

Plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie

Document produit par le
SOUS-COMITÉ VACCINATION DES 0-2 ANS

Mars 2011

Adopté le 24 mars 2011 par le Comité directeur de santé publique

Sous-comité du Comité directeur du programme de santé publique

MEMBRES DU SOUS-COMITÉ VACCINATION DES 0-2 ANS

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique	Dre Geneviève Petit, responsable du comité Dre Suzanne Ménard, coresponsable du comité Mme Diane Langevin
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	Mme Sylvie Durocher
Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	Mme Josée Bélanger Mme Joanne Breton
Centre de santé et de services sociaux du Val-St-François	Mme Diane Vallières
Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François	Mme Vanina Lavoie
Centre de santé et de services sociaux des Sources	Mme Kim Jasmin
Centre de santé et de services sociaux du Granit	Mme Suzanne Garant
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	M. Dominique Duval

REPRÉSENTANTES DU COMITÉ DIRECTEUR DU PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

Centre de santé et de services sociaux des Sources	Mme Marie Lamothe
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique	Mme Carole Albert

Nous tenons également à souligner le travail des personnes qui ont participé à certaines étapes des travaux ou qui ne siègent plus au sous-comité vaccination des 0-2 ans.

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	Mme Chantal Lessard Mme Anne-Marie Gagnon
Centre de santé et de services sociaux des Sources	M. Richard Vaillancourt Mme Marie-Claude Chabot Mme Ginette Côté Mme Marie-Andrée Hinse
Centre de santé et de services sociaux du Granit	Danielle Malenfant
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique	Mme Maude Gagnon Mme Gervaise Pednault
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Service performance, qualité et communications	M. Yan Quirion

Table des matières

MISE EN CONTEXTE	7
RAPPEL DE L'HISTORIQUE.....	7
PERTINENCE D'UN PLAN D'ACTION POUR SOUTENIR LA VACCINATION DES 0-2 ANS	8
DÉMARCHES DU SOUS-COMITÉ	9
LE CADRE DU PLAN D'ACTION	10
LES OBJECTIFS DU PLAN D'ACTION	10
LE MODÈLE THÉORIQUE	10
L'HORIZON TEMPOREL DU PLAN D'ACTION	10
LES STRATÉGIES DU PLAN D'ACTION	11
LES FICHES DESCRIPTIVES DES STRATÉGIES DU PLAN.....	12
AXE A – AUGMENTER LA DEMANDE DES PARENTS ET DE LA POPULATION.....	13
AXE A – AUGMENTER LA DEMANDE DES PARENTS ET DE LA POPULATION.....	13
AXE A : AUGMENTER LA DEMANDE DES PARENTS ET DE LA POPULATION	15
AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS.....	17
AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS.....	19
AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS.....	21
AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS.....	23
AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS.....	25
AXE C : AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES.....	27
AXE C : AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES.....	31
AXE TRANSVERSAL	35
AXE TRANSVERSAL	37
MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION.....	39
SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE.....	39
ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION	39
CONCLUSION.....	41
ANNEXE I	43
ANNEXE 2.....	45
MATÉRIEL TROUSSE VACCINATION À DOMICILE	45

ANNEXE 3.....	47
INDICATEURS RÉGIONAUX EN SUIVI.....	47
RÉFÉRENCES.....	49

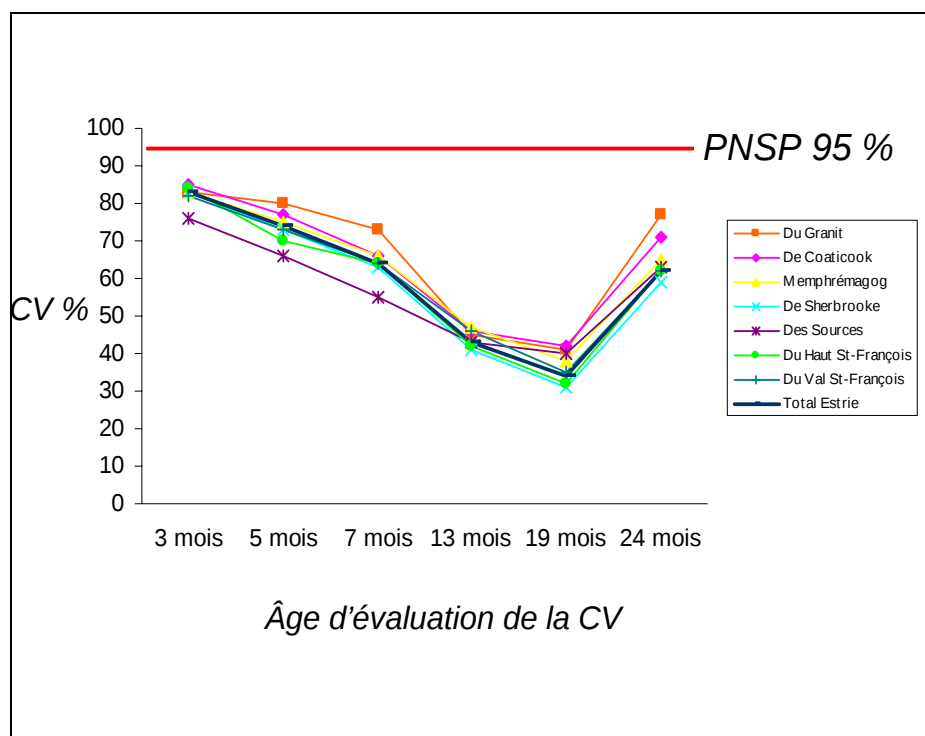
Mise en contexte

Rappel de l'histoire

Le sous-comité de vaccination des 0-2 ans a été formé en juin 2008. Sa création résultait d'une démarche régionale de recherche réalisée à la demande des CSSS et financée par le Programme de subvention régional en santé publique.

Cette étude estrienne (Guay et al, 2009) menée en 2007-2008 avait fait ressortir que dès 3 mois, les couvertures vaccinales (CV) des nourrissons n'atteignaient pas l'objectif de 95 % établi par le Programme national de santé publique et le Plan d'action régional. C'est à 19 mois que la CV était la plus faible avec à peine plus de 30 %, et ce, pour l'ensemble du territoire estrien. Ces retards de vaccination sont préoccupants en bas âge, car plusieurs maladies évitables affectent particulièrement les jeunes enfants. La mise à jour des données de couvertures vaccinales des 0-2 ans en 2010 démontre la même tendance.

Figure 1. Couverture vaccinale des enfants de l'Estrie 2003-2006 (pour l'Estrie et par CSSS)



Cette étude a permis d'identifier plusieurs barrières à la vaccination qui agissent au niveau de l'utilisateur et de sa famille, des dispensateurs de soins et du système de santé. Ces barrières représentent autant de cibles pour les interventions visant à augmenter la demande vaccinale par la communauté, l'offre vaccinale par les vaccinateurs ou l'accessibilité aux services de vaccination. Plusieurs stratégies sont reconnues efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales (Briss et al., (2000), CDC, (1999), Task Force on Community Preventive Medicine (2005)), Or, plusieurs de ces stratégies ne sont pas utilisées par tous les CSSS de l'Estrie.

Le sous-comité de vaccination des 0-2 ans a donc été créé avec le mandat de développer un plan d'action en vaccination pour les enfants de ce groupe d'âge. Ce plan d'action est basé sur les résultats de l'étude estrienne, la réalité des établissements de l'Estrie et la littérature scientifique sur les stratégies efficaces afin de proposer et d'assurer la mise en œuvre et le maintien de mesures pertinentes, acceptables et efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales des nourrissons de l'Estrie.

Pertinence d'un plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans

La vaccination est une mesure très efficace pour la prévention de nombreuses maladies infectieuses. Le programme québécois d'immunisation recommande la vaccination des nourrissons contre plusieurs maladies :

- La diphtérie
- La poliomyélite
- La rougeole
- La rubéole
- Les infections à *Haemophilus influenzae* de type B
- Les oreillons
- La coqueluche
- Le tétanos
- La varicelle
- Les infections à pneumocoques
- Les infections à méningocoque de type C
- L'influenza

En 2011, ces maladies évitables par la vaccination (MEV) et leurs conséquences sont moins présentes grâce à la vaccination d'une majorité de la population, mais elles peuvent encore représenter un fardeau sanitaire important et toucher des personnes ou des groupes non ou plus faiblement vaccinés.

Le programme national de santé publique (PNSP) et le plan d'action régional (PAR) identifient comme activité prioritaire la vaccination de base des nourrissons et visent un taux de couverture vaccinale à atteindre de 95 %. Ils identifient également l'importance de développer des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal.

L'atteinte d'un taux élevé de couverture vaccinale et le respect du calendrier de vaccination recommandé sont essentiels afin de diminuer l'incidence des MEV ou de maintenir l'incidence moyenne annuelle sous le seuil de l'élimination.

Démarches du sous-comité

Une démarche de planification intégrant la priorisation des problèmes et des solutions a été utilisée pour les travaux du groupe.

La démarche comportait cinq grandes étapes :

- a. Identification des problèmes à partir de l'étude sur les couvertures vaccinales des nourrissons par Maryse Guay et al. (2008).
- b. Démarches de priorisation locale des problèmes et identification de solutions efficaces à partir d'un modèle de priorisation et en fonction de deux principaux critères :
 - Critère 1 : Importance du problème
 - Critère 2 : Capacité à intervenir sur le problème (solutions)
- c. Validation pour chacun des CSSS du tableau de compilation des priorités locales (problèmes et solutions).
- d. Mise en commun et priorisation régionale des stratégies retenues et présentation au Comité directeur de santé publique (CDSP) pour approbation.
- e. Élaboration du plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans 2011-2013.

La démarche régionale pour soutenir la vaccination des 0-2 ans a été réalisée parallèlement à une démarche provinciale de rédaction d'un plan de promotion de la vaccination (dans tous les groupes d'âge) menée par l'Institut national de santé publique du Québec. Les travaux du comité provincial ont également été utilisés en référence par notre sous-comité, notamment pour l'identification des stratégies efficaces (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2009).

Les membres du sous-comité ont joué un rôle actif à chaque étape du processus de planification. Le plan d'action découlant des travaux reflète donc les recommandations de l'ensemble des membres.

La démarche du sous-comité a permis d'identifier et de décrire les composantes prioritaires d'un plan à mettre en œuvre en Estrie. Ce plan d'action sera présenté dans les sections suivantes.

Le cadre du plan d'action

Les objectifs du plan d'action

Le plan d'action vise deux objectifs principaux :

- a. Améliorer les couvertures vaccinales chez les enfants de 0 à 2 ans.
- b. Favoriser la vaccination en temps opportun (réduire les délais de vaccination par rapport aux recommandations du protocole d'immunisation du Québec (PIQ)).

Le modèle théorique

Le modèle est basé sur trois axes d'intervention qui doivent être déployés simultanément.

- Augmenter la demande des parents/ de la population.
- Augmenter l'offre de services par les vaccinateurs.
- Augmenter l'accessibilité aux services.

Ce modèle s'appuie sur celui publié par Briss et al. (Annexe I) pour l'amélioration des couvertures vaccinales. Les recommandations sont à l'effet que des actions efficaces implantées simultanément dans les trois axes auront plus d'effet que des actions dans un seul axe d'intervention.

L'horizon temporel du plan d'action

Le plan d'action proposé s'échelonnait sur trois ans. L'échéancier de déploiement prévu pour les stratégies se répartira donc sur la période 2011 à 2013.

Les stratégies du plan d'action

AXE A — Stratégies pour augmenter la demande des parents et de la population
1. Implanter le rappel et la relance systématiques pour la clientèle 0-2 ans.
2. Assurer l'information et l'éducation sur la vaccination de façon systématique dans les programmes OLO et SIPPE et lors des visites pré et postnatales.
AXE B - Stratégies pour augmenter l'offre de services par les vaccinateurs
3. Adhérer à la pratique des injections multiples.
4. Offrir de la formation systématique à l'embauche aux secrétaires qui assurent la prise de rendez-vous en vaccination. Assurer le suivi lors des mises à jour du PIQ.
5. Assurer une formation continue pour les vaccinateurs incluant la formation sur l'entrevue motivationnelle.
6. Mettre en place des standards de qualité de pratique en débutant par la mise en place d'une structure de groupe de professionnels en vaccination.
7. Améliorer l'accès à l'information sur la vaccination pour les professionnels (ex. site Internet).
AXE C - Stratégies pour augmenter l'accessibilité aux services
8. Offrir de la vaccination dans les milieux de vie pour les familles vulnérables.
9. Augmenter les plages horaires (jour, soir et fin de semaine) de vaccination afin d'adapter le service aux besoins de la clientèle pour vacciner dans les délais et éviter les listes d'attente.
Stratégies transversales en soutiens aux trois autres axes
10. Générer l'adhésion des médecins (et des cliniques médicales/GMF) au plan d'action régional de promotion de la vaccination.
11. Souligner la semaine de promotion de la vaccination en Estrie.

Les fiches descriptives des stratégies du plan

Le sous-comité de vaccination des 0-2 ans a opté pour la création de fiches synthèses pour chacune des onze stratégies retenues. Chaque fiche comprend les sections suivantes :

- Définition de la stratégie retenue.
- Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie.
- Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie.
- Objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie.
- Identification des outils et les ressources qui sont nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie.
- Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie.
- Échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie.

Les onze fiches décrivant les stratégies sont présentées à la section suivante.

AXE A – AUGMENTER LA DEMANDE DES PARENTS ET DE LA POPULATION

Stratégie 1 : Implantation d'un rappel et d'une relance systématique pour la clientèle 0-2 ans dans tous les CSSS de l'Estrie

1. Définition de la stratégie retenue
Le rappel : La stratégie par laquelle le CSSS (<i>ou la clinique médicale responsable de la vaccination</i>) indique au parent que son enfant aura une vaccination due et leur mentionne de prendre un rendez-vous avant ce moment. La relance : La stratégie par laquelle le CSSS (<i>ou la clinique médicale responsable de la vaccination</i>) indique au parent que son enfant a une vaccination en retard et leur mentionne de prendre rendez-vous pour rattraper ce retard. Le contact avec les parents peut être fait de différente façon : téléphone, lettre, carte postale ou courriel. Plus le contact est personnalisé, plus l'efficacité sera grande. Le message peut être général (indiquer que l'enfant a une vaccination prévue à 2 mois, 4 mois et 6 mois) ou spécifique (rappeler que tel enfant devrait recevoir tel(s) vaccin(s) à telle date). N.B. La confirmation de rendez-vous et la relance des personnes ayant raté un rendez-vous sont des activités différentes du rappel et de la relance. Ces activités peuvent être utiles et permettent de maximiser le travail des vaccinateurs, mais ne sont pas aussi efficaces et ne peuvent pas remplacer le rappel et la relance.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
• Chaque CSSS a la responsabilité de mettre en œuvre cette stratégie pour son territoire. • La personne responsable du programme d'immunisation nommée dans chaque CSSS, en lien avec le membre du sous-comité 0-2 ans, sera la personne devant assurer le suivi de cette stratégie. • La DSPE a la responsabilité de rendre disponible l'information sur les enfants dus et en retard aux CSSS.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
Pour que cette stratégie puisse être mise en œuvre, les étapes sont : Au niveau régional • Fournir mensuellement aux CSSS les informations permettant de créer les listes d'enfants à rejoindre pour leur territoire (via Logivac). Vérification à faire pour savoir si les listes peuvent être générées au niveau régional. Au niveau local • Recevoir ou créer mensuellement une liste des enfants du CSSS pour lesquels : a. une vaccination est due à un temps donné (à 1 mois pour la vaccination de 2 mois, à 11 mois pour la vaccination de 12 mois et à 17 mois pour la vaccination de 18 mois) et ce, à partir des fiches Logivac – RAPPEL; b. une vaccination est en retard à un temps donné (à 3 mois, 7 mois, 13 mois, 19 mois, 24 mois) et ce, à partir des fiches Logivac — RELANCE; c. Identifier le mode de contact retenu (téléphone, courrier). • Clarifier la demande au parent (ex. on lui demande d'appeler à tel numéro pour prendre un rendez-vous ou (si on est en ligne avec lui) on lui propose de le transférer au poste de la secrétaire pour qu'il prenne tout de suite son rendez-vous). • Identifier clairement qui aura à assumer : a. la tâche de créer ou de recevoir les listes; b. la tâche de contacter les parents (en prévoyant que des périodes variées (jour et soir) devraient être utilisées pour rejoindre les parents);

c. la tâche de superviser l'atteinte des cibles. • Prévoir la formation des personnes assurant les tâches reliées à ce système.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
• Que chaque CSSS ait une procédure systématisée de rappel et de relance permettant un contact avec les parents d'enfant avec une vaccination due et/ou en retard. • Qu'un rappel soit effectué auprès de : ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination due à 2 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination due à 12 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination due à 18 mois • Qu'une relance soit effectuée auprès de : ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination en retard à 3 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination en retard à 7 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination en retard à 13 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination en retard à 19 mois ▸ 90 % des enfants ayant une vaccination en retard à 24 mois
5. Identification des outils et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie
OUTILS RÉGIONAL : Système Logivac permettant une identification des vaccinations dues et en retard. LOCAL : • En utilisant les fiches Logivac, la création d'une procédure standardisée permettant la création de liste d'enfants pourrait faciliter le travail des CSSS. • Un message standardisé pourrait être créé pour faciliter le travail des CSSS effectuant le rappel et la relance. RESSOURCES RÉGIONAL : Ressources humaines nécessaires à la production des fiches Logivac (ou listes) et à leur envoi aux établissements. LOCAL : Ressources humaines nécessaires pour : a) la réception ou la création des listes; b) le contact avec les parents; c) la compilation des données pour assurer le suivi des rappels et relances.
6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie
Il est important de systématiser de la procédure pour que le système ne repose pas sur les épaules d'une seule personne. Les ressources doivent être bien formées pour soutenir ce système (voir stratégie 4). L'informatisation du système permettrait d'accroître l'efficacité et permettre un meilleur suivi.
7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie
En 2011 : Clarification des mécanismes et validation des outils. En 2012 : Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints d'ici décembre 2012.

AXE A : AUGMENTER LA DEMANDE DES PARENTS ET DE LA POPULATION

Stratégie 2 : Assurer l'information/éducation sur la vaccination de façon systématique dans les programmes OLO et SIPPE et lors des visites pré-post natales

1. Définition de la stratégie retenue

Toutes les familles suivies par les programmes OLO et SIPPE devraient recevoir de l'information et de l'éducation sur la vaccination via le professionnel de la santé qui est désigné pour leur suivi et ce, peu importe le titre professionnel de cette personne. L'information/éducation ne devrait pas seulement être assumée par les infirmières de ces équipes.

Pour augmenter l'efficacité, l'approche des parents devrait adopter la forme d'une entrevue motivationnelle et devrait porter sur les déterminants de la vaccination (les maladies et leurs conséquences, les vaccins et leur efficacité, l'importance du respect du calendrier vaccinal, les réticences et les effets indésirables de la vaccination et l'organisation de la vaccination pour ces familles). Un modèle de changement de comportement devrait être adopté par les intervenants dans leur intervention de promotion de la vaccination.

Les outils d'information écrits à remettre aux parents devraient également être évalués pour leur pertinence et leur compréhension auprès des familles suivies par ces programmes.

2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie

- Au niveau régional, la DSPE aurait la responsabilité d'offrir la formation pour les professionnels des équipes OLO et SIPPE. La formation pourrait être organisée régionalement ou procéder par soutien à des personnes formatrices au niveau local.
- Au niveau local, chaque CSSS aurait la responsabilité de s'assurer de la formation du personnel de ces équipes et de l'approche systématique aux familles des programmes OLO et SIPPE.

3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie

Pour que cette stratégie puisse être mise en œuvre, les étapes sont :

Au niveau régional

- Création de la formation. Une telle formation n'existe pas encore en Estrie, elle serait donc à élaborer au niveau régional en s'inspirant d'initiatives déjà évaluées (formation VIP et projet Promovac).
- Évaluation de la formation auprès d'un premier groupe de professionnels.
- Formation étendue à l'ensemble des professionnels ciblés.
- Évaluation des outils écrits à remettre aux parents des programmes SIPPE et OLO.

Au niveau local

- Collaboration à la création de la formation.
- Participation à l'évaluation de la formation et des outils.
- Assurer la participation des professionnels ciblés à la formation.
- Systématiser l'intervention par rapport à la vaccination dans le plan de suivi de ces familles.

4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie

- Qu'une formation soit disponible régionalement sur l'entrevue motivationnelle en lien avec la vaccination pour les professionnels des équipes SIPPE et OLO.
- Que 100 % des professionnels des équipes SIPPE et OLO soient formés pour ce type d'intervention.
- Que 90 % des familles suivies par les programmes SIPPE et OLO reçoivent l'intervention sur la vaccination comme prévue.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

OUTILS

- Tout le contenu et le matériel nécessaire pour la formation.
- Des outils écrits adaptés pour les parents des programmes OLO et SIPPE.

RESSOURCES

- Une infirmière responsable de la vaccination au niveau régional avec un mandat de formation.
- Des personnes ressources au niveau régional et local pour assurer l'expertise en contenu de cette intervention.

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie**Au niveau régional**

Ressources humaines limitées au niveau régional pour la création de nouveau matériel de formation.

Au niveau local

Libération des professionnels pour assister à la formation.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

En 2012 : Élaboration et évaluation de la formation et des outils.

En 2013 : Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints d'ici décembre 2013.

AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

Stratégie 3 : Adhérer à la pratique des injections multiples

1. Définition de la stratégie retenue
Les milieux offrant la vaccination devraient sensibiliser leurs professionnels à la recommandation des injections multiples lors d'une même visite. Les professionnels de la santé travaillant dans ces milieux devraient 1) offrir d'administrer l'ensemble des vaccins recommandés lors d'une même visite, même si ceci implique des injections multiples 2) être en mesure de présenter aux clients les avantages d'une telle recommandation 3) utiliser les techniques facilitant les injections multiples chez les enfants. Ceci implique de ne pas offrir systématiquement d'avoir plus d'un rendez-vous pour donner la vaccination, exemple à 12 mois. Cette stratégie ne signifie cependant pas de refuser de vacciner les enfants dont les parents insisteraient pour recevoir les vaccins en plusieurs visites, malgré la recommandation.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
Au niveau régional - La DSPE a la responsabilité d'assurer l'accès à de la formation pour les professionnels de la santé en lien avec les injections multiples (en CSSS et en clinique médicale). Au niveau local - Chaque CSSS a la responsabilité de voir à la formation des vaccinateurs de son établissement. - La personne responsable du programme d'immunisation nommée dans chaque CSSS, en lien avec le membre du sous-comité 0-2 ans, sera la personne devant assurer le suivi de cette stratégie.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
Pour que cette stratégie puisse être mise en œuvre, les étapes sont : Au niveau régional - Rappel de la directive par la DSPE à tous les vaccinateurs de son territoire. - Offre de formation systématique aux vaccinateurs sur cette pratique (en ligne ou en présentiel). Au niveau local - Incitation des vaccinateurs du territoire à participer à la formation sur les injections multiples. - Disponibilité des outils d'information sur les injections multiples à remettre aux parents.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
- Qu'une forme de formation soit disponible en Estrie pour soutenir les vaccinateurs dans leur pratique des injections multiples. - Que 100 % des vaccinateurs d'enfants puissent expliquer les avantages des injections multiples à un parent. - Que 100 % des vaccinateurs d'enfants offrent d'administrer tous les vaccins recommandés à un enfant en une même visite.
5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie
OUTILS Pour les vaccinateurs : Outils de formation (existant) produit par le MSSS http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?professionnels_de_la_sante

Pour les parents : Outil d'information (existant) produit par le MSSS
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-278-10.pdf>

RESSOURCES

RÉGIONAL

- Personne ressource en immunisation avec le mandat de rendre disponible la formation sur les injections multiples en Estrie + ressources pour la formation (salle, matériel ou site internet).

LOCAL

- Des personnes ressources locales pour assurer l'expertise en contenu de cette intervention.

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

- Certains vaccinateurs sont encore réticents à recommander les injections multiples.
- Les cliniques médicales n'ont pas encore fait l'objet d'offre de formation systématique de la part de la DSPE. Les moyens pour inciter les médecins et les infirmières œuvrant dans les cliniques et les GMF à assister aux formations sont encore à explorer.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

En 2011 : Adaptation des contenus disponibles pour leur utilisation au niveau régional.

En 2012 : Déploiement en CSSS

- Élaboration des mécanismes d'offre de formation pour les cliniques médicales.
- Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints d'ici décembre 2011 pour les vaccinateurs en CSSS.

En 2013 : Déploiement en cliniques médicales

- Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints d'ici décembre 2011 pour les vaccinateurs en cliniques médicales.

AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

Stratégie 4 : Offrir de la formation systématique à l'embauche aux secrétaires qui assurent la prise de rendez-vous en vaccination. Assurer le suivi lors des mises à jour du PIQ

1. Définition de la stratégie retenue
La prise de rendez-vous pour la vaccination des jeunes enfants se fait généralement par des secrétaires ou agentes administratives. Afin de permettre aux vaccinateurs de pouvoir rejoindre les enfants au moment recommandé par le calendrier vaccinal, la prise de rendez-vous est très importante. La personne en charge de la prise de rendez-vous devrait notamment être en mesure de : a) Minimiser le délai entre le moment où la vaccination est due et le moment où le rendez-vous est offert aux parents. b) Favoriser la prise de rendez-vous pour plus d'une visite à la fois (minimalement pour la prise de rendez-vous pour les vaccins de 2, 4 et 6 mois en même temps). c) Utiliser les âges minimaux recommandés pour offrir les rendez-vous de vaccination de façon appropriée (ex. un rendez-vous pour recevoir le vaccin RRO ne devrait pas être offert avant 12 mois). d) Prévoir la durée du rendez-vous en fonction du nombre de doses recommandés pour l'âge, s'il y a lieu. e) Effectuer un retour d'information au gestionnaire désigné pour l'ajout de plages horaires de vaccination advenant l'incapacité à offrir la vaccination en temps opportun dans les plages horaires prévues.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
• La DSPE a la responsabilité de soutenir la production d'un guide régional servant à la formation des secrétaires assurant la prise de rendez-vous en vaccination. Elle a également la responsabilité de mettre à jour ce guide en fonction des mises à jour du PIQ. • Chaque CSSS a la responsabilité de mettre en œuvre cette stratégie pour son territoire, c'est-à-dire de voir à la formation initiale et de mises à jour pour les personnes ciblées. • La responsable du programme d'immunisation nommée dans chaque CSSS sera la personne devant assurer le suivi de cette stratégie.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
Pour que cette stratégie puisse être mise en œuvre, les étapes sont : Au niveau régional • Analyse des outils disponibles localement dans les CSSS par le sous-comité vaccination 0-2 ans. • Création d'un guide régional servant à la formation pour les secrétaires. • Diffusion du guide aux CSSS et aux cliniques médicales offrant la vaccination des jeunes enfants. • Mise à jour du guide lors de modifications du PIQ impliquant la prise de rendez-vous de vaccination chez les 0-2 ans. Au niveau local • Utilisation du guide pour systématiser la formation des secrétaires, initialement, à l'embauche et lors de mise à jour du guide. • Prévoir une procédure de rétroaction aux délais dans la prise de rendez-vous. • Prévoir des rencontres périodiques avec les secrétaires sur l'utilisation du guide dans le déroulement de la prise de rendez-vous en vaccination.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
• Qu'un guide soit disponible en Estrie pour soutenir les secrétaires dans la prise de rendez-vous de vaccination

- Que 100 % des secrétaires soient formées à l'utilisation du guide.
- Que sept CSSS sur sept aient une procédure d'établie pour la rétroaction par rapport aux délais dans la prise de rendez-vous.
- Que sept CSSS sur sept aient tenu des rencontres périodiques avec les secrétaires responsables des rendez-vous de vaccination sur l'utilisation du guide.
- Que 70 % des cliniques médicales vaccinant des jeunes de 0-2 ans utilisent le guide pour leur prise de rendez-vous.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

OUTILS

- Le guide et ses mises à jour.

RESSOURCES

- Ressources humaines au niveau régional pour soutenir la création de cet outil.
- Ressources humaines au niveau local pour soutenir l'implantation et le maintien de l'utilisation du guide.

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

- Dépendant des milieux, la prise de rendez-vous en vaccination peut être assumée par une ou plusieurs personnes différentes. Ces personnes peuvent avoir un intérêt plus ou moins grand pour la vaccination.
- Les cliniques médicales n'ont pas fait l'objet d'intervention pour soutenir leur prise de rendez-vous et ont une réalité de demande de service qui leur est propre.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

En 2011 : Analyse des outils déjà disponible en région et ailleurs et début d'élaboration du guide.

En 2012 : Création, validation et ajustement du guide.

En 2013 : Diffusion systématique du guide sur tout le territoire.

Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront atteints d'ici décembre 2013.

AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

Stratégie 5 : Assurer une formation continue pour les vaccinateurs incluant la formation sur l'entrevue motivationnelle

1. Définition de la stratégie retenue
La formation continue des vaccinateurs permet de maintenir et d'améliorer leurs compétences. Jumelée à d'autres stratégies (intervention à composantes multiples) elle a été démontrée efficace pour augmenter les couvertures vaccinales. L'Agence de la santé publique du Canada a produit en 2008 un document décrivant 14 compétences essentielles en immunisation pour les professionnels de la santé. La formation devrait permettre d'acquérir et de développer ces compétences. La formation peut prendre différentes formes (formation en ligne, formation de type magistrale, formation interactive, etc.). Les formations déjà développées ailleurs, dont une formation interactive basée notamment sur un modèle de changement de comportement (Formation VIP), devraient être explorées pour utilisation dans la région.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
Au niveau provincial En 2010, un groupe de travail provincial vient d'être mis en place sur la formation en ligne en vaccination. Une représentante de la région (Geneviève Petit) fait partie de ce groupe de travail et sera donc au fait des activités provinciales à venir dans ce domaine. Au niveau régional La DSPE a la responsabilité de concevoir et d'offrir la formation aux vaccinateurs du territoire, et ce, avec le support de l'équipe de soutien aux professionnels du réseau de l'Agence. Au niveau local Chaque CSSS a la responsabilité de voir à la formation des vaccinateurs de son établissement.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
Au niveau régional • Suivre l'évolution des travaux du groupe de travail provincial sur la formation en vaccination. • Développer un plan de révision de l'offre de formation en vaccination conjointement avec l'équipe de formation de l'Agence (ressources humaines). • Identifier les besoins de formation actuels des vaccinateurs. • Identifier les besoins couverts par la formation actuelle et les besoins pour lesquels le contenu de formation est à bonifier. • Explorer le contenu et examiner la durée des formations aux vaccinateurs offerts ailleurs (autres régions du Québec). • Développer les contenus manquants. • Informer les vaccinateurs de l'offre de formation en région. Au niveau local • Soutien à l'identification de besoins et à la création d'éléments de formation manquants. • Incitation des vaccinateurs du territoire à participer aux formations.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
• Que l'offre de formation rendue disponible aux vaccinateurs de l'Estrie couvre les compétences essentielles en immunisation.

• Que la formation soit répétée suffisamment pour répondre aux besoins des vaccinateurs. • Que 50 % des vaccinateurs de l'Estrie participent à au moins une formation en lien avec la vaccination sur une période de 3 ans.
5. Identification des outils et des ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie
OUTILS • Tout le contenu nécessaire à la réalisation des formations identifiées. RESSOURCES • Ressources humaines au niveau régional pour créer le contenu de formation et le transmettre aux vaccinateurs. • Ressources humaines au niveau local doivent être libérées pour pouvoir accéder à la formation.
6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie
• La création d'une formation exige beaucoup d'investissement de temps en ressources humaines pour la DSPE. • La libération des ressources humaines au niveau local pour participer à une formation de base ou à une formation continue peut entraîner des réaménagements de l'offre de services. • Les cliniques médicales n'ont pas encore fait l'objet d'offre de formation systématique de la part de la DSPE. Les moyens pour inciter les médecins et les infirmières œuvrant dans les cliniques et les GMF à assister aux formations sont encore à explorer.
7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie
En 2011 : Début des travaux en vue de la création d'un plan de formation (évaluation des besoins et analyse de la formation existante). En 2012 : Identification des contenus manquants et création de la nouvelle offre de formation. En 2013 : Offre de formation aux vaccinateurs de l'Estrie. Les deux premiers objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront atteints d'ici décembre 2013. Le troisième objectif intermédiaire ne pourra être évalué qu'à partir de la fin de décembre 2015.

AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

Stratégie 6 : Mettre en place des standards de qualité de pratique en débutant par la mise en place d'une structure de groupe de professionnels en vaccination

Définition de la stratégie retenue
La vaccination est une pratique professionnelle exigeante et complexe. Les vaccinateurs doivent faire preuve de compétence en mobilisant les savoirs théoriques ainsi que des savoirs pratiques en lien avec la vaccination. Malheureusement, la mise à jour des compétences en immunisation devient de plus en plus difficile dans un contexte de pénurie de ressources, roulement de personnel et de multiplicité des mandats voués à l'infirmière. Fondé sur les plus récentes connaissances scientifiques et sur des pratiques exemplaires dans le domaine de la vaccination, le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) sert de norme de pratique professionnelle. Le PIQ est mis à jour régulièrement, ce qui nécessite la formation continue des vaccinateurs pour assurer la qualité de l'acte vaccinal. Le PIQ reflète également la position du MSSS quant aux décisions en matière du programme québécois d'immunisation (PQI) et sur son application auprès de la population. La création d'un groupe régional de professionnels en vaccination vise à consolider et développer l'expertise conseil d'infirmières ressources au sein de chacun des CSSS sur les aspects scientifiques, techniques et opérationnels du programme d'immunisation du Québec afin d'assurer le partage des standards de qualité requis pour assurer une pratique en vaccination efficace et sécuritaire. Ces infirmières ressources pourront à leur tour soutenir leur milieu pour l'application du programme et ramener au groupe régional de professionnels les besoins en matière de maintien et de développement des compétences en immunisation, ainsi que les préoccupations et problèmes vécus dans leur milieu.
Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
Au niveau régional - La DSPE a la responsabilité de créer, soutenir et animer le groupe de professionnels en vaccination. Au niveau local - La personne responsable du programme d'immunisation dans chaque CSSS doit nommer les infirmières ressources qui participeront au groupe régional et qui joueront le rôle de soutien en vaccination dans leur milieu.
Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
La première étape de la mise en œuvre de cette stratégie a déjà été réalisée, car le comité directeur de santé publique a adopté en 2010 la proposition de créer un groupe de professionnels en vaccination (infirmières ressources). La nomination d'une ou plusieurs infirmières ressources dans chaque CSSS est pratiquement complétée. Les étapes subséquentes sont : - Démarrer les travaux du groupe de professionnels qui auront la responsabilité de s'approprier les standards de qualité de pratique en vaccination à transposer dans leur milieu. - Tenir des rencontres et des échanges périodiques avec les membres du groupe de professionnels. - Utiliser le PIQ ainsi que le document sur les compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé, produit par l'Agence de santé publique du Canada comme outils de base de travail. Ces deux principaux outils devront : - être rendus disponibles pour tous les CSSS ; - être connus par les membres du groupe de professionnels, par les responsables du programme d'immunisation et par les vaccinateurs dans chaque CSSS ;

- c. Avoir fait l'objet d'une analyse sur les enjeux régionaux et locaux découlant de ces documents et de leurs mises à jour (ex. Comment assurer le maintien des compétences des professionnels en immunisation? Quels changements amènent la mise à jour du PIQ dans la pratique quotidienne du vaccinateur? Dans l'organisation des services régionaux et locaux?).

Cette analyse mènera à une priorisation des activités du groupe de professionnels. Les besoins en matière d'orientation, de formation et de soutien des vaccinateurs pour atteindre les standards de pratique seront conséquemment revus par le groupe régional de professionnels. Les travaux du groupe permettront qu'une vision et une compréhension commune des activités à réaliser dans le cadre des différents volets du programme québécois d'immunisation (PQI) soient dégagées.

Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie

- Que sept CSSS sur sept aient nommé au moins une infirmière ressource pour leur établissement.
- Que le groupe régional de professionnels ait tenu les rencontres et échanges périodiques sur le programme d'immunisation et ses mises à jour prévues à son mandat.
- Que sept CSSS sur sept aient participé aux travaux du groupe de professionnels.
- Que 100 % des responsables du programme d'immunisation et des vaccinateurs des CSSS connaissent les compétences en immunisation (standards de pratique).
- Qu'une analyse des enjeux découlant des travaux du groupe ait été produite régionalement et localement (sept CSSS sur sept).

Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

OUTILS

- PIQ et ses mises à jour (<http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq/>).
- Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé, ASPC. (<http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ic-ci-fra.php>).
- Autres documents de référence (ex. avis du CIQ formations en vaccination existantes et en cours de développement).

RESSOURCES

- De une à quatre infirmières ressources nommées dans chacun des CSSS.
- Médecins et infirmière responsables de l'immunisation à la DSPE.
- Soutien clérical du groupe assuré par la DSPE.

Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

Reconnaître le temps en ressources humaines requis :

- Pour préparer les rencontres et participer au groupe régional de professionnels en vaccination.
- Pour assumer le rôle d'expertise conseil et d'agent multiplicateur auprès des autres professionnels de l'établissement.

Faire connaître et soutenir le rôle pivot des infirmières ressources au sein de l'établissement CSSS.

L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

2011 : Mise en place du groupe de professionnels. Détermination des priorités du groupe, élaboration du plan de travail et des dates de rencontres.

2012 et 2013 : Poursuite des activités du groupe. Bilan annuel des activités réalisées par ce groupe au comité directeur de santé publique.

Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront tous atteints en décembre 2013.

AXE B : AUGMENTER L'OFFRE DE SERVICES PAR LES VACCINATEURS

Stratégie 7 : Améliorer l'accès à l'information sur la vaccination pour les vaccinateurs (ex. site Internet)

1. Définition de la stratégie retenue
Les vaccinateurs jouent un rôle clé pour l'atteinte des cibles de couvertures vaccinales. L'accès facilité à une information pertinente sur la vaccination pour ces professionnels est une stratégie à utiliser conjointement à d'autres stratégies. Le type d'information pertinente pour les vaccinateurs pourrait se diviser de la façon suivante : • Documentation sur le PIQ et les recommandations de vaccination. • Documentation sur les controverses en vaccination, questions réponses pour les professionnels de la santé • Information sur le maintien des compétences (ex. formations offertes). • Rétroaction sur les couvertures vaccinales – régionale, par territoire. • Information sur les outils utiles en lien avec la pratique (ex. outils aide-mémoire pour les cliniciens, trousse de promotion de la vaccination, guide pour la prise de rendez-vous pour les secrétaires, outils techniques, notamment pour le fonctionnement régional (grilles de suivi CV, formulaires à utiliser au régional, etc.). L'information sur la vaccination devrait également être intégrée aux activités sur les pratiques cliniques préventives au niveau régional et local.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
• Conjointement avec l'équipe de communication de l'Agence, la DSPE a la responsabilité de concevoir le mode de diffusion de l'information à privilégier pour la région et d'identifier les besoins et de créer le contenu. • La mise à jour des documents est également sous la responsabilité de la DSPE. • Une fois créée, la DSPE sera responsable d'aviser les vaccinateurs de la région de l'existence de ce mode de diffusion d'information. • Chaque CSSS a la responsabilité de s'assurer de l'accès à cette information, notamment en assurant l'accès à internet pour ses vaccinateurs.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
Au niveau régional • Conception du mode de diffusion à privilégier pour la région (DSPE et communication). • Identification des besoins des vaccinateurs de la région. • Création du contenu. • Mise à jour du contenu. • Avis aux vaccinateurs sur l'information disponible et rappel de l'importance de l'utiliser. • Explorer l'utilisation d'une visite aux cliniciens sur les pratiques cliniques préventives pour soutenir les pratiques en vaccination. Au niveau local • Assurer l'accès à l'information pour tous les vaccinateurs.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
• Qu'un mode de diffusion d'information régional soit en place pour soutenir les vaccinateurs de la région. • Que 90 % des vaccinateurs connaissent l'existence de ce mode de diffusion. • Que 75 % des vaccinateurs utilisent régulièrement ce mode de diffusion dans le cadre de leur pratique.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

OUTILS

- Outils de diffusion de l'information, adaptée aux vaccinateurs de l'Estrie.

RESSOURCES

AU NIVEAU RÉGIONAL

- Ressources humaines pour la création et la mise à jour de l'outil.

AU NIVEAU LOCAL

- Accès à internet pour les vaccinateurs.
- Temps dédié pour la consultation des informations sur la vaccination.

6. Description des enjeux organisationnels pour la mise en place de la stratégie

- Un mode de diffusion tel que la création d'un site internet représente une charge de travail importante, mais envisageable avec les ressources actuelles. Le site Internet de l'Agence permet actuellement d'avoir accès à de nombreux documents. Cependant, la disponibilité de l'information n'est pas synonyme d'utilisation pertinente de l'information.
- Une forme de diffusion plus active et personnalisée, telle que les visites d'infirmières facilitatrices, exige davantage de ressources humaines et d'investissements. L'efficacité de telles visites auprès de cliniciens pour changer les pratiques est cependant plus élevée.
- Il est également important de favoriser le maintien de l'utilisation d'une source d'information dans le temps.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

En 2011 : Conception du mode de diffusion de l'information et évaluation des besoins.

En 2012 : Création de l'outil de diffusion de l'information et avis aux vaccinateurs de son existence.

Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront atteints d'ici décembre 2012.

En 2013 : Mise à jour de l'outil et rappel de l'importance de l'utiliser.

Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront maintenus en décembre 2013.

AXE C : AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Stratégie 8 : Offrir de la vaccination dans les milieux de vie pour les familles vulnérables

I. Définition de la stratégie retenue

L'offre de vaccination dans les milieux de vie comprend la vaccination à domicile et dans des organismes du milieu (ex. maison de la famille, CPE, etc.). Cependant, de par l'accessibilité et l'efficacité plus grandes qu'elle permet, la vaccination à domicile devrait être favorisée.

L'étude régionale sur la vaccination (Guay et al. 2008) avait identifié que le jeune âge maternel, la monoparentalité, la faible scolarité maternelle et les familles nombreuses étaient des facteurs associés à une plus grande probabilité de statut vaccinal incomplet.

Les familles vulnérables peuvent être définies de plusieurs façons.

Une partie des familles vulnérables est identifiée et suivie par le programme SIPPE. Les critères de suivi actuellement utilisé par le programme SIPPE sont les suivants :

- Jeunes parents : moins de 20 ans.
- Scolarité : cinquième secondaire non complété.
- Extrême pauvreté : sous le seuil de faible revenu.

Régionalement, le service OLO (distribution d'œufs, de lait et d'oranges) peut être offert à des familles ne répondant pas tout à fait aux critères SIPPE. Ces familles peuvent bénéficier d'un suivi prénatal et d'un court suivi postnatal (maximum jusqu'à 3 mois).

Par contre, ce n'est pas 100 % des familles répondants aux critères SIPPE qui sont suivies, et ce, pour diverses raisons. Actuellement le taux d'abandon de programmes semblables est d'environ 50 % et le bilan régional SIPPE confirme que le nombre de familles suivi diminue avec l'âge de l'enfant.

Finalement, certaines familles ne répondant pas aux critères de suivi SIPPE peuvent tout de même être vulnérables (ex. familles nombreuses, revenu légèrement supérieur au critère SIPPE, familles immigrantes ou réfugiées, etc.).

Notons que le ministère de la Santé et des Services sociaux est actuellement à revoir le Programme SIPPE et ses critères de suivi. Les nouvelles recommandations étaient attendues pour 2010, mais ne sont pas encore disponibles.

2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie

Les responsables du programme d'immunisation dans chaque CSSS, en association avec la personne responsable du volet vaccination dans le programme SIPPE.

3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie

Les étapes sont distinctes selon les différentes catégories de famille vulnérable :

- Des familles SIPPE déjà en suivi.
- Des familles OLO avec court suivi.
- Des familles vulnérables connues et répondant aux critères SIPPE, mais n'étant plus suivies.
- Des familles vulnérables ne répondant pas aux critères de suivi du programme SIPPE.

Au niveau régional

Les répondantes du plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans (Dre Geneviève Petit) et du programme SIPPE (Mme Renée Cyr) s'engagent à s'informer mutuellement des recommandations et de la mise en œuvre de ces dossiers s'influençant mutuellement.

Au niveau local

En priorité, c'est la clientèle répondant aux critères SIPPE qui sera d'abord ciblée dans cette stratégie.

Étapes :

- 1) Identifier la clientèle à rejoindre pour la vaccination, c'est-à-dire création d'une liste de familles à rejoindre. Actuellement, Logivac n'identifie pas de façon distincte les fiches vaccinales des clientèles SIPPE des CSSS. Une démarche de validation sera amorcée par la DSPE de façon à envisager la possibilité de pouvoir identifier la clientèle SIPPE via Logivac.
- 2) Identifier les moments de vaccination due pour planifier les visites à domicile pour vaccination. Les informations concernant la vaccination due et en retard produites par Logivac pourront servir à cette fin.
- 3) Prévoir du matériel nécessaire à la vaccination à domicile. Le matériel devrait être :
 - a) complet et adéquat pour répondre aux besoins de vaccination (incluant le maintien de la chaîne de froid) et des premiers soins;
 - b) disponible en quantité suffisante pour couvrir les besoins de l'équipe de suivi SIPPE;
 - c) mis à jour régulièrement;
 - d) convivial pour utilisation dans des familles vulnérables.Une analyse du matériel à privilégier et de son maintien de la chaîne de froid est à prévoir.
- 4) Prévoir que les professionnels effectuant la vaccination à domicile soient adéquatement formés pour effectuer cette tâche (aspect technique, gestion du matériel, aspect relationnel avec la famille, etc.).
- 5) Mettre à jour mensuellement les informations sur les vaccinations dues et reçues pour la clientèle SIPPE.
- 6) Identifier une personne responsable d'assurer le suivi des vaccinations dues et reçues pour l'ensemble de la clientèle identifiée SIPPE (et non un suivi intervenant par intervenant). Un mode de suivi électronique devrait être favorisé. Pour la clientèle dont le suivi par le programme OLO cesse avant que la vaccination 0-2 ans soit complétée, il pourrait y avoir une offre faite à la famille de maintenir l'offre de service de vaccination à domicile.
- 7) Retourner les fiches de vaccination à la DSPE. Les informations concernant un déménagement devraient être inscrites sur les fiches Logivac. Si la destination de l'enfant est connue et en Estrie, l'inscrire peut favoriser que les fiches de vaccination dues soient acheminées au bon CSSS.

4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie

- Que sept CSSS sur sept offrent à leur clientèle suivie par SIPPE la vaccination à domicile.
- Que sept CSSS sur sept aient identifié et rendu disponible en nombre suffisant le matériel permettant la vaccination à domicile sur leur territoire.
- Que 100 % des vaccinateurs effectuant des visites à domicile aient été adéquatement formés pour réaliser cette tâche.
- Que sept CSSS sur sept aient nommé une personne responsable du suivi de la vaccination de l'ensemble de la clientèle identifiée SIPPE.
- Que sept CSSS sur sept utilise un outil informatisé pour assurer le suivi de la vaccination de l'ensemble de la clientèle.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

Outils

- Pour la création des listes d'enfants, la démarche de validation qui sera amorcée par la DSPE évaluera la possibilité d'identifier la clientèle SIPPE via Logivac. Sans l'utilisation de Logivac, c'est le jumelage entre l'information sur la vaccination due produite par Logivac mensuellement et la liste des enfants suivis par le programme SIPPE qui permet la création de cette liste.

- Ressources matérielles pour la vaccination à domicile : le CSSS-IUGS a rendu disponible le contenu du sac à dos qu'ils utilisent. L'annexe X présente le contenu de ce sac à dos prévu pour la vaccination.
- Pour le suivi des vaccinations dues et reçues, le CSSS-IUGS a également rendu disponible la grille de suivi utilisé par l'équipe SIPPE.

Ressources

- Ressources humaines pour assurer le suivi et la réalisation de cette offre de vaccination à domicile.

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

- Le maintien de la chaîne de froid est un enjeu dans l'organisation de la vaccination à domicile, mais le respect des règles de GPI et l'utilisation de matériel approprié permet le maintien de la qualité du produit.
- Le court suivi des clientèles OLO est un enjeu, car l'offre de vaccination à domicile après 3 mois devrait se maintenir après le suivi prévu pour ses familles, ce qui implique des ressources humaines et financières supplémentaires.
- La philosophie de responsabilisation des familles SIPPE est un enjeu, car certains intervenants perçoivent que l'offre de vaccination à domicile enlève à la famille la responsabilité de cette activité préventive et du recours à d'autres services de santé.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

En 2011 :

- Validation de l'identification de la clientèle SIPPE via Logivac.
- Appropriation des outils rendus disponibles par le CSSS-IUGS pour les autres CSSS.
- Mise à jour des recommandations en fonction des nouvelles recommandations provinciales concernant le programme SIPPE.
- Analyse du matériel de vaccination à domicile et test pour le maintien de la chaîne de froid.

En 2012 :

- Mise en application des outils et utilisation du matériel auprès des clientèles suivies par SIPPE.
- Évaluation des modalités pour étendre l'offre de vaccination à domicile aux clientèles connues, mais dont le suivi a été cessé (OLO, refus du programme SIPPE).
- Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints en décembre 2012.

AXE C : AUGMENTER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Stratégie 9 : Augmenter les plages horaires (jour, soir et fin de semaine) de vaccination afin d'adapter le service aux besoins de la clientèle, pour vacciner dans les délais et éviter les listes d'attente.

1. Définition de la stratégie retenue

L'accessibilité à la vaccination pour les familles dépend de l'offre de moments de vaccination correspondant à leur disponibilité. Actuellement, les plages horaires de vaccination généralement disponibles sont principalement en semaine et de jour, ce qui rend plus difficile l'accès, notamment pour les parents ayant réintégré le marché du travail.

Un accès facilité à la vaccination comprend :

- offre de plages supplémentaires de jour;
- offre de plages de vaccination sans rendez-vous;
- offre de plages horaires de soir (> 16 heures);
- offre de plages horaires de fin de semaine.

L'offre d'accès facilité vise à réduire les délais liés directement à l'organisation du rendez-vous et réduire les listes d'attente. Les délais considérés comme acceptables dans une organisation peuvent faire l'objet de discussion. Par contre, au niveau provincial on identifie l'objectif que 75 % des enfants vaccinés en CSSS devraient l'être dans un délai de sept jours suivant le moment de vaccination recommandée et au niveau régional, l'objectif convenu a été que 90 % des enfants vaccinés en CSSS devraient l'être dans un délai de 30 jours suivant le moment de vaccination recommandé.

2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie

- La responsable du programme d'immunisation désignée dans chaque CSSS, en lien avec le membre du sous-comité de vaccination 0-2 ans, devra assurer le suivi de cette stratégie. Chaque milieu a la responsabilité de mettre en place un accès facilité à la vaccination pour les besoins de sa clientèle.
- La direction de santé publique assurera le suivi des indicateurs de délais de vaccination dans chaque CSSS et aura la responsabilité d'en transmettre le contenu aux CSSS.

3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie

Au niveau régional

Pour que cette stratégie puisse être mise en œuvre :

1. Produire des données de délais de vaccination à 7 jours et à 30 jours suivant le moment prévu pour la vaccination. Les indicateurs provinciaux et régionaux en suivi pourraient servir à cette fin à partir des données Logivac (voir annexe 3).
2. Transmettre ces données au niveau local.

Au niveau local

1. Documenter les besoins d'accès facilité dans le CSSS.

Deux sources de données peuvent être utilisées pour faire une évaluation initiale :

- a) Demander à la secrétaire responsable des rendez-vous de vaccination de documenter une fois par semaine, et ce, pendant 4 semaines, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous de vaccination pour un enfant de 0 à 2 ans. (ex. si un parent appelle aujourd'hui pour prendre un rendez-vous pour son enfant, la date de la plage horaire la plus proche que nous pouvons lui offrir est _____).
- b) Un court questionnaire pourrait être élaboré pour identifier auprès des parents d'enfants de 0-2 ans rencontrés leurs préférences concernant les horaires qui répondraient le mieux à leurs besoins pour la vaccination

L'analyse de ces données permettrait de prévoir les ajustements nécessaires et la pertinence des étapes supplémentaire.

2. Décision d'implanter une des 4 options pour un accès facilité, en fonction des besoins identifiés, et ce de façon ponctuelle (ex. ouverture de plage de vaccination supplémentaire en période de plus forte demande) ou sur une base plus régulière (ex. prévision d'une plage de sans-rendez-vous une fois par mois).
 - Offre de plages supplémentaires de jour.
 - Offre de plage de vaccination sans rendez-vous.
 - Offre de plages horaires de soir (> 16 heures).
 - Offre de plage horaire de fin de semaine.
3. Nommer une personne responsable du suivi des besoins locaux par rapport à l'accès aux services et du suivi des données de délais de vaccination à 7 jours et à 30 jours.
 - Une réévaluation des besoins et de l'offre de service en découlant devrait être effectuée mensuellement.

4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie

- Qu'un outil standardisé ait été conçu pour évaluer les besoins d'accès facilité auprès de la clientèle.
- Que sept CSSS sur sept aient procédé à une évaluation préliminaire des besoins auprès de leur clientèle.
- Que sept CSSS sur sept aient identifiée une personne responsable d'assurer le suivi des besoins locaux et du suivi des données de délais de vaccination.
- Que les CSSS n'atteignant pas les objectifs régionaux quant aux délais de vaccination aient mis en place au moins une stratégie pour favoriser l'accès à la vaccination.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

Au niveau régional

- Ressources humaines pour procéder à la production des indicateurs de délais de vaccination et les diffuser.

Au niveau local

- Un outil standardisé conçu pour évaluer les besoins d'accès facilité auprès de la clientèle.
- Outil de compilation des données sur les délais de rendez-vous à compléter par la secrétaire responsable des rendez-vous de vaccination.
- Ressource humaine pour assurer le suivi des délais et l'ajustement de service nécessaire.
- Ressource humaine pour réaliser l'offre de service adapté au besoin (ex. vaccination de fin de semaine, de soir, etc.).

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

- Il peut y avoir une résistance du personnel à offrir un accès plus grand aux services, surtout lorsque celui-ci implique de travailler le soir ou la fin de semaine. Ceci peut aussi représenter un enjeu sur la rétention du personnel.
- Un problème de locaux et de ressources financières est également un enjeu relié à l'implantation de cette stratégie.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

2011 :

- Production des indicateurs régionaux sur les délais de vaccination et diffusion dans les CSSS.
- Création des outils à utiliser pour faire le bilan initial des besoins d'accès facilité (DSPE en partenariat avec les représentants locaux).

2012 :

- Bilan initial des besoins d'accès facilité dans chaque CSSS et ajustement des services en fonction des données du bilan.

2013 :

- Maintien du suivi mensuel de mise à jour des données et des ajustements subséquents dans l'offre de service.
- Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront atteints d'ici décembre 2013.

AXE TRANSVERSAL

Stratégie 10 : Générer l'adhésion des médecins (et des cliniques médicales/GMF) au plan d'action régional de promotion de la vaccination

1. Définition de la stratégie retenue

En Estrie, la vaccination des nourrissons de 0-2 ans est assurée à la fois par des vaccinateurs en CSSS et des vaccinateurs dans des cliniques privées ou des GMF. La proportion des enfants vaccinés en CSSS exclusivement varie selon les territoires (plus grande pour le CSSS du Granit, plus faible pour Sherbrooke), mais représentait environ la moitié des cohortes 2006-2008 pour l'Estrie.

Chaque réseau local de service (RLS) a toutefois un mandat populationnel envers l'ensemble de la population de son territoire et l'atteinte des couvertures vaccinales sur un territoire donné est sous sa responsabilité. Il est donc primordial d'identifier des moyens de favoriser l'adhésion des médecins et des cliniques médicales/ GMF aux stratégies identifiées selon les 3 axes d'intervention.

La stratégie identifie les médecins, mais réfère également à tout le personnel œuvrant dans les cliniques médicales et les GMF pouvant être impliqués dans diverses étapes du processus de vaccination des nourrissons (ex. la secrétaire pour la prise de rendez-vous ou l'infirmière vaccinant des nourrissons).

2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie

- La DSPE, par son équipe de protection de santé publique sera responsable des contacts avec la direction des affaires médicales et universitaires, le DRMG ainsi que les associations et tables régionales (ex. Tables des infirmières de GMF, Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie).
- Les CSSS devront favoriser les contacts et échanges avec les cliniques médicales et les GMF de leur RLS.

3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie

Plusieurs moyens seront privilégiés afin de générer la participation des cliniques aux stratégies du plan d'action.

1. Information pour les vaccinateurs en cliniques privées et en GMF (ex. mise à jour du PIQ).
2. Offre de formation continue.
3. Visite des cliniques et GMF pour le soutien à la gestion des produits immunisants.
4. Partage des outils développés pour les stratégies déjà décrites (ex. le guide régional servant à la formation pour les secrétaires pour la prise de rendez-vous ou site web d'information pour les vaccinateurs, outils de la semaine de promotion de la vaccination, etc.).
5. Soutien aux pratiques cliniques préventives via la stratégie régionale (actuellement en développement).
6. Implication de leaders d'opinion médicaux (médecins et infirmières) soutenant la vaccination en Estrie.

Dans un premier temps, l'arrimage des moyens proposés avec les besoins et la réalité des cliniques et GMF sera évalué en consultant des personnes clés dans les diverses instances regroupant les cliniques médicales et GMF.

Les divers moyens seront proposés et échelonnés dans le temps en fonction de l'évaluation initiale.

4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie

- Que 100% des vaccinateurs œuvrant en clinique médicale ou en GMF soit au courant de l'existence du plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie.
- Que 100% des vaccinateurs œuvrant en clinique médicale ou en GMF aient reçu de l'information concernant la vaccination des 0-2 ans.
- Que 100% des vaccinateurs œuvrant en clinique médicale ou en GMF aient accès à une formation adéquate pour la réalisation de leur travail.
- Que 100% des cliniques médicales et GMF aient été visités pour les soutenir dans leur gestion des produits immunisants.

5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie

OUTILS

- Matériel produit par la mise en œuvre des autres stratégies, par exemple le guide régional servant à la formation pour les secrétaires pour la prise de rendez-vous ou site web d'information pour les vaccinateurs, outils de la semaine de promotion de la vaccination, etc.

RESSOURCES

- Ressources humaines de la DSPE pour les démarches auprès des directions et regroupements régionaux, la planification et la réalisation des moyens prévus.
- Ressources humaines des CSSS et des cliniques médicales et GMF pour la réalisation et la participation aux activités d'arrimage et de soutien.

6. Description des enjeux pour la mise en place de la stratégie

- Il peut y avoir méconnaissance des services offerts et des compétences de part et d'autre (médecins vs CSSS), mais une meilleure communication et un meilleur arrimage des services peut faire tomber certaines de ces barrières et éviter les bris de services ou les dédoublements de service entre la vaccination en clinique privée/GMF et celle en CSSS.
- Les cliniques médicales situées sur le territoire de Sherbrooke desservent des familles résidant sur d'autres territoires que celui de Sherbrooke ce qui implique l'arrimage des services de ces cliniques avec plus d'un territoire de CSSS.

7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie

2011 :

- Contacts et présentations aux principaux regroupements de médecins.
- Identifications des besoins et des préoccupations des cliniques médicales/GMF par rapport à la vaccination des 0-2 ans.

2012 :

- Visites des cliniques médicales et GMF afin d'offrir du soutien à la gestion des produits immunisants et consolidation de l'offre de formation continue.

2013 :

- Poursuite de l'offre des moyens identifiés préalablement.
- Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-haut seront atteints d'ici décembre 2013.

AXE TRANSVERSAL

Stratégie II : Souligner la semaine de promotion de la vaccination en Estrie

1. Définition de la stratégie retenue
La semaine de la promotion de la vaccination est une semaine célébrée simultanément dans plusieurs pays à travers le monde. Au Canada, elle est soulignée par la Coalition canadienne pour la sensibilisation et la promotion de la vaccination (CCSPV) depuis plusieurs années. En Estrie, cette semaine était soulignée pour la première fois en 2009. Elle a lieu chaque année au mois d'avril. Cette semaine représente une opportunité d'utiliser diverses stratégies (notamment de communication) pour souligner l'importance de la vaccination auprès du public et des professionnels de la santé.
2. Identification de la ou les personnes responsables de la mise en place de la stratégie
• Conjointement avec l'équipe de communication de l'Agence, la DSPE a la responsabilité de concevoir le plan de communication et les outils régionaux en lien avec cette semaine en consultation avec des représentants des CSSS. • Comme la semaine comporte des activités locales, chaque CSSS a la responsabilité de contribuer à la réalisation locale de ces activités.
3. Description des étapes de mise en œuvre de la stratégie
• Le thème canadien de la semaine est connu généralement à l'hiver. • Le matériel offert gratuitement par la CCSPV est rendu disponible vers février-mars. • La DSPE est responsable de concevoir le plan de communication de la semaine en collaboration avec les CSSS. • L'envoi des outils et du matériel est fait avant le début de la semaine. • Les activités de la semaine sont déployées en avril de chaque année • Une évaluation annuelle de la semaine est réalisée par la DSPE.
4. Les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie
• Qu'au moins une activité régionale ait été tenue pour souligner la semaine de promotion de la vaccination annuellement. • Que sept CSSS sur sept aient tenu au moins 1 activité locale pour souligner la semaine de promotion de la vaccination annuellement. • Que le public ciblé ait été rejoint par les activités de communication : ➢ Capsule radiophonique : que 15 % de la population cible (les parents d'enfants de 0-2 ans) aient entendu et retenu la publicité. ➢ Affiches dans la salle d'attente : que 30 % de la population cible aient vu et retenu la publicité.
5. Identification des outils et les ressources nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie
OUTILS • Matériel rendu disponible par la CCSPV. • Autres outils de communication/sensibilisation conçus regionalement. RESSOURCES • Agent de communication de l'Agence pour travailler en partenariat avec la DSPE pour la planification et la tenue de la semaine. • Ressources humaines de la DSPE pour la planification et la tenue de la semaine. • Ressources humaines locales pour la planification et la tenue de la semaine.

6. Description des enjeux organisationnels pour la mise en place de la stratégie
• Importance de planifier les activités assez tôt à l'hiver afin que les milieux locaux puissent bien s'y préparer. • Le taux de pénétration d'un message destiné au grand public reste un enjeu important.
7. L'échéancier prévu pour la mise en place de la stratégie
Les objectifs intermédiaires mentionnés ci-dessus seront atteints pour les semaines de promotion de la vaccination de 2011, 2012 et 2013.

Mise en œuvre et évaluation du plan d'action

Soutien à la mise en œuvre

L'adoption de ce plan d'action par le comité directeur de santé publique est une importante étape pour sa mise en œuvre. Une fois ce plan adopté, la Direction de santé publique et de l'évaluation et chaque CSSS auront le mandat de voir à l'implantation des stratégies décrites ici.

Afin de soutenir la mise en œuvre de ces stratégies au cours des années 2011 à 2013, le sous-comité de vaccination des 0-2 ans tient à souligner ce qu'il considère important :

- Créer un nouveau sous-comité de travail pour la vaccination des 0 -2 ans, avec un mandat modifié, soit celui de mise en œuvre et d'évaluation du plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans.
- Nommer sur ce sous-comité des personnes qui peuvent répondre de la mise en œuvre des stratégies retenues au sein de leur établissement respectif.
- Associer étroitement les personnes impliquées dans la rédaction du plan d'action (membres actuels du sous-comité) à l'implantation des stratégies dans leurs établissements respectifs.
- Poursuivre la création d'outils pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action présenté.
- Permettre le partage des succès et les bons coups réalisés au sein de la région durant la mise en œuvre du plan d'action.

Évaluation du plan d'action

Une évaluation planifiée du plan d'action est également une façon d'assurer le suivi de sa mise en œuvre. L'évaluation à différentes étapes de l'implantation permettra de vérifier si la mise en œuvre des 11 stratégies se fait tel que prévue (évaluation d'implantation). Le but d'une telle évaluation est de mettre en évidence les points forts et les lacunes de l'implantation du plan d'action pour permettre d'ajuster le soutien à sa mise en œuvre. Les données collectées seront celles décrites au point 4 de chacune des fiches soit, les objectifs intermédiaires ou opérationnels visés pour mettre en œuvre la stratégie.

Parallèlement, les couvertures vaccinales et les délais de vaccination seront mesurés pour estimer l'impact du plan d'action. Cependant, il ne sera pas possible d'associer directement les variations des couvertures vaccinales et des délais au déploiement du plan d'action dans la mesure où de nombreux facteurs confondants ne pourront être contrôlés dans cette étude.

Deux volets sont envisagés dans cette évaluation :

- Un volet quantitatif qui comprendra jusqu'à 5 enquêtes distinctes à plusieurs temps :
 - une enquête auprès de la DSPE;
 - une enquête auprès des CSSS, via le responsable du programme de vaccination;
 - une enquête auprès des cliniques médicales et GMF;
 - une enquête auprès des vaccinateurs des CSSS et des cliniques médicales et GMF;
 - une enquête auprès de la population cible (parents d'enfants de 0-2 ans).
- Un volet qualitatif est envisagé. Il permettra de tenter de mettre en lumière les barrières et les facilitateurs de la mise en œuvre du plan d'action.

La collecte des données s'organisera selon l'échéancier suivant :

	Décembre 2011	Décembre 2012	Décembre 2013
QUANTITATIF			
DSP	X	X	X
CSSS	X	X	X
Cliniques médicales et GMF			X
Tous les vaccinateurs			X
Population cible			X
QUALITATIF (envisagé)			X

Conclusion

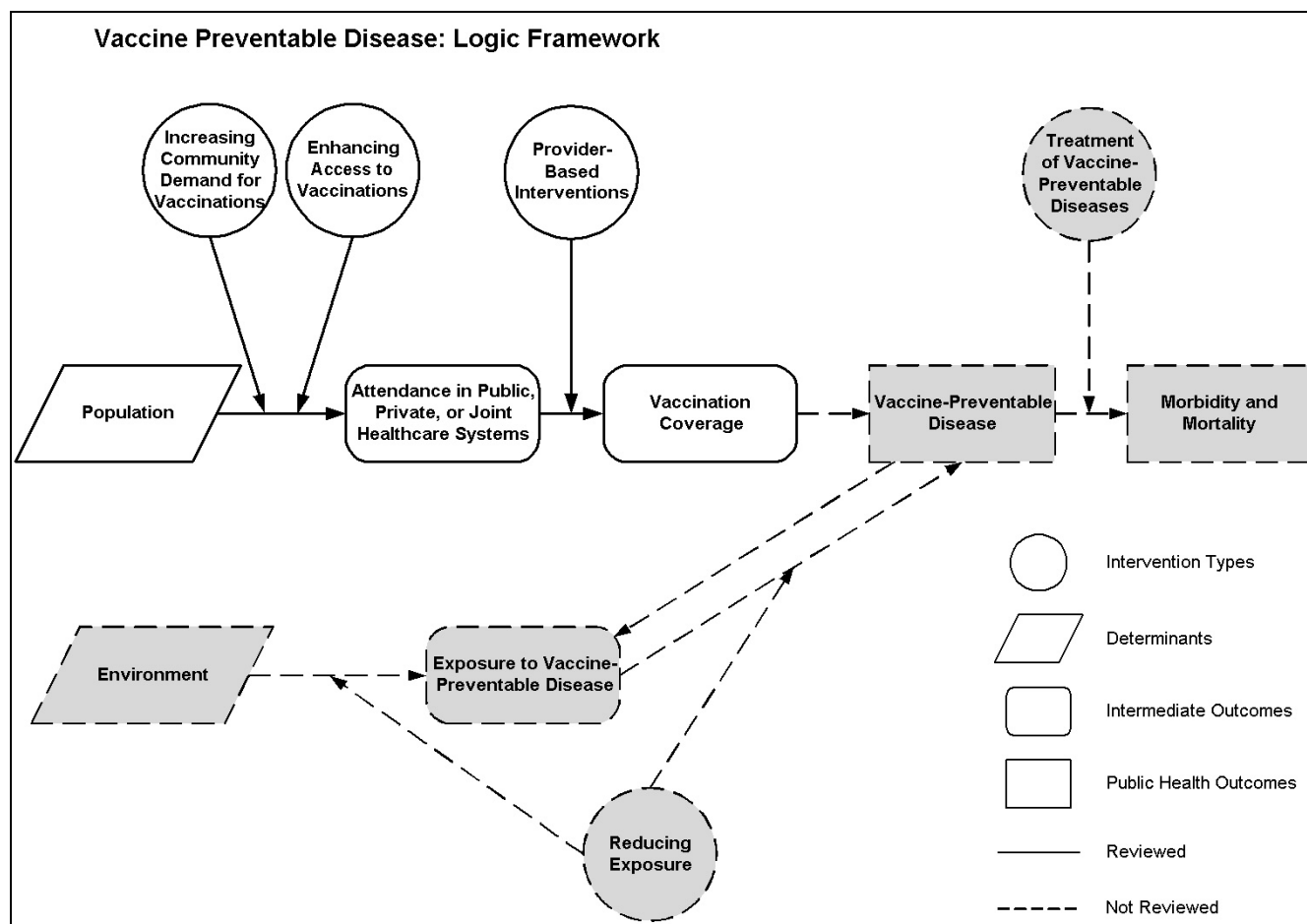
L'étude régionale (Guay et al, 2009) sur la vaccination avait identifié de nombreux problèmes dans les couvertures vaccinales et dans l'offre de service en lien avec la vaccination des nourrissons en Estrie. Ce constat a été le déclencheur de la démarche du sous-comité de vaccination des 0-2 ans.

Notre région a choisi de soutenir la vaccination des nourrissons (0-2 ans) et d'en faire une priorité régionale. Le plan d'action présenté ici se veut un document utile pour identifier et guider les actions en ce sens. Il est le fruit d'une démarche rigoureuse, basée sur les données probantes et découlant d'un besoin régional.

L'implantation échelonnée des onze stratégies prévues à ce plan d'action au cours des trois prochaines années a été retenu comme étant la meilleure façon d'atteindre les objectifs visés par le programme de santé publique en matière de maladies évitables par l'immunisation chez les jeunes enfants.

Annexe I

Modèle logique Briss et al. (2000)



Annexe 2

Matériel trousse vaccination à domicile

1	Poubelle à aiguilles
2	Contenants à analyse d'urine (mettre aiguilles souillées)
10	Tampons d'alcool
10	Seringues tuberculine 1cc
10	Aiguilles 5/8", 7/8", 1", 1/2", S/C, I/M
1 bte	Pansements (Band aid 2x2 cm X 2x2 cm rond)
1	Microsan (gel antiseptique)
5	Bavettes dentaires
1-2	Ice pack froid
1	Adrénaline (2 ampoules) (kit)
1	Protocole d'urgence
1	Protocole d'administration de l'adrénaline
PRN	Vaccins (selon l'âge)
PRN	Fiches vierges de Santé publique
1	Sphygmo (brassard)
1	Ambu (face Shield)
2	Feuilles «Note évolutive»
2	Carnets de vaccination vierges
10	Compresse 2x2
5	Questionnaires pré-vaccination recto-verso. (Classeur, tiroir A, no 33)
5	Bordereaux de vaccination vierges (Classeur, tiroir A, no 33a)
	Estampes identifiant les différents vaccins
1	Charte d'administration d'Advil et Tylenol (selon poids ou âge)
1	Autocollants pour enfants
Note : Si votre clientèle n'a pas le téléphone ou que celui-ci n'est pas fonctionnel, vous devez prendre le cellulaire d'urgence près du bureau de la LPN (RE=choc anaphylactique).	

Source : Outil de travail du CSSS-IUGS

Annexe 3

Indicateurs régionaux en suivi

Indicateurs suivis	Cible	Périodicité de recueil de données via Logivac
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais.	90 %	Aux bilans (P7, P11, P13)
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais.	90 %	Aux bilans (P7, P11, P13)
Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	90 %	Aux bilans (P7, P11, P13)

Références

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé*. Préparées par le groupe de travail pour la formation des professionnels du Comité canadien d'immunisation. 56 p.

Disponible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/ic-ci/index-fra.php>

Briss, P.A., Rodewald, L.E. Hinman, A.R. Shefer, A. M. Strikas, R.A., Bernier, R R., et al. (2000). Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents and adults. *Am J Prev. Med.* 19 (1S):97-140.

Center for Disease Control (1999). Vaccine –Preventable Diseases : Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents and Adults – A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Morb Mort Wkly Rep.* 1999; 48 (RR-8), 1-15.

Dubé, E., C. Sauvageau, N. Boulianne, M. Guay, and G. Petit, *Plan québécois de promotion de la vaccination*. 2009, Institut national de santé publique du Québec: Québec. p. 76 p.

Disponible en ligne sur http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1051_PlanPromoVacc.pdf

Guay M, Gallagher F, Petit G, Ménard S, Clément P, & Boyer G. (2009). *Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales?* Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; Sherbrooke, 62 p.

Disponible en ligne : http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/direction/documents/etude_couvertures_vaccinales_chez_les_nourrissons_sous-optimales.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Protocole d'immunisation du Québec*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 447 p.

Disponible en ligne sur <http://www.msss.gouv.qc.ca/immunisation/piq/>

Task Force on Community Preventive Services (2005). *The Guide to Community Preventive Services, What Works to Promote Health?*, Oxford Press University, New York.

Disponible en ligne : <http://www.thecommunityguide.org/index.html>

