

Québec 

Institut national
de santé publique
du Québec

PROJETS SPÉCIAUX
DE VACCINATION
INFLUENZA - PNEUMOCOQUE
1999 - 2000

**PROJETS SPÉCIAUX
DE VACCINATION
INFLUENZA - PNEUMOCOQUE
1999 - 2000**

Rapport d'évaluation

Institut national de santé publique du Québec

septembre 2000

AUTEURE

Maryse Guay, M.D., M. Sc., FRCPC

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSS Montérégie

Département des Sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke

Institut national de santé publique du Québec

Centre de recherches cliniques de l'Hôpital Charles LeMoine

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE

Bellemare Communication Visuelle

SANTECOM [HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca)

COTE : I 14,820

DÉPÔT LÉGAL - 4^E TRIMESTRE 2000

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN 2-550-36729-4

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie sincèrement les personnes qui ont permis la rédaction de ce rapport.

Mesdames Louise Thibault-Paquin, Chantale Lévesque, Monique Douville-Fradet, Nadine Tremblay et monsieur François Dumont, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Mesdames Marie St-Amour, Anne-Marie Clouâtre, Denise Palardy, Évelyne Savoie, France Salois et monsieur François Milord, de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie.

Tous les responsables des programmes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque dans les Directions de la santé publique des régions du Québec.

Enfin, il faut souligner la collaboration du personnel vaccinateur des établissements qui ont offert la vaccination à la population et ont fourni les données sur les interventions réalisées à travers le Québec.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
1. CONTEXTE	6
2. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	8
3. MÉTHODOLOGIE	9
4. RÉSULTATS	12
4.1 PARTICIPATION AU PROJET.....	12
4.2 NOMBRE DE PERSONNES VACCINÉES.....	13
4.3 LIEUX DE VACCINATION.....	14
4.4 RESSOURCES INVESTIES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME.....	16
4.5 COMMENTAIRES DES RÉPONDANTS CONCERNANT LES PROJETS SPÉCIAUX.....	21
4.6 COUVERTURE VACCINALE	22
5. DISCUSSION	29
6. RECOMMANDATIONS	35
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	38
ANNEXE 1	39

INTRODUCTION

En octobre 1999, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place différentes mesures pour favoriser le désencombrement des salles d'urgence dans le cadre du plan d'action de la ministre Marois. Un des moyens préconisés a été d'instaurer des interventions afin d'augmenter la couverture vaccinale contre l'influenza et le pneumocoque. Il s'agissait de projets spéciaux de vaccination financés conjointement par le MSSS et les régies régionales, visant à améliorer l'accessibilité à la vaccination en rejoignant la clientèle en dehors des lieux de vaccination habituels.

L'évaluation de ces projets spéciaux est rapportée dans le présent document. Après avoir brièvement décrit le contexte dans lequel les projets spéciaux ont été conçus, les objectifs de l'évaluation et la méthodologie employée seront expliqués. Les résultats de l'évaluation seront ensuite présentés, puis discutés. Enfin, quelques recommandations en découlant seront données. Ces recommandations devraient servir de guide dans la mise en œuvre de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque au cours des prochaines années.

1. CONTEXTE

Le 15 octobre 1999, le MSSS a annoncé aux Directions de la santé publique (DSP) du Québec, sa volonté de soutenir la mise en œuvre des campagnes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, en favorisant l'obtention de consignes permanentes permettant au personnel infirmier d'administrer les vaccins dans les établissements et en améliorant l'accès à la vaccination dans la communauté [MSSS, 1999a]. Cette annonce fait suite au Forum sur la situation dans les urgences. Plusieurs interventions ont alors été prévues dont, entre autres, une campagne de publicité afin d'inciter les personnes de 65 ans ou plus et les malades chroniques à se faire vacciner, et le financement d'activités de vaccination pour améliorer l'accès aux séances d'immunisation hors des lieux de vaccination habituels. Après consultation auprès des coordonnateurs et coordonnatrices en maladies infectieuses des DSP du Québec, le 28 octobre 1999, les grandes lignes du cadre du soutien aux projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque ont été diffusées [MSSS, 1999b]. Les responsables des DSP ont alors été invités à présenter des projets au MSSS, afin de répondre aux objectifs et critères des projets spéciaux. Ces projets spéciaux venaient se juxtaposer à la mise en œuvre régulière des programmes de vaccination provinciaux contre l'influenza et le pneumocoque.

Le contenu du cadre des projets spéciaux était le suivant : offre d'un soutien financier de base pouvant atteindre 17 000 \$ par région participante avec ajout, pour les régions plus peuplées, d'un montant de 15 000 \$ par tranche additionnelle de 50 000 personnes de 65 ans ou plus. Pour obtenir ce financement, les projets présentés devaient répondre aux critères d'acceptation qui sont énumérés ci-après.

Les projets devaient :

- « viser les groupes ciblés par les programmes de vaccination gratuite du MSSS contre l'influenza et le pneumocoque;
- rejoindre ces clientèles hors des lieux de vaccination habituels en CLSC ou en clinique privée;
- être réalisés au cours de l'automne 1999 (novembre et décembre);
- mettre en œuvre l'une des deux stratégies suivantes recommandées par le Comité consultatif canadien national sur l'immunisation [1999]:

- vaccination à l'automne des personnes à risque élevé quittant l'hôpital ou consultant à l'urgence;
 - amélioration de l'accès des personnes ôblées par les programmes et vivant dans la collectivité aux séances d'immunisation, notamment la mise en œuvre de programmes mobiles.
- être financés à, au moins, 25 % par la Régie régionale ».

Les propositions de projets devaient être déposées au MSSS par les DSP avant le 12 novembre 1999, alors que dans la plupart des régions, la campagne de vaccination avait déjà débuté depuis octobre. C'est donc une course contre la montre qui s'est opérée, afin de mobiliser les différents partenaires pour arriver tout d'abord à faire les propositions de projets et ensuite les réaliser promptement. C'est dans ce même contexte pressant que l'évaluation des projets a été conçue.

2. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Dans la perspective où le financement des projets spéciaux était novateur et qu'un nombre important de partenaires étaient invités à participer, il est apparu important de procéder à l'évaluation de ces projets. Étant donné les circonstances, il a été décidé de limiter l'évaluation à des objectifs essentiellement descriptifs, à savoir :

- décrire la participation régionale, sous-régionale et celle de la population;
- décrire les lieux de vaccination et le nombre de personnes rejointes;
- décrire les ressources investies;
- évaluer les couvertures vaccinales.

3. MÉTHODOLOGIE

Une évaluation de l'implantation des projets spéciaux a été réalisée en s'inspirant de la méthode présentée par Rossi et al. [1999]. Ainsi, on s'est attardé à décrire la participation de la population, les activités mises en œuvre et les ressources investies, à partir de données colligées pour les besoins spécifiques de l'évaluation. La population à l'étude est constituée des régions et établissements, d'une part, et des personnes visées par les programmes d'immunisation, d'autre part.

Pour le dernier objectif d'évaluation qui vise à vérifier les effets des projets spéciaux à l'égard des couvertures vaccinales, les données déjà fournies au MSSS dans le cadre de la gestion des programmes de vaccination contre la grippe et contre le pneumocoque ont été utilisées. Les variables à l'étude sont énumérées ci-après, en fonction des divers objectifs de l'évaluation.

Participation

- Proportion de régions participantes;
- Dans chaque région :
 - Proportion de CLSC participants,
 - Proportion de CH participants,
 - Nombre de personnes rejointes.

Lieux de vaccination

- Par les CLSC :
 - Type d'endroit où a eu lieu la vaccination (ex : pharmacie, club d'âge d'or, centre d'achats, centre communautaire, etc.) pour l'ensemble du Québec,
 - Nombre de personnes rejointes par type d'endroit pour l'ensemble du Québec;

- Dans les CH :
 - Type d'endroit où a eu lieu la vaccination (ex: urgence, unité de soins, etc.) pour l'ensemble du Québec,
 - Nombre de personnes rejointes par type d'endroit pour l'ensemble du Québec.

Ressources investies

- Temps consacré aux projets spéciaux par région;
- Coûts totaux et unitaires pour l'ensemble du Québec et par région.

Couvertures vaccinales

- Couverture vaccinale contre la grippe des personnes de 65 ans ou plus en 1999-2000 et variation des couvertures vaccinales entre 1998-1999 et 1999-2000 pour l'ensemble du Québec et par régions;
- Couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes de 65 ans ou plus atteintes de maladies chroniques en 1999-2000 pour l'ensemble du Québec et par régions.

Le principal outil employé pour colliger les données sur la mise en œuvre du programme a été un questionnaire sous forme de grille envoyé aux responsables de chacune des 15 régions participantes, au moment de l'annonce de l'acceptation de leur proposition de projets. Le questionnaire dans sa forme préliminaire a été prétesté dans une seule DSP, les contraintes de temps n'ont pas permis de le prétester auprès d'établissements. Le questionnaire a été rempli par 14 des 15 responsables régionaux; pour la 15^e région, des données parcellaires ont été transmises, mais elles ne permettent pas de décrire en détail les activités réalisées ou le nombre de personnes rejointes. Les responsables régionaux, de leur côté, ont obtenu les informations de leurs établissements par le biais du même questionnaire ou par tout autre moyen permettant d'obtenir des données équivalentes. Le taux de réponse des établissements n'a pas été colligé, mais les informations transmises par les responsables régionaux nous indiquent que les données de quelques établissements étaient manquantes.

Les données de couvertures vaccinales pertinentes ont été obtenues à partir des informations sur les personnes vaccinées fournies par les vaccinateurs (personnel

infirmier des établissements et médecins en cabinet), aux responsables des DSP. À leur tour, les responsables régionaux ont transmis des données agrégées sur le nombre de personnes vaccinées et les couvertures vaccinales obtenues en complétant les formulaires prévus à cet effet, fournis par le MSSS durant la campagne de vaccination, c'est-à-dire un formulaire spécifique pour la vaccination contre l'influenza et un autre pour le pneumocoque. En date du 15 juillet 2000, les formulaires concernant les couvertures vaccinales contre l'influenza de 17 régions avaient été retournés au MSSS et pour la vaccination contre le pneumocoque, ceux de 15 régions.

La méthode de collecte des données auprès des vacinateurs a pu varier d'une région à l'autre. Dans la plupart des régions, les données sur les vaccins contre le pneumocoque ont été colligées à partir de bordereaux de vaccination qui devaient être complétés pour chacune des doses administrées. Cependant, pour la vaccination contre l'influenza, même si des bordereaux ont été parfois utilisés, souvent les vacinateurs ont fourni des données agrégées sur le nombre de personnes vaccinées en fonction de chacun des groupes ciblés. Dans ce dernier cas, des outils conçus par les DSP pour les besoins spécifiques régionaux ont été généralement employés.

Les données des questionnaires sur les projets spéciaux ont été saisies et analysées à l'aide de Access 97 et Excel 97, alors que les informations sur les couvertures vaccinales ont été fournies directement sur des fichiers Excel 97. Des analyses descriptives ont été réalisées. Des comparaisons de proportions ont été faites à l'aide de tests de χ^2 et le seuil de signification a été fixé à 0,01. Pour faciliter la compréhension du présent rapport et alléger sa présentation, certains détails méthodologiques relatifs à l'analyse seront indiqués à même les résultats, lorsque pertinent.

4. RÉSULTATS

4.1. Participation au projet

Les établissements de 15 des 18 régions du Québec ont participé aux projets spéciaux (tableau 1). Une plus grande proportion de CLSC (79 %) ont pris part aux projets en comparaison à la proportion de CH participants (52 %) ($p < 0,001$). Dans sept régions, les CH et les CLSC ont participé, dans cinq autres, seuls les CLSC ont participé alors que dans les trois dernières régions, des projets ont été réalisés en CH seulement. Les données colligées ici ne permettent pas de dire si la participation des établissements reflète un choix régional ou si ce sont les établissements eux-mêmes qui ont choisi ou non de participer aux projets.

Tableau 1
Participation des régions et établissements
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

Régions participantes	CLSC (n)		CH (n)	
	Participants	Total	Participants	Total
1	0	9	2	8
2	6	6	6	6
3	8	8	0	7
4	0	11	5	5
6	29	29	15	19
7	7	8	1	4
8	5	6	0	7
9	6	6	2	2
11	6	6	0	5
12	11	11	0	4
13	4	4	1	1
14	0	6	2	2
15	6	7	0	6
16	19	19	10	10
18	2	2	1	1
Total pour 15 régions	109	138	45	87

Proportion (%)	79⁽¹⁾	100	52⁽¹⁾	100
-----------------------	-------------------------	------------	-------------------------	------------

(1) La différence de proportion est statistiquement significative, $\chi^2 = 18,36$; $p < 0,001$.

La participation des établissements n'a pas été complète ou constante à l'intérieur même des régions. Dans certaines régions, tous les établissements ont participé alors que dans d'autres, une portion plus ou moins importante des établissements ont mis en œuvre des projets spéciaux de vaccination. Pour l'ensemble du Québec, ce sont 71 % des CLSC et 48 % des CH qui ont mis en œuvre des activités de vaccination dans le cadre des projets spéciaux (donnée non illustrée).

4.2 Nombre de personnes vaccinées

Le tableau 2 indique les données sur les personnes vaccinées dans les CLSC et les CH. Ces données proviennent des informations transmises par 14 des 15 régions participantes. Au total, 45 405 personnes ont reçu soit le vaccin contre le pneumocoque ou le vaccin contre l'influenza, ce qui représente 50 846 vaccins administrés. La majorité des personnes (86 %) ont été vaccinées en CLSC et n'ont reçu que le vaccin contre la grippe (80 %). Le vaccin contre le pneumocoque a été donné à 8 % de la population et 12 % des individus vaccinés ont reçu les deux vaccins simultanément.

Tableau 2
Nombre total de personnes vaccinées contre l'influenza ou le pneumocoque
selon le type d'établissement
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

Établissements de vaccination	Personnes vaccinées contre l'influenza (n)	Personnes vaccinées contre l'influenza et le pneumocoque (n)	Personnes vaccinées contre pneumocoque (n)	Total des personnes vaccinées (n et %)
CLSC	32 322	4 273	2 468	39 063 (86 %)
CH	4 021	1 168	1 153	6 342 (14 %)
Total	36 343	5 441	3 621	45 405 (50 846 ¹)
Proportion des personnes vaccinées (%)	80 %	12 %	8 %	100 %

(1) Ce nombre indique le nombre total de vaccins administrés, soit $36\,343 + (5\,441 \times 2) + 3\,621$.

4.3 Lieux de vaccination

Les données sur les lieux de vaccination sont présentées en fonction des vaccins administrés pour en faciliter la description (tableau 3 en CLSC et tableau 4 en CH). C'est pourquoi, une personne ayant reçu simultanément les vaccins contre le pneumocoque et contre la grippe apparaîtra deux fois. Même si l'outil de collecte de données voulait connaître le nombre de personnes rejointes dans les divers lieux de vaccination, il y a eu confusion dans la terminologie. Parfois les personnes rejointes ont été identifiées en fonction de groupes d'appartenance, au lieu du site géographique où l'immunisation leur a été offerte. Par exemple, dans certains cas, on a considéré qu'un club d'âge d'or était un endroit où des aînés se sont présentés pour recevoir la vaccination, alors qu'ailleurs, le club d'âge d'or représentait plutôt un organisme regroupant des membres, sans que le lieu géographique de vaccination n'ait été spécifié. C'est pourquoi, le nombre de personnes vaccinées dans les différents lieux a été rapporté le plus fidèlement possible en faisant tout de même certains choix arbitraires dans la catégorisation.

Les lieux de vaccination couverts par les CLSC peuvent être décrits en les regroupant en deux grandes catégories selon que la population devait se déplacer pour être immunisée ou qu'elle était vaccinée à domicile (tableau 3). Les deux tiers des vaccins ont été administrés au CLSC ou à un endroit où la population a dû se déplacer pour recevoir les vaccins. Au total, 38 % des vaccins ont été administrés au CLSC lui-même. Il pouvait s'agir de vaccins administrés en dehors des plages horaires habituelles ou de vaccins administrés dans des points de service ou de chute des CLSC où la vaccination n'était pas offerte habituellement. Ailleurs dans la communauté, les vaccins ont été administrés en divers endroits : centre communautaire, club d'âge d'or, église ou salle paroissiale, école et aussi dans des commerces comme en pharmacie, épicerie, mail de centre d'achats, etc. Globalement, un peu plus du quart des personnes ont été vaccinées dans ces différents lieux de la communauté autres que le CLSC où les personnes ciblées ont dû se déplacer pour recevoir leur vaccin.

Enfin, 30 % des vaccins ont été administrés directement dans le lieu de vie des personnes soit dans des résidences pour personnes âgées, dans des HLM ou lors des visites à domicile. Les données ne permettent pas de dire si, dans le dernier cas, il s'agissait de vaccins administrés dans le cadre de services donnés par les équipes de maintien à domicile des CLSC ou si des visites à domicile spécifiques à la vaccination ont été faites. Les autres lieux de vaccination consistent en divers endroits ou regroupements de personnes; très peu de personnes ont été immunisées dans ces derniers cas. Quelques exemples peuvent être cités : Cercle des Fermières, organismes communautaires, etc. Au total, pour 84 % des vaccins administrés par les CLSC, il s'agissait du vaccin contre la grippe, alors que pour 16 % des vaccins, c'était le vaccin contre le pneumocoque.

Tableau 3
Nombre et proportion de vaccins contre l'influenza et le pneumocoque
administrés par les CLSC selon les lieux de vaccination
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

Lieux de vaccination	Vaccins contre l'influenza (n)	Vaccins contre le pneumocoque (n)	Total (n)	Proportion (%)
CLSC (point de service)	6 160	2 161	8 321	19 %
CLSC en dehors des heures de vaccination habituelles	6 838	1 461	8 299	19 %
Sous-total au CLSC	12 998	3 622	16 620	38 %
Centre communautaire	5 165	797	5 962	14 %
Centre commercial	1 614	357	1 971	5 %
Club d'âge d'or	1 825	125	1 950	4 %
Église	718	129	847	2 %
Salle paroissiale	156	0	156	< 1 %
École	175	3	178	< 1 %
Pharmacie	196	7	203	< 1 %
Sous-total dans la communauté	9 849	1 418	11 267	26 %
SOUS-TOTAL HORS DOMICILE	22 847	5 040	27 887	64 %
Résidences pour personnes âgées	4 607	905	5 512	13 %
HLM	4 589	140	4 729	11 %
Visites à domicile	2 179	416	2 595	6 %
SOUS-TOTAL À DOMICILE	11 375	1 461	12 836	30 %
Autres	873	240	1 113	3 %
Non spécifié	1 500	0	1 500	3 %
SOUS-TOTAL AUTRES	2 373	240	2 613	6 %
TOTAL	36 595 (84 %¹)	6 741 (16 %¹)	43 336	100 %

(1) La différence de proportion entre les CLSC et CH est statistiquement significative, voir tableau 4, $\chi^2 = 1\,029,78$; $p < 0,001$.

Pour la vaccination en centre hospitalier (tableau 4), on observe que 7 510 vaccins ont été administrés, dont 69 % étaient des vaccins contre l'influenza et 31 % des vaccins contre le pneumocoque. Cette différence de proportion, en comparaison avec les vaccins administrés par les CLSC est statistiquement significative ($p < 0,001$). La population cible a été immunisée en divers endroits des hôpitaux. La plupart des vaccins ont été administrés, soit en clinique externe (40 %) ou sur les unités de soins (33 %). Quelques vaccins ont été donnés à l'urgence (12 %) et d'autres lors de traitement ambulatoire (10 %), soit en centre de jour ou en centre ambulatoire. Très peu ont été offerts en hémodialyse ou en dialyse péritonéale, soit 1 %. Enfin, pour 4 % des vaccins, le lieu exact dans l'établissement n'a pas été précisé.

Tableau 4
Nombre et proportions de vaccins contre l'influenza ou le pneumocoque administrés
selon les lieux de vaccination par les centres hospitaliers
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

Lieux de vaccination	Vaccins contre l'influenza (n)	Vaccins contre le pneumocoque (n)	Total	Proportion
Clinique externe	1 752	1 276	3 028	40 %
Unités de soins	1 721	763	2 484	33 %
Urgence	737	155	892	12 %
Traitement ambulatoire	643	83	726	10 %
Hémodialyse ¹	95	10	105	1 %
Non précisé ²	241	34	275	4 %
Total	5 189 (69 %³)	2 321 (31 %³)	7 510	100 %

- (1) Cette catégorie regroupe des vaccins administrés en hémodialyse et en dialyse péritonéale.
- (2) Cette catégorie regroupe des vaccins administrés dans des hôpitaux, mais dont le lieu exact de vaccination n'a pas été précisé.
- (3) La différence de proportion entre les CLSC et CH est statistiquement significative, voir tableau 3, $\chi^2 = 1029,78$; $p < 0,001$.

4.4 Ressources investies dans la mise en œuvre du programme

Le temps consacré à la réalisation des projets spéciaux de vaccination dans les régions participantes a été estimé et illustré à la figure 1. Pour chacune des régions, la période de

temps qui a été consacrée à la vaccination dans les CH et les CLSC, est indiquée par la date de début et la date de la fin des projets spéciaux. Il faut cependant spécifier que ces périodes de vaccination signifient qu'au moins, un établissement de la région a commencé la vaccination à la date de début rapportée et qu'au moins, un établissement a offert la vaccination jusqu'à la fin de la période indiquée. Ainsi, l'ensemble des établissements participants n'ont pas nécessairement offert la vaccination durant toute la période.

On remarque une grande variabilité dans les périodes de vaccination rapportées. En effet, alors que dans certaines régions la période d'immunisation a été plutôt courte, d'une durée de dix à 14 jours, ailleurs la vaccination a commencé très tôt en octobre pour se terminer en février 2000, ce qui représente dans une région, près de 120 jours de calendrier de vaccination. Si on examine le nombre de vaccins administrés en fonction du nombre de jours dédiés à la vaccination en CLSC et en CH (voir figure 2 et 3), on observe une tendance à l'effet que, plus nombreux sont les jours de vaccination, plus le nombre de vaccins donnés a été élevé. Ce constat est valide autant pour les personnes vaccinées en CH qu'en CLSC.

Figure 1
Périodes de vaccination dans les CLSC et les CH selon les régions
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

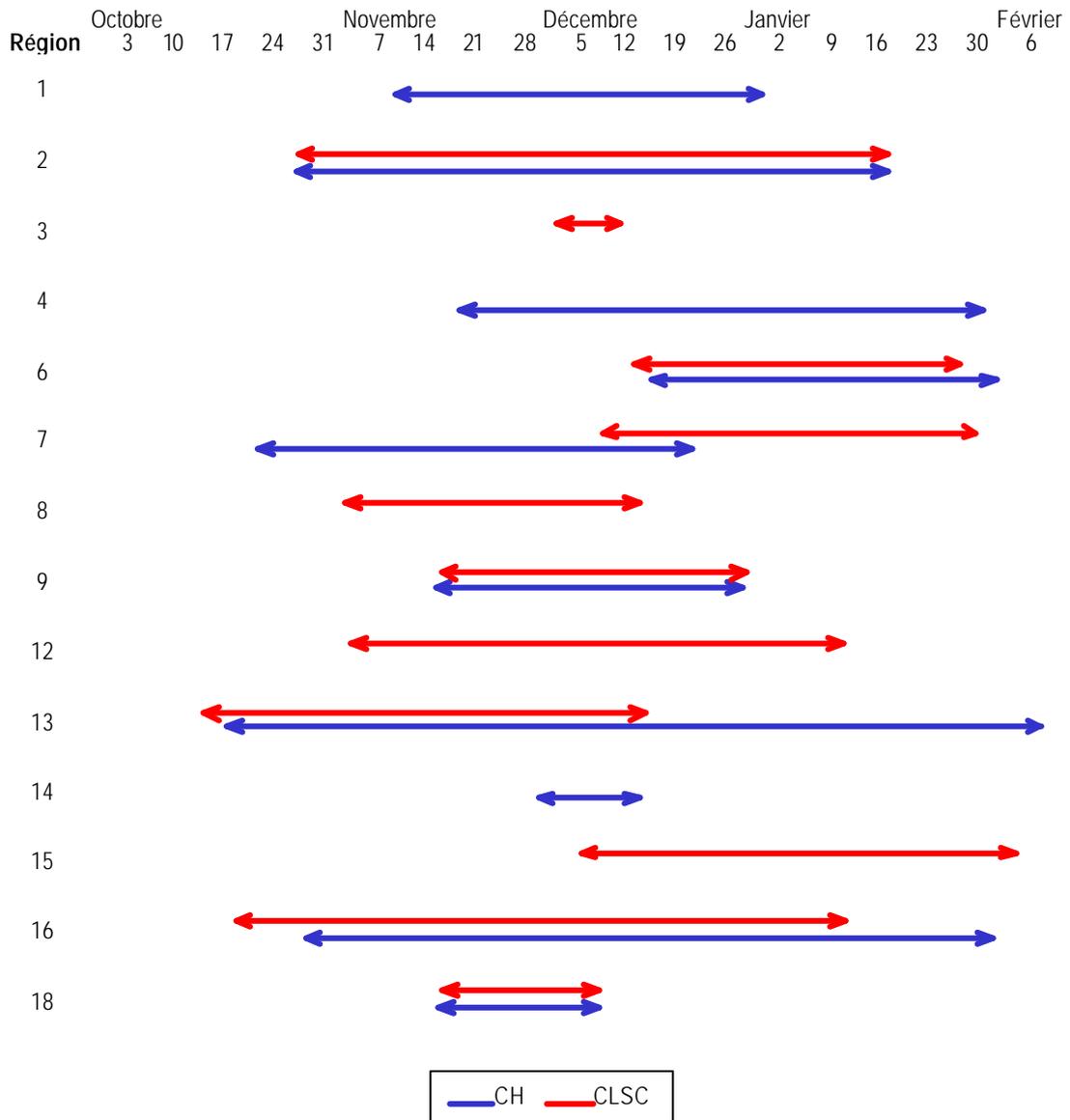


Figure 2
Nombre de vaccins administrés par les CLSC dans chacune des régions selon la durée de la période de vaccination
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

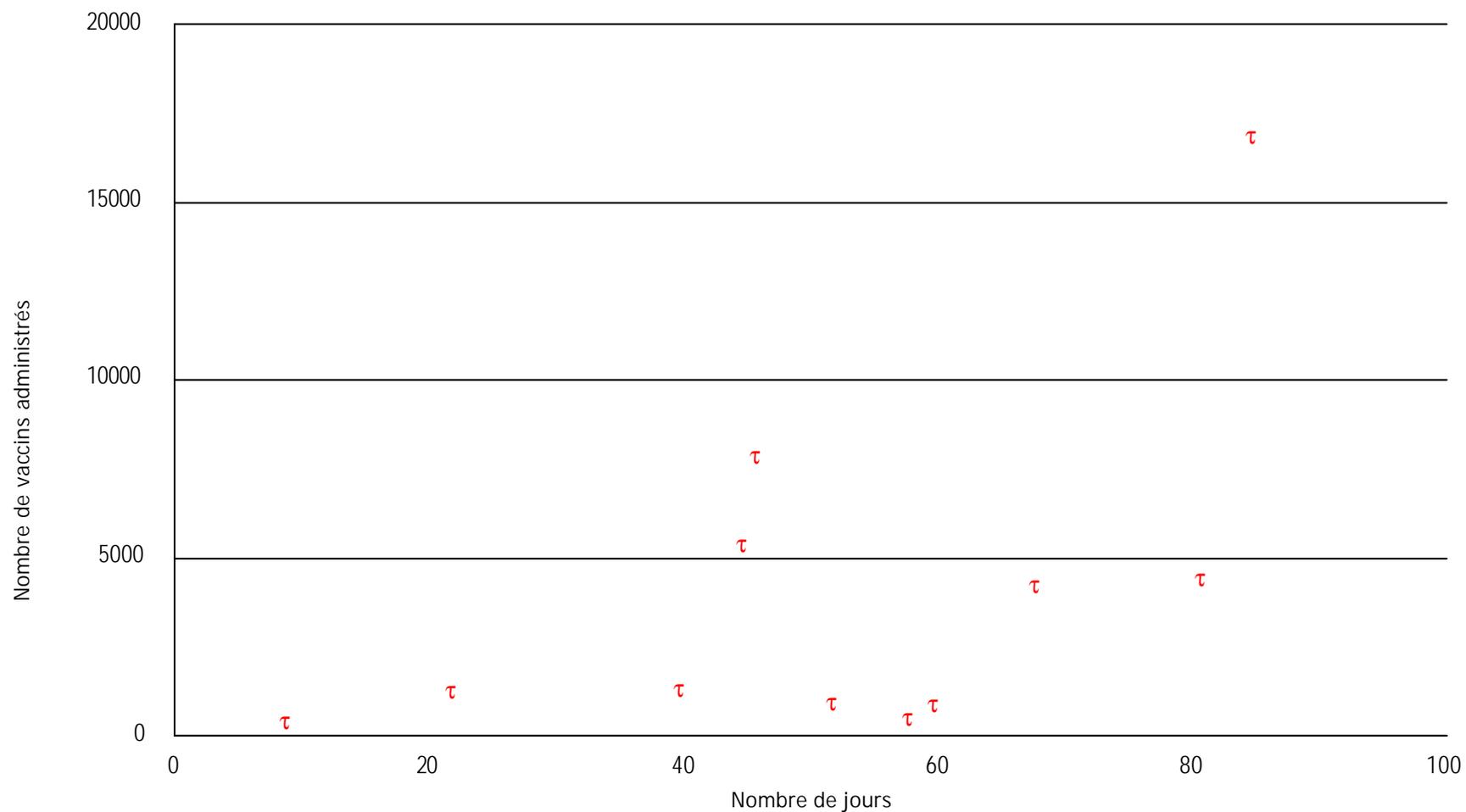
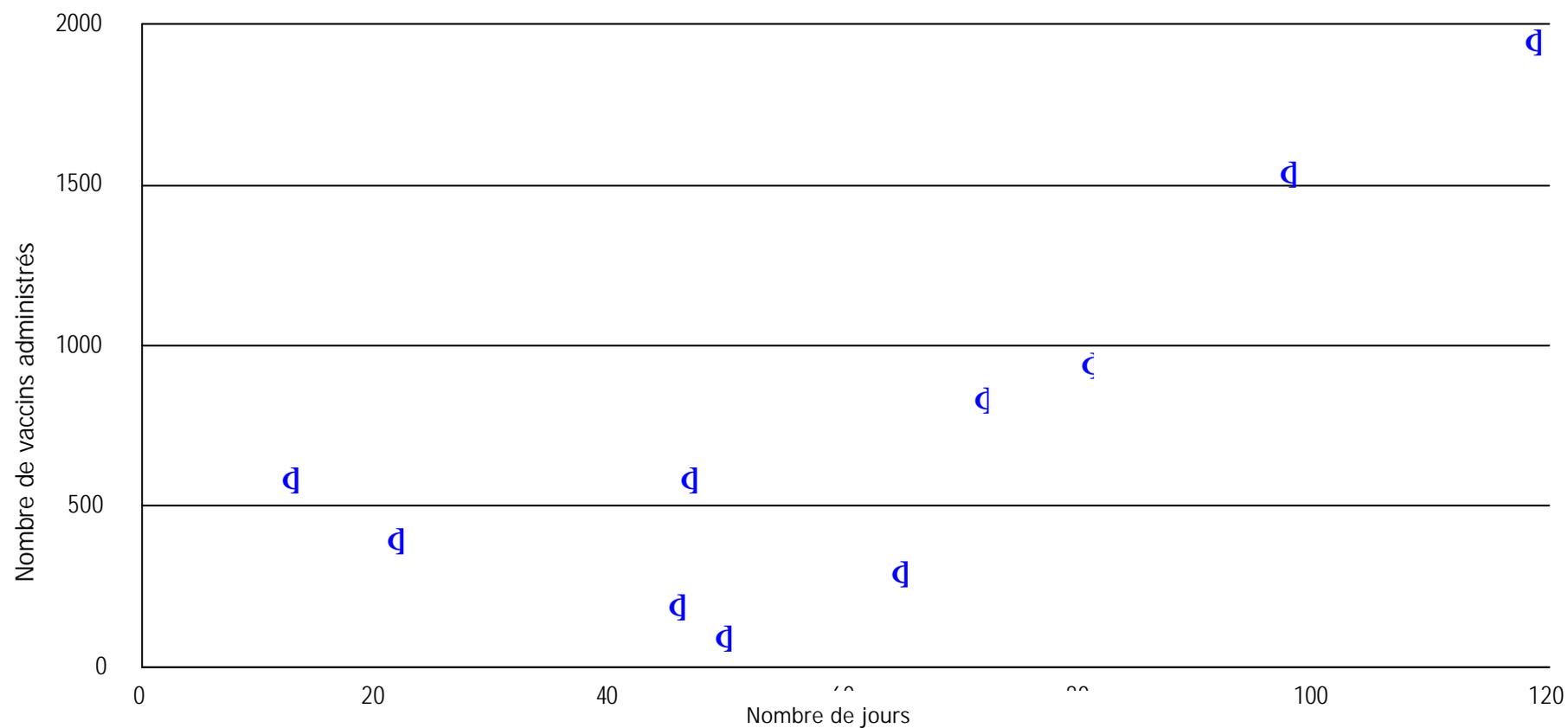


Figure 3
Nombre de vaccins administrés en CH dans chacune des régions selon la durée de la période de vaccination
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000



À l'égard des ressources financières investies, une estimation du coût unitaire a été faite en tenant compte du nombre de vaccins administrés et en considérant autant les montants accordés par le MSSS que la contribution régionale prévue lors du lancement des projets spéciaux, soit 25 %¹ de la contribution provinciale. Le détail de ces résultats est présenté à l'annexe 1.

Au total, 340 435 \$ ont été octroyés aux régions par le MSSS, alors que 85 844 \$ ont été versés par les régions, ce qui amène des estimés qui varient de 3,20 \$ par dose administrée en Montérégie pour le coût unitaire moindre et de 119,40 \$ par dose administrée dans la région de Québec où le coût unitaire a été le plus élevé. Le coût moyen a été évalué à 8,38 \$ par dose administrée au Québec, alors que le coût régional moyen a été estimé à 29,68 \$ par dose administrée.

4.5 Commentaires des répondants concernant les projets spéciaux

Les commentaires des répondants ont été lus, colligés, rassemblés et catégorisés selon différents thèmes ou sous thèmes relevés. Ces thèmes sont propres aux facteurs qui ont facilité ou fait obstacle à la mise en œuvre des projets spéciaux. Les convergences et éléments qui ressortent de manière prépondérante des commentaires ont été identifiés pour en faire un résumé narratif.

Même si les montants accordés ont été jugés trop modestes la plupart du temps, l'ajout de ressources financières afin de réaliser la vaccination a été aidante. On a fort apprécié que soit reconnue la nécessité d'attribuer des ressources additionnelles pour faire la vaccination. Dans quelques régions, des liens préalables avec les établissements ont facilité la réalisation des projets spéciaux.

La plupart des remarques concernaient les délais beaucoup trop courts pour la réalisation des projets spéciaux. Les délais très réduits n'ont laissé que peu de temps aux DSP des régions pour établir les liens avec leurs établissements, ce qui s'est aussi répercuté au sein même des établissements, ces derniers n'ayant eu que peu de temps pour mettre en œuvre les projets. Dans certains hôpitaux, le temps accordé n'a pas permis d'obtenir la délégation de la vaccination étant donné les démarches administratives requises. Donc, dans bien des établissements, les démarches pour adopter la délégation de la vaccination ont été entreprises mais n'ont pas pu être actualisées assez rapidement pour l'utiliser dans

¹ On a dû procéder de la sorte dans l'analyse car certaines régions ont fourni des informations agrégées sur l'ensemble du financement accordé aux établissements pour les programmes de vaccination contre la grippe ou le pneumocoque, ce qui ne permettait pas d'assigner la part de financement spécifique aux projets spéciaux. C'est pourquoi il a été décidé d'attribuer arbitrairement un financement minimal de 25%.

le cadre des projets spéciaux. Les délais très serrés n'ont laissé que trop peu de marge de manœuvre aux établissements pour embaucher des ressources humaines supplémentaires pour effectuer la vaccination additionnelle.

Des difficultés importantes ont également été rapportées avec quelques médecins, notamment en centre hospitalier. En effet, la mise en place rapide des projets a parfois suscité de la résistance de la part des médecins qui ont pu se sentir bousculés. Ce constat concerne notamment la délégation de la vaccination, les médecins ne comprenant pas toujours son bien-fondé et la percevant parfois comme une menace. Pour certains médecins spécialistes en CH, la vaccination ne fait pas partie des soins curatifs spécialisés offerts en CH et ils voient mal qu'on organise de la vaccination dans ces établissements. Certains médecins s'opposent à l'injection simultanée du vaccin contre le pneumocoque et l'influenza. Dans d'autres régions cependant, la collaboration des médecins a été excellente.

Quelques régions ont indiqué que la mise en œuvre des projets spéciaux a permis de rejoindre une nouvelle clientèle et d'anticiper une amélioration des couvertures vaccinales, alors que d'autres ont rapporté que les couvertures vaccinales semblaient vouloir s'améliorer même avant l'arrivée des projets spéciaux.

Enfin, dans la foulée des projets spéciaux, certaines régions ont également réalisé des interventions spécifiques de vaccination pour d'autres clientèles ciblées par les programmes de vaccination. Ces activités s'adressaient au personnel soignant ou à la clientèle en CHSLD.

4.6 Couverture vaccinale

Les résultats présentés dans cette section se réfèrent à l'ensemble des régions du Québec, qu'elles aient participé ou non aux projets spéciaux. Même si le dispositif utilisé par l'évaluation n'a pas été construit dans cette perspective, on peut concevoir les analyses rapportées ici comme des comparaisons entre des « exposés », soit pour les régions participantes et des « non-exposés », soit les régions qui n'ont pas participé aux projets spéciaux. Étant donné que toutes les régions réalisent le programme de vaccination régulier contre la grippe et le programme de vaccination contre le pneumocoque, il est alors possible de comparer les résultats des couvertures vaccinales obtenues dans toutes les régions.

Bien que plusieurs groupes de personnes soient visés par les programmes influenza et pneumocoque, de même que par les projets spéciaux, seuls les résultats de couvertures vaccinales pour les personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert ont été étudiés.

Ce choix tient du fait que les estimés de couvertures vaccinales pour l'influenza sont relativement plus précis pour cette population. En effet, des données sur les dénominateurs sont disponibles par le biais des données de recensement et les données du numérateur laissent moins place à interprétation, l'âge étant le seul critère de sélection. De plus, les projets spéciaux se sont déroulés dans la communauté, pour la population vivant en milieu ouvert, et ne ciblaient pas les personnes hébergées. Par extension et dans un souci de comparabilité, les résultats de couvertures vaccinales contre le pneumocoque présentés se limiteront aussi aux 65 ans ou plus. Cependant, dans ce dernier cas, il faut rappeler qu'en 1999-2000, la vaccination contre le pneumocoque ne visait que les personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'agissait de la première année où cette population était visée par la vaccination gratuite contre le pneumocoque, alors que pour l'immunisation contre la grippe, toutes les personnes de 65 ans ou plus étaient ciblées et ce, depuis plusieurs années. C'est pourquoi, il a été possible de comparer les couvertures vaccinales contre l'influenza de 1999-2000, année de mise en œuvre des projets spéciaux, avec l'année précédente, soit la saison de vaccination 1998-1999, dans une perspective prétest et post-test. Par contre, pour la vaccination contre le pneumocoque, on peut considérer que la couverture vaccinale prétest était négligeable [Duclos et al., 1996; Guay et al., 2000a].

Pour le Québec, en 1999-2000, la couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus vivant en milieu ouvert est estimée à 52 % (tableau 5). La couverture a augmenté de 18 % en comparaison avec l'année précédente, car en 1998-1999, la couverture vaccinale avait été estimée à 44 %. Dans les 16 régions qui ont fourni ces informations, les couvertures vaccinales varient entre 39 et 89 % en 1999-2000. À l'exception de la région 15 où la couverture vaccinale contre la grippe estimée aurait diminué de 15 % dans toutes les régions, ces couvertures vaccinales ont augmenté durant la dernière année, comparativement avec l'année 1998-1999. Dans la région 10, cette amélioration a même atteint 50 %.

La couverture vaccinale provinciale contre le pneumocoque pour les personnes de 65 ans ou plus atteintes des maladies chroniques visées est évaluée à 26 %. Au niveau régional, les couvertures estimées varient entre 7 et 111 %. Il faut mentionner que ces évaluations de couvertures vaccinales reposent sur une estimation des dénominateurs relativement imprécise en considérant qu'une proportion² des personnes de 65 ans ou plus sont porteuses de l'une ou l'autre des maladies ciblées par la vaccination contre le pneumocoque. Cette imprécision peut expliquer des écarts importants entre les régions et le fait, par exemple, que dans une région, plus de 100 % des personnes visées auraient été immunisées.

² À partir des données de l'Enquête sociale et de santé de 1998, il a été déterminé pour chacune des régions, la proportion des personnes qui se sont déclarées atteintes de l'une ou l'autre des maladies visées par la vaccination contre le pneumocoque.

Afin d'évaluer l'impact potentiel des projets spéciaux sur l'augmentation des couvertures vaccinales contre la grippe d'une part, et sur les couvertures vaccinales contre le pneumocoque d'autre part, la relation qui pouvait exister entre ces deux variables a été examinée. Pour ce faire, le nombre des vaccins administrés dans chacune des régions, pondérés pour le poids démographique régional, ont été mis en rapport avec les couvertures vaccinales. Pour la vaccination contre l'influenza, le lien a été évalué avec les variations de couvertures vaccinales 1998-1999 et 1999-2000 (figure 4), alors que pour la vaccination contre le pneumocoque, la relation a été établie avec les couvertures vaccinales estimées (figure 5). Les régions n'ayant pas fourni les résultats de couvertures vaccinales contre l'influenza soit en 1998-1999 ou en 1999-2000 (deux régions), ou celles n'ayant pas transmis les données sur les couvertures vaccinales contre le pneumocoque (trois régions) ont été exclues de ces analyses. Concernant le nombre de vaccins administrés dans le cadre des projets spéciaux (pour les régions n'ayant pas participé aux projets spéciaux), on a considéré qu'aucun vaccin n'avait été administré (valeur de 0 attribuée) alors que la région participante qui n'a pas fourni de données a également été exclue de ces analyses.

Tableau 5
Couverture vaccinale contre l'influenza des personnes de 65 ans ou plus
et couverture vaccinale contre le pneumocoque des personnes de 65 ans ou plus
atteintes de maladies chroniques
Programme de vaccination contre l'influenza 1998-1999 et 1999-2000 et
Programme de vaccination contre le pneumocoque 1999-2000, Québec et régions

Région	Couverture vaccinale contre l'influenza Personnes de 65 ans ou plus			Couverture vaccinale contre le pneumocoque Personnes de 65 ans ou plus atteintes de maladies chroniques 1999-2000 (%)
	1999- 2000 (%)	1998- 1999 ¹ (%)	Variation 1999-2000 en comparaison avec 1998-1999 (%)	
1	46,2	41,7	10,7	23,1
2	71,4	52,3	36,5	36,6
3	55,9	44,9	24,6	30,5
4	49,2	41,2	19,5	23,9
5	59,6	53,0	12,4	111,2
6	52,8	46,5	13,5	ND
7	53,3	46,7	14,1	29,3
8	59,5	51,1	16,3	19,3
9	79,2	61,0	29,8	38,8
10	90,0	59,5	51,2	6,5
11	56,3	45,4	24,0	ND
12	44,3	37,8	17,2	12,2
13	39,6	ND	ND	46,8
14	40,8	35,5	14,7	ND
15	39,3	46,0	-14,7	14,0
16	54,0	41,4	30,5	21,0
17	85,2	74,0	15,1	75,2
18	61,1	ND	ND	ND
Québec	52,5	44,4	18,2	26,0

ND = Non disponible.

- (1) Il est à noter que la population de référence utilisée n'est pas la même que celle utilisée antérieurement, ce qui fait que les couvertures mentionnées ici sont quelque peu différentes de celles rapportées dans d'autres publications.

Avant de décrire les résultats, il faut mentionner que près de 800 000 vaccins contre l'influenza ont été administrés au Québec en 1999-2000, les 41 708 doses administrées dans le cadre des projets spéciaux ne constituent donc que 5 % du nombre total de doses administrées. La figure 4 confirme que les couvertures vaccinales régionales contre l'influenza ont augmenté à peu près partout, et généralement, peu importe le nombre de doses administrées dans le cadre des projets spéciaux. Pour plusieurs régions, alors qu'aucun ou très peu de vaccins contre la grippe ont été donnés lors des projets spéciaux, les couvertures vaccinales ont tout de même augmenté entre 10 et 50 %. Cependant, pour quelques régions, une légère tendance est observée, soit une relation linéaire entre l'augmentation des couvertures vaccinales et le nombre de vaccins administrés dans le cadre des projets spéciaux.

Pour la vaccination contre le pneumocoque, le constat est à peu près semblable (figure 5), la participation aux projets spéciaux semble avoir eu un impact relativement faible sur les niveaux de couvertures vaccinales obtenus.

Figure 4
Variation des couvertures vaccinales régionales contre l'influenza (1999-2000/1998-1999)
en fonction des vaccins influenza administrés aux 65 ans ou plus
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000

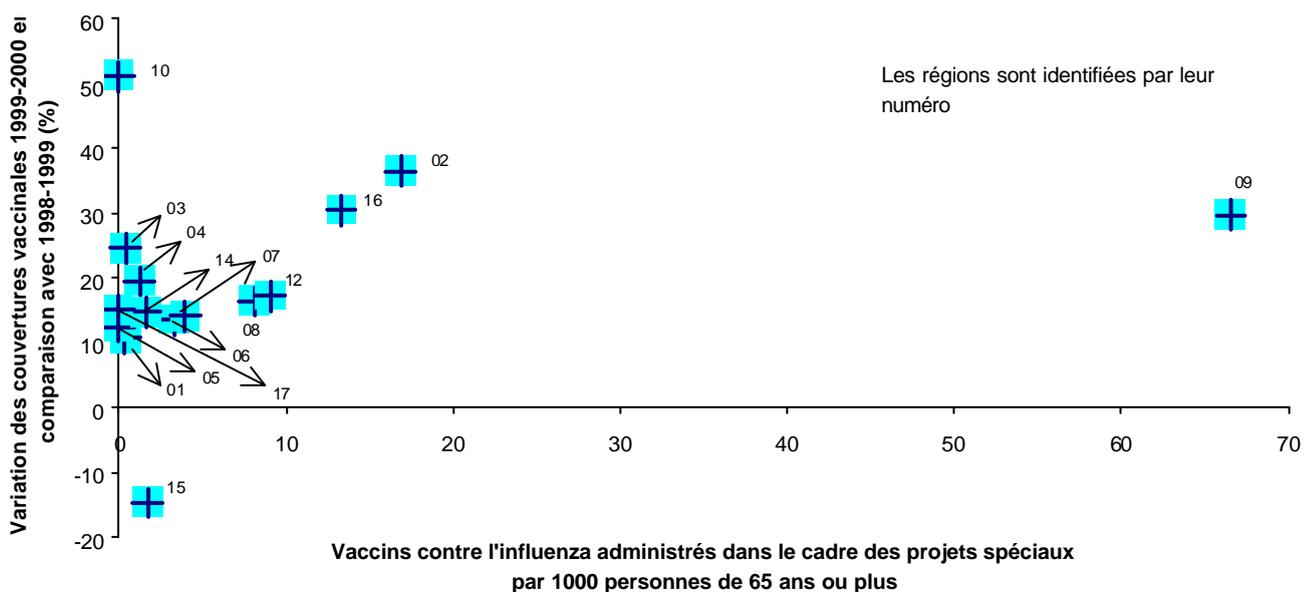
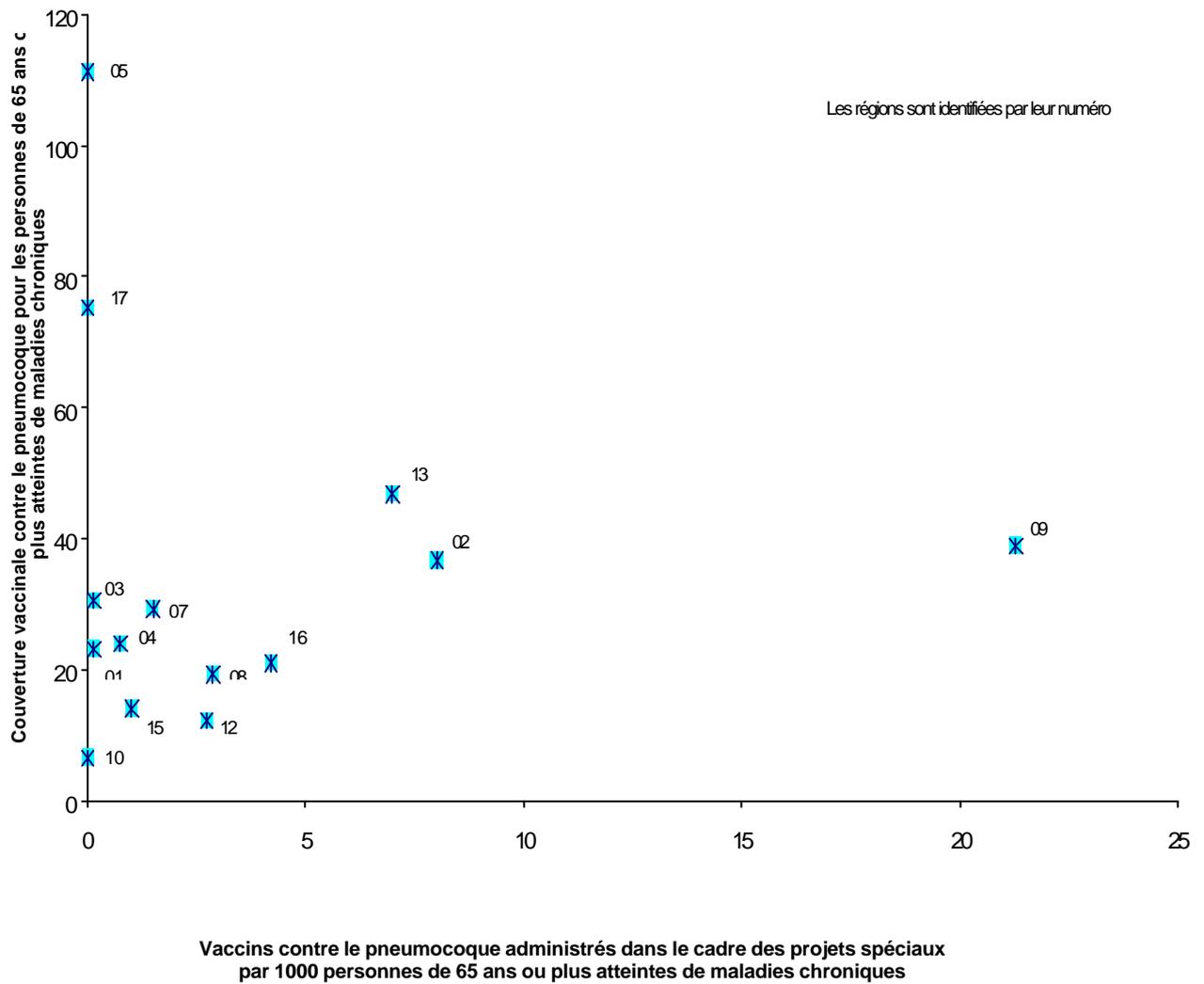


Figure 5
Couvertures vaccinales régionales contre le pneumocoque en fonction des vaccins pneumocoques administrés aux personnes de 65 ans ou plus avec maladies chroniques
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque, Québec, 1999-2000



5. DISCUSSION

Les résultats montrent qu'il a été possible de mobiliser les régions et plusieurs établissements pour rejoindre bon nombre de personnes par les projets spéciaux. Plus de personnes ont été vaccinées par les CLSC et la plupart des personnes vaccinées ont reçu le vaccin contre l'influenza, alors qu'une faible proportion d'entre elles ont reçu la vaccination contre le pneumocoque. Cette observation est en accord avec les indications du programme de vaccination contre le pneumocoque de 1999-2000. En effet, le programme de vaccination contre le pneumocoque ne visait que les personnes atteintes de certaines maladies chroniques, alors que le programme de vaccination contre l'influenza visait, en plus des malades chroniques, l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus. Autre observation intéressante, une plus grande proportion de personnes ont reçu le vaccin contre le pneumocoque en CH, comparativement à celles vaccinées par les CLSC. Ce constat laisse supposer que les personnes immunisées en CH étaient probablement porteuses, en plus grande proportion, de maladies chroniques que celles vaccinées par les CLSC. Bien que la vaccination en CLSC paraît avoir été plus productive, les CH ayant vacciné beaucoup moins, il semble cependant que les CH aient rejoint une clientèle plus vulnérable.

Il faut rester prudent dans l'interprétation de ces résultats, puisque les données colligées ici ne permettent pas de rendre compte des ressources investies dans les CLSC relativement aux CH. La plus grande productivité des CLSC peut n'être que le reflet d'une plus grande proportion de ressources accordées aux CLSC, en comparaison avec celles allouées en CH. Certains pourront alléguer que plus de personnes sont vaccinées en CLSC parce que celles qui s'y présentent, viennent justement pour être immunisées, ce qui ne serait pas le cas en CH. Cependant, une évaluation récente a estimé que, parmi les personnes admises dans un hôpital de 300 lits, sur une période de cinq jours, au moins 100 d'entre elles sont éligibles à la vaccination contre le pneumocoque [Guay et al., 2000a]. C'est donc dire que si on vaccine peu en CH, ce n'est sûrement pas faute de clientèle éligible. Par ailleurs, la tradition de vaccination étant déjà très bien établie en CLSC, il est possible que les CLSC aient pu s'organiser avec plus de facilité, par exemple pour la délégation de la vaccination, ce qui n'était pas nécessairement le cas pour les CH, comme l'ont mentionné quelques responsables régionaux dans leurs commentaires.

À l'égard justement de la délégation de la vaccination, même si lors du lancement des projets spéciaux, il était souhaité de favoriser l'obtention de consignes permanentes

permettant au personnel infirmier d'administrer les vaccins dans les établissements, il semble qu'en CH, il ait été plus difficile de le faire. Les données obtenues dans le cadre de l'évaluation ne permettent pas de quantifier l'utilisation de la délégation de la vaccination dans les établissements. Il serait intéressant de le faire ultérieurement.

On constate également une grande variabilité à travers les régions dans la pénétration et le succès des projets spéciaux. Tout d'abord, la participation des régions et des établissements n'a pas été complète. À prime abord, on aurait pu croire que l'attrait du financement aurait pu inciter une large participation. Il est évident que la question pécuniaire n'est pas le seul facteur de motivation. Les budgets relativement modestes, à l'échelle d'un établissement, et les courts délais ont pu faire en sorte que des régions ou des établissements aient préféré s'abstenir. Il serait intéressant de mieux connaître les raisons expliquant pourquoi des régions ou des établissements n'ont pas participé, alors que d'autres, au contraire, ont pris part activement aux projets.

Certaines régions ont réussi à atteindre un nombre appréciable de personnes alors que d'autres n'ont rejoint que très peu de leur population par le biais des projets spéciaux. Cette disparité dans l'application des projets à travers les régions amène à mettre en lumière une autre limite de l'évaluation. La contribution de certaines régions aux résultats des projets spéciaux est plus importante que leur poids démographique respectif. C'est le cas, par exemple, de la Montérégie qui compte pour environ 18 % de la population québécoise, alors que le tiers des doses administrées dans le cadre des projets pour l'ensemble du Québec l'ont été dans cette même région. Il en est de même pour les régions du Saguenay - Lac Saint-Jean et la Côte-Nord où 10 % des doses administrées dans le cadre des projets spéciaux proviennent de chacune d'entre elles, alors qu'on n'y retrouve, au total, qu'environ 4 % des Québécois. Ainsi, le portrait des projets spéciaux du Québec est fortement conditionné par les résultats de ces régions. Il aurait été bon de comprendre pourquoi les projets spéciaux semblent avoir donné de meilleurs résultats dans certaines régions que d'autres. L'évaluation réalisée n'a pas été conçue pour répondre à ce type de question, mais il serait intéressant de pouvoir le faire à l'avenir, si de telles interventions étaient répétées.

La variabilité régionale est aussi importante à l'égard de plusieurs autres paramètres étudiés. Par exemple, la période de temps consacrée aux projets spéciaux est très variable à travers les régions. Les projets spéciaux ont été annoncés à la fin octobre 1999. Quelques régions ont indiqué avoir débuté la vaccination dans le cadre des projets spéciaux, bien avant leur annonce. Il est possible que certaines régions ou établissements aient déjà prévu différentes activités de vaccination qui visaient les mêmes objectifs, qui avaient commencé avant l'annonce des projets spéciaux et que ces activités aient été incluses au bilan. Il est également possible que des erreurs dans les réponses aient été présentes, par manque de clarté du questionnaire ou par mauvaise compréhension des

répondants. En effet, on a pu indiquer plutôt les dates de mise en œuvre des programmes d'immunisation contre la grippe ou le pneumocoque, sans égard aux projets spéciaux de manière spécifique. S'il est jugé nécessaire d'obtenir à nouveau de telles informations lors d'éventuelles évaluations, il faudra voir à ce que le questionnaire soit très clair à ce sujet. Bien qu'il ait été spécifié aux critères d'acceptation que les projets spéciaux devaient se réaliser en novembre et décembre 1999, probablement pour atteindre un plus grand nombre possible de personnes avant la période anticipée de circulation de la grippe et d'encombrement dans les urgences, il est reconnu que la vaccination contre l'influenza peut être bénéfique après décembre et la vaccination contre le pneumocoque peut être donnée tout au long de l'année. C'est pourquoi, les projets spéciaux qui se sont prolongés après décembre correspondaient tout de même à une bonne pratique de santé publique. Les nombres de vaccins administrés présentés dans les résultats tiennent compte des vaccins donnés même en dehors de la période de novembre et décembre. On ne connaît pas cependant le nombre de personnes rejointes particulièrement durant cette prolongation, mais on a constaté que, dans les régions où la vaccination a été offerte sur une plus longue période, un plus grand nombre de vaccins a été donné.

Outre les personnes vaccinées à domicile, la plupart des personnes vaccinées par les CLSC l'ont été dans les locaux ou points de service des CLSC. Seulement le quart des personnes vaccinées par les CLSC ont été immunisées dans des endroits plus inhabituels, tels les centres communautaires, commerces, etc. Même s'il peut sembler que ces sites de vaccination particuliers aient été moins populaires, il faut réaliser qu'il s'agissait de la première année où l'accès à la vaccination était élargi de la sorte et qu'il peut s'écouler un certain temps avant que l'habitude de fréquenter des lieux différents pour recevoir la vaccination soit ancrée dans la population. Les écrits scientifiques sont unanimes à l'égard de l'efficacité des interventions qui visent à augmenter l'accessibilité à la vaccination comme mesure permettant d'améliorer les couvertures vaccinales [Gyorkos et coll, 1994; Monto et Thacker, 1999; CDC, 1999; Task force on Community Preventive Services, 2000]. C'est donc dans cette perspective qu'il faut juger la mise en place des projets spéciaux. Il faut cependant éviter de disperser des énergies précieuses. Si certains lieux semblent avoir été moins populaires, il faudra sans doute évaluer s'il vaut la peine de continuer à y offrir la vaccination.

D'après les données disponibles pour 16 des 18 régions, au 15 juillet 2000, près de 800 000 doses de vaccins contre l'influenza ont été administrées au Québec en 1999-2000, alors que 41 708 vaccins contre la grippe auraient été donnés par le biais des projets spéciaux, soit environ 5 % des doses totales. Pour le vaccin contre le pneumocoque, près de 100 000 doses ont été administrées en 1999-2000 et 9 062 l'ont été dans le cadre des projets spéciaux, ce qui représente 9 % de l'ensemble des vaccins contre le pneumocoque donnés. Du côté des couvertures vaccinales contre l'influenza, elles se sont améliorées pratiquement autant dans les régions participantes que dans les

non-participantes. Il est plausible que les autres mesures mises en place dans le cadre du soutien aux campagnes de vaccination, comme la campagne de publicité qui s'est tenue parallèlement aux activités de vaccination, aient eu un effet notable à travers le Québec. Ce qui pourrait expliquer que des régions non exposées aux projets spéciaux, autant que celles exposées, aient obtenu des augmentations de couvertures vaccinales contre l'influenza. Il est également possible que les couvertures vaccinales se soient améliorées pour d'autres raisons qui restent inconnues et qui ne sont pas nécessairement en lien avec les projets spéciaux. Comme indiqué plus haut, les méthodes d'évaluation employées ne permettent pas d'attribuer ou non l'amélioration des couvertures vaccinales contre la grippe aux mesures de soutien mises en œuvre.

On ne peut dire non plus si la clientèle vaccinée lors des séances de vaccination additionnelles des projets spéciaux est une clientèle nouvellement rejointe qui n'aurait pas été atteinte autrement. Il pourrait s'agir, en effet, d'une clientèle qui a tout simplement été détournée des lieux de vaccination habituels, les données colligées ici ne permettent pas de se prononcer à cet égard. Toutefois, une étude exploratoire effectuée en Montérégie auprès d'un échantillon de convenance de 169 personnes qui ont été vaccinées dans le cadre des projets spéciaux, montre qu'environ 25 % des sujets vaccinés ont mentionné que l'offre de la vaccination dans ces lieux spécifiques les a incités à venir se faire vacciner [Guay et al., 2000b]. Il serait néanmoins intéressant de pouvoir mieux documenter dans quelle mesure la population n'aurait pas été rejointe de toute façon par les services réguliers.

Comme il a été mentionné auparavant, l'outil de collecte de données avait certaines lacunes qui ont pu engendrer de la confusion dans la manière de le compléter. Aussi, si des définitions claires de ce qu'on entendait par lieu de vaccination avaient été fournies aux répondants, ce problème aurait pu être évité. C'est pourquoi, des erreurs de classification dans les nombres de vaccins donnés selon les différents sites ont pu se glisser. De plus, les compilations reposent sur des données fournies par les répondants régionaux qui ont, à leur tour, regroupé les informations fournies par les nombreux vacinateurs des établissements participants. Le nombre important de personnes qui devaient fournir des informations selon des catégories qui pouvaient porter à interprétation, a sûrement généré des imprécisions dans les résultats présentés. Il ne faut pas oublier que les données sur les personnes vaccinées d'une des régions participantes étaient manquantes, sans oublier que quelques établissements n'avaient pas transmis leurs données aux régions. Cette situation amène une sous-estimation dans les nombres de personnes rejointes et les vaccins administrés. Il faut donc garder ces limites en mémoire lorsque sont analysés les résultats.

Un biais de désirabilité peut être présent chez les répondants, autant au niveau local que régional. Il est évidemment compréhensible que des établissements ou des régions ayant

obtenu un financement pour implanter la vaccination, aient peut-être tendance à présenter des données dans le sens souhaité. On ne peut estimer l'ampleur de ce biais, mais on peut supposer qu'il pourrait avoir probablement comme impact de surestimer le nombre de vaccins administrés. Par contre, ce biais devrait toucher également l'ensemble des régions.

Les estimations de couvertures vaccinales présentent, elles aussi, plusieurs limites. Pour la vaccination contre la grippe, elles ont été déjà décrites antérieurement (MSSS, 1992, 1998, 2000; Guay et De Wals, 2000). Elles tiennent surtout de la qualité inégale des informations obtenues des nombreux vaccinés. De plus, un biais de désirabilité peut être retrouvé dans les données fournies, autant par les établissements que par les médecins en cabinet. En fin de compte, les couvertures vaccinales contre la grippe évaluées dans le cadre de la gestion du programme provincial sont probablement surestimées, ce qui a été corroboré par l'Enquête sociale et de santé de 1998 [Guay et De Wals, 2000].

Pour les couvertures vaccinales contre le pneumocoque, la situation est inversée et les estimés qu'on peut en faire sont probablement inférieurs à la situation réelle. Ces sous-estimations tiennent du fait que, dans la plupart des régions, on a demandé aux vaccinés de remplir un bordereau individuel pour chaque dose de vaccin contre le pneumocoque administré. Certains vaccinés ont pu trouver trop lourd de se plier à cette exigence et n'ont tout simplement pas fourni de données sur les vaccins qu'ils auraient administrés.

Outre les limites aux estimations de couvertures vaccinales décrites, il faut aussi considérer que le dispositif utilisé ici n'a pas été conçu pour permettre une évaluation robuste des effets des projets spéciaux, ni à l'égard des couvertures vaccinales et encore moins sur l'encombrement des urgences. Les analyses effectuées sur les couvertures vaccinales sont donc exploratoires et doivent être vues à ce titre. Il semble néanmoins que la contribution des projets spéciaux à l'amélioration des couvertures vaccinales ait été minime. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat dont, entre autres, la nouveauté des interventions et les trop courts délais accordés pour leur mise en place. Également, la majorité de la population visée par les programmes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque au Québec, est vaccinée par les médecins en cabinet. Cette situation est particulièrement importante dans les régions plus urbanisées. C'est pourquoi, il faut prendre en compte que, pour rejoindre largement les personnes de 65 ans ou plus et celles porteuses d'affections chroniques, il faut impliquer non seulement les vaccinés du secteur public mais également, les médecins vaccinés du secteur privé.

Nous ne pouvons garder sous silence les coûts reliés à la mise en œuvre des projets spéciaux. L'implantation de nouvelles mesures est toujours onéreuse au départ, alors que la productivité n'est pas encore optimale. On peut tout de même remarquer la grande disparité des coûts à travers les régions. Il semble que certains établissements aient réussi à utiliser de manière plus efficiente les montants accordés. Malheureusement, les données colligées ici ne permettent pas d'expliquer ces écarts importants. D'après les commentaires reçus des répondants régionaux, certaines régions étaient déjà organisées avant même l'annonce des projets spéciaux, ce qui pourrait justifier que des régions aient réussi à mieux tirer profit des montants accordés. Également, l'attribution arbitraire de 25 % du montant alloué par le MSSS à la contribution régionale a pu laisser paraître des régions plus performantes, la contribution réelle pouvant être plus élevée. Il n'a pas été possible de faire autrement dans le cadre de l'évaluation. À l'avenir, si de telles informations s'avèrent précieuses, il faudra prendre les moyens pour les obtenir avec plus de précision.

6. RECOMMANDATIONS

Les constats de cette évaluation nous amènent à formuler diverses recommandations. Plusieurs ont déjà été adressées au MSSS lors de présentations verbales depuis les analyses préliminaires des résultats au printemps 2000. Certaines ont déjà été prises en compte dans l'annonce de la campagne de vaccination 2000-2001. Toutefois, comme le programme de vaccination contre la grippe est appelé à prendre un essor important dans les prochaines années et que certains enseignements de l'évaluation des projets spéciaux pourraient être mis à profit pour les années futures, il vaut la peine de reprendre ou ajouter les recommandations suivantes, recommandations autant à l'égard de l'intervention que de nouvelles pistes concernant l'évaluation.

Pour l'intervention :

- accorder un financement adéquat aux établissements afin de réaliser les campagnes de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque;
- annoncer les projets « spéciaux » assez à l'avance afin que les responsables des régions et des établissements aient le temps de planifier et organiser les interventions;
- permettre des activités qui se déroulent sur une période relativement longue;
- favoriser l'application de la délégation de la vaccination dans les CH;
- favoriser les activités de vaccination en CH si on veut rejoindre en priorité les clientèles porteuses de maladies chroniques;
- favoriser les activités de vaccination en CLSC si on veut rejoindre un nombre important de personnes;
- réaliser des interventions auprès des médecins vaccinateurs en cabinet si on veut avoir un impact important sur les couvertures vaccinales;
- réaliser des interventions auprès des médecins spécialistes afin de les sensibiliser du bien-fondé de la vaccination contre la grippe ou le pneumocoque et de la délégation de la vaccination.

Pour l'évaluation :

- améliorer les outils de collecte des données;
- accorder plus de temps pour planifier l'évaluation de tels projets;
- vérifier si les personnes vaccinées par ces projets spéciaux sont nouvellement atteintes et pas seulement détournées d'autres lieux de vaccination habituels;
- expliquer les disparités dans la participation et le succès des projets dans les régions et les établissements;
- améliorer la capacité à évaluer les couvertures vaccinales par le biais, par exemple, d'études transversales rigoureuses;
- utiliser des dispositifs d'évaluation plus robustes pour permettre de se prononcer sur les effets de tels projets.

CONCLUSION

La mise en place, à l'automne 1999, des projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque fut une première. Les projets ont permis de mobiliser les CLSC et les CH du Québec afin d'améliorer l'accessibilité à la vaccination pour une petite portion de la population ciblée par les programmes. Même si la contribution des projets spéciaux semble modeste, les personnes nouvellement rejointes par ce type d'intervention ne le sont qu'au prix d'efforts importants. Il s'agit, en effet, bien souvent, d'une population plus réfractaire. Il reste donc encore beaucoup à faire afin d'améliorer les couvertures vaccinales. L'autre moitié des Québécois de 65 ans ou plus qui n'ont pas été vaccinés contre la grippe en 1999-2000, est probablement composée d'individus encore plus difficiles à rejoindre ou à convaincre.

La reconnaissance du besoin d'ajouter des ressources financières à la mise en œuvre d'activités d'immunisation a été fort appréciée des responsables régionaux et des établissements. Cependant, toute cette opération a été réalisée en un temps record, ce qui a fait en sorte que malheureusement, les interventions n'ont pas toujours été accomplies dans des conditions optimales.

Il est à souhaiter que l'expérience acquise puisse être mise à profit, autant pour la vaccination contre l'influenza qui est appelée à prendre un nouvel essor dans les prochaines années, que pour le programme de vaccination contre le pneumocoque dont la population cible s'est élargie à l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus, depuis le printemps 2000. Il faut donc accorder des budgets adéquats et plus de temps de préparation. Il faut aussi travailler auprès de l'ensemble des vaccinateurs, dont les médecins, pour réussir à rejoindre l'ensemble de la population cible.

BIBLIOGRAPHIE

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Vaccine-Preventable Diseases : Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults – A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1999, 48 : RR-8 p. 1-15.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL SUR L'IMMUNISATION. « Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 1999-2000 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1999, 25 (DCC-2) : 1-16.
- DUCLOS, P., H. ARRUDA, J.C. DESSAU et al. « Enquête sur l'immunisation de la population adulte non institutionnalisée – Québec (au 30 mai 1996) », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1996, 22 : 177-181.
- GUAY, M. et P. DE WALS. *Vaccination contre la grippe dans Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000 (à paraître).
- GUAY, M., P. DE WALS et R. HÉBERT. *Programme de vaccination contre le pneumocoque en Montérégie – 1997-1999 : Rapport d'évaluation*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSSM, 2000a, 154 p. (sous presse).
- GUAY, M., A.M. CLOUÂTRE et D. PALARDY. *Évaluation d'un projet de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque dans la communauté*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, RRSSSM, 2000b (en rédaction).
- GYORKOS, T.W., T.N. TANNENBAUM, M. ABRAHAMOWICZ, L. BÉDARD, J. CARSLY, E.D. FRANCO, G. DELAGE, M.A. MILLER, D.L. LAMPING et S.A. GROVER. « Evaluation of the Effectiveness of Immunization Delivery Methods », *Revue Can. Santé Pub.*, 1994, 85(S1):S14-S-30.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 1992, 192 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers l'atteinte des résultats attendus : Évaluation des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – An 1 : Fiche technique*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998, 103 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lettre d'annonce d'une conférence téléphonique et lettre de Maurice Poulin ayant pour objet le Suivi au Forum sur la situation dans les urgences*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999a, 7 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Lettre du Sous-ministre adjoint Dr Richard Massé ayant pour objet le soutien aux projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque afin de diminuer l'encombrement dans les urgences à l'hiver 2000*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999b, 3 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - Vers l'atteinte des résultats attendus – 2e bilan*, Québec, Gouvernement du Québec, 2000, 203 p.
- MONTO, A.S. et S.B. THACKER. « Vaccines », *Epidemiol. Rev.*, 1999, 21 : 96-142.
- ROSSI, P.H., H.E. FREEMAN et M.W. IPSEY. *Evaluation – A Systematic Approach*, 6th Edition, Thousand Oaks, Sage Publications, 1999, 191 -232.
- TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations Regarding Interventions to Improve Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults », *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 18(1S) : 92-96.

Annexe 1

Annexe 1
Ressources financières investies
Projets spéciaux de vaccination influenza/pneumocoque
Québec et régions, 1999-2000

Région	Population 65 ans ou plus ¹		Vaccins donnés (N)			%	Ressources financières accordées			Coût unitaire \$/dose
	N	%	Influenza	Pneumo	Total		Par le MSSS	Par les RRSSS	Total	
1	30 410	3,5	77	24	101	0,0	8 825 \$	2 942 \$	11 766 \$	116,50
2	32 831	3,8	4 220	1 134	5 354	10,5	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	3,97
3	86 576	9,9	254	81	335	0,7	32 000 \$	8 000 \$	40 000 \$	119,40
4	70 152	8,0	521	323	844	1,7	32 000 \$	8 000 \$	40 000 \$	47,39
6	273 309	31,3	8 407	0	8 407	16,5	77 000 \$	19 250 \$	96 250 \$	11,45
7	30 834	3,5	882	296	1 178	2,3	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	18,04
8	15 885	1,8	1 022	201	1 223	2,4	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	17,38
9	8 656	1,0	4 289	1 214	5 503	10,8	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	3,86
12	48 413	5,5	3 495	663	4 158	8,2	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	5,11
13	42 910	4,9	1 383	1 029	2 412	4,7	17 000 \$	4 250 \$	21 250 \$	8,81
14	40 063	4,6	455	142	597	1,2	12 000 \$	3 000 \$	15 000 \$	25,13
15	48 814	5,6	666	144	810	1,6	15 750 \$	3 938 \$	19 688 \$	24,31
16	143 153	16,4	14 947	3 409	18 356	36,1	47 000 \$	11 750 \$	58 750 \$	3,20
18	560	0,0	1 166	402	1 568	3,1	13 860 \$	3 465 \$	17 325 \$	11,05
Québec	872 566	100,0	41 784	9 062	50 846	100,0	340 435 \$	85 844 \$	426 279 \$	8,38 (29,68²)

(1) Le nombre de personnes de 65 ans ou plus selon les données de projection de population de 1999-2000 sont présentées à titre indicatif.

(2) Le coût unitaire de 8,38 \$ est obtenu en divisant le nombre total de doses administrées au Québec sur le montant total accordé, alors que le montant de 29,68 \$ est obtenu en faisant une moyenne des coûts unitaires régionaux.