'action;
- Validation auprès des responsables de leurs rôles et responsabilités à l'égard du plan d'action;
- Consultation et confirmation des engagements vis-à-vis du plan d'action (agents multiplicateurs/participation à la consultation).

1.2. Réaliser une consultation élargie sur le plan d'action auprès d'acteurs ayant déjà été consultés lors de l'élaboration du Plan québécois de promotion de la vaccination, ainsi qu'auprès des vaccinateurs publics. La consultation visait à faire connaître le document et à obtenir les commentaires des groupes consultés sur les objectifs et stratégies-actions priorisées, à identifier les obstacles potentiels à l'implantation du plan d'action et à recueillir des données sur les pratiques actuelles

1.2.1. Partenaires : Responsables en immunisation des DSP

- Consultation dans le cadre d'une entrevue téléphonique d'environ une heure, portant sur les priorités retenues dans le plan d'action (voir annexe 3);
- Suite aux différentes consultations réalisées, établissement de collaborations avec les coordonnateurs en maladies infectieuses des DSP et les responsables régionaux en immunisation, publics qui auront à agir comme agents multiplicateurs auprès des réseaux formels et informels des organisations.

1.2.2. Partenaires : Gestionnaires et vaccinateurs en CSSS

- Consultation (entrevues téléphoniques) auprès de gestionnaires et de vaccinateurs en CSSS (voir annexe 3).

1.2.3. Partenaires : Le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)

- Présentation des résultats obtenus suite à la consultation réalisée auprès des responsables régionaux en immunisation ainsi qu'auprès des gestionnaires et vaccinateurs des CSSS (sur place, rencontre du CIQ, 9 septembre 2010);
- Consultation et identification des alliés, des publics susceptibles d'être moins favorables à l'implantation du plan d'action ainsi que des obstacles potentiels.

1.2.4. Partenaires : ministère de la Famille et des Aînés (MFA)

- Présentation des résultats obtenus suite à la consultation réalisée auprès des responsables régionaux en immunisation ainsi qu'auprès des gestionnaires et vaccinateurs des CSSS (par écrit, novembre 2010);

- Consultation et identification des alliés, des publics susceptibles d'être moins favorables à l'implantation du plan d'action ainsi que des obstacles potentiels.

1.2.5. Partenaires : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

- Présentation des résultats obtenus suite à la consultation réalisée auprès des responsables régionaux en immunisation ainsi qu'auprès des gestionnaires et vaccinateurs des CSSS (par écrit, novembre 2010);
- Consultation et identification des alliés, des publics susceptibles d'être moins favorables à l'implantation du plan d'action ainsi que des obstacles potentiels.

TEMPS II : Diffusion du plan d'action auprès des acteurs clés

Annoncer le plan d'action et développer sa notoriété auprès des partenaires qui auront à jouer un rôle d'intermédiaires dans la démarche d'implantation; préciser les rôles

2. Les objectifs, publics cibles, contenus à transmettre et modes de communication :

2.1. Diffuser la démarche proposée pour l'implantation du plan d'action (plan de travail, évaluation, outils de diffusion) auprès des responsables en immunisation des DSP

2.1.1. Travaux du groupe scientifique de l'INSPQ et du comité consultatif :

- Lors d'une rencontre de la TCNMI, approbation des 5 priorités retenues pour la 1^{re} phase d'implantation, du plan de travail, de l'approche envisagée pour l'évaluation ainsi que de l'entente de collaboration pour approcher le réseau des responsables en immunisation (le 3 décembre 2010);
- Création d'un groupe de travail sur la formation en ligne (automne 2010);
- Suite à l'approbation de la TCNMI, obtention du soutien des responsables en immunisation des DSP en tant qu'intermédiaires auprès des gestionnaires des CSSS, pour l'évaluation et la diffusion du plan d'action (conférence téléphonique, 16 décembre 2010);
- Collecte des commentaires exprimés par les membres du comité consultatif sur les outils de diffusion et sur l'approche envisagée pour l'évaluation (rencontre du CC, 19 janvier 2011);
- Remise des outils pour l'évaluation (ligne de base/questionnaire) et pour la diffusion du plan d'action (PPT) aux responsables en immunisation des DSP (prévue fin janvier 2011);
- Réalisation d'une évaluation prédiffusion (ligne de base) et retour des résultats (analyse et formatage des résultats) aux coordonnateurs et aux responsables en immunisation des DSP (prévue en février 2011);
- Dépôt du plan d'action final pour publication à l'INSPQ (prévue en mars 2011);

- En continu, consultation, soutien et rétroaction (envoi des résultats recueillis et analysés) auprès des coordonnateurs et responsables en immunisation des DSP (à partir de mars 2011).

Les partenaires « Actifs »

2.1.2. Partenaires : Responsables en immunisation des DSP

- Présentation et transmission de l'outil d'évaluation prédiffusion du plan d'action (ligne de base/questionnaire, adresse Internet du questionnaire *SurveyMonkey*) aux gestionnaires des CSSS;
- Soutien aux participants du RSSS dans la démarche d'évaluation.

2.1.3. Partenaires : Gestionnaires (CSSS) et vaccinateurs (CLSC)

- Réponse au questionnaire d'évaluation prédiffusion du plan d'action (ligne de base/questionnaire).

TEMPS III : Implantation

Approche par action mise en priorité

Lancer le plan d'action, attirer l'attention, susciter l'intérêt, favoriser les attitudes positives en lien avec les objectifs du plan d'action et vis-à-vis de chacune des actions mises en priorité

3. Les objectifs, publics cibles, contenus à transmettre et modes de communication :

3.1. Soutenir les responsables en immunisation des DSP dans leur démarche d'implantation

3.1.1. Travaux du groupe scientifique de l'INSPQ :

- En continu, consultation, soutien et rétroaction auprès des coordonnateurs en maladies infectieuses et des responsables en immunisation des DSP.

Les partenaires « Actifs »

3.1.2. Responsables en immunisation des DSP :

- Implantation sur le terrain : présentation du plan d'action **provincial** aux gestionnaires des CSSS et établissement d'une collaboration avec ces partenaires terrain;
- Adaptation et présentation de l'outil de diffusion (PPT) aux vaccinateurs et autre personnel impliqué dans les services de vaccination;
- Support aux gestionnaires et au personnel impliqué des CSSS dans l'implantation du plan au niveau local.

3.1.3. Partenaires publics du RSSS, Gestionnaires en CSSS :

- Support au personnel des CSSS (soutien dans l'action), afin d'assurer le bon fonctionnement du processus d'implantation.

3.1.4. Personnel des CSSS impliqué dans les services de vaccination :

- Application des actions en lien avec chacune des stratégies identifiées au plan d'action **local**.

La suite du plan de diffusion est présentée en fonction des actions mises en priorité.

Tableau 9 Implantation : approche par action (clientèle 0-2 ans)

1. Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS 2. Relance des enfants non vaccinés à 2 mois, immédiatement après le rendez-vous manqué 3. Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée et/ou samedi), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal et de respecter le calendrier
LES PUBLICS CIBLES À REJOINDRE
- Responsables en immunisation dans les DSP - Gestionnaires de CSSS - Infirmières travaillant auprès de la clientèle de la petite enfance en CSSS, sages-femmes rattachées aux CSSS - Autres employés des CSSS travaillant auprès de la clientèle petite enfance (infirmières Info-Santé, travailleurs sociaux, agents de relations humaines, auxiliaires familiales, personnel administratif)
LES CONTENUS À TRANSMETTRE
- Qu'est-ce que le plan d'action? - Pourquoi un plan d'action? (contexte et objectifs) - Éléments du plan d'action (actions et interventions priorisées en lien avec les stratégies démontrées efficaces) - Clientèles ciblées par le plan d'action - Acteurs clés pour l'implantation du plan d'action (MSSS, INSPQ, DSP, CSSS) - Implantation des interventions (qui, quand, comment et où) - Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS - Relance des enfants non vaccinés à 2 mois, immédiatement après le rendez-vous manqué - Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée et/ou samedi), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal et de respecter le calendrier - Données régionales et locales recueillies lors de la première phase d'évaluation (organisation des services, couvertures vaccinales – lorsque disponibles)
LES STRATÉGIES ET LES MODES DE COMMUNICATION
- Approche auprès des intervenants impliqués dans la vaccination des 0-5 ans - Présenter (DSP) le plan d'action à tout le personnel impliqué dans la vaccination des 0-5 ans - Approche auprès des intervenants en contact avec les parents des 0-5 ans - Informé (responsable CLSC) sommairement tout le personnel en contact avec la clientèle 0-5 ans du plan d'action
- Utilisation et diffusion à l'aide d'outils de promotion - Outil de formation PowerPoint préparé par le groupe scientifique et adapté par le responsable en immunisation de la DSP - Suggestions d'outils existants (dépliants et feuillets du MSSS, adresses Internet pertinentes)

Tableau 10 Implantation : approche par action (élèves de 4^e année du primaire)

4. Rappel aux parents des élèves de 4^e année du primaire n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination
LES PUBLICS CIBLES À REJOINDRE
• Responsables en immunisation dans les DSP • Gestionnaires de CSSS • Infirmières scolaires en CSSS • Autres employés des CSSS travaillant auprès de la clientèle scolaire (infirmières Info-Santé, personnel administratif) • Personnel du milieu scolaire (directeurs, professeurs, personnel administratif)
LES CONTENUS À TRANSMETTRE
• Qu'est-ce que le plan d'action? • Pourquoi un plan d'action? (contexte et objectifs) • Éléments du plan d'action (actions et interventions priorisées en lien avec les stratégies démontrées efficaces) • Clientèles ciblées par le plan d'action • Acteurs clés pour l'implantation du plan d'action (MSSS, INSPQ, DSP, CSSS) • Implantation des interventions (qui, quand, comment et où) – Rappel aux parents des élèves de 4^e année du primaire n'ayant pas signé le formulaire de consentement – Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination • Données régionales et locales recueillies lors de la première phase d'évaluation (organisation des services, couvertures vaccinales – lorsque disponibles)
LES STRATÉGIES ET LES MODES DE COMMUNICATION
• Approche auprès des intervenants impliqués en santé scolaire – Présenter (DSP) le plan d'action au personnel impliqué dans la vaccination des enfants, tant en CSSS qu'en milieu scolaire • Utilisation et diffusion à l'aide d'outils de promotion – Outil de formation PowerPoint préparé par le groupe scientifique et adapté par le responsable en immunisation de la DSP

Activités transversales de communication

- Informer les organismes partenaires de l'évolution des activités et des résultats obtenus;
- Solliciter leur soutien (intervention) lorsque nécessaire.

5 CONCLUSION

L'implantation du plan d'action implique des changements organisationnels dont tous les éléments doivent être planifiés. L'atteinte des objectifs d'implantation fixés dans ce plan reposera également sur l'engagement et la collaboration de plusieurs acteurs des différents paliers, local, régional et provincial. Rappelons que, lors de la rencontre du 3 décembre 2010, la TCNMI a approuvé le choix des cinq actions/interventions retenues comme prioritaires et s'est engagée à participer à leur implantation. De plus, la consultation réalisée auprès des DSP et auprès des gestionnaires et vaccinateurs en CSSS nous a permis de constater qu'aucune des 5 actions et interventions retenues pour la première phase d'implantation ne posait d'enjeux majeurs en ce qui a trait à leur faisabilité ou leur acceptabilité. Dans ce contexte, nous sommes confiants que ces actions et interventions pourront être mises en œuvre et qu'elles contribueront à l'atteinte des grands objectifs fixés dans le *Plan québécois de promotion de la vaccination*¹.

Enfin, rappelons que la promotion de la vaccination nécessite des actions qui perdurent au fil des ans. Les stratégies doivent être implantées, évaluées et maintenues, si elles s'avèrent efficaces, afin que de véritables changements puissent se réaliser dans l'environnement. Il faudra également s'adapter à l'évolution du contexte et du système de santé du Québec.

RÉFÉRENCES

- 1 Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., et Petit, G. Plan québécois de promotion de la vaccination. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009, 76 p.
- 2 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ententes de gestion, fiche descriptive des indicateurs - Fiche 1.1 FGJ. 2006.
- 3 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique; 2008, 103 p.
- 4 Accréditation Canada. Prévention des infections : réduire les risques d'infections nosocomiales, ainsi que leurs répercussions dans l'ensemble du continuum des soins et services; 2010:44-51.
- 5 Agence de la santé publique du Canada. Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé. Préparées par le groupe de travail pour la formation des professionnels du Comité canadien d'immunisation. Québec; 2008, 56 p.
- 6 Guay, M., Clément, P., et Lemaire, J. Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque 2000-2001, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. 2002:144 p.
- 7 Comité sur l'immunisation du Québec. L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2005, 97 p.
- 8 Grenier, J. L., Tremblay, M., et Trudeau, G. Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs - Recommandations. Québec: Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux; 2005, 38 p.
- 9 Centers for disease control and prevention. Vaccine-Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults - A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morb Mortal Wkly Rep. 1999;48(RR-8):1-15.
- 10 Task Force on Community Preventive Services. Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Am J Prev Med. 2000;18(1S):92-6.
- 11 Beaudet, I., Daneault, B., Galley, A., Pinho, G., et Prud'homme, V. Évaluation de l'implantation d'une campagne promotionnelle sur la vaccination dans les services de garde de la Montérégie. Québec: Régie régionale de la santé et des services sociaux, Université de Sherbrooke; 2002, 60 p.
- 12 Cherkaoui, C., Levy, A., Mereniuk, A., Psyharis, C., Thai, K.-L., et Guay, M. Étude sur la vaccination contre l'influenza auprès du personnel en centre de la petite enfance. Québec: Université de Sherbrooke; 2010, Nombre de pages inconnu.

- 13 Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D., et Deceuninck, G. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009, 205 p.
- 14 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 471 p.
- 15 Yassi, A., Murdzak, C., Cheang, M., et Tran, N. Influenza immunization: Knowledge, attitude and behaviour of health care workers. *Can J Infec Control*. 1994;9(4):103-8.
- 16 Szilagyi, P. G., Roghmann, K. J., Campbell, J. R., Humiston, S. G., Winter, N. L., Raubertas, R. F., *et al.* Immunization Practices of Primary Care Practitioners and Their Relation to Immunization Levels. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1994;148(February): 158-66.
- 17 Taylor, J. A., Darden, P. M., Slora, E., Hasemeier, C. M., Asmussen, L., et Wasserman, R. The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians: A study from pediatric research in office setting. *Pediatrics*. 1997;99(2):209-15.
- 18 Prislun, R., Sawyer, M. H., De Guire, M., Brennan, J., Holcomb, K., et Nader, P. R. Missed opportunities to immunize - Psychosocial and practice correlates. *Am J Prev Med*. 2002;22(3):165-9.
- 19 Schwartz, J. S., Lewis, C. E., Clancy, C., Dinosian, M. S., Radany, M. H., et Koplan, J. P. Internist practices in health promotion and disease prevention. *Annals of Internal Medicine*. 1991;114(1):46-53.

ANNEXE 1

DÉFINITIONS DES STRATÉGIES PRIORITAIRES

DÉFINITIONS DES STRATÉGIES PRIORITAIRES

AXE 1 : LA DEMANDE DE LA POPULATION

1.1 Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner

Définition : Les CLSC et cliniques médicales vaccinatrices peuvent favoriser la vaccination de leurs patients en leur indiquant de prendre un rendez-vous lorsque la vaccination est due (rappel) ou en retard (relance). Ces messages peuvent être transmis (via un système automatisé ou non) par téléphone, lettre, carte postale ou courriel et peuvent être spécifiques (demander à un patient de se présenter à une date X pour recevoir un vaccin Y) ou généraux (rappeler à un patient de prendre rendez-vous pour une vaccination). Les interventions de rappel et de relance pour la personne à vacciner ont été démontrées efficaces, même lorsqu'utilisées seules⁹.

Niveau d'implantation : Local, régional et provincial

Modalités de réalisation : L'implantation d'un système de rappel et de relance nécessite que la clientèle desservie par un établissement (CLSC, GMF, clinique médicale) soit circonscrite au préalable. Par la suite, il faut établir la liste des patients pour lesquels une vaccination est prévue ou en retard.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

Groupes visés : Un système de rappel et de relance pour la personne à vacciner serait bénéfique pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation.

Un bon coup du terrain

Au début de chaque année, M^{me} Jacinthe Goulet, infirmière scolaire, organise une rencontre avec les élèves de 4^e année du primaire. En plus d'informer les enfants sur la campagne de vaccination contre l'hépatite B et le VPH qui sera offerte à l'école et de leur remettre le formulaire de consentement, cette rencontre vise à les sensibiliser à l'importance de la vaccination. Elle y aborde l'histoire de la vaccination, le fonctionnement des vaccins et les justifications des programmes de vaccination au Canada. Les élèves peuvent poser leurs questions sur la vaccination et M^{me} Goulet insiste sur le rôle qu'ils ont à jouer pour transmettre ces informations à leurs parents. Une semaine avant la tenue de la clinique de vaccination, un rappel personnalisé est fait à chacun des parents des enfants n'ayant pas retourné le formulaire de consentement signé. Forte d'une longue carrière en vaccination et en périnatalité, elle est à même de répondre aux questions et inquiétudes des parents sur la vaccination. Loin de vouloir convaincre les parents de faire vacciner leur enfant, elle vise à les éclairer sur la vaccination, leur fournir des informations scientifiques tout en respectant leur décision. Son travail de promotion de la vaccination vise à faire appel au bon jugement des parents en évitant tout ce qui pourrait être perçu comme de la

manipulation. Les couvertures vaccinales élevées témoignent du succès que remporte l'approche de M^{me} Goulet qui œuvre dans un milieu socio-économiquement défavorisé. L'anecdote suivante l'illustre bien. Lors de la journée de la clinique de vaccination, un petit garçon arrive en pleurant en disant qu'il avait égaré le formulaire de consentement. L'enfant était très inquiet, il voulait absolument recevoir le vaccin contre l'hépatite B.

En pleurant, il explique que sa mère ne s'occupe pas de ces choses-là et qu'elle n'avait pas pris le temps de signer le formulaire. M^{me} Goulet tente sans succès de rejoindre la mère au téléphone. Celle-ci lui redonne un formulaire et lui explique de choisir le bon moment pour parler avec sa mère et lui demander de signer le formulaire. Elle explique qu'il recevra sa première dose au moment où les autres élèves recevront leur deuxième dose et de ne pas s'inquiéter; elle s'assurera personnellement qu'il reçoive ses trois doses. La mère a signé le formulaire et l'enfant a été vacciné. Sans la présence d'une infirmière scolaire convaincue de l'importance de la vaccination, peut-être que cet enfant n'aurait pas bénéficié du programme de vaccination gratuite.

Jacinthe Goulet, CLSC Limoilou, 1405, chemin de la Canardière, G1J 0A7.

Une initiative de recherche québécoise

Une étude a été réalisée dans deux cliniques pédiatriques de la région de la Capitale-Nationale, afin d'évaluer l'efficacité d'un rappel postal pour améliorer la couverture vaccinale à 24 mois et pour diminuer les retards vaccinaux. À partir du registre régional de vaccination, 1 665 enfants de 15 ou 16 mois ont été randomisés en deux groupes égaux : un groupe d'intervention, dont les parents recevaient une lettre de rappel personnalisée, signée par le médecin responsable de la vaccination de la clinique, les invitant à prendre un rendez-vous pour les vaccins de 18 mois, et un groupe contrôle qui ne recevait pas de lettre de rappel. **Selon les résultats intérimaires de cette étude, l'intervention de rappel a permis de diminuer les délais dans l'administration des vaccins prévus à 18 mois.** Le rappel était significativement associé à un statut vaccinal complet à 19 mois et à 20 mois, mais la différence pour le statut vaccinal à 21 et 22 mois entre les deux groupes n'était pas statistiquement significative. Toutefois, les enfants vaccinés dans les deux cliniques à l'étude avaient des couvertures vaccinales supérieures à la moyenne provinciale en 2008. Cette situation peut expliquer, en partie, le faible impact de l'intervention sur les couvertures vaccinales à 21 et 22 mois.

Boulianne, N., Kiely, M., Audet, D., Couture, C., Maranda-Aubut, R., et Deceuninck, G. Efficacité d'une relance postale en vue d'améliorer la couverture vaccinale à 24 mois. Présentation par affiche. 9^e conférence canadienne sur l'immunisation, Centre des congrès de Québec, 5-8 décembre 2010.

AXE 2 : L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE VACCINATION

2.1 Augmentation des plages horaires de vaccination

Définition : Au niveau organisationnel, plusieurs facteurs qui restreignent l'accessibilité aux services de vaccination ont été identifiés. Il s'agit, par exemple, de l'horaire des cliniques (peu de services de vaccination sont offerts en dehors des heures régulières de travail), des difficultés pour obtenir un rendez-vous, de la distance géographique entre les services et la population ou des coûts liés à la vaccination. Ces barrières représentent autant de cibles pour les interventions visant à augmenter l'accessibilité aux services de vaccination, par exemple en diversifiant l'offre de services de vaccination^k, en améliorant les méthodes de prise de rendez-vous, en offrant la vaccination sans rendez-vous ou en augmentant les plages horaires de vaccination. Peu d'études ont mesuré l'impact sur les couvertures vaccinales des stratégies visant à augmenter l'accessibilité aux services de vaccination et les données actuelles ne permettent pas de démontrer l'efficacité de ces stratégies en soi. Toutefois, lorsque combinées à d'autres interventions, ces stratégies ont été démontrées efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales¹⁰.

L'augmentation des plages horaires de vaccination est l'une des interventions visant à augmenter l'accessibilité aux services de vaccination. Il s'agit d'ajouter des plages horaires dédiées à la vaccination à l'horaire régulier du CLSC ou de la clinique lorsque le besoin se fait sentir, c'est-à-dire lorsque le délai pour l'obtention d'un rendez-vous dépasse un nombre défini de semaines, ou d'offrir des services de vaccination en soirée la semaine ou durant la fin de semaine.

Niveau d'implantation : Local

Modalités de réalisation : L'implantation de cette stratégie nécessite d'abord que les directeurs des établissements et les médecins responsables des cliniques médicales soient sensibilisés à l'importance d'éviter les délais dans la prise de rendez-vous pour la vaccination. Des procédures pour l'ajout de plages horaires devront être élaborées et mises en place lorsque le délai pour l'obtention d'un rendez-vous de vaccination ne permet pas de respecter les indicateurs des ententes de gestion. Des plages horaires de vaccination le soir ou la fin de semaine devraient également faire partie de l'horaire régulier des lieux de vaccination.

Groupes visés par la stratégie : L'augmentation des plages horaires de vaccination sera bénéfique pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation. Toutefois, les conséquences des retards vaccinaux chez les nourrissons étant les plus importantes, l'augmentation des plages horaires dédiées à la vaccination des 0-2 ans devrait être favorisée en priorité.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

^k En offrant la vaccination dans le cadre d'autres interventions/visites médicales ou en offrant la vaccination à domicile, dans les milieux de vie ou de travail, de concert avec les organismes communautaires.

2.2 Vaccination sans rendez-vous

Définition : La vaccination sans rendez-vous vise à réduire les barrières administratives à la vaccination. Il peut s'agir d'ajouter des plages horaires dédiées à la vaccination sans rendez-vous à l'horaire régulier de la clinique ou lorsque le besoin s'en fait sentir (par exemple, lorsque le délai pour l'obtention d'un rendez-vous de vaccination dépasse un nombre X de semaines).

Peu d'études ont mesuré l'impact sur les couvertures vaccinales des stratégies visant à augmenter l'accessibilité aux services de vaccination et les données actuelles ne permettent pas de démontrer l'efficacité de cette stratégie en soi. Toutefois, lorsque combinée à d'autres interventions, la vaccination sans rendez-vous s'avère efficace pour augmenter les couvertures vaccinales¹⁰.

Niveau d'implantation : Local

Groupes visés par la stratégie : La vaccination sans rendez-vous sera bénéfique pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation. Toutefois, cette stratégie est particulièrement avantageuse pour rejoindre les patients qui éprouveraient des difficultés à obtenir un rendez-vous pour la vaccination. Cette stratégie permet également de vacciner un nombre important de patients dans un court laps de temps, ce qui diminue par le fait même les délais pour l'obtention d'un rendez-vous.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

2.3 Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables

Définition : Les services de vaccination offerts, de concert avec les organismes communautaires, visent à favoriser la vaccination de clientèles vulnérables qui ont des problèmes d'accès au réseau traditionnel des services de santé. Cette stratégie consiste à vérifier les carnets de vaccination des usagers d'un organisme communautaire et à les référer, au besoin, à un professionnel de la santé pour recevoir les vaccins nécessaires. Cette stratégie peut également inclure la vaccination des usagers sur place, des interventions éducatives sur la vaccination ou des incitatifs pour favoriser la vaccination¹⁰. L'offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables a été démontrée efficace pour augmenter les couvertures vaccinales, dans le cadre d'intervention à multiples composantes ou lorsque utilisée seule⁹.

Niveau d'implantation : Régional et local

Groupes visés par la stratégie : Cette stratégie vise particulièrement les individus socio-économiquement défavorisés qui auraient peu de contacts avec le réseau de la santé, qui ne consulteraient pas de manière régulière, et qui éprouveraient des difficultés d'accessibilité pour obtenir des soins de santé.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales.

2.4 Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie

Définition : La vaccination à domicile est un service personnalisé, offert à la résidence d'un patient, qui consiste à donner de l'information sur la vaccination, à mettre à jour le carnet de vaccination d'un patient et à référer ce patient à un service de vaccination ou à le vacciner sur place. La vaccination à domicile est une intervention reconnue efficace pour augmenter les couvertures vaccinales, même lorsqu'utilisée seule¹⁰. Au Québec, les stratégies de vaccination à domicile ou dans les milieux de vie s'appliquent principalement à la vaccination contre l'influenza dans les CHSLD, à la vaccination des bénéficiaires des programmes de services de soins à domicile et à la vaccination des enfants dans les milieux de garde. Peu d'études ont mesuré l'impact sur les couvertures vaccinales de la vaccination dans les services de garde^{11, 12}. Toutefois, lorsque combinées à d'autres interventions, les stratégies visant à augmenter l'accessibilité aux services de vaccination s'avèrent efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales¹⁰.

Groupes visés par la stratégie : La vaccination à domicile est particulièrement bénéfique pour les sous-populations difficiles à joindre, qui consultent peu les services pour des raisons de santé ou d'éloignement. La vaccination dans les milieux de garde est une stratégie novatrice pour rejoindre une importante proportion d'enfants¹. Il pourrait s'agir d'une occasion de mettre à jour le carnet de vaccination des enfants âgés entre 18 et 24 mois. Cette stratégie pourrait être particulièrement bénéfique pour les enfants plus à risque¹³ ainsi que pour résoudre les difficultés éprouvées par les parents pour prendre un rendez-vous de vaccination ou pour se rendre aux services de vaccination.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales.

¹ En 2004, 67,3 % des enfants de moins de cinq ans fréquentaient de façon régulière, à temps plein ou à temps partiel, un service de garde (centre de la petite enfance ou garderie en milieu familial) (Institut sur la statistique du Québec. En ligne : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2006/service_garde2004_rapport.pdf).

Un bon coup du terrain

Suite à un sondage ayant identifié certains délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous pour la vaccination des nourrissons au CSSS de Portneuf, certaines mesures ont été prises pour éviter tout retard dans les délais de rendez-vous. Voici l'état de la situation.

Afin d'avoir un suivi rigoureux de la situation sur les délais d'attente dans la prise de rendez-vous, à chaque semaine (lundi matin), j'achemine un courrier électronique à la secrétaire à la vaccination de chaque CLSC leur mentionnant « ...de me faire connaître (par courrier électronique ou par téléphone) la date du prochain rendez-vous disponible à la clinique de vaccination des nourrissons ». Les délais d'attente des quatre secteurs CLSC sont compilés sur une grille Excel. Les résultats sont analysés par l'assistante du supérieur immédiat (ASI) du programme Famille-Enfance. Si nécessaire, des plages horaires sont ajoutées pour les rendez-vous.

La procédure Prise de rendez-vous a été révisée avec les secrétaires à la vaccination. Un rappel a été fait sur l'importance de donner le premier rendez-vous dans la semaine qui suit l'âge prévu de la vaccination soit entre 8 et 9 semaines de vie. Le temps alloué pour chaque vaccin, lors de la prise de rendez-vous aux cliniques de vaccination des nourrissons, a été revu. Pour les vaccins de 2, 4, 6, 12 et 18 mois, 30 minutes sont allouées pour chaque rendez-vous. Ce temps permet à l'infirmière de vacciner l'enfant et de faire le suivi prévu à chaque visite. Pour les autres vaccins, le temps alloué est de 10 minutes. Lorsqu'il manque de plages horaires, la secrétaire à la vaccination doit aviser immédiatement l'ASI du programme Famille-Enfance et, au besoin, il y a possibilité d'en ajouter. On ne doit jamais refuser un client. Lorsqu'un client ne se présente pas à son rendez-vous, la secrétaire à la vaccination indique dans le logiciel Intégration CLSC – Agenda de rendez-vous « ne s'est pas présenté ».

Les infirmières ont reçu une formation sur les injections multiples. Il y a eu un rappel sur le maintien de cette pratique pour éviter les reports de rendez-vous de vaccination.

En conclusion, lorsqu'il manque de plages horaires pour les rendez-vous, les secrétaires à la vaccination avisent immédiatement la personne responsable (ASI) pour une évaluation de la situation. Si nécessaire, un ajout de plages horaires est fait.

Rapport sur le retard dans les rendez-vous pour la vaccination des jeunes enfants par Gaétane Pellerin, coordonnatrice en prévention et contrôle des infections, Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, février 2006.

AXE 3 : L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

3.1 Système de rappel et de relance pour le vaccinateur (alerte)

Définition : Le système de rappel et de relance informe le vaccinateur qu'un patient doit recevoir un vaccin spécifique (rappel) ou que sa vaccination est en retard (relance). Cette alerte peut prendre plusieurs formes : notes ou autocollants aux dossiers des patients, listes de patients à vacciner établies par le personnel administratif ou alertes générées à partir d'un programme informatique. L'information sur les vaccins prévus ou en retard est habituellement transmise au vaccinateur avant ou durant le rendez-vous avec le patient. Les systèmes de rappel et de relance pour le vaccinateur, utilisés seuls, ont été démontrés efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales¹⁰.

Modalités de réalisation : À l'heure actuelle, il n'existe pas de registre provincial de vaccination lié à un système informatisé qui permettrait de générer l'information nécessaire à la création d'une alerte pour les vaccinateurs pour l'ensemble du territoire. En l'absence de tels outils, des modalités alternatives ont été envisagées à partir des systèmes existants (en lien avec les dossiers GMF, les systèmes informatiques des pharmacies, etc.).

Groupes visés par la stratégie : Un système de rappel et de relance pour le vaccinateur sera bénéfique pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation. Toutefois, cette stratégie ne permet de rejoindre que les patients ayant un dossier dans un établissement donné.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

3.2 Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite

Définition : Il est important de respecter l'âge prévu pour les différentes doses des vaccins recommandés dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)¹⁴ puisque le calendrier vaccinal a été déterminé en tenant compte principalement de la maturité du système immunitaire des nourrissons, de leur vulnérabilité aux maladies visées par la vaccination et de l'épidémiologie de ces maladies au Québec. Un retard dans la vaccination prive les enfants d'une protection efficace, à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Le respect du calendrier vaccinal implique que tous les vaccins recommandés soient administrés lors d'une même visite.

Groupes visés par la stratégie : Cette stratégie s'applique principalement aux enfants qui doivent recevoir plusieurs vaccins lors d'une même visite.

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

3.3 Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinées (rétroaction)

Définition : En retournant de l'information personnalisée sur les populations vaccinées, la rétroaction permet au vaccinateur d'évaluer sa pratique vaccinale et son impact sur la couverture vaccinale. L'objectif de cette stratégie est de modifier les connaissances, attitudes et pratiques des vaccinateurs à l'égard de la vaccination et d'encourager des changements dans l'organisation des services de vaccination. La rétroaction peut être liée à l'atteinte d'objectifs précis de couvertures vaccinales et impliquer des incitatifs (financiers ou autres, positifs ou négatifs). La rétroaction est une stratégie reconnue efficace pour augmenter les couvertures vaccinales, même lorsqu'elle est utilisée seule¹⁰. L'une des clés du succès de cette stratégie demeure de transmettre l'information la plus personnalisée possible.

Niveau d'implantation : Régional et local

Groupes visés par la stratégie : La rétroaction peut avoir des effets positifs sur les pratiques de tous les vaccinateurs. Toutefois, puisque les indicateurs de retards vaccinaux pour la vaccination des 0-5 ans sont déjà recueillis de façon systématique dans les CLSC du Québec, il pourrait s'agir d'un bon point de départ (les régions qui disposent d'un registre régional de vaccination pourraient plus facilement élargir la rétroaction).

Objectifs principaux : Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le PNSP et favoriser le respect du calendrier vaccinal.

3.4 Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs

Définition : La mise à jour et l'amélioration des compétences en vaccination visent à former les vaccinateurs et futurs vaccinateurs en augmentant leurs connaissances et en générant des attitudes positives à l'égard de la vaccination. La mise à jour et l'amélioration des compétences permet aux vaccinateurs de mieux appliquer les recommandations du Programme québécois d'immunisation en s'assurant que les patients reçoivent tous les vaccins qui leur sont destinés et en adoptant de bonnes pratiques vaccinales. La formation des vaccinateurs vise également à faciliter le *counseling* auprès des patients, à diminuer les occasions de vaccination manquées, à favoriser leur propre vaccination et à stimuler des changements dans l'organisation des services de vaccination. Notons également que plusieurs études ont mis en évidence un lien entre le statut vaccinal d'un professionnel de la santé et le fait qu'il recommande la vaccination aux patients¹⁵⁻¹⁹. Le soutien à la mise à jour et l'amélioration des compétences des vaccinateurs et futurs vaccinateurs peut se faire selon différentes modalités et en utilisant différents moyens (présentation magistrale, formation continue, formation en ligne, matériel écrit, etc.). Les stratégies misant sur l'éducation/l'information aux vaccinateurs ont été démontrées efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales dans le cadre d'interventions à multiples composantes. Toutefois, leur impact reste mitigé lorsqu'elles sont utilisées seules. Bien que les stratégies misant sur

l'éducation et l'information aux vaccinateurs aient une influence positive sur les attitudes par rapport à l'immunisation, leur impact sur le statut vaccinal des vaccinateurs reste à démontrer.

Niveau d'implantation : Provincial, régional, local

Objectifs principaux : Favoriser des attitudes positives par rapport à la vaccination chez les professionnels de la santé et favoriser leur propre vaccination.

ANNEXE 2

**GRILLE UTILISÉE PAR LE COMITÉ CONSULTATIF POUR
L'IDENTIFICATION DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES**

GRILLE UTILISÉE PAR LE COMITÉ CONSULTATIF POUR L'UTILISATION DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Parmi l'ensemble des interventions possibles pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan québécois de promotion de la vaccination, neuf priorités d'action avaient été retenues. Malgré ce premier effort pour identifier des priorités, les lieux possibles d'interventions et d'actions qui en découlent demeurent multiples, et un nouvel effort de mise en priorité s'avère nécessaire.

Les tableaux suivants présentent les actions et interventions retenues comme devant être implantées en priorité (en gras) parmi l'ensemble des actions et interventions présentées dans la deuxième partie du plan d'action. Ces actions et interventions ont été choisies en raison de leur adéquation avec les objectifs du PNSP.

Nous vous demandons d'évaluer chacune des actions et interventions en leur attribuant une des notes suivantes :

- 1 = intervention peu prioritaire
- 2 = intervention prioritaire
- 3 = intervention très prioritaire

Les trois critères ci-dessous pourront être utiles à votre réflexion :

1. Ampleur des changements : l'action/l'intervention proposée implique-t-elle des changements importants dans les pratiques ou dans l'organisation des services?
 - * = peu de changements, ** = quelques changements, *** = changements majeurs
2. L'action/l'intervention proposée sera-t-elle bien acceptée par les vacinateurs et par la population?
 - * = bonne acceptabilité, ** = quelques difficultés d'acceptabilité et *** = difficultés majeures d'acceptabilité
3. Coût humain et matériel^{\$} : l'action/l'intervention proposée nécessitera-t-elle une réorganisation du travail et des ressources existantes ou l'allocation de ressources supplémentaires?
 - \$ = peu ou pas de ressources supplémentaires seront nécessaires, \$\$ = quelques ressources supplémentaires seront nécessaires, \$\$\$ = importantes ressources seront nécessaires

Enfin, des lignes vides sont disponibles pour que vous ajoutiez, si nécessaire, d'autres actions ou interventions que vous jugez prioritaires (ou que vous réalisez présentement) et qui n'auraient pas été retenues.

Axe 1 : Stratégies visant à augmenter la demande de la communauté pour la vaccination

Actions et interventions par la clientèle	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire	Utilisation 1 = rarement/jamais 2 = à l'occasion 3 = souvent/toujours
0-5 ans					
• Rappel téléphonique pour les enfants de 6 semaines					
• 3 mois : Relance des enfants en retard					
• 11 mois : Rappel de la vaccination de 12 mois					
•					
•					
•					
• 17 mois : Rappel de la vaccination de 18 mois					
Vaccination scolaire					
• 4 ^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination					
• 3 ^e année du secondaire : Rappel aux parents/ados n'ayant pas signé le formulaire de consentement					
•					
Vaccination des adultes					
• Poursuivre la distribution de la lettre de rappel envoyée par la RAMQ pour la vaccination contre le pneumocoque					
•					
Vaccination des travailleurs de la santé					

Axe 1 : Stratégies visant à augmenter la demande de la communauté pour la vaccination (suite)

Actions et interventions par la clientèle	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire	Utilisation 1 = rarement/jamais 2 = à l'occasion 3 = souvent/toujours
Lettre du directeur général des établissements recommandant la vaccination contre l'influenza aux employés					
Lettre de l'OIIQ et associations médicales recommandant la vaccination contre l'influenza aux professionnels					
Poursuivre la distribution aux médecins de la lettre de rappel pour la vaccination contre l'influenza signée par le directeur de la santé publique					

Axe 2 : Stratégies visant à améliorer l'accessibilité aux services de vaccination

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire
0-5 ans				
Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai maximal de 4 semaines entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous				
Plage horaire sans R.-V. au moins 1 fois par 2 mois				
Vaccination scolaire				
Pour les élèves de la 4^e année du primaire, rattrapage en 5^e année pour compléter la vaccination				
Mise à jour de la vaccination des jeunes en Centre Jeunesse, Centre de désintoxication				
Adultes				
Durant la période d'influenza, offrir aux bénéficiaires des services des soins à domicile la vaccination contre l'influenza et, si recommandé, la vaccination contre les hépatites A et B et le pneumocoque				
Dans les centres de réadaptation en toxicomanie, selon les facteurs de risque, offrir la vaccination contre les hépatites A et B et l'influenza				
Dans les établissements de détention, offrir la vaccination contre les hépatites A et B et l'influenza auprès des détenus et du personnel				
Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai maximal de 4 semaines entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous				

Axe 2 : Stratégies visant à améliorer l'accessibilité aux services de vaccination (suite)

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire
• Plage horaire sans R.-V. au moins 1 fois par 2 mois				
•				
• 60 ans et +				
• Pour la vaccination contre l'influenza, offrir les cliniques de masse de jour, soir et fin de semaine				
• Durant toute la période recommandée, offrir un minimum de plages horaires de vaccination contre l'influenza pour répondre aux demandes				
• Durant la période d'influenza, offrir de la vaccination à domicile pour la clientèle visée par la vaccination et qui reçoit les services des soins à domicile				
• Offrir la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque dans les CHSLD privés et les résidences de personnes âgées				
• Mettre à jour la vaccination lors de l'entrée d'un nouveau bénéficiaire dans les CHSLD				
• Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai maximal de 4 semaines entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous.				
• Horaire sans R.-V. au moins 1 fois par 2 mois				
•				
• Travailleurs de la santé				
• Offrir la vaccination contre l'influenza sur les départements et au bureau du personnel et s'assurer de la disponibilité de la vaccination sur chaque quart de travail				
•				

Axe 3 : Stratégies visant à bonifier l'offre de services par les vaccinateurs

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire
0-5 ans				
• Diffusion annuelle des résultats des ententes de gestion à tous les vaccinateurs				
• Informer les vaccinateurs des objectifs provinciaux à atteindre au moment de la signature des contrats de gestion des produits				
•				
Vaccination scolaire				
• Diffusion aux CSSS des résultats de vaccination en milieu scolaire par école, par CSSS et pour la DSP				
• Diffusion aux CSSS des résultats provinciaux de vaccination en milieu scolaire par DSP				
•				
Adultes				
• Mise à jour du carnet de vaccination lors du bilan annuel et administration de tous les vaccins recommandés lors de cette visite				
• Diffusion des clientèles visées par la vaccination contre les hépatites A et B, contre l'influenza et le pneumocoque auprès des médecins et pharmaciens				
•				
60 ans et +				
• Au moment de la vaccination influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible				
• Diffusion des objectifs du MSSS et des résultats de la campagne de vaccination contre l'influenza aux vaccinateurs et aux professionnels du territoire				
•				

Axe 3 : Stratégies visant à bonifier l'offre de services par les vaccinateurs (suite)

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Priorité 1 = peu prioritaire 2 = prioritaire 3 = très prioritaire
Travailleurs de la santé				
• Diffusion des résultats annuels du MSSS de vaccination des travailleurs en CSSS et hors CSSS				
• Identifier une personne responsable de la vaccination contre l'influenza dans chaque établissement				
•				
Actions/interventions transversales				
• Maintenir la qualité et la disponibilité du livre de référence en vaccination : Protocole d'immunisation du Québec				
• Élaborer des normes (provinciales) pour la formation en immunisation adaptée aux pratiques vaccinale (0-5 ans)				
• Maintien des compétences des vaccinateurs : rencontre avec l'approche de transfert de connaissances offerte aux vaccinateurs au moins aux 2 ans				
• S'assurer que la vaccination fait partie du curriculum de formation pour les infirmières, infirmières auxiliaires, médecins, sages-femmes, pharmaciens et autres professionnels de la santé				
• Soutien téléphonique aux vaccinateurs				
•				

ANNEXE 3

BILAN DE LA CONSULTATION

BILAN DE LA CONSULTATION

Consultation auprès des personnes responsables en immunisation des directions de santé publique (DSP)

Suite à une présentation de la démarche de promotion de la vaccination lors de la réunion du Réseau des responsables en immunisation du 4 juin 2010, l'ensemble des responsables en immunisation des 18 régions sociosanitaires ont été contactés pour participer à une entrevue d'environ une heure portant sur les priorités retenues dans le plan d'action. Seize responsables ont accepté et ont été interrogés. Les entrevues étaient menées à l'aide d'une grille standardisée (voir l'annexe 4). Les participants étaient également invités à présenter sommairement l'organisation des services de vaccination offerts dans leur région. Enfin, à la fin de chacune des entrevues, les participants étaient invités à fournir les noms et coordonnées de gestionnaires et vaccinateurs en CSSS qui pourraient être intéressés à participer à la consultation.

Consultation auprès des gestionnaires et vaccinateurs

Suite aux entrevues avec les responsables en immunisation des DSP, les noms et coordonnées de 23 gestionnaires et vaccinateurs sur le terrain ont été recueillis. De ce nombre, neuf gestionnaires ont été interrogés (6 étaient responsables de l'ensemble des activités liées à la vaccination, 2 étaient responsables de la vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans et 1 était responsable de la vaccination des enfants âgés entre 0 et 5 ans et de la vaccination scolaire). Les gestionnaires interrogés provenaient tous de différentes régions du Québec. Dix vaccinateurs ont également été interrogés (4 vaccinateurs « toutes clientèles », 3 vaccinateurs 0 et 5 ans, 1 vaccinateur scolaire, 1 vaccinateur influenza et 1 vaccinateur scolaire et influenza). Les vaccinateurs interrogés provenaient de 6 régions différentes.

La durée des entrevues variait entre 30 minutes et un peu plus d'une heure selon le nombre de clientèles à vacciner dont était responsable chacune des personnes interrogées. Les entrevues des gestionnaires ayant en charge l'ensemble de la vaccination de leur organisation ont été menées à partir de la même grille que les responsables des DSP. Pour les autres entrevues, des grilles adaptées aux clientèles vaccinées ont été utilisées (annexe 4).

Parmi les 12 interventions prioritaires identifiées dans le plan d'action, les 5 actions retenues par les responsables en immunisation des DSP sont les suivantes :

1. S'assurer de la disponibilité, à court terme, de formations en ligne sur le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et ses mises à jour (88 % des responsables interrogés ont retenu cette action comme prioritaire);
2. 3 mois : relance des enfants en retard (75 %);
3. Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique en post-partum et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS (69 %);

4. Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous, afin de respecter les indicateurs des ententes de gestion (56 %);
5. 4^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination (38 %).

Pour ce qui est des gestionnaires sur le terrain, les 5 actions retenues comme prioritaires sont les suivantes :

1. Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique en post-partum et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS (89 % des gestionnaires ont retenu cette action comme prioritaire);
2. 3 mois : relance des enfants en retard (78 %);
3. Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous, afin de respecter les indicateurs des ententes de gestion (56 %);
4. S'assurer de la disponibilité, à court terme, de formations en ligne sur le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) et ses mises à jour (56 %);
5. 4^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination (44 %).

Étant donné que plusieurs des vaccinateurs interrogés œuvraient auprès d'une ou deux clientèles seulement, il ne leur était pas demandé de se prononcer quant aux actions et interventions à implanter en priorité pour l'ensemble des clientèles.

De façon générale, il ressort que plusieurs des interventions prioritaires retenues par le comité consultatif seraient déjà en place, notamment en ce qui a trait aux actions pour le milieu scolaire et la vaccination contre l'influenza. Une exception toutefois, certains responsables des DSP ont mentionné que la vaccination contre le pneumocoque n'était pas offerte au même moment que la vaccination contre l'influenza lors de la vaccination en cabinet médical. Il semble en effet que certains problèmes en lien avec le maintien de la chaîne de froid et le manque d'information sur le statut vaccinal des patients contre le pneumocoque font en sorte que les médecins préfèrent ne pas administrer ce vaccin (voir les commentaires à l'annexe 5).

Les interventions proposées pour la vaccination des 0-5 ans étaient perçues par les responsables des DSP comme étant moins bien implantées, mais comme acceptables, prioritaires et peu coûteuses à mettre en place. La plupart des gestionnaires et des vaccinateurs interrogés considéraient que le rappel à 2 mois et la relance des enfants non vaccinés à trois mois étaient déjà en place dans leur milieu. Les modalités d'implantation et

l'intensité des interventions de rappel et de relance variaient toutefois grandement. Les commentaires recueillis à ce sujet (voir annexe 5) ont permis d'adapter le plan d'action pour tenir compte de ces différences.

L'ajout de plages horaires pour la vaccination était perçu comme une intervention qui poserait davantage d'enjeux d'acceptabilité sur le terrain et de coûts humain et matériel par les responsables des DSP. Bien qu'identifiée comme une priorité par 9 des 16 responsables des DSP interrogés, cette intervention était vue comme présentant plus d'obstacles à l'implantation. Du côté des gestionnaires et des vaccinateurs, plusieurs affirmaient que cette mesure était en place dans leur milieu, la plupart du temps de jour sur semaine. Toutefois, l'ajout de plages horaires le soir et surtout les fins de semaines était perçu comme moins acceptable, plus coûteux et moins utile (voir commentaires à l'annexe 5). L'offre de rendez-vous pour la vaccination jusqu'à 17 h ou 18 h en semaine semblait être l'avenue privilégiée par les vaccinateurs et les gestionnaires pour cette intervention.

Par ailleurs, il semble que l'intégration d'un indicateur de gestion portant sur la vaccination contre l'influenza des travailleurs de la santé ne soit pas une intervention très bien perçue par l'ensemble des personnes interrogées. Seulement deux responsables des DSP, deux gestionnaires et deux vaccinateurs y étaient plutôt favorables. Les autres personnes interrogées y voyaient plutôt un facteur de démotivation (voir les commentaires à l'annexe 5). On soulignait l'importance de fournir des outils de promotion destinés aux travailleurs de la santé et de favoriser leur utilisation dans les établissements, plutôt que d'implanter un indicateur. D'autres mentionnaient également les enjeux méthodologiques inhérents à l'utilisation de ce type d'indicateur (dénominateurs, personnel soignant versus non soignant, etc.). Certains soulignaient le manque de rétroaction aux établissements des données déjà recueillies sur les couvertures vaccinales. Enfin, d'autres ont suggéré de mettre plutôt en place un indicateur qui mesurerait l'accessibilité (lieux, horaire) aux cliniques de vaccination contre l'influenza plutôt que les couvertures vaccinales.

Au niveau de la distribution du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), plusieurs responsables des DSP mentionnaient qu'une distribution élargie ne signifierait pas nécessairement une utilisation accrue et que la distribution gratuite n'était pas nécessairement un enjeu majeur étant donné le coût relativement faible et la disponibilité de l'outil sur Internet. Plusieurs responsables des DSP soulevaient le problème de la gestion des mises à jour sur le terrain. Ce problème a également été identifié par les gestionnaires et vaccinateurs sur le terrain. Toutefois, l'ensemble des vaccinateurs et gestionnaires disaient avoir facilement accès à la version papier ou électronique du PIQ dans leur milieu.

Peu de personnes interrogées ont suggéré d'ajouter de nouvelles interventions au plan d'action. La principale lacune identifiée était l'absence de stratégie de communication de masse pour faire la promotion de la vaccination auprès de la population et des professionnels en général. L'on mentionnait par exemple l'importance de réaliser des interventions de promotion auprès de la population plus réfractaire à l'immunisation (comment « attirer » ceux qui ne veulent pas se faire vacciner?).

D'autres ont mentionné l'utilisation d'approches de confirmation de rendez-vous pour favoriser le respect du calendrier vaccinal. Cette stratégie a été explorée plus en détail lors de la consultation auprès des vaccinateurs du terrain et plusieurs milieu y avait déjà recours (cette approche sera intégrée aux modalités d'implantation des interventions de rappel et de relance à 2 mois des outils de diffusion). Enfin, certains ont rappelé l'importance d'évaluer les actions implantées.

En somme, la consultation a permis de constater que :

- Plusieurs actions/interventions identifiées comme prioritaires par le comité consultatif sont déjà implantées sur le terrain, notamment en ce qui a trait à la vaccination contre l'influenza et la vaccination scolaire;
- Aucune des actions/interventions identifiées comme prioritaires ne pose des enjeux majeurs en termes de faisabilité ou d'acceptabilité, à l'exception de l'intégration d'un indicateur de gestion pour la vaccination contre la grippe saisonnière des travailleurs de la santé;
- Ce sont les actions de promotion de la vaccination qui touchent les enfants âgés entre 0 et 5 ans qui étaient perçues comme les plus prioritaires, tant pour les responsables en immunisation que pour les gestionnaires.

Suite à la consultation, la formulation et la portée de certaines des 12 actions/interventions retenues comme prioritaires ont été légèrement modifiées pour tenir compte des commentaires reçus.

ANNEXE 4

OUTILS UTILISÉS LORS DE LA CONSULTATION

OUTILS UTILISÉS LORS DE LA CONSULTATION

Grille d'entrevue – DSP et gestionnaires

Parmi l'ensemble des interventions possibles pour atteindre les objectifs fixés dans le Plan québécois de promotion de la vaccination, neuf priorités d'action avaient été retenues. Malgré ce premier effort pour identifier des priorités, les lieux possibles d'interventions et d'actions qui en découlent demeurent multiples et un nouvel effort s'est avéré nécessaire.

Le tableau suivant présente les 12 actions et interventions retenues comme devant être implantées en priorité par le groupe de travail. Ces actions et interventions ont été choisies en raison de leur adéquation avec les objectifs du PNSP, les indicateurs des ententes de gestions et les pratiques organisationnelles requises dans les ententes d'agrément.

Nous souhaitons avoir votre point de vue sur la faisabilité et l'acceptabilité de chacune de ces actions et interventions^m. Les quatre critères ci-dessous pourront être utiles à votre réflexion :

1. Ampleur des changements : l'action/l'intervention proposée implique-t-elle des changements importants dans les pratiques ou dans l'organisation des services?
 - * = peu de changements, ** = quelques changements, *** = changements majeurs
2. L'action/l'intervention proposée sera-t-elle bien acceptée par les vacinateurs et par la population?
 - * = bonne acceptabilité, ** = quelques difficultés d'acceptabilité et *** = Difficultés majeures d'acceptabilité
3. Coût humain et matériel^{\$} : l'action/l'intervention proposée nécessitera-t-elle une réorganisation du travail et des ressources existantes ou l'allocation de ressources supplémentaires?
 - \$ = peu ou pas de ressources supplémentaires seront nécessaires, \$\$ = quelques ressources supplémentaires seront nécessaires, \$\$\$ = importantes ressources seront nécessaires
4. Obstacles à l'implantation : l'action/l'intervention proposée pourra-t-elle s'implanter facilement dans les pratiques ou dans l'organisation des services?
 - * = peu d'obstacles, ** = quelques obstacles, *** = obstacles majeurs

^m Au besoin, prenez en note d'autres actions ou interventions que vous jugez prioritaires et qui n'auraient pas été retenues. Vous pourrez nous en faire part au moment de l'entrevue.

Nous vous demandons également d'indiquer si chacune des actions et interventions est déjà intégrée dans les pratiques de la majorité des endroits où il se fait de la vaccination dans votre région. SVP, utilisez les notes suivantes :

- 1 = intervention utilisée rarement/jamais, 2 = intervention utilisée à l'occasion, 3 = intervention utilisée souvent/toujours

Cette grille guidera l'entrevue, d'une durée approximative d'une heure. Ce sera l'occasion de nous faire part des obstacles et des facteurs qui faciliteront l'implantation de ces actions et interventions dans votre région et de recueillir votre opinion sur les actions et interventions les plus prioritaires parmi les 12 proposées. Nous débuterons avec quelques questions générales portant sur l'organisation des services de vaccination dans votre région.

Offre de services de vaccination dans la région :

- Proportion de la vaccination réalisée en CSSS _____

- Homogénéité/hétérogénéité dans les activités de vaccination des CSSS :

0-5 ans _____

Scolaire _____

Influenza _____

Adultes _____

- CM qui vaccinent (0-5 ans) _____ CM qui vaccinent (influenza seulement) _____ Autres _____
- GMF où il y a des activités de vaccination _____
- Autres partenaires qui offrent la vaccination, sauf influenza (pharmacies, agences d'infirmières, etc.)

Plan d'action, les actions et interventions identifiées comme prioritaires

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Obstacles à l'implantation	Utilisation 1 = rarement/jamais 2 = à l'occasion 3 = souvent/toujours
0-5 ans					
• Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique en post-partum et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS					

Plan d'action, les actions et interventions identifiées comme prioritaires (suite)

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Obstacles à l'implantation	Utilisation 1 = rarement/jamais 2 = à l'occasion 3 = souvent/toujours
• 3 mois : Relance des enfants en retard					
• Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous, afin de respecter les indicateurs des ententes de gestion					
Vaccination scolaire					
• 4^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination					
• Diffusion (rétroaction) aux CSSS des résultats de vaccination en milieu scolaire par école, par CSSS et par région					
Vaccination des adultes					
• Durant toute la période recommandée, offrir un minimum de plages horaires de vaccination contre l'influenza pour répondre à la demande					
• Durant toute la période d'influenza, offrir la vaccination dans les milieux de vie pour la clientèle visée non autonome (CHSLD, résidences privées ou via les services de soins à domicile)					
• Au moment de la vaccination contre l'influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible					
Vaccination des travailleurs de la santé					
• Intégrer un indicateur de gestion portant sur la vaccination contre l'influenza saisonnière chez les travailleurs de la santé					

Plan d'action, les actions et interventions identifiées comme prioritaires (suite)

Actions et interventions par clientèles	Ampleur des changements	Acceptabilité	Coûts humains et matériels	Obstacles à l'implantation	Utilisation 1 = rarement/jamais 2 = à l'occasion 3 = souvent/toujours
Actions et interventions transversales					
Maintenir la qualité et rendre disponible à tous les vaccinateurs le livre de référence en vaccination : le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)					
S'assurer de la disponibilité, à court terme, de formations en ligne sur le PIQ et ses mises à jour (INSPQ avec la collaboration avec le Groupe sur l'acte vaccinal – à valider)					
Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (nourrissons, voyageurs, etc.)					

Parmi ces 12 actions/interventions, lesquelles vous semblent les plus prioritaires?

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle 0-5 ans

Nom de la personne _____ Tél. _____ Poste _____ CSSS _____ Région _____	
Les actions retenues en priorité dans le plan d'action	
Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique en post-partum et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS (liste des avis de naissances vivantes)	Situation actuelle : De quelle(s) façon(s) un parent d'un nouveau-né est-il informé de la vaccination prévue à 2 mois? Comment obtient-il son rendez-vous? Est-ce différent lors de la naissance du 2^e et 3^e enfant? Situation désirée : Augmenter la demande de la communauté, diminuer les démarches des parents pour obtenir un rendez-vous Au moment du premier contact téléphonique en post-partum - rappel de la vaccination prévue à 2 mois - prise de rendez-vous pour les parents qui souhaitent faire vacciner leur nouveau-né au CLSC Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité : Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation :
Relance des enfants non vaccinés à 3 mois	Situation actuelle : Est-ce que vous confirmez les rendez-vous de vaccination? Lorsqu'un parent d'un enfant de 2 mois ne s'est pas présenté à son rendez-vous, une relance est-elle faite? Si oui, - combien de temps après le rendez-vous manqué? - généralement, quel est le délai entre le rendez-vous manqué et le nouveau rendez-vous?
	Situation désirée : Augmenter la demande de la communauté Pour tous les rendez-vous manqués d'enfants de 2 mois, relance dans le mois qui suit pour fixer un autre rendez-vous (délai optimal de 1 mois entre les 2 rendez-vous). Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité : Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation :

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle 0-5 ans (suite)

Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal, afin de respecter les indicateurs des ententes de gestion	Situation actuelle : Quel est le délai entre la demande pour un rendez-vous et le rendez-vous pour un enfant de 2 mois et un enfant de 1 an? <table><tr><td></td><td>2 mois</td><td>1 an</td></tr><tr><td>Moins de 7 jours</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Entre 7-14 jours</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Plus de 14 jours</td><td></td><td></td></tr></table> Si plus de 7 jours, avez-vous mis en place des mesures, afin de diminuer ces délais? Si oui, lesquelles? Avez-vous des cliniques de vaccination le soir? la fin de semaine? Si oui, à quelle fréquence? Situation désirée : Améliorer l'accessibilité aux services de vaccination Actuellement, dans les ententes de gestion, les enfants de 2 mois et les enfants de 1 an devraient recevoir leurs vaccins dans la semaine suivant l'âge recommandé (un délai optimal de 1 semaine est demandé entre l'appel et le rendez-vous ou entre la date prévue et le rendez-vous) Afin de répondre à ce critère, des procédures devraient être en place pour permettre aux personnes concernées (secrétaires ou vaccinatrices) d'ajouter facilement et rapidement des plages horaires. De plus, afin d'augmenter l'accessibilité, il est recommandé d'avoir des plages horaires le soir et même la fin de semaine. Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité: Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation :		2 mois	1 an	Moins de 7 jours			Entre 7-14 jours			Plus de 14 jours		
	2 mois	1 an											
Moins de 7 jours													
Entre 7-14 jours													
Plus de 14 jours													

Après avoir pris connaissance du résumé du Plan québécois de promotion de la vaccination et des 12 actions qui ont été retenues comme prioritaires pour le plan d'action, y a-t'il des interventions de promotion qui vous semblent essentielles et qui ont été oubliées? Avez-vous des suggestions à faire au niveau des priorités pour le plan d'action pour la promotion de la vaccination pour votre clientèle?

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle scolaire

Nom de la personne _____ Tél. _____ Poste _____ CSSS _____ Région _____	
Les actions retenues en priorité dans le plan d'action	
4^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination	Situation actuelle : Pour la vaccination des élèves de la 4^e année du primaire (VPH et Twinrix), les formulaires de consentement sont distribués dans les classes, soit par l'infirmière scolaire ou par le professeur. Comment se fait le recueil des formulaires? Que faites-vous pour les formulaires manquants? Pour l'élève dont le parent accepte la vaccination (VPH ou Twinrix) et qui est absent le jour de la vaccination, quelle est votre procédure? À la fin de l'année scolaire, que faites-vous pour l'enfant qui n'a pas complété sa vaccination (VPH ou Twinrix)? Situation désirée : Augmenter la demande de la communauté par un système de rappel et de relance pour la personne à vacciner L'infirmière scolaire devrait avoir en sa possession un formulaire de consentement à la vaccination pour chaque élève de la 4^e année du primaire, peu importe si le parent accepte ou refuse la vaccination. Pour les formulaires non retournés : • un rappel dans l'agenda de l'enfant ou par appel téléphonique, afin d'obtenir l'ensemble des consentements Pour l'élève dont le parent a accepté la vaccination et qui n'a pas complété sa vaccination : • relance, afin d'informer le parent de la procédure pour compléter la vaccination Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité : Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation :

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle scolaire (suite)

Diffusion (rétroaction) aux CSSS des résultats de vaccination en milieu scolaire par école, par CSSS et par région	Situation actuelle : À la fin de l'année scolaire, est-ce que vous faites un bilan de la vaccination pour chaque école? Votre bilan est-il fait à partir des formulaires de consentement ou par l-CLSC? Dans le cas d'l-CLSC, est-ce que les refus sont inscrits dans le système? Le bilan est-il envoyé à la DSP par école, par CLSC ou par CSSS? Recevez-vous de votre DSP un bilan de la vaccination? Si oui comment est présenté le bilan? Situation désirée : Bonifier l'offre de services par le retour d'information aux vaccinateurs sur la couverture vaccinale À la fin de chaque année scolaire, chaque vaccinatrice devrait recevoir les résultats de la vaccination pour l'ensemble des écoles de son CLSC. De plus, des bilans de la vaccination de : • son CSSS • de l'ensemble des CSSS de la DSP • et un bilan provincial devraient être disponibles Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité : Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation : Utilité de l'action :
---	---

Après avoir pris connaissance du résumé du Plan québécois de promotion de la vaccination et des 12 actions qui ont été retenues comme prioritaires pour le plan d'action, y a-t-il des interventions de promotion qui vous semblent essentielles et qui ont été oubliées? Avez-vous des suggestions à faire au niveau des priorités pour le plan d'action pour la promotion de la vaccination pour votre clientèle?

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle adulte : influenza

Nom de la personne _____ Tél. _____ Poste _____ CSSS _____ Région _____																																																																																																																																																															
Les actions retenues en priorité dans le plan d'action																																																																																																																																																															
Durant toute la période recommandée, offrir un minimum de plages horaires de vaccination contre l'influenza pour répondre aux demandes Durant toute la période d'influenza, offrir la vaccination dans les milieux de vie pour la clientèle visée non autonome (CHSLD, résidences privées ou via les services à domicile) Au moment de la vaccination contre l'influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible	Situation actuelle : Nous aimerions connaître l'offre de services pour la vaccination influenza sur votre territoire avant la campagne de vaccination H1N1 ou si vous le savez, pour la saison Influenza 2010-2011. Pour chaque mois, cochez les services disponibles et, pour chaque offre de services, indiquez si la vaccination contre le pneumocoque est offerte aux personnes ciblées. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Offre de services</th> <th style="width: 5%;">Nov.</th> <th style="width: 5%;">Déc.</th> <th style="width: 5%;">Janv.</th> <th style="width: 5%;">Févr.</th> <th style="width: 5%;">Mars</th> <th style="width: 5%;">Avr.</th> <th style="width: 5%;">Pneumo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>POD (stations) avec rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>POD (stations) sans rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique de masse avec rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique de masse sans rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique avec rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique sans rendez-vous</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique de soir</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique la fin de semaine</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vaccination au sans rendez-vous du CLSC</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tournée des paroisses (1 fois)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique nursing</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autre clinique au CLSC</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacc. pour les patients des soins à domicile</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacc. dans les résidences privées de personnes âgées</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacc. dans les CHSLD (ancien et nouveau bén.)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique selon demande</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vaccination dans clinique régulière (enfant)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Clinique spéciale pour la deuxième dose</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Offre de services	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Pneumo	POD (stations) avec rendez-vous								POD (stations) sans rendez-vous								Clinique de masse avec rendez-vous								Clinique de masse sans rendez-vous								Clinique avec rendez-vous								Clinique sans rendez-vous								Clinique de soir								Clinique la fin de semaine								Vaccination au sans rendez-vous du CLSC								Tournée des paroisses (1 fois)								Clinique nursing								Autre clinique au CLSC								Vacc. pour les patients des soins à domicile								Vacc. dans les résidences privées de personnes âgées								Vacc. dans les CHSLD (ancien et nouveau bén.)								Clinique selon demande								Vaccination dans clinique régulière (enfant)								Clinique spéciale pour la deuxième dose							
Offre de services	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Pneumo																																																																																																																																																								
POD (stations) avec rendez-vous																																																																																																																																																															
POD (stations) sans rendez-vous																																																																																																																																																															
Clinique de masse avec rendez-vous																																																																																																																																																															
Clinique de masse sans rendez-vous																																																																																																																																																															
Clinique avec rendez-vous																																																																																																																																																															
Clinique sans rendez-vous																																																																																																																																																															
Clinique de soir																																																																																																																																																															
Clinique la fin de semaine																																																																																																																																																															
Vaccination au sans rendez-vous du CLSC																																																																																																																																																															
Tournée des paroisses (1 fois)																																																																																																																																																															
Clinique nursing																																																																																																																																																															
Autre clinique au CLSC																																																																																																																																																															
Vacc. pour les patients des soins à domicile																																																																																																																																																															
Vacc. dans les résidences privées de personnes âgées																																																																																																																																																															
Vacc. dans les CHSLD (ancien et nouveau bén.)																																																																																																																																																															
Clinique selon demande																																																																																																																																																															
Vaccination dans clinique régulière (enfant)																																																																																																																																																															
Clinique spéciale pour la deuxième dose																																																																																																																																																															

Guide entretien CSSS
Plan d'action pour la promotion de la vaccination
Clientèle adulte : influenza (suite)

	Situation désirée : Améliorer l'accessibilité aux services de vaccination par l'augmentation des plages horaires de vaccination Durant toute la période d'influenza (novembre à avril), disponibilité d'un minimum de plages horaires de vaccination Pour les clientèles captives, offre de la vaccination contre l'influenza dans les milieux de vie (CHSLD, résidence privée, soin à domicile) Profiter de la vaccination contre l'influenza pour offrir sur place aux clientèles ciblées la vaccination contre le pneumocoque Modifications à apporter pour la mise en place de l'action Ampleur des changements : Acceptabilité : Coûts humains et matériels : Obstacles à l'implantation :
Intégrer un indicateur de gestion portant sur la vaccination saisonnière chez les travailleurs de la santé	Parmi les actions prioritaires (mais non retenues dans un premier temps), nous retrouvons la mise en place d'un indicateur de gestion pour la vaccination saisonnière contre l'influenza chez les travailleurs de la santé. De votre côté, est-ce que vous pensez qu'un tel indicateur vous aiderait pour la campagne de vaccination influenza? Si oui, à quel niveau? Est-ce que ça pourrait influencer la couverture vaccinale des travailleurs de la santé? Est-ce que les résultats de couverture vaccinale des travailleurs de la santé sont diffusés aux établissements du CSSS? Selon vous, cette action devrait-elle remplacer une des trois priorités précédentes?

Après avoir pris connaissance du résumé du Plan québécois de promotion de la vaccination et des 12 actions qui ont été retenues comme prioritaires pour le plan d'action, y a-t-il des interventions de promotion qui vous semblent essentielles et qui ont été oubliées? Avez-vous des suggestions à faire au niveau des priorités pour le plan d'action pour la promotion de la vaccination pour votre clientèle?

ANNEXE 5

**COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS
PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION**

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION

Actions/interventions	Commentaires
0-5 ans	
1. Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés lors du premier contact téléphonique en post-partum et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en CSSS	DSP • Importance de sensibiliser les parents • Les femmes ne sont pas réceptives à ce moment pour discuter de la vaccination, il faudrait privilégier la promotion en prénatal Gestionnaires/Vaccinateurs • Impensable, trop tôt, les parents vont oublier le rendez-vous, agressif pour les parents • Le rappel est fait en personne lors de la visite de l'infirmière à domicile, plus facile qu'au téléphone et plus payant, car l'infirmière peu répondre aux questions des parents. L'infirmière colle une étiquette dans le carnet de vaccination et donne les R.-V. de 2, 4 et 6 mois aux parents qui veulent faire vacciner au CSSS. Liens sont faits avec la centrale de R.-V. • R.-V. donné par l'inf. lors de la visite postnatale; en plus le parent est appelé la veille du R.-V. (2 mentions) • Le R.-V. pour 1^{er} vaccin est donné en personne lors de la visite de l'infirmière à domicile; les autres R.-V. se donnent à la vaccination (à 2 mois pour 4 mois; à 4 mois pour 6 mois, etc.) • Le rappel est fait en personne lors de la visite de l'infirmière à domicile, plus efficace qu'au téléphone. Le parent doit rappeler au CLSC pour fixer un R.-V. Près de 10 % (estimation personnelle de l'interviewée) disent préférer faire vacciner l'enfant par le médecin pour la vaccination de 2 mois, mais pour les vaccinations suivantes, appellent au CLSC. Les R.-V. de 12 mois non problématiques parce que donnés à la vaccination de 6 mois (liste disponible), idem pour la vaccination de 18 mois • À la visite postnatale, information donnée. Si le parent n'a pas tél. la semaine avant tél. du CLSC. Rendez-vous au moment de l'appel tél. c'est un peu tôt. Pas vraiment le bon moment • Un commis appelle tous les parents des enfants à 1 mois de naissance à partir des avis de naissances reçus; pas les enfants visités à domicile (re : sortie précoce, c'est l'infirmière qui rappelle le R.-V. à prendre) • Lors de la visite postnatale, les parents reçoivent de l'info par l'infirmière qui les informe qu'ils recevront une lettre. Dans cette lettre, le R.-V. de vaccination est déjà fixé et de l'info est donnée sous forme de trousse avec un formulaire de consentement. Les parents seraient peu disponibles pour de l'info lors de l'appel 24 h après la sortie de l'hôpital. Les R.-V. sont pris pour le prochain vaccin (4, 6, 12 et 18 mois) sur place • Dans le Nord, la vaccination des enfants est complètement prise en charge par le CLSC. Lorsque l'enfant naît, une carte de vaccination est créée et c'est le CLSC qui téléphone aux parents (pour tous les vaccins 2, 4, 6, 12, 18 mois et 15 ans) pour leur dire de venir faire vacciner leur enfant. Si le parent ne se présente pas, il est relancé 2 ou 3 fois, s'il n'est toujours pas venu, une note est mise au dossier de l'enfant et lorsqu'il vient au CLSC pour autre chose on offre la vaccination

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
2. 3 mois : Relance des enfants en retard	DSP • Importance de sensibiliser les parents, plusieurs ne considèrent pas que c'est « grave » d'avoir un retard • Confirmer les R.-V. pourrait être intéressant en ce sens • Parents qui oublient le R.-V. après plusieurs reprises. Quoi faire? • Irréaliste à l'heure actuelle avec les compressions budgétaires demandées aux CSSS Gestionnaires/Vaccinateurs • Il y a une confirmation des R.-V. de faite par la centrale quelques jours avant le R.-V. pour 2 mois, si le parent ne se présente pas à son R.-V., il est relancé immédiatement et un nouveau R.-V. lui est donné dans la semaine suivant. C'est préférable que d'attendre à 3 mois (2 mentions similaires) • Fait à tout âge, rapidement après la date du R.-V. manqué pour redonner nouveau R.-V., max. 3 sem. de délai pour le prochain R.-V. • Impossible, pas de logistique en place pour faire cela, pas de système informatique pour supporter l'action. Par contre, la veille du R.-V., le CLSC appelle le parent pour lui rappeler le R.-V. Aussi, lorsqu'un client ne se présente pas au R.-V. (7 à 10 % de R.-V. manqués), le CLSC appelle rapidement un client prioritaire inscrit sur une liste d'attente (liste des clients qui accusent un retard important pour leur vaccination). Les R.-V. de nourrissons sont préférés sur semaine, les 12 et 18 mois viennent plus la fin de semaine • Pas à prioriser, car les énergies sont plutôt mises sur le rappelle à 1 mois et à 11 mois, en plus de l'ajout de plages pour diminuer les délais à 2 mois et 12 mois • Relance faite à 2 mois + 1 semaine. Outils : les infirmières ont un registre et utilisation de I-CLSC • Les relances avant le R.-V. prévu, ou après si le parent ne s'est pas présenté, se fait uniquement pour les R.-V. de 12 mois et pour la clientèle vulnérable en suivi au CLSC. Sont en train de réfléchir pour revoir l'organisation des cliniques de vaccination • Les parents qui ne se sont pas présentés à leur R.-V. (fixé par lettre) sont relancés dans les jours suivants et le R.-V. est donné moins de 7 jours après. Peu pertinent d'attendre à 3 mois. Pas de confirmation des R.-V. sauf pour ceux qui ne se sont pas présentés la 1^{re} fois. Il y a confirmation des R.-V. de 12 et 18 mois étant donné délai entre le R.-V. est donné et le moment

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
3. Ajout de plages horaires (incluant soir et fin de semaine), afin de répondre aux demandes dans un délai optimal entre la date prévue de vaccination et le rendez-vous ou entre la date de l'appel et le rendez-vous, afin de respecter les indicateurs des ententes de gestion	DSP • Les soirs ne sont pas un bon moment pour les parents, privilégier les samedis avant-midi • Un problème, c'est que les gens ne se présentent pas • Déplacer des cliniques (jour/semaine) vers le soir ou la fin de semaine ne nécessite pas de frais supplémentaires • Peu applicable : Les CSSS font la tournée des paroisses aux 4 semaines • La tendance actuelle est de délaissé des suivis de bébés pour faire de la vaccination, pas de place pour ajouts de cliniques • Problème d'acceptabilité, car personne ne veut travailler les soirs et fins de semaine, mais important quand même (curatif le font déjà) • Action non justifiée s'il n'y a pas de retard • Certains CSSS font la tournée des paroisses • Les CSSS se plaignent que les cliniques habituelles ne sont pas remplies • Obstacles du côté des parents qui ne se présentent pas (jusqu'à 50 %) Gestionnaires/Vaccinateurs • Entente de gestion actuelle non réaliste, non acceptable, démoralisante (4 mentions) • Fin de semaine : Difficultés majeures, non acceptable, obstacles majeurs (3 mentions) • Fin de semaine : 50 % ne se présentent pas au R.-V. • Le soir 1 fois par mois et ce n'est pas complet • Ajouts de cliniques au besoin, mais pas le soir ou la fin de semaine. Avant, il y avait possibilité d'avoir R.-V. jusqu'à 18 h, mais ça a été abandonné. Les cliniques sont ajoutées de jour sur semaine. À 12 et 18 mois, les parents sont vus par groupe de 3 pour accélérer le processus (au lieu de répéter les mêmes infos) • Des ajouts de plages se font régulièrement, mais seulement de jour, sur semaine. Les parents n'utilisent pas les plages de soir ou fin de semaine. La manière dont les R.-V. se donnent, à 2 mois ou lors des vaccinations subséquentes, cela fait qu'on n'a pas trop de délais, si ça déborde, on ajoute des plages. Aussi ajout de soirs et de fins de semaine est jugée peu utile étant donné l'expérience de vaccination dans les CPE, en période de vaccination influenza, on offre des plages jusqu'à 19 h, mais les parents n'utilisent pas les plages passé 17 h

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
	• Ajouts de plages horaires au besoin (ponctuellement, mais régulièrement) en lien avec les retards ou si il y a un boom de naissances, pour que les R.-V. puissent être donnés à 2 mois et la semaine suivante. Pas de R.-V. la fin de semaine, moins acceptable pour les parents (beaucoup de parents ne se présentent pas). Sinon, offre de R.-V. tôt le matin (8 h) et jusqu'en début de soirée (18 h). Plusieurs modalités ont été essayées et c'est ce qui est le plus acceptable pour les parents, surtout ceux qui travaillent (passent faire vacciner avant d'aller à la garderie le matin ou en sortant de la garderie le soir, plus facile que de ressortir après le souper). Deux infirmières avec horaire 7 h 45-15 h 45 et 10 h-18 h 15 • Ajouts de plages horaires au besoin (ponctuellement, mais régulièrement) en lien avec l'importance des délais qui s'installent (on ne dépasse jamais le délai de 4 sem.; le délai à 7 jours est présentement de 61 %; les ajouts de plages sont réservés aux 2 mois et 12 mois) • L'augmentation de plages horaires lorsque les délais d'attente dépassent les délais habituels (Habituel = 2 semaines à 1 mois pour la visite de 2 mois et 2 sem. à 2 mois pour les autres visites) est chose courante. Par contre, cette pratique est remise en question parce que trop coûteuse. Un comité a été créé il y a 3 mois pour tenter de trouver des solutions moins coûteuses
Vaccination scolaire	
4. 4^e année du primaire : Rappel aux parents des élèves n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination	Gestionnaires/Vaccinateurs • Avoir une préoccupation continuelle de vérifier le carnet et le mettre à jour. Importance de créer des liens étroits avec les écoles, partenaires majeurs. Beaucoup de collaboration entre les écoles lors de cliniques scolaires. En même temps, on veut limiter les infirmières à leur rôle infirmier (formulaires distribués par profs) • Bonne collaboration des écoles, souvent, seulement 10 à 15 parents par école doivent être relancés • La collaboration des écoles est essentielle, mais reste fragile, pour la distribution des consentements. C'est l'inf. scol. qui fait la relance pour les consentements non retournés, les R.-V. de vaccination manqués et les cas particuliers. Fonctionnement déjà en place et efficace, mais les inf. doivent délaissier d'autres activités du programme scolaire. Plusieurs solutions sont mises en œuvre pour permettre le rattrapage scolaire sur le territoire (rattrapage en fin d'année ou au début de l'année suivant, R.-V. au CLSC, etc.) • Pas d'infirmière scolaire dans le CSSS, la collaboration des profs est essentielle. Formulaire non retournés souvent par les enfants en garde partagée. La relance est faite seulement aux parents qui ont mal complété le formulaire. L'infirmière se sent mal de solliciter les parents qui n'ont rien retourné (est-ce que c'est mon rôle? je ne suis pas en milieu scolaire? est-ce qu'on a le droit d'achaler les parents?)

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
	• S'il manque des formulaires, il y a un appel aux parents, l'inf. donne des explications et le consentement est obtenu verbalement. Il y a toujours deux cliniques sur 2 semaines pour rattraper enfants qui étaient absents et ceux qui n'ont toujours pas été vaccinés ont un R.-V. au CLSC. Sinon, la carte de vaccination est reprise à l'automne suivant et la vaccination est complétée
5. Diffusion (rétroaction) aux CSSS des résultats de vaccination en milieu scolaire par école, par CSSS et par région	DSP • Non pertinent par école. Même infirmière qui fait tout le scolaire • Plusieurs DSP reçoivent les compilations par CLSC et non par école Gestionnaires/Vaccinateurs • Aucun bilan provincial n'est reçu (8 mentions)
Autres commentaires pour la vaccination scolaire	Gestionnaires/Vaccinateurs • Ne pas oublier la vaccination au secondaire, important et plus difficile • Dépliant sur la varicelle est très compliqué et difficile à comprendre par les parents • Mise à jour à la maternelle très important et très efficace. La même chose pour les élèves de la 4^e année
Vaccination des adultes	
6. Durant toute la période recommandée, offrir un minimum de plages horaires de vaccination contre l'influenza pour répondre à la demande	DSP • Déjà fait, mais problème de communication : les gens ne savent pas où se présenter • La DSP reçoit beaucoup de téléphones des CSSS pour savoir quand ils peuvent arrêter de vacciner influenza
7. Durant toute la période d'influenza, offrir la vaccination dans les milieux de vie pour la clientèle visée non autonome (CHSLD, résidences privées ou via les services de soins à domicile)	
8. Au moment de la vaccination contre l'influenza, offrir la vaccination contre le pneumocoque pour la clientèle cible	DSP • Vaccin pneumo disponible seulement au CLSC, car perte de vaccins et revaccination en CM • Les médecins ne veulent pas pneumo à cause du maintien de la chaîne de froid • Si on leur demande de vacciner pneumo, risque que les médecins refusent de vacciner influenza

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
Vaccination des travailleurs de la santé	
9. Intégrer un indicateur de gestion portant sur la vaccination contre l'influenza saisonnière chez les travailleurs de la santé	DSP • Peu favorable à la mise en place. Ne croit pas que ça va augmenter la couverture vaccinale • Il faut mesurer quelque chose qui pourrait amener un changement (ex. : n^{bre} d'heures) • Il serait préférable de mesurer des façons de faire • Quelle définition de travailleur santé? Dénominateur non fiable • Plutôt offrir de la rétroaction avec les données déjà recueillies par DSP et fournir outils + stratégies. Il faut convaincre les travailleurs de la santé de l'utilité de la vaccination et de la sécurité • Indicateur vu comme contrôle donc problème d'acceptabilité (trop de pression) • Avec le H1N1, les gens sont fatigués d'entendre parler d'influenza • Indicateur d'accessibilité (lieux, horaire) ou offre de services (ex. : indicateur en prévention des infections) serait plus intéressant • Ce que les milieux veulent, c'est des stratégies pour faire la promotion (outils), déjà beaucoup d'amélioration (14 % à 45 % et toujours en augmentation) • Doute quant à l'utilité de l'indicateur qui pourrait être mal perçu • Ils ont déjà mis en place un indicateur pour TS (80 %) à l'échelle régionale. Vu comme très positif : un levier pour agir. Gestionnaires trouvent aussi que c'est une bonne idée • Un bon début serait de retourner les données aux établissements (rétroaction) puisqu'on leur demande déjà • Impact sur les administrateurs, pour le reste : peu utile Gestionnaires/Vaccinateurs • Pas utile, pas d'influence sur la couverture vaccinale (4 mentions) • Déjà un problème avec ceux de 2 mois et 1 an • Pas d'utilisation formelle d'un indicateur, mais suivi des couvertures vaccinales (2 mentions) • Peu pertinent, problème c'est les refus dus aux fausses croyances chez travailleurs

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
Actions et interventions transversales	
10. Maintenir la qualité et rendre disponible à tous les vaccinateurs le livre de référence en vaccination : le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	DSP • Faire des efforts pour promouvoir l'utilisation du PIQ • Meilleure reconnaissance de l'outil si distribution gratuite, beaucoup de frustration de ne pas avoir le PIQ à portée de main • Les mises à jour ne sont pas faites. Le problème sur le terrain, c'est les mises à jour • Offre gratuite peu envisageable pour l'instant (à l'exception des copies fournies par le MSSS) • La gratuité ne serait pas un si gros +. Déjà bien utilisé et distribué (même les mises à jour). Publicité faite sur PIQ Internet. Problème surtout avec les vaccinateurs occasionnels (ex. : urgence) • Souvent, ils ont le PIQ, mais de la difficulté à l'interpréter. Plus facile de téléphoner à la DSP
11. S'assurer de la disponibilité, à court terme, de formations en ligne sur le PIQ et ses mises à jour (INSPQ avec la collaboration avec le Groupe sur l'acte vaccinal – à valider)	DSP • Très favorable, mais il faudrait que l'employeur laisse du temps (indicateur pour temps de formation, ex. : sur pandémie) • Ne pas déresponsabiliser les établissements qui ont le mandat de former leur personnel • Absence d'accès à un ordinateur • Absence d'accès à Internet haute vitesse (mettre la formation sur un CD) • Viser les médecins qui reçoivent peu de formation • Il faudrait avoir un registre où les noms de ceux qui ont suivi la formation seraient disponibles. Pourrait rendre la formation en personne plus efficiente Gestionnaires/Vaccinateurs • Ne remplace pas une formatrice, interaction avec une personne, révision avec une personne (4 mentions) - Formation sur le Web, oui, mais formation de groupe doit rester, car les périodes de discussions (le fait d'entendre les questions et réponses des autres), sont essentielles pour l'apprentissage - Formation en ligne ne doit pas remplacer formation en personne. Les employeurs ont tendance à remettre le PIQ et dire « lisez ça », ça pourrait aider, mais interaction et formation en personne demeurent essentielles • 2 critères importants : employeurs donnent du temps, infirmière intéressée (3 mentions) • Quelques difficultés avec les infirmières plus âgées • Intéressant mais non prioritaire • Intéressant, mais accès aux ordinateurs est problématique, générera des coûts

COMMENTAIRES SUR CHACUNE DES ACTIONS/INTERVENTIONS PRIORITAIRES RECUEILLIES LORS DE LA CONSULTATION (SUITE)

Actions/interventions	Commentaires
	• Très utile pour avoir une base commune • Intérêt marqué pour la formation en ligne avec besoins spécifiques de formation sur les nouveaux vaccins disponibles. Les ordis sont disponibles, mais pas nécessairement exclusif pour chaque vaccinateur • Serait très apprécié, mais penser à faire un CD car aucun accès haute vitesse et souvent problèmes avec les vidéos, etc.
12. Former un groupe de travail provincial pour évaluer les besoins de formation en immunisation et les stratégies à mettre en place pour la formation en immunisation adaptée aux clientèles vaccinées (nourrissons, voyageurs, etc.)	DSP • Favorable, mais il faudrait la participation des gens du terrain • Participation des responsables en immunisation • Utiliser le matériel déjà existant • Modèle à suivre : formation sur l'allaitement • Démontrer que la vaccination est un acte complexe (pas juste planter une aiguille dans un bras). Sensibiliser gestionnaires à ce niveau



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

