INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

Québec

Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Octobre 2015

Institut national de santé publique Québec

AUTEURES

Maryse Guay, M.D., M. Sc., F.R.C.P.C.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre/Direction de santé publique
Université de Sherbrooke
Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Paule Clément, M.O.A.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Carole Vanier, Ph. D.
Institut national de santé publique du Québec
Université de Sherbrooke

Sandie Briand, Ph. D.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS ET PARTICIPANTES COCHERCHEUSES*

Membres du Comité d'orientation

Geneviève Baron, Chantal Boulet, Nicole Boulianne, Nicholas Brousseau, Joane Désilets, Eve Dubé, Fernand Guillemette, Monique Landry, Jacques Lemaire, Cécile Michaud et Geneviève Petit.

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

Élizabeth Cadieux, Nathalie Caron, Karine Chabot, Joane Désilets, Francine Gravel, Chantal Thibodeau, Johanne Vézina et, à titre posthume, feu Richard Lanthier.

Membres du comité de pilotage de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Anny-Claudine Bernard, Hélène Bertrand, Carole Boudreau, Andrée Brière, Nicholas Brousseau, Lucette Cloutier, Chantal Desaulniers, Nathalie Forcier, Fernand Guillemette, Marie-Claude Hardy, Isabelle Jean, Sandra Lacerte, Lucie Laforest, Marie-Claude Leclerc, Nathalie Legault, Mélissa Marcoux, Nicole Neault, Marie-Claude Rousseau, Élaine St-Onge, Sabrina Théberge, Sylvie Rose Tremblay et Suzanne Zewski.

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

Isabelle Aubry, Claudette Beaudoin, Chantal Boulet, Annie Cormier, Gisèle Demers, Louise Giasson, Catherine Guimond, Patricia Hudson, Céline Lévesque, Danielle Meilleur, Ingrid Pelletier, Annie Pinard, Patricia Quirion, Nathalie Scott, Marie-Andrée Séguin et Jo-Anne Themens.

MISE EN PAGE

Francine Laroche-Savard
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre/Direction de santé publique

Cette étude a été financée principalement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le Programme de subventions en santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a également soutenu la réalisation du projet.

* La liste des personnes ayant contribué à l'étude et leur organisation d'appartenance est présentée à l'annexe 1.

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 – 1er TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-74701-7 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-74702-4 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

Les auteures remercient chaleureusement toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans dans la cadre de l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?.* Il s'agit des membres du Comité d'orientation, des membres des comités de pilotage, des collègues de la Direction de santé publique de Lanaudière, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de la Montérégie, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne et de l'Université de Sherbrooke. Les travaux réalisés ont bénéficié de l'appui de plusieurs personnes et les auteures tiennent particulièrement à remercier madame Aicha Hamid. Elles remercient également les gestionnaires et membres du personnel des diverses organisations impliquées dans le projet pour leur confiance et leur engagement à son accomplissement. Enfin, les auteures sont reconnaissantes de la contribution des parents des jeunes enfants qui ont accepté de partager leur opinion sur la vaccination.

Table des matières

Liste des sigles et acronymes V

Introduction 1

1 Population 5

2 Promotion de la vaccination 7

3 Ressources 11

4 Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans 13

5 Formation 21

6 Gestion des produits immunisants (GPI) 23

7 Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI) 25

8 Qualité de l'acte vaccinal 27

9 Environnement 29

Références 31

Annexe 1 Liste des collaborateurs et participantes cochercheuses ainsi que leur organisation d'appartenance au moment où ils ont contribué à l'étude 33

Annexe 2 Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans Éléments inclus au modèle et justifications 39

Liste des sigles et acronymes

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CV	Couverture vaccinale
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
ESPRI	Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation
GMF	Groupe de médecine de famille
GPI	Gestion des produits immunisants
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MEV	Maladies évitables par la vaccination
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OSV	Organisation des services de vaccination
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQI	Programme québécois d'immunisation
RLS	Réseau local de services
RV	Rendez-vous
SI-PMI	Système d'information en protection des maladies infectieuses
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Introduction

Le présent document décrit le plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination des enfants de 0-5 ans élaboré dans le cadre de l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?* (Guay *et al.,* 2015). Ce modèle a été mis à l'épreuve dans 14 centres de santé et de services sociaux (CSSS) depuis 2014. Il a été construit dans la perspective de l'exercice, dans les CSSS, du mandat de responsabilité populationnelle et de coordination du réseau local de services (RLS) qui leur était confié. Dans ce contexte, le modèle optimal situe le CSSS (maintenant le *Centre intégré de santé et de services sociaux* (CISSS)) au cœur des actions à mettre en œuvre, avec le soutien de la Direction de santé publique (DSP) et en collaboration avec les partenaires du réseau local. Par ailleurs, bien que l'étude se soit déroulée dans un contexte organisationnel dont les structures ont été modifiées par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015), le modèle optimal offre suffisamment de souplesse pour pouvoir s'appliquer à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1re ou 2e ligne. La justification du contenu du modèle est résumée à l'annexe 2, mais pour plus de détails, il faut consulter le rapport de recherche (Guay *et al.,* 2015).

Le document s'adresse aux gestionnaires et intervenants des CISSS et des DSP ainsi qu'aux responsables et aux partenaires locaux, régionaux et nationaux qui veulent s'engager dans la planification et la réalisation de changements en faveur d'une amélioration de l'offre de service en vaccination pour les enfants de 0-5 ans au Québec. Il représente un outil et un guide permettant de faciliter le choix et la réalisation d'actions concrètes pour des services de vaccination efficaces et de qualité.

Le plan de mise en œuvre propose, pour chacune des composantes du schéma illustrant le modèle optimal d'organisation des services (voir figure 1), des stratégies et des actions ou activités qui pourront être implantées. Il identifie également les rôles et responsabilités en précisant, pour chacune des actions ou activités, l'instance responsable de l'implantation (**I**). Il prévoit, en outre, que d'autres instances ou organismes y apporteront leur collaboration (**C**). Parmi l'ensemble des actions proposées, certaines doivent être implantées en priorité. Elles sont identifiées par une étoile (✱). Ces priorités ont été retenues en considérant les 5 interventions prioritaires recommandées dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* (Dubé *et al.,* 2011), les travaux entourant la Phase II du plan d'action (Dubé, 2013; Gagnon et Dubé, 2014) ainsi que les stratégies démontrées efficaces recommandées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (Community Preventive Services Task Force, 2015).

En plus de la mise en priorité des actions ou activités, le plan de mise en œuvre indique que des actions ou activités, dont l'implantation relève des CSSS, font partie d'une catégorie « tronc commun », c'est-à-dire que ces actions ou activités pourraient être mises en œuvre dans l'ensemble des CSSS du Québec. Le plan de mise en œuvre propose par ailleurs que certaines actions ou activités puissent être mises en œuvre « selon les particularités du territoire », c'est-à-dire qu'en prenant en considération le contexte ou les caractéristiques du CSSS, l'implantation peut ou non être effectuée.

En résumé,

Le plan de mise en œuvre précise dans la colonne « Rôles et responsabilités » :

- **I** : l'instance responsable de l'implantation;
- **C** : les organisations qui apporteront leur collaboration.

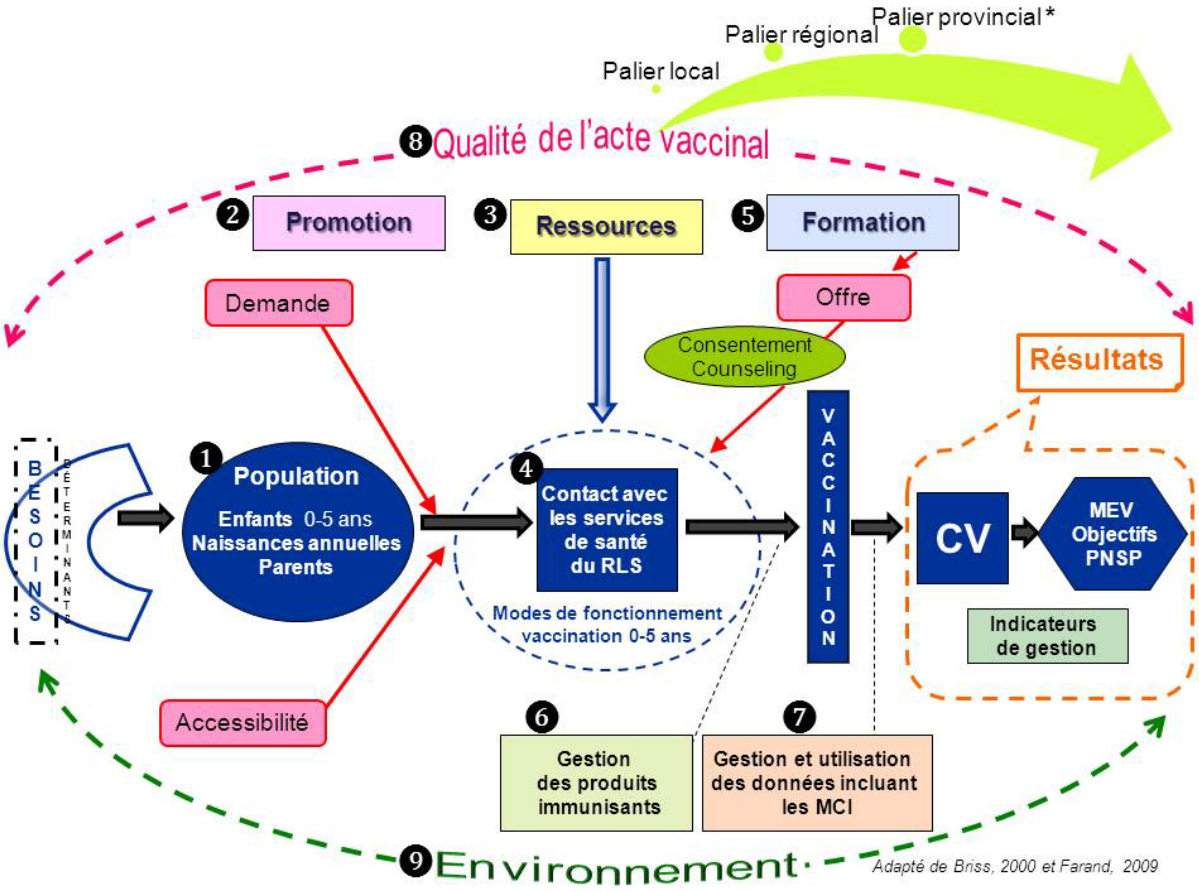
Dans la colonne « Catégorie », pour ce qui a trait aux actions dont l'implantation relève des CSSS, le plan de mise en œuvre précise :

- **Tronc commun :** ces actions pourraient être mises en œuvre dans l'ensemble des CSSS du Québec;
- **Selon les particularités du territoire :** en prenant en considération le contexte ou les caractéristiques du CSSS, l'implantation peut ou non être effectuée.

Comme indiqué plus haut, le modèle optimal d'organisation des services de vaccination (OSV) pour les enfants de 0-5 ans est divisé en 9 composantes qui correspondent aux sections du plan de mise en œuvre et à la numérotation des grands paramètres du schéma de la figure 1. Ces composantes sont les suivantes :

1. Population
2. Promotion de la vaccination
3. Ressources
4. Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans
5. Formation
6. Gestion des produits immunisants
7. Gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les manifestations cliniques inhabituelles (MCI)
8. Qualité de l'acte vaccinal
9. Environnement.

Figure 1 Représentation schématique du modèle optimal d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans



Légende - CV : couvertures vaccinales, MCI : manifestation clinique inhabituelle, MEV : maladies évitables par la vaccination, PNSP : Programme national de santé publique, RLS : Réseau local de services

* La notion de palier (local, régional, provincial) peut paraître désuète depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015). Cependant, le modèle optimal offre suffisamment de souplesse pour pouvoir s'appliquer à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1re, 2e ou 3e ligne.

1 Population

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans) et les déterminants de la vaccination	1.1.1 Poursuivre l'analyse des déterminants de la vaccination par des enquêtes périodiques sur la couverture vaccinale des enfants au Québec		C	I		
	1.1.2 Réaliser des études ou enquêtes périodiques (ex. : par l'équipe en surveillance, par l'équipe en évaluation) portant, par exemple, sur les thèmes suivants : ▪ communautés ethniques/anglophones/autochtones et vaccination ▪ perception des parents d'un service idéal en vaccination ▪ refus ou hésitations des parents envers la vaccination ▪ moyens ou stratégies efficaces pour joindre les parents ▪ couvertures vaccinales au palier local	C	I			
1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination	1.2.1 À titre d'étape préliminaire, réaliser des études ou enquêtes portant sur la participation des parents aux différents processus touchant la vaccination (ex. : intérêt des parents à participer, faisabilité et objet de leur participation)	C	C	I		

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

2 Promotion de la vaccination

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
2.1 Activités continues de soutien au niveau provincial pour promouvoir la vaccination 0-5 ans	Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, incluant l'évaluation des actions de promotion. À titre d'exemples :					
	2.1.1 Désigner un porte-parole crédible en vaccination			I		
	2.1.2 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination	C	C	I		
	2.1.3 Utiliser les médias et le Web	C	C	I		
	2.1.4 Diffuser un message de bienfait de la vaccination comme stratégie de santé publique (en évitant les messages axés sur la peur)	C	C	I	C	
	2.1.5 Profiter de la *Semaine mondiale de la vaccination* pour faire des activités de promotion	C	C	I	C	
	2.1.6 Diffuser des messages sur l'importance du respect du calendrier vaccinal	C	C	I	C	
	2.1.7 Développer des outils d'information adaptés pour les parents hésitants	C	C	I	C	

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
2.2 Soutien régional pour la promotion de la vaccination	Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec,* incluant l'évaluation des actions de promotion.					
	2.2.1 Développer, évaluer et diffuser des outils de promotion (ex. : appliqué magnétique rappelant le rendez-vous (RV) de vaccination, affiches, dépliants, publicité dans les médias sociaux) en complément aux outils provinciaux	C	I	C	C	
	2.2.2 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination	C	I		C	
	2.2.3 Utiliser les structures locales ou régionales pour impliquer les médecins (ex. : DRMG[†], bulletin d'information de la DSP)	C	I		C	
	2.2.4 Obtenir la collaboration du service des communications du palier régional pour la promotion de la vaccination		I			
	2.2.5 Utiliser les médias et le Web		I	C		

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

[†] Département régional de médecine générale (DRMG).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination	Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec,* incluant l'évaluation des actions de promotion.					
	2.3.1 Diffuser des outils de promotion à l'extérieur du CSSS (ex. : pharmacies, écoles, CPE)	I			C	*Tronc commun*
	2.3.2 Rendre disponibles des moyens de communication ou des activités d'information/éducation sur la vaccination dans les salles d'attente	I			C	*Tronc commun*
	2.3.3 Rappeler aux parents l'importance de respecter le calendrier de vaccination et les rendez-vous fixés (ex. : lors de l'attribution du RV et de la confirmation du RV)	I			C	*Tronc commun*
	2.3.4 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination	I			C	*Tronc commun*
	2.3.5 Obtenir le soutien du service des communications du CSSS pour la promotion de la vaccination, et ce, en collaboration avec la DSP	I	C			*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination (*suite*)	2.3.6 Utiliser toutes les occasions possibles pour promouvoir la vaccination lors de contacts avec les parents (ex. : lors des rencontres prénatales)	I				*Tronc commun*
	2.3.7 Optimiser l'utilisation des médias sociaux et du Web dans les communications avec les parents	I				*Tronc commun*
	2.3.8 Diffuser auprès du personnel du CSSS des messages sur les bienfaits de la vaccination	I				*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

3 Ressources

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
3.1 Évaluation vaccinale et counseling faits par des infirmières avec le recours, au besoin, à des infirmières auxiliaires pour l'administration des vaccins	3.1.1 Embaucher et former/soutenir des infirmières auxiliaires pour administrer les vaccins	I				*Selon particularités du territoire*
3.2 Soutien technique par du personnel formé pour les tâches administratives liées à la vaccination	3.2.1 Affecter du personnel de soutien aux tâches administratives liées à la vaccination et bien décrire leurs rôles et responsabilités	I				*Tronc commun*
	3.2.2 Former le personnel de soutien impliqué en vaccination (ex. : formation sur l'importance de respecter les délais recommandés, formation adaptée sur l'entretien motivationnel)	I				*Tronc commun*
	3.2.3 Fournir des outils (ex. : procédure, aide-mémoire) pour aider le personnel de soutien dans la gestion de la prise de rendez-vous	I				*Tronc commun*
3.3 Infirmière pivot en vaccination dans chaque CSSS	3.3.1 Désigner une infirmière pivot en vaccination et lui donner les moyens d'assumer son rôle (ex. : reconnaissance des fonctions, clarification des tâches)	I				*Tronc commun*
3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination	3.4.1 Rendre disponibles, sur tous les lieux de vaccination, des ordinateurs avec un accès à la version Web du PIQ[†]	I				*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).
[†] Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination (*suite*)	3.4.2 Rendre disponibles des locaux stables, dédiés à la vaccination 0-5 ans, qui soient fonctionnels et aménagés de façon ergonomique	I				*Tronc commun*
	3.4.3 Fournir aux vaccinatrices un matériel adéquat et ergonomique pour la conservation et le transport des vaccins	I				*Tronc commun*
3.5 Ajustement des ressources financières allouées à la vaccination	3.5.1 Reconnaître la clientèle vulnérable à vacciner et les ressources requises	C	C	I		
	3.5.2 Reconnaître la clientèle immigrante à vacciner et les ressources requises (ex. : infirmière désignée à la vaccination de cette clientèle)	C	C	I		
	3.5.3 Allouer des ressources financières pour la vaccination adaptées à la situation démographique		C	I		

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

4 Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.1 Services de vaccination en CSSS et hors CSSS	4.1.1 Offrir la vaccination 0-5 ans en CSSS et hors CSSS selon des modalités adaptées aux particularités du territoire (ex. : prêt d'infirmières du CSSS ou octroi de temps/infirmière à un GMF)	I	C		C	*Selon particularités du territoire*
4.2 Offre complète et systématique de l'ensemble des vaccins prévus au calendrier	4.2.1 Lors des visites régulières de vaccination, en saison de vaccination grippale, vacciner contre l'influenza l'enfant et ses contacts	I				*Tronc commun*
	4.2.2 Lors de la visite postnatale, présenter l'ensemble du calendrier vaccinal incluant l'influenza et la vaccination 4-6 ans	I				*Tronc commun*
	4.2.3 Utiliser les services de garde éducatifs à l'enfance (surtout les CPE) pour rappeler ou pour administrer la vaccination (ex. : influenza, 4-6 ans)	I			C	*Selon particularités du territoire*
4.3 Offre complète et systématique de l'ensemble des vaccins recommandés mais non couverts par les programmes gratuits	4.3.1 S'assurer de la disponibilité et de la mise à jour d'une liste régionale des sites offrant les vaccins recommandés mais non couverts par les programmes gratuits	C	I		C	
	4.3.2 Offrir les vaccins recommandés à la clientèle et, au besoin, référer aux vaccinateurs hors CSSS	I			C	*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.4 Offre de vaccination mixte (avec et sans rendez-vous)	4.4.1 Offrir la vaccination 0-5 ans avec et sans rendez-vous, et selon des modalités adaptées aux particularités du territoire (ex. : réserver des plages vides lors de la planification des cliniques pour permettre la vaccination sans rendez-vous)	I				*Tronc commun*
4.5 Procédure de prise de rendez-vous simple, efficace et orientée vers les besoins de l'enfant	4.5.1 Offrir aux parents de prendre le premier rendez-vous de vaccination au lieu de naissance ou lors de la visite/appel postnatal	I				*Tronc commun*
	4.5.2 Donner sur place les prochains rendez-vous lors des visites de vaccination	I				*Tronc commun*
	4.5.3 Donner les rendez-vous en fonction de la date de naissance de l'enfant ou des besoins de l'enfant (ex. : retard, voyage, problèmes de santé)	I				*Tronc commun*
	4.5.4 Si présence d'une centrale de rendez-vous, ouvrir la centrale 5 jours par semaine, le jour et le soir, incluant les heures de repas	I				*Selon particula-rités du territoire*
	4.5.5 Mettre en œuvre un système de rendez-vous par Internet accessible pour les parents	I	C	C		*Selon particula-rités du territoire*
	4.5.6 Établir une procédure de suivi pour la prise de rendez-vous auprès des parents hésitants	I				*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.6 Application systématique des procédures de rappel, de relance et de confirmation des RV	✱4.6.1 Établir et appliquer un système de rappel pour la vaccination 0-5 ans	I				*Tronc commun*
	✱4.6.2 Établir et appliquer un système de relance pour la vaccination 0-5 ans	I				*Tronc commun*
	4.6.3 Procéder de façon systématique à une confirmation (téléphonique ou autre) des RV de vaccination 0-5 ans	I				*Tronc commun*
4.7 Temps alloué à la vaccination adapté au calendrier vaccinal et aux situations particulières en considérant une durée de 20 à 25 minutes pour une visite régulière	4.7.1 Adapter le temps alloué à la vaccination, notamment lors de la première visite de vaccination, pour les enfants ayant un carnet de vaccination étranger ou lors de l'ajout d'un nouveau vaccin	I				*Tronc commun*
	4.7.2 Adapter le temps alloué à la vaccination en fonction de la présence ou non d'un suivi médical	I				*Tronc commun*
	4.7.3 Adapter le temps alloué à la vaccination en fonction du nombre de vaccinatrices par enfant (ex. : vaccination en tandem versus une seule vaccinatrice par enfant)	I				*Tronc commun*
4.8 Accessibilité aux sites de vaccination	4.8.1 Rendre accessible un stationnement adéquat sur les sites de vaccination	I				*Selon particula-rités du territoire*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.8 Accessibilité aux sites de vaccination (*suite*)	4.8.2 Rendre disponible un transport aux sites de vaccination pour les clientèles vulnérables (ex. : SIPPE[†])	I			C	*Tronc commun*
	4.8.3 Au besoin, rendre disponible un transport aux sites de vaccination pour les familles habitant des localités éloignées	I			C	*Selon particularités du territoire*
4.9 Adaptation des plages horaires de vaccination 0-5 ans, selon les besoins, tout en respectant les délais recommandés	4.9.1 Répartir les plages horaires actuelles de vaccination à différents moments au cours de la semaine pour offrir une meilleure accessibilité temporelle	I				*Tronc commun*
	✱4.9.2 Ajouter des plages horaires de vaccination (ex. : la fin de semaine, le soir, les jours fériés ou lors des congés scolaires)	I				*Tronc commun*
	✱4.9.3 Ajouter des plages horaires de vaccination pour les rendez-vous de dernière minute	I				*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).
[†] Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

Stratégies		Actions / Activités[a]		Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
				CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.10	Services de vaccination dans les milieux de vie ou dans des lieux à proximité de la population	4.10.1	Donner la vaccination dans des localités éloignées, par exemple au moyen d'une unité mobile en vaccination (une escouade ambulante bien équipée – voir 3.4.3) ou dans des points de service/points de chute	I			C	*Selon particularités du territoire*
		✱4.10.2	Après évaluation des besoins, intégrer la vaccination au suivi à domicile des familles dans le cadre des SIPPE (vaccination à domicile)	I				*Tronc commun*
		✱4.10.3	Donner la vaccination à domicile lors de situations particulières vécues par l'enfant ou la famille (ex. : maladie grave de l'enfant, naissances multiples)	I				*Tronc commun*
		✱4.10.4	Au besoin, donner la vaccination à domicile aux enfants de familles habitant une localité éloignée	I				*Selon particularités du territoire*
4.11	Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières	4.11.1	Vacciner, au palier local, les enfants ayant des problèmes de santé chroniques en fonction de leurs besoins	I	C			*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Stratégies		Actions / Activités[a]		Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
				CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.11	Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières (*suite*)	4.11.2	Maintenir ou organiser des corridors de services pour offrir la vaccination, par exemple aux enfants présentant des problèmes d'allergie	I	C		C	*Tronc commun*
		4.11.3	Assurer le suivi des recommandations suite à une MCI[†] grave après la vaccination	I	C			*Tronc commun*
		4.11.4	Maintenir des collaborations pour offrir à l'échelle locale la vaccination aux enfants de parents immigrants (ex. : Hôpital Sainte-Justine, DSP de Montréal)	I	C		C	*Tronc commun*
4.12	Cliniques dédiées et rappel spécifique pour la vaccination des enfants de 4-6 ans	4.12.1	Rappeler la vaccination 4-6 ans lors du RV de 18 mois et lors de l'inscription à la maternelle ou de la journée d'accueil des élèves de maternelle	I			C	*Tronc commun*
		4.12.2	Organiser au CSSS des cliniques de vaccination dédiées à la vaccination des 4-6 ans et qui prévoient le rattrapage	I			C	*Tronc commun*
		4.12.3	Vacciner à l'école les enfants de la maternelle dont la vaccination n'est pas à jour	I			C	*Selon particula-rités du territoire*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

[†] Manifestation clinique inhabituelle (MCI).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
4.13 Services de vaccination combinés à d'autres interventions pour lesquelles l'efficacité est démontrée	✱4.13.1 Offrir la vaccination lors du suivi ABCdaire	I				*Selon particularités du territoire*
	✱4.13.2 Après évaluation des besoins, offrir la vaccination lors du suivi SIPPE	I				*Tronc commun*
	4.13.3 Si d'autres interventions sont offertes lors des rencontres de vaccination (ex. : activités de dépistage, suivi du développement), s'assurer qu'elles sont conformes aux données probantes et que des outils validés sont utilisés à cet effet	I	I	C		*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

5 Formation

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
5.1 Soutien au développement et à la mise à jour des compétences des vaccinateurs et des acteurs du palier régional	✱5.1.1 Offrir une formation complémentaire à la formation de base en immunisation à tous les vaccinateurs du CSSS, cette formation pouvant être donnée par des agents multiplicateurs ou l'infirmière pivot en vaccination du CSSS	I	I			*Tronc commun*
	✱5.1.2 Offrir une formation complémentaire à la formation de base en immunisation à tous les vaccinateurs hors CSSS, incluant les médecins et les sages-femmes, cette formation pouvant être donnée par la DSP	C	I			
	✱5.1.3 Offrir de la formation continue répondant aux besoins des acteurs des paliers régional et local	I	I	C		*Tronc commun*
	✱5.1.4 Offrir aux vaccinateurs une formation sur les principes de l'entretien motivationnel adapté à la vaccination, et sur le modèle de prise de décision	I	I	C		*Tronc commun*
	5.1.5 Instaurer et tenir à jour, dans les CSSS, des cliniques supervisées ou d'autres modalités d'accompagnement suite à la formation de base des vaccinateurs	I	C			*Tronc commun*
	5.1.6 Mettre en place des canaux de communication qui assurent un arrimage entre la formation des vaccinateurs et l'implantation des changements du PIQ	C	C	I		

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

6 Gestion des produits immunisants (GPI)

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
6.1 Soutien à la gestion des produits immunisants dans le contexte d'implantation du SI-PMI[†]	6.1.1 Élaborer et mettre en œuvre une politique/des procédures officielles de GPI au sein du CSSS	I	C		C	*Tronc commun*
	6.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une politique régionale de GPI	C	I		C	
	6.1.3 Désigner une ou des personnes responsables de la GPI au CSSS	I				*Tronc commun*
	6.1.4 Désigner une ou des personnes responsables de la GPI à la DSP		I			
	6.1.5 Conclure une entente écrite avec tous les vaccinateurs ou établissements, cette entente étant la condition essentielle pour obtenir des vaccins du système public	C	I	C	C	
	6.1.6 Effectuer des visites par la DSP auprès des nouveaux vaccinateurs, en collaboration avec le CSSS	C	I			
	6.1.7 Assurer une flexibilité pour la commande et la livraison des vaccins ainsi que la disponibilité, en temps opportun, de la quantité requise	C	I	I	C	

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).
[†] Système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI).

7 Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI)

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination	✱7.1.1 Développer et mettre en œuvre un registre provincial de vaccination	I	I	I	I	*Tronc commun*
	7.1.2 Maintenir le registre ESPRI[†]	C	C	I	C	
	7.1.3 Exploiter les données disponibles de façon plus systématique (ex. : résultats des indicateurs de gestion, résultats d'enquêtes sur la couverture vaccinale, données sur la GPI, données sur les MCI)	I	I	C		*Tronc commun*
	7.1.4 Optimiser la consignation des données à l'intérieur du CSSS et au registre de vaccination en conformité avec les exigences du PIQ (ex. : utilisation d'un questionnaire standardisé)	I	C		I	*Tronc commun*
	7.1.5 Élaborer et mettre en œuvre une méthode de vérification des données saisies	I	C			*Tronc commun*
	7.1.6 Former les vaccinateurs sur l'interprétation et l'utilisation des données disponibles (ex. : couvertures vaccinales, MCI, indicateurs de gestion) avec le soutien de la DSP	I	C			*Tronc commun*

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).
[†] Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI).

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
7.2 Maintien et développement des indicateurs de gestion en vaccination	7.2.1 Maintenir les indicateurs de gestion existants en vaccination			I		*Selon particularités du territoire*
	7.2.2 Développer et proposer, en réponse aux besoins, de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination	I	I	I		
7.3 Rétroaction auprès de tous les vaccinateurs du RLS	7.3.1 Traiter, analyser et rendre disponible sur une base régulière l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : indicateurs de gestion, couvertures vaccinales)		I			*Tronc commun*
	✱7.3.2 Diffuser régulièrement aux vaccinateurs en CSSS l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : indicateurs de gestion, couvertures vaccinales)	I	C			
	✱7.3.3 Diffuser régulièrement aux vaccinateurs hors CSSS l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : couvertures vaccinales)	C	I			

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.

[b] I : Implantation; C : Collaboration.

[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).

[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.

[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

8 Qualité de l'acte vaccinal

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
8.1 Définition et clarification de différents aspects liés à la qualité de l'acte vaccinal	8.1.1 Développer et proposer une définition de la qualité de l'acte vaccinal	C	C	I	C	
	8.1.2 Diffuser de l'information concernant les rôles et responsabilités respectifs en matière de qualité de l'acte vaccinal (ex. : circulaire du MSSS, documents de l'OIIQ† et du CMQ‡, règle de soins infirmiers dans les établissements, etc.)	I	C	I	C	*Tronc commun*
	8.1.3 Maintenir ou développer des procédures en matière de gestion des risques	I	C	C		*Tronc commun*
	8.1.4 Établir des mécanismes clairs de communication et de transmission de l'information scientifique en immunisation	C	I	I	C	
8.2 Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal	8.2.1 Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal en CSSS	I	C			*Tronc commun*
	8.2.2 Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal hors CSSS		C		I	

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).
† Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
‡ Collège des médecins du Québec (CMQ).

9 Environnement

Stratégies	Actions / Activités[a]	Rôles et responsabilités[b]				Catégorie[e]
		CSSS	DSP	MSSS[c]	Autres[d]	
9.1 Collaboration avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire	9.1.1 Élaborer et diffuser la liste des vaccinateurs hors CSSS du territoire pour une meilleure connaissance mutuelle	C	I		C	
	9.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant le développement de liens avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire (ex : partage d'information, partage de locaux pour la vaccination 0-5 ans)	I	C		C	*Selon particula-rités du territoire*
9.2 Engagement de la communauté et des professionnels de la santé à la promotion de la vaccination	9.2.1 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant la participation de la communauté et de l'ensemble des professionnels de la santé du territoire (ex. : organismes communautaires, écoles, municipalités, CPE, sages-femmes, médecins) à la promotion de la vaccination	I	I		C	*Tronc commun*
9.3 Communauté de pratique en vaccination	9.3.1 Développer et animer une communauté de pratique à laquelle participent tous les acteurs en vaccination (paliers local et régional)	C	I		C	
9.4 Politique de vaccination	9.4.1 Élaborer et appliquer une politique de vaccination (ex. : de type *Amis des bébés*)	I	I	I	I	*Tronc commun*
9.5 Réflexion globale sur l'offre de service en vaccination au Québec	9.5.1 Organiser et réaliser une réflexion globale sur l'offre de service en vaccination au Québec (dans le cadre d'États généraux, ou autre) regroupant tous les acteurs impliqués	C	C	I	C	

[a] Les points précédés d'une étoile (✱) correspondent à des actions à implanter en priorité.
[b] I : Implantation; C : Collaboration.
[c] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ou organisme mandaté par le MSSS (ex. : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)).
[d] Autres : ex. : centre de la petite enfance (CPE), clinique médicale, école, groupe de médecine de famille (GMF), municipalité, organisme communautaire, sages-femmes.
[e] S'applique aux actions dont l'implantation (I) relève des CSSS (voir Introduction pour définition).

Références

Boulianne, N., Audet, D. et Ouakki, M. (2015). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et Ouakki, M. (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Community Preventive Services Task Force. (2015, 13/02/2015). *Guide to Community Preventive Services. Increasing appropriate vaccination.* [En ligne]. [http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html] (Repéré le 30 mars 2015).

Dubé, E. (2013). *Proposition - Plan d'action pour la promotion de la vaccination phase II.* Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M. et Petit, G. (2010). *Plan québécois de promotion de la vaccination*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., Petit, G. et Audet, D. (2011). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Gagnon, D. et Dubé, E. (2014). *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Gravel, F., Thibodeau, C., Ducharme, C., Poulin, P., Cadieux, E., Payette, J., Désilets, J., Lanthier, R., Chabot, K., Clément, P. et Guay, M. (2012). *Relance après un rendez-vous de vaccination manqué à la MRC de Matawinie - Communication affichée*. Montréal, Québec : Journées annuelles de santé publique.

Guay, M., Clément, P., Vanier, C., Briand, S., Michaud, C., Boulet, C., Désilets, J., Guillemette, F., Dubé, E., Boulianne, N., Landry, M., Lemaire, J. et Baron, G. (2014). *Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois au Québec : pistes de réflexion*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Guay, M., Clément, P., Vanier, C. et Briand, S. (2015). *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec? – Sous presse*. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Institut national de santé publique du Québec (2015). *E-formation de base en immunisation* [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/e.formation-de-base-en-immunisation] (Repéré le 29 avril 2015).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013 et mises à jour). *Protocole d'immunisation du Québec,* édition 6, 2013. Dernière mise à jour avril 2015 [En ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument] (Repéré le 16 juin 2015).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015a). *Programme québécois d'immunisation.* Dernière mise à jour 20 mai 2015. [En ligne]. [http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-d-immunisation/demarche/] (Repéré le 12 juin 2015).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015b). *Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation (PQI)* – Circulaire 2015-020. Québec : Direction de la protection de la santé publique. [En ligne]. [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/533b88a105c4185285257e5800634d29?OpenDocument] (Repéré le 21 juin 2015).

Québec (2015). *Projet de Loi n° 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Québec : Éditeur officiel du Québec, 41e législature, 1re session, sanctionné.

Québec (2002). *Projet de Loi n° 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 36e législature, 2e session, chapitre 33.

Sauvageau, C., Vivion, M. et Dubé, E. (2014). *Opinion et formation des sages-femmes québécoises sur la vaccination*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Université de Montréal (2015). *L'ABCdaire du suivi de l'enfant de 0 à 5 ans*. [En ligne]. [http://www.cpass.umontreal.ca/formation/auto-apprentissage/outils-de-soutien-a-la-pratique/abcdaire-du-suivi-de-lenfant-de-0-a-5-ans.html] (Repéré le 16 juin 2015).

Université McGill (2015). *The McGill Model of Nursing*. [En ligne]. [https://www.mcgill.ca/nursing/about/model] (Repéré le 22 juin 2015).

Annexe 1

Liste des collaborateurs et participantes cochercheuses ainsi que leur organisation d'appartenance au moment où ils ont contribué à l'étude

Liste des collaborateurs et participantes cochercheuses ainsi que leur organisation d'appartenance au moment où ils ont contribué à l'étude

Membres du Comité d'orientation

Geneviève Baron	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Chantal Boulet	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Nicole Boulianne	Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Nicholas Brousseau	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Joane Désilets	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Eve Dubé	Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Fernand Guillemette	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Monique Landry	Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Jacques Lemaire	Université de Sherbrooke
Cécile Michaud	Université de Sherbrooke
Geneviève Petit	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

Élizabeth Cadieux	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Nathalie Caron	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
Karine Chabot	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Joane Désilets	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Francine Gravel	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
Chantal Thibodeau	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière

Membres du comité de pilotage de Lanaudière (suite)

Johanne Vézina	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
À titre posthume, feu Richard Lanthier	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Membres du comité de pilotage de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Anny-Claudine Bernard	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Hélène Bertrand	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
Carole Boudreau	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
Andrée Brière	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Nicholas Brousseau	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Lucette Cloutier	Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne
Chantal Desaulniers	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
Nathalie Forcier	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Fernand Guillemette	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Marie-Claude Hardy	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie
Isabelle Jean	Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan
Sandra Lacerte	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Lucie Laforest	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières
Marie-Claude Leclerc	Centre de santé et de services sociaux de Bécancour–Nicolet-Yamaska
Nathalie Legault	Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Mélissa Marcoux	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Nicole Neault	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
Marie-Claude Rousseau	Centre de santé et de services sociaux Drummond
Élaine St-Onge	Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Membres du comité de pilotage de la Mauricie et du Centre-du-Québec (suite)

Sabrina Théberge	Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé
Sylvie Rose Tremblay	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
Suzanne Zewski	Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

Isabelle Aubry	Centre de santé et de services sociaux Champlain–Charles-Le Moyne
Claudette Beaudoin	Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
Chantal Boulet	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Annie Cormier	Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
Gisèle Demers	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent
Louise Giasson	Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher
Catherine Guimond	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Patricia Hudson	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Céline Lévesque	Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges
Danielle Meilleur	Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Ingrid Pelletier	Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska
Annie Pinard	Centre de santé et de services sociaux Champlain–Charles-Le Moyne
Patricia Quirion	Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges
Nathalie Scott	Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska
Marie-Andrée Séguin	Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges
Jo-Anne Themens	Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

Annexe 2

Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

Éléments inclus au modèle et justifications

Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

Éléments inclus au modèle et justifications

1. Population

1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population et les déterminants de la vaccination

- Pour que les intervenants puissent mieux connaître les besoins de leur clientèle 0-5 ans (les enfants et leurs parents).
- Pour bien comprendre les besoins des parents et ce qui les aide dans leur prise de décision sur la vaccination afin de mieux prendre en compte leurs préoccupations.
- Pour que le counseling auprès de tous les parents (autant ceux qui acceptent que ceux qui hésitent ou refusent la vaccination) soit fait de façon adéquate.
- Pour mieux connaître et décrire les communautés ethniques, autochtones et les clientèles vulnérables du RLS, l'estimation des couvertures vaccinales au palier local étant un moyen pour y arriver.
- Pour prendre en considération les inégalités sociales de santé dans la planification et l'offre de service.

1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination

- Pour permettre aux parents d'être partie prenante dans les décisions touchant la vaccination 0-5 ans, considérant que l'implication des usagers dans les services de santé est recommandée.
- Pour permettre une meilleure appropriation du Programme québécois d'immunisation (PQI) (MSSS, 2015a) par la population.

2. Promotion de la vaccination

Une stratégie concertée de promotion de la vaccination, impliquant les différents paliers du système de santé, devrait être mise en œuvre en cohérence avec la Phase II du Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec (Gagnon et Dubé, 2014; Dubé, 2013). Elle devrait inclure l'évaluation des actions à chacun des paliers.

2.1 Activités continues de soutien au niveau provincial pour promouvoir la vaccination 0-5 ans

- Pour mobiliser l'ensemble des acteurs en vaccination et favoriser la reconnaissance de la vaccination dans sa globalité comme une pratique clinique préventive efficace.
- Pour tracer la voie à une meilleure appropriation du PQI (MSSS, 2015a).
- Pour que les intervenants des CSSS se sentent soutenus dans leur travail de promotion et que leur expertise soit reconnue. Le besoin de campagnes médiatiques à grande échelle est mentionné par les intervenants de tous les paliers. Cependant, les données actuelles sont insuffisantes pour statuer sur l'efficacité d'une telle stratégie, utilisée seule, dans le but d'améliorer les couvertures vaccinales. Les campagnes médiatiques combinées à d'autres interventions sont toutefois efficaces.
- Pour que les parents comprennent l'importance de faire vacciner leurs enfants dans les délais recommandés.

- Pour que la promotion soit faite non seulement en période d'éclosion ou de controverse, mais de façon continue.
- Pour prendre davantage position dans les médias (experts en immunisation).
- Pour défaire des mythes et des fausses croyances reliés à la vaccination.

2.2 Soutien régional pour la promotion de la vaccination

- Pour mobiliser l'ensemble des acteurs en vaccination et favoriser la reconnaissance de la vaccination dans sa globalité comme une pratique clinique préventive efficace.
- Pour tracer la voie à une meilleure appropriation du PQI (MSSS, 2015a).
- Pour que les intervenants des CSSS soient soutenus dans l'élaboration et la diffusion d'outils de promotion adaptés aux caractéristiques locales.

2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination

- Pour mobiliser l'ensemble des acteurs en vaccination et favoriser la reconnaissance de la vaccination dans sa globalité comme une pratique clinique préventive efficace.
- Pour tracer la voie à une meilleure appropriation du PQI (MSSS, 2015a).
- Pour que les intervenants des CSSS sensibilisent les parents à une plus grande responsabilisation par rapport à la vaccination dans le but de protéger leur enfant (ex. : présence aux rendez-vous (RV) en temps opportun compte tenu du calendrier vaccinal, importance d'avoir en main le carnet de vaccination, risques de la non-vaccination et des retards vaccinaux).
- Pour que les intervenants des CSSS profitent de toutes les occasions pour promouvoir la vaccination (ex. : lors des rencontres prénatales, lors d'une consultation à l'urgence, etc.).
- Pour tenir compte des besoins des jeunes parents (ex. : utilisation du Web).

3. Ressources

Certains intervenants en CSSS prétendent que la vaccination offerte exclusivement par des infirmières permettrait de réduire l'engorgement des soins de première ligne, dans un contexte de pénurie de médecins, en plus de reconnaître l'expertise des infirmières en vaccination. D'autres affirment que la vaccination offerte par des médecins répond aux besoins de certains parents qui souhaitent recevoir ce service au même moment que le suivi médical, en plus d'élargir l'accessibilité des services et d'assurer une meilleure continuité. Les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche permettent de penser qu'un modèle basé sur des services de vaccination offerts principalement (mais non exclusivement) par des infirmières pourrait être optimal. Cette question devra toutefois être examinée dans le cadre d'une réflexion plus globale sur l'offre de service en vaccination (voir États généraux, au point 9.5).

3.1 Évaluation vaccinale et counseling faits par des infirmières avec le recours, au besoin, à des infirmières auxiliaires pour l'administration des vaccins

- Pour favoriser une meilleure utilisation des ressources, en cohérence avec la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Québec, 2002).

- Parce que l'expérience dans certains CSSS montre que cela permet de voir plus d'enfants dans une même période de temps.
- Le recours à des infirmières auxiliaires pour l'administration des vaccins doit être considéré en fonction des caractéristiques du territoire, et en s'assurant que l'évaluation vaccinale et le counseling sont faits par des ressources compétentes et habilitées pour ce faire.

3.2 Soutien technique par du personnel formé pour les tâches administratives liées à la vaccination

- Pour que le personnel en soutien à la vaccination (ex. : agentes administratives), qui représente bien souvent le premier contact avec les parents, ait des connaissances et des compétences adéquates afin d'assurer une bonne communication et une gestion efficace de la prise des RV.
- Pour que le travail du personnel de soutien soit reconnu à sa juste valeur, considérant l'impact que ces tâches ont sur la qualité des services, sur la décision des parents de revenir faire vacciner leur enfant et sur la protection des enfants dans les délais.

3.3 Infirmière pivot en vaccination dans chaque CSSS

- Pour qu'il y ait une personne-ressource en vaccination dans chaque milieu, ayant un rôle d'expertise-conseil lors des cliniques de vaccination, un rôle d'agent multiplicateur au sein de son équipe et un rôle de liaison avec les autres vaccinateurs du RLS. D'autres termes peuvent être utilisés pour désigner cette personne (ex. : personne désignée ou personne responsable du dossier vaccination), la terminologie pouvant varier selon les régions. La notion d'expertise demeure toutefois au cœur de cette stratégie.
- Parce que la majorité des infirmières qui vaccinent font d'autres tâches en petite enfance (rôle polyvalent) et que la vaccination exige une expertise et une mise à jour régulière des connaissances.
- Il importe de donner à l'infirmière pivot les moyens d'assumer son rôle (ex. : description de tâches, temps dédié selon les besoins, téléavertisseur ou autre moyen pour la joindre).

3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination

- Disponibilité d'ordinateurs avec un accès à la version Web du PIQ sur tous les lieux de vaccination
  - Pour faciliter le travail des vaccinatrices et favoriser une meilleure qualité de l'acte, particulièrement dans le contexte d'implantation du SI-PMI.
- Disponibilité de locaux stables, dédiés à la vaccination 0-5 ans, fonctionnels et aménagés de façon ergonomique
  - Pour favoriser une plus grande efficience et une meilleure qualité de travail pour les vaccinatrices.
  - Pour que la vaccination soit vécue comme une expérience agréable par les enfants et les parents ainsi que par le personnel.
  - Pour assurer un environnement sécuritaire.

- Matériel adéquat et ergonomique pour la conservation et le transport des vaccins
  - Pour favoriser le respect des normes provinciales de gestion des produits immunisants contenues dans le PIQ (MSSS, 2013, et mises à jour).
  - Pour soutenir les vaccinatrices dans leur travail et atténuer la pénibilité de leur tâche.

3.5 Ajustement des ressources financières allouées à la vaccination

- Reconnaissance de la clientèle vulnérable et de la clientèle immigrante à vacciner ainsi que des ressources requises
  - Pour permettre d'adapter l'offre de service (ex. : ajout d'une visite pour l'évaluation du carnet de vaccination, allongement de la durée de la visite, utilisation d'interprètes et d'outils traduits, ententes préalables avec des organismes communautaires).
- Ressources financières pour la vaccination adaptées à la situation démographique
  - Pour que les CSSS disposent de ressources adéquates afin de répondre aux besoins de la population.

4. Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans

Cette rubrique inclut certaines stratégies en matière d'immunisation qui sont recommandées dans la littérature afin d'améliorer les couvertures vaccinales. Les interventions à multiples composantes combinant plusieurs stratégies, dont celles recommandées, sont à privilégier (Community Preventive Services Task Force, 2015; Dubé et al., 2010)

4.1 Services de vaccination en CSSS et hors CSSS

Plusieurs intervenants des CSSS interrogés dans le cadre de la présente recherche souhaitent que la vaccination soit offerte exclusivement en CSSS, parce qu'ils se disent capables d'offrir le service à l'ensemble de la population, et ce, dans un souci d'assurer la qualité de l'acte vaccinal. Néanmoins, l'impact d'une telle approche n'a pas été évalué, notamment en ce qui a trait à la capacité des intervenants de répondre à la demande. Le modèle propose donc que les services soient offerts en CSSS et hors CSSS, et ce, dans une perspective de respect des normes de pratique et en s'assurant de la présence d'un processus d'évaluation continue de la qualité.

- Pour répondre aux besoins des parents qui souhaitent recevoir des services de vaccination et de suivi médical au même moment.
- Pour être cohérent avec le principe de partage de la responsabilité populationnelle sur lequel le MSSS s'appuie dans son cadre de référence d'évaluation de la performance (MSSS, 2012).
- Pour assurer une réponse du RLS aux besoins liés à la croissance de la population (augmentation des naissances dans certains secteurs).

4.2 Offre complète et systématique de l'ensemble des vaccins prévus au calendrier

- Pour sensibiliser les parents au fait que le vaccin contre l'influenza fait partie du calendrier régulier de vaccination, ce qui n'est pas toujours perçu comme tel (Guay *et al.,* 2014).
- Pour favoriser l'accès au vaccin contre l'influenza.

- Pour améliorer les couvertures vaccinales contre l'influenza des groupes ciblés parmi les 0-5 ans et de leurs contacts.
- Pour favoriser l'offre, la demande et l'accessibilité des services de vaccination pour les 4-6 ans. Une meilleure sensibilisation des parents au fait que cette vaccination, tout comme la vaccination contre l'influenza, fait partie du calendrier régulier de vaccination et une offre systématique de l'ensemble des vaccins permettrait d'améliorer les couvertures vaccinales et d'atteindre les objectifs du PNSP.

4.3 Offre complète et systématique de l'ensemble des vaccins recommandés mais non couverts par les programmes gratuits

- Pour favoriser l'accès aux vaccins recommandés qui ne sont pas prévus aux programmes gratuits de vaccination, en fonction de l'offre prévue régionalement.
- Au besoin, des modalités de référence devraient être mises en place entre les vaccinateurs des CSSS et les vaccinateurs hors CSSS afin de diriger les enfants vers les ressources pertinentes.

4.4 Offre de vaccination mixte (avec et sans RV)

L'offre de vaccination sans RV peut prendre différentes formes, notamment en réservant des plages vides pour permettre la vaccination sans RV ou en mettant en place des cliniques complètes sans RV.

- Pour favoriser l'accessibilité des services.
- Parce que la difficulté à obtenir un RV de vaccination, l'obligation de reporter le RV en raison de la maladie et l'oubli du RV sont souvent mentionnés comme raisons de non-vaccination par les parents (Boulianne *et al.,* 2013; 2015), ce qui rend la formule sans RV intéressante afin de faire vacciner les enfants dans les délais recommandés.
- Pour favoriser le respect du délai vaccinal recommandé et offrir une flexibilité aux parents.

4.5 Procédure de prise de RV simple, efficace et orientée vers les besoins de l'enfant

- Pour améliorer la demande de la part des parents et s'adapter aux besoins des parents hésitants.
- Pour réorienter la philosophie organisationnelle de la prise de RV en fonction de la date de naissance de l'enfant, plutôt qu'uniquement en fonction de la disponibilité des plages horaires, afin de favoriser le respect du délai vaccinal recommandé.
- Pour tenir compte des besoins des parents qui doivent prendre RV à l'extérieur des heures d'ouverture de la centrale de RV. Peu importe le mode de fonctionnement (avec ou sans centrale de RV), les parents doivent avoir accès à un système de prise de RV efficace et répondant à leurs besoins.
- Pour s'adapter aux nouveaux modes de communication (ex. : prise de RV en ligne) tout en étant cohérent avec les autres stratégies recommandées (rappel, relance, etc.) et en respect des délais vaccinaux recommandés.

4.6 Application systématique des procédures de rappel, de relance et de confirmation des RV

- Parce que le rappel et la relance sont des stratégies efficaces pour améliorer la demande venant des parents (Community Preventive Services Task Force, 2015) et ont été identifiées de façon prioritaire dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* (Dubé *et al.,* 2011).
- Parce que l'efficacité de la relance a été démontrée de manière probante, notamment dans la municipalité régionale de comté (MRC) de Matawinie de la région de Lanaudière (Gravel *et al.,* 2012).
- Parce que l'efficacité du rappel a été démontrée de manière probante, notamment dans l'*Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec* en 2012 et en 2014 (Boulianne *et al.,* 2013; 2015).
- Parce que l'efficacité de la confirmation téléphonique des RV est reconnue par les intervenants selon des données anecdotiques obtenues dans le cadre de l'étude.

4.7 Temps alloué à la vaccination adapté au calendrier vaccinal et aux situations particulières en considérant une durée de 20 à 25 minutes pour une visite régulière

- Pour permettre aux infirmières de donner l'information adéquate et de répondre aux questions des parents (ex. : temps allongé lors de la première visite, pour les carnets de vaccination étrangers ou pour l'ajout d'un nouveau vaccin).
- On estime qu'une visite de vaccination régulière (en présence d'une seule infirmière vaccinatrice), qui comprend l'évaluation du statut vaccinal, le counseling, l'obtention du consentement, l'administration des vaccins et les références pertinentes, devrait durer entre 20 et 25 minutes. Cependant, en fonction de l'âge de l'enfant, de la situation, ou dans un souci d'améliorer la productivité, il est possible d'adapter la durée de la rencontre, particulièrement dans le cas où l'enfant ne bénéficie pas déjà d'un suivi médical. La durée de la visite peut également être adaptée en fonction du nombre de vaccinatrices par enfant (vaccination en tandem de deux vaccinatrices versus une seule vaccinatrice par enfant).

4.8 Accessibilité aux sites de vaccination

- Stationnement adéquat sur les sites de vaccination
  - Parce que l'enquête réalisée auprès des parents dans Lanaudière et en Montérégie montre que l'aspect du stationnement est celui sur lequel une plus grande proportion de parents se disent insatisfaits comparativement aux autres aspects évalués.
- Transport disponible aux sites de vaccination pour les clientèles vulnérables (ex. : SIPPE)
  - Pour tenir compte des contraintes (financières et autres) que rencontrent les clientèles vulnérables.
  - Pour tenir compte de l'absence de transport en commun dans certains territoires.
- Transport disponible aux sites de vaccination pour les familles habitant des localités éloignées
  - Pour tenir compte des contraintes que rencontrent les clientèles habitant des localités éloignées.

- Pour tenir compte de l'absence de transport en commun dans certains territoires.

4.9 Adaptation des plages horaires de vaccination 0-5 ans, selon les besoins, tout en respectant les délais recommandés

- Parce que les stratégies visant une meilleure accessibilité temporelle, telles que l'ajout de plages horaires, sont reconnues efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales.
- Pour accommoder les parents et favoriser la conciliation travail-famille (particulièrement pour les RV de 12 et 18 mois).

4.10 Services de vaccination dans les milieux de vie ou dans les lieux à proximité de la population

- La vaccination dans des localités éloignées, par exemple au moyen d'une unité mobile en vaccination (escouade ambulante bien équipée) ou dans des points de service / points de chute
  - Pour élargir l'accessibilité à la vaccination puisque cette stratégie permettrait de joindre les parents qui habitent le secteur visité.
  - Parce que l'accessibilité géographique constitue un enjeu majeur dans plusieurs territoires de CSSS (vaste étendue du territoire, absence de transport en commun, présence d'une communauté défavorisée).
  - Parce qu'une telle stratégie aurait un impact positif sur les indicateurs de gestion.
  - À condition que la vaccination soit effectuée dans des sites bien équipés (ressources matérielles adéquates, voir section 3.4).
  - En adaptant au besoin les services offerts (ex : déplacement d'une infirmière dans une localité éloignée pour vacciner la clientèle 0-100 ans, partage d'un local avec une clinique médicale).
- Vaccination à domicile lors de situations particulières (notamment dans le cadre des SIPPE, après évaluation des besoins)
  - Parce que la vaccination lors de visites à domicile est une stratégie recommandée pour améliorer l'accès aux services de vaccination (Community Preventive Services Task Force, 2015).
  - Pour favoriser la continuité, permettre un certain démarchage (*reaching out*) et permettre à l'infirmière d'être proactive par rapport à la famille, tout en respectant la philosophie d'*empowerment* préconisée par les SIPPE, en accord avec le modèle de *nursing* de McGill (Université McGill, 2015). Par exemple, la vaccination à domicile pourrait être offerte à la clientèle SIPPE après 2 RV manqués au Centre local de services communautaires (CLSC).
  - Pour soutenir les parents qui seraient moins sensibilisés au respect du calendrier de vaccination.
  - Pour répondre à des besoins particuliers (ex : enfant malade, naissances multiples, famille habitant une localité éloignée).

4.11 Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières

- Parce que le PIQ (MSSS, 2013, et mises à jour) fournit l'encadrement pour la vaccination de tous les enfants, incluant ceux qui ont une maladie chronique, permettant ainsi leur vaccination au palier local.
- Parce que la vaccination de certaines clientèles (ex. : enfants allergiques) exige parfois une supervision médicale et le recours à des corridors de services.
- Parce que dans certains cas, à la suite d'une MCI, un suivi particulier est nécessaire.
- Parce que la vaccination d'enfants venant de l'étranger demande bien souvent des connaissances pointues (ex. : analyse de carnets et de calendriers de vaccination, connaissance des produits immunisants utilisés) et des outils traduits qui ne sont pas disponibles dans tous les CSSS. Ainsi, le soutien offert par les professionnels de l'Hôpital Sainte-Justine et de la DSP de Montréal est souvent, dans ce contexte, d'un précieux secours.

4.12 Cliniques dédiées et rappel spécifique pour la vaccination des enfants de 4-6 ans

- Parce que la vaccination 4-6 ans fait partie du calendrier québécois de vaccination de base, comme précisé dans le *Programme national de santé publique* (PNSP) (MSSS, 2003; 2008).
- Parce que l'entrée à la maternelle est un moment propice pour joindre les parents (ex. : rappel lors de l'inscription à la maternelle ou de la journée d'information, en plus du RV de 18 mois).
- Parce que la présence d'autres intervenants à l'école (infirmière scolaire, hygiéniste dentaire) permet d'intégrer le rappel de la vaccination à l'ensemble des pratiques préventives.
- Bien que la vaccination à l'école permette d'atteindre de bonnes couvertures vaccinales et qu'il s'agisse d'une intervention recommandée pour améliorer l'accès aux services de vaccination (Community Preventive Services Task Force, 2015), il peut s'avérer difficile d'envisager cette façon de faire pour les 4-6 ans en raison d'obstacles organisationnels. Des données anecdotiques recueillies dans le cadre de l'étude indiquent que les cliniques dédiées en CSSS sont très appréciées par les parents et permettent de vacciner un grand nombre d'enfants.

4.13 Services de vaccination combinés à d'autres interventions pour lesquelles l'efficacité est démontrée

- Parce que la vaccination offerte dans le cadre d'autres interventions est une stratégie recommandée pour améliorer l'accès aux services de vaccination (Community Preventive Services Task Force, 2015). Cependant, l'impact de l'inverse, soit le fait d'ajouter des activités cliniques préventives aux rencontres de vaccination, n'aurait pas été étudié à notre connaissance.
- Parce que la présence d'une clientèle orpheline (sans médecin de famille) oblige les intervenants des CSSS à adapter leurs services, par exemple en jumelant la vaccination au suivi de l'enfant s'appuyant sur l'ABCdaire (Université de Montréal, 2015). Il ne faut toutefois pas dédoubler les services, notamment en présence d'un suivi médical adéquat.

- Bien que les infirmières soient quasi unanimes quant à l'importance de l'approche multidimensionnelle (suivi global de l'enfant incluant la vaccination), si d'autres services sont offerts durant les cliniques de vaccination (ex. : dépistage, évaluation du développement), ils doivent s'appuyer sur des données probantes et l'utilisation d'outils validés. Il importe donc que les intervenants aient accès aux données probantes concernant les interventions et types de suivi. Les différentes instances de santé publique, régionales ou provinciales, pourraient contribuer à rendre disponibles ces données.

5. Formation

Une formation de base sur l'immunisation, offerte en ligne par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015), est disponible pour les infirmières depuis 2014 et son accès a été élargi en 2015 à l'ensemble des vaccinateurs du Québec. Les stratégies qui suivent devront être mises en œuvre en complémentarité de cette formation. Par ailleurs, certains aspects liés à la formation des vaccinateurs, incluant la question de la certification, devront faire l'objet d'une réflexion plus large (voir États généraux au point 9.5).

5.1 Soutien au développement et à la mise à jour des compétences des vaccinateurs et des acteurs du palier régional

- Formation complémentaire à la formation de base en immunisation offerte à tous les vaccinateurs du CSSS pouvant être donnée par des agents multiplicateurs ou par l'infirmière pivot en vaccination du CSSS
  - Pour s'assurer de l'accessibilité à l'expertise dans les CSSS. La formation par des agents multiplicateurs devrait toutefois se limiter aux vaccinateurs du CSSS. Il est trop tôt pour l'élargir à l'ensemble des vaccinateurs du RLS et il faudrait l'expérimenter au préalable. La DSP demeure donc responsable de la formation des vaccinateurs hors CSSS et pourrait jouer un rôle plus ou moins actif en ce qui concerne la formation des vaccinateurs en CSSS, selon les besoins et réalités de chaque région.
  - Pour permettre d'appliquer les normes du PIQ (MSSS, 2013, et mises à jour), notamment en ce qui concerne l'obtention du consentement ou les principes généraux en immunisation. Cela permettrait d'intégrer rapidement les changements au PIQ. La formation de base offerte en ligne permet de s'initier à l'utilisation du PIQ, toutefois l'ajout de vignettes ou d'exercices pratiques s'avère nécessaire selon les commentaires recueillis dans le cadre de l'étude. Une formation complémentaire permettrait de répondre à ce besoin.
  - Pour rendre officiel le rôle des personnes qui agissent à titre d'expert en immunisation dans les CSSS sans en avoir la reconnaissance.
  - Pour permettre aux instances concernées d'assumer leurs mandats de 1re et 2e ligne.
- Formation complémentaire à la formation de base en immunisation offerte à tous les vaccinateurs hors CSSS, incluant les médecins et les sages-femmes, pouvant être donnée par la DSP
  - Pour permettre d'appliquer les normes du PIQ (MSSS, 2013, et mises à jour), notamment en ce qui concerne l'obtention du consentement ou les principes généraux en immunisation. Cela permettrait d'intégrer rapidement les changements au PIQ.

    - Pour favoriser un message univoque en matière de vaccination.
    - Parce que des besoins de formation en matière d'immunisation ont été exprimés par certaines sages-femmes dans le cadre d'une étude récente (Sauvageau, Vivion et Dubé, 2014).
- Formation continue répondant aux besoins des acteurs des paliers régional et local
    - Pour permettre aux vaccinateurs et aux intervenants qui agissent en soutien-conseil de se tenir à jour en immunisation, considérant la complexité grandissante du calendrier vaccinal.
    - À titre d'exemple, un outil questions/réponses pourrait être développé pour la formation continue des vaccinateurs expérimentés, ce besoin ayant été exprimé par plusieurs participantes à l'étude.
- Formation des vaccinateurs sur les principes de l'entretien motivationnel, adapté à la vaccination, et sur le modèle de prise de décision
    - Pour favoriser l'offre de vaccination, en respectant le rythme des parents dans leur processus de prise de décision et en affichant une approche rassurante.
    - Pour soutenir les vaccinateurs dans leur travail auprès de tous les parents qui reçoivent des services (hésitants ou non-hésitants envers la vaccination).
    - Dans une perspective de responsabilité populationnelle, cette formation devrait idéalement être offerte au palier local; le soutien des paliers régional et provincial demeure cependant essentiel, tant pour l'élaboration d'outils que pour la prestation de la formation, selon les besoins et réalités de chaque région.
- Cliniques supervisées dans les CSSS ou autres modalités d'accompagnement suite à la formation de base des vaccinateurs
    - Pour assurer la qualité de l'acte vaccinal.
    - Les cliniques supervisées et autres modalités d'accompagnement devraient être adaptées en fonction des besoins, et au besoin, un soutien de la DSP pourrait être sollicité, par exemple pour l'élaboration et la mise à jour périodique d'un examen théorique.
- Canaux de communication assurant un arrimage entre la formation des vaccinateurs et l'implantation des changements du PIQ
    - Pour prendre en compte les besoins organisationnels des CSSS lors de l'implantation des changements au calendrier de vaccination et permettre aux vaccinateurs de s'en approprier.

6. Gestion des produits immunisants (GPI)

6.1 Soutien à la gestion des produits immunisants dans le contexte d'implantation du SI-PMI

- Disponibilité d'une politique ou de procédures de GPI officielles au sein du CSSS
    - Pour reconnaître l'importance de chacune des étapes liées à la GPI et clarifier les rôles et responsabilités de chacun au sein du CSSS.
    - Pour assurer le développement et la mise à jour des compétences.

    - L'implantation récente du SI-PMI et la mise à jour de la circulaire provinciale (MSSS, 2015b) relative à la politique de gestion des vaccins du PQI représentent une opportunité pour les CSSS de revoir leur fonctionnement en matière de GPI.
  - Disponibilité d'une politique régionale de GPI
    - Pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun (DSP, CSSS, dépôt régional, Technocentre).
    - Pour reconnaître le leadership de la DSP en matière de GPI (ex. : commande et coordination de la distribution des produits, attribution des contrats, surveillance de la qualité du transport des produits, soutien au maintien des compétences).
  - Désignation d'une personne responsable de la GPI au CSSS
    - Pour assurer une communication efficace entre les différents acteurs (prévoir un substitut).
    - Pour que cette personne développe une expertise dans l'utilisation des données du SI-PMI (volet GPI).
  - Désignation d'une personne responsable de la GPI à la DSP
    - Pour assurer une communication efficace entre les différents acteurs (prévoir un substitut).
  - Sous la responsabilité de la DSP et en collaboration avec le CSSS, entente écrite avec tous les vaccinateurs ou établissements, représentant une condition essentielle pour obtenir des vaccins du système public
    - Pour favoriser l'uniformité des pratiques et la qualité de la GPI (ex. : formation en immunisation et utilisation du PIQ comme critères de base pour obtenir des vaccins).
    - Dans une perspective de responsabilité populationnelle, explorer l'engagement des CSSS dans la gestion des ententes (ex : évaluation des besoins et visites de suivi effectuées par la DSP auprès des nouveaux vaccinateurs, en collaboration avec le CSSS).
  - Flexibilité pour la commande et la livraison des vaccins
    - Pour assurer la disponibilité des vaccins et favoriser l'offre de vaccination.
    - Pour subvenir aux besoins lors de situations particulières, par exemple lors d'ajout de plages horaires/cliniques de vaccination.

7. Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI)

7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination

  - Mise en œuvre d'un registre provincial de vaccination
    - Parce qu'un registre accessible à tous les vaccinateurs du Québec, contenant tous les renseignements sur les vaccins administrés, rendrait disponible l'information individuelle au lieu même de vaccination. Cela faciliterait l'accès aux données de vaccination d'un enfant, peu importe l'endroit où il a été vacciné.

- Maintien du registre ESPRI
  - Pour assurer la surveillance des MCI. Cette surveillance doit être soutenue par le développement et le maintien de l'expertise professionnelle à tous les paliers du système de santé.
- Exploitation systématique des données disponibles
  - Pour permettre de suivre de manière plus méthodique certains aspects de l'organisation des services de vaccination (ex. : indicateurs de gestion, offre de vaccination dans la région, données sur la GPI, bilan des bris de chaîne de froid, données populationnelles, données sur les MCI).
  - Pour bien connaître la clientèle desservie par le CSSS, en s'appuyant sur des données fiables.
  - Pour ajuster au besoin les services (ex : croissance démographique).
- Optimisation de la consignation des données à l'intérieur des CSSS et au registre de vaccination, en conformité avec les exigences du PIQ
  - Parce qu'il existe toutes sortes d'outils (ex. : questionnaire préimmunisation, fiche vaccinale, feuille de consentement et tout autre document) pour consigner l'information au dossier physique.
  - Parce que l'information est consignée à différents endroits (au dossier de l'usager, dans le Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) et au carnet de vaccination), sans compter l'information sur l'alimentation (fiche d'alimentation) saisie dans I-CLSC.
  - Parce que les bordereaux des cliniques médicales ne sont pas toujours saisis ni conservés (pratiques différentes d'un CSSS et d'une région à l'autre), bien qu'avec le registre provincial tous les bordereaux devront être saisis.
  - Parce que les intervenants souhaitent harmoniser les pratiques au sein de leur CSSS. La DSP, ou toute autre instance (ex. : MSSS, INSPQ), pourrait contribuer à l'élaboration d'outils standardisés.
- Vérification des données saisies
  - Pour mettre en place des procédures de validation des données de vaccination, par exemple en donnant accès au SI-PMI à des infirmières vaccinatrices.
  - Pour que les décisions qui sont prises dans les CSSS s'appuient sur des données validées (ce qui n'est pas toujours le cas).
- Formation des vaccinateurs à l'interprétation et à l'utilisation des données disponibles
  - Pour permettre une meilleure compréhension des raisons scientifiques justifiant le calendrier vaccinal et des délais sur lesquels s'appuient les indicateurs de gestion.
  - Pour faire la distinction entre indicateurs de gestion et couvertures vaccinales.
  - Pour faire un suivi opportun des MCI.
  - Pour permettre de prendre en compte les limites des données actuelles.
  - Bien que la responsabilité de cette formation relève des CSSS, le soutien et l'expertise de la DSP pourraient être sollicités, par exemple pour l'analyse et l'interprétation des données.

7.2 Maintien et développement des indicateurs de gestion en vaccination

- Maintien des indicateurs de gestion existants en vaccination
  - Parce que les indicateurs de gestion sont généralement perçus comme un levier considérable pour les organisations, et ce, malgré leurs limites inhérentes.
- Développement et proposition de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination
  - Parce que des données disponibles au palier local pourraient être exploitées.
  - Parce qu'avec l'avènement du SI-PMI, des indicateurs de gestion en vaccination pourraient être mis en place, autant en CSSS que hors CSSS.
  - Parce que de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination pourraient répondre à des besoins, par exemple en fonction de l'évolution du calendrier de vaccination ou d'un problème observé.

7.3 Rétroaction auprès de tous les vaccinateurs du RLS

- Parce qu'il s'agit d'une stratégie recommandée dans la littérature (Community Preventive Services Task Force, 2015) qui permet d'évaluer rétrospectivement la performance du vaccinateur concernant la vaccination de sa clientèle; elle permet aussi au vaccinateur d'avoir une réflexion sur sa pratique et d'y apporter des ajustements au besoin.
- Parce que les données qui sont transmises dans les CSSS concernant les indicateurs de gestion en vaccination sont jugées utiles pour renforcer le travail des vaccinatrices et sensibiliser les équipes au respect des délais recommandés.
- La rétroaction et le soutien des vaccinateurs de tout le RLS dans l'interprétation des données pourraient se faire conjointement par les acteurs des paliers régional et local.

8. Qualité de l'acte vaccinal

8.1 Définition et clarification de différents aspects liés à la qualité de l'acte vaccinal

- Élaboration d'une définition de la qualité de l'acte vaccinal
  - Pour préciser le cadre de travail de la vaccination ainsi que les normes qui y sont associées.
  - Pour tenir compte de la complexité de l'acte vaccinal et des enjeux associés.
- Diffusion de l'information concernant les rôles et responsabilités respectifs en matière de qualité de l'acte vaccinal
  - Pour que tous aient l'information juste concernant le cadre législatif, réglementaire, éthique et déontologique (ex : circulaire du MSSS, documents de l'OIIQ et du CMQ précisant les rôles et responsabilités, règle de soins infirmiers dans les établissements).
- Maintien ou développement de procédures en matière de gestion des risques
  - Pour que tous aient l'information juste concernant la gestion des risques en vaccination.

- Établissement de mécanismes clairs de communication et de transmission de l'information scientifique en immunisation
  - Pour s'assurer que l'information scientifique et celle liée aux normes de pratique vaccinale soient disponibles auprès de tous les vaccinateurs et dans tous les sites de vaccination.

8.2 Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal

- Parce que la réflexion sur les actes est une stratégie reconnue pour améliorer la qualité des soins.

9. Environnement

9.1 Collaboration avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire

- Pour permettre l'adoption d'une vision RLS et une complémentarité des services entre les vaccinateurs.
- Pour améliorer l'accessibilité des services.
- Pour harmoniser les pratiques vaccinales.
- Pour favoriser une meilleure connaissance et une confiance mutuelle.

9.2 Engagement de la communauté et des professionnels de la santé à la promotion de la vaccination

- Pour favoriser un discours univoque en matière de vaccination.
- Parce que les infirmières vaccinatrices perçoivent que la responsabilité de la promotion de la vaccination repose en grande partie sur leurs épaules et que cette responsabilité devrait être partagée par l'ensemble des professionnels de la santé et les membres de la communauté.
- Parce que les professionnels de médecine complémentaire exercent une influence importante sur la décision de certains parents de faire vacciner ou non leur enfant. Les sages-femmes, par exemple, peuvent prescrire ou administrer certains vaccins dans l'exercice de leurs fonctions. En plus de l'encadrement législatif, leur pratique est aussi guidée par la philosophie sage-femme dont l'un des principes fondamentaux est le choix éclairé incluant aussi la responsabilisation des parents (empowerment), le respect de l'autonomie des parents et la relation d'égalité (Sauvageau, Vivion et Dubé, 2014). Dans cette perspective, les sages-femmes présentent les bienfaits et les manifestations après la vaccination de manière équivalente.
- Parce que des données anecdotiques indiquent que les femmes suivies par des sages-femmes auraient tendance à refuser la vaccination pour leur enfant. On déplore le fait que les sages-femmes n'aborderaient le thème de la vaccination qu'à la sixième semaine postnatale, soit lors de leur dernière rencontre de suivi.

9.3 Communauté de pratique en vaccination (sous le leadership de la DSP)

- Pour permettre aux intervenants (en CSSS et hors CSSS) d'échanger et de partager les bonnes pratiques en vaccination, et ce, sur une base fréquente et régulière.
- Pour faire régulièrement le bilan des services rendus (en utilisant, par exemple, l'Approche positive).

- Pour établir et maintenir une communication efficace entre les paliers du système de santé.
- Pour favoriser un message univoque en matière de vaccination.
- Parce que c'est un moyen d'améliorer la qualité de l'acte.

9.4 Politique de vaccination (de type Amis des bébés)

- Pour que l'engagement provaccination soit clairement manifeste dans les établissements de santé, favorisant la reconnaissance de l'expertise des infirmières vaccinatrices à tous les paliers.
- Pour que les gestionnaires et tout le personnel des CSSS soient sensibilisés à la vaccination et à son importance. Les résultats de l'étude révèlent qu'une nouvelle vision est observée dans certains CSSS où une responsabilité partagée s'exprime par rapport aux services de vaccination à rendre à la population.
- Pour que la promotion soit partagée par tous les intervenants et gestionnaires et non seulement par les infirmières vaccinatrices.
- Pour faire contrepoids au mouvement d'hésitation de plus en plus grandissant qui est présent autant chez les parents que chez les travailleurs de la santé en établissement et hors établissement.
- Pour que l'expertise et le rôle de la DSP soient reconnus en matière de vaccination.

9.5 Réflexion globale sur l'offre de service en vaccination au Québec

- Pour orienter le MSSS sur différents enjeux en lien avec l'offre de service en vaccination 0-5 ans et sur des décisions qui pourraient en découler, par exemple suite à des « États généraux » regroupant tous les acteurs impliqués.
- Les thèmes suivants pourraient être abordés
  - Place du « privé » en vaccination (vaccination hors CSSS).
  - Rôle des médecins et autres professionnels de la santé (ex. : infirmières auxiliaires, pharmaciens, sages-femmes) en vaccination.
  - Formation de niveau collégial et universitaire des professionnels de la santé, particulièrement ceux qui sont impliqués en vaccination.
  - Formation des vaccinateurs, incluant les médecins et les sages-femmes.
  - Exigence d'une certification pour offrir des vaccins des programmes gratuits.
  - Critères d'attribution des doses de vaccin.
  - Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal.
  - Vaccination jumelée à des interventions de dépistage et de suivi du développement des nourrissons.
  - Pertinence, fondements et application des indicateurs de gestion en vaccination.
  - Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois.
  - Politique de vaccination.
  - Partage des responsabilités entre la 1re, la 2e et la 3e ligne.

N° de publication : 2071

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca

Institut national
de santé publique
Québec