

Plan québécois de promotion de la vaccination

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Plan québécois de promotion de la vaccination

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Octobre 2009

AUTEURES

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

AVEC LA COLLABORATION DE

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

MISE EN PAGES

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

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2010
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-58192-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-58193-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2010)

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier la docteure Ariane Courville, résidente en santé communautaire à l'Université Laval, pour tout le travail préparatoire à l'élaboration de ce plan. Nous remercions également madame Marie-France Richard pour la réalisation de la mise en forme du document et son soutien tout au long de l'élaboration du plan. Enfin, nous voulons remercier les organisations consultées pour leurs commentaires qui permettront de bonifier le document. La liste des organisations se retrouve à l'annexe 1.

RÉSUMÉ

Contexte

Au cours des 50 dernières années, la vaccination a sauvé plus de vies au Canada que tout autre intervention sanitaire. Toutefois, il ne faut pas considérer les réussites liées aux programmes de vaccination comme des acquis. La vaccination n'est pas obligatoire au Québec et demeure un acte volontaire. Le succès des programmes d'immunisation repose donc sur la confiance de la population et des professionnels de la santé. Il ne faut pas attendre qu'une controverse suscite un doute dans la population pour faire la promotion active de la vaccination. En ce sens, ce plan de promotion de la vaccination constitue un premier effort, afin d'optimiser et de structurer les activités de promotion de la vaccination à l'échelle provinciale tout en tenant compte des initiatives locales et des efforts déjà déployés.

But et objectifs

Le but général de la démarche de promotion de la vaccination est de **favoriser la mise en place des conditions permettant de s'assurer que les Québécois(es) aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns, afin de bien les protéger contre les MEV**. De ce but général, découlent cinq grands objectifs, à savoir :

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

Axes d'intervention

Pour atteindre ces objectifs, trois grands axes d'intervention ont été ciblés, soit (1) d'augmenter la demande de la communauté pour la vaccination, (2) d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et (3) de bonifier l'offre de service par les vaccinateurs. À la section 5 du présent document, une brève mise en contexte ainsi que l'état de la situation au Québec sont présentés pour chacun de ces trois grands axes. La section 6 du plan porte spécifiquement sur la réduction des inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population. Bien que n'étant pas un axe d'intervention en soi, une attention spéciale est accordée à cet objectif transversal qui doit transcender les trois grands axes d'intervention. Enfin, des questions de recherche sont présentées à la section 7 pour chacun des axes d'intervention. Les pistes de recherche proposées visent à orienter les stratégies de promotion de la vaccination en comblant les lacunes dans les connaissances et à contribuer à l'évaluation des stratégies qui seront implantées.

Pour chacun des axes d'intervention, le tableau ci-dessous résume les stratégies démontrées efficaces ayant été identifiées à la suite d'une revue de la littérature scientifique. Toutes les stratégies sont incluses, bien que plusieurs d'entre elles doivent être combinées pour obtenir un degré d'efficacité. Celles dont l'efficacité a été démontrée lorsqu'elles sont utilisées seules sont mises en caractère gras.

Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
Local (CLSC et cliniques médicales, principalement)	<ul style="list-style-type: none"> • Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner • Remise du dossier de vaccination aux patients (carnet de vaccination ou autre relevé) • Éducation/information sur la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux familles vulnérables et lors des visites pré et postnatales 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la distance géographique entre les services et la population • Augmentation des plages horaires de vaccination • Vaccination sans rendez-vous • Diminution des coûts (ex. : absence de frais pour l'administration des vaccins) • Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables • Vaccination dans le cadre de d'autres interventions ou visites médicales • Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie • Vaccination dans les milieux de travail pour les adultes • Amélioration des méthodes de prise de rendez-vous • Mise en place, dans les établissements de santé, de mesures appropriées favorisant la vaccination du personnel • Accessibilité des données de vaccination antérieure sur les lieux de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de rappel et de relance pour le vaccinateur (alerte) • Vaccination lors des visites de routine afin de minimiser les occasions manquées • Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite • Soutien de la formation régulière des vaccinateurs en y abordant les attitudes et croyances face à la vaccination • Offrir de la formation lors de l'embauche • Disponibilité de la documentation sur la vaccination (PIQ, Internet, affiche du calendrier de vaccination)

Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs (suite)

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
	Soutenir les instances locales dans la mise en œuvre des stratégies à l'échelle locale		
Régional (DSP)	<ul style="list-style-type: none"> Éducation/information : poursuite et amélioration de la diffusion de la Trousse de promotion de la vaccination (ex. : par les services de garde à l'enfance) 		<ul style="list-style-type: none"> Éducation/information : diffuser la Trousse de promotion de la vaccination aux vaccinateurs et encourager son utilisation Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinées (rétroaction) Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs Formation/éducation sur les injections multiples (outil développé par le MSSS)

Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs (suite)

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
Provincial (INSPQ, MSSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation/information de la population sur les risques et les bénéfices de la vaccination • Éducation/information sur les recommandations vaccinales aux adultes • Éducation/information aux parents sur le calendrier de vaccination des nourrissons et sensibilisation aux injections multiples • Promotion de la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux populations vulnérables • Promotion des lignes directrices concernant la vaccination du personnel des établissements de santé • Information de la population concernant le suivi effectué par le réseau de surveillance des manifestations survenant à la suite de la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de la gratuité de la vaccination <p>Soutien de l'offre de vaccination dans les milieux non traditionnels (par exemple, les pharmacies, services de garde à l'enfance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'utilisation du calendrier accéléré pour rattraper un retard vaccinal • Sensibilisation des milieux d'éducation des professionnels de la santé à l'importance de l'enseignement relatif à la vaccination • Soutien des régions dans la mise à jour et l'amélioration des compétences des vaccinateurs • Soutien des régions pour la sensibilisation et la formation des vaccinateurs quant aux recommandations vaccinales pour les adultes • Soutien financier favorisant la pratique vaccinale • Soutien de la formation en vaccination des infirmières d'Info-santé • Mise en place de standards de qualité de pratique

Interventions prioritaires

Parmi l'ensemble des interventions présentées dans le tableau ci-dessus, des priorités d'action ont été établies. L'implantation des interventions suivantes a été jugée prioritaire :

- Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner^a;
- Système de rappel et de relance pour le vaccinateur^a;
- Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinées^a;
- Augmentation des plages horaires de vaccination;
- Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite;
- Vaccination sans rendez-vous;
- Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables;
- Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie (ex. : services de garde à l'enfance, milieux de travail);
- Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs^{b, c}.

Afin de bien soutenir l'organisation des services de vaccination au Québec, certaines de ces stratégies devraient d'abord être implantées. Par la suite, une campagne d'information sociétale soutenue dans le temps devrait être réalisée. Elle tiendrait compte des initiatives nationales et des opportunités ou événements qui se présentent (ex. : lorsqu'une épidémie de rougeole survient, profiter de ce moment pour discuter de la vaccination des nourrissons). Une telle campagne aurait l'avantage de sensibiliser la population et par la même occasion les professionnels de la santé. Enfin, bien que non mentionnée, une des stratégies prioritaires est le maintien de la gratuité du programme de vaccination. Il s'agit d'un acquis précieux au Québec sur lequel on devrait mettre l'accent et qui gagnerait à être rappelé dans les thématiques abordées dans une future campagne d'information.

Conclusion

Les stratégies prioritaires identifiées dans ce plan seront progressivement implantées au cours des 5 prochaines années grâce à la mise sur pied d'un plan d'action concret. Les stratégies et les interventions mises en place seront également évaluées de façon systématique. Dès 2012, un bilan des actions engagées sera réalisé.

^a L'arrivée de Panorama facilitera cette stratégie.

^b Les gestionnaires des établissements de soins et d'enseignement devront être davantage sensibilisés à l'importance des programmes de vaccination.

^c Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), en version papier, devrait être accessible pour chaque vaccinateur.

PRÉAMBULE

Différentes initiatives en vaccination^d ont été mises de l'avant au niveau local, régional et provincial au cours des dernières années. À notre connaissance, le plan de promotion de la vaccination proposé dans ce document constitue toutefois le premier effort provincial pour structurer les activités de promotion de la vaccination à l'échelle du Québec, tout en tenant compte des acquis.

L'élaboration du présent plan de promotion découle d'une démarche qui s'est échelonnée sur plusieurs mois. Dès novembre 2007, lors des Journées annuelles de santé publique, une journée portant sur la thématique de la promotion de la vaccination avait été organisée. Dans la foulée de cet événement, un comité scientifique regroupant des professionnels et médecins rattachés à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été formé pour poursuivre les travaux amorcés lors de cette journée. En avril 2008, ce groupe soumettait une proposition pour l'élaboration et l'implantation d'un plan québécois de promotion de la vaccination à la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI). La proposition a été acceptée par la TCNMI et un soutien financier a été accordé à l'INSPQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'élaboration de ce plan.

Plusieurs démarches ont mené à l'élaboration du plan de promotion. Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée, afin d'identifier les stratégies démontrées efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales. Une recension des activités de promotion de la vaccination réalisées dans les différentes régions du Québec (scan environnemental) a également été effectuée. Par la suite, un premier document de travail, rédigé par le comité scientifique, a été soumis à un comité consultatif. Ce comité consultatif, composé d'une dizaine d'experts québécois impliqués et intéressés par la promotion de la vaccination, s'est réuni le 16 décembre 2008 pour commenter et bonifier le document de travail. Précisons que ce plan de promotion de la vaccination ne prétend pas couvrir tous les aspects portant sur le sujet. Il cherche plutôt à mettre en lumière les interventions démontrées efficaces et applicables au contexte québécois.

Au cours des mois de mars et d'avril 2009, le plan de promotion a fait l'objet d'une consultation élargie auprès des associations et acteurs concernés (la liste des organisations consultées est présentée à l'annexe 1). La consultation visait à faire connaître le document et à obtenir les commentaires des groupes consultés sur ce dernier. Elle a été également l'occasion de connaître l'opinion des organisations sur les stratégies qui devaient être mises en priorité pour le Québec. En tenant compte de l'information fournie par les organisations consultées, le comité consultatif s'est réuni les 2 et 17 juin 2009, afin d'établir des priorités d'actions parmi l'ensemble des stratégies proposées.

^d Dans ce document, le terme « vaccination » a été préféré au terme « immunisation », puisque le présent document porte sur les vaccins et non sur toutes les formes d'immunité (innée, acquise par immunoglobulines, etc.). Puisque le Programme national de santé publique emploie le terme « immunisation » et que nous référons à ce document dans le présent plan de promotion, il arrivera que ce terme soit utilisé. Il aura alors le même sens que le mot « vaccination ».

Ce plan d'une durée de cinq ans sera progressivement implanté au cours des prochaines années par la mise en œuvre d'un plan d'action concret et l'évaluation systématique des stratégies et interventions mises en place.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XIII
LISTE DES FIGURES	XIII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XV
1. INTRODUCTION	1
2. CONTEXTE	5
3. BUT ET OBJECTIFS VISÉS	11
4. CADRE THÉORIQUE ET PRINCIPES ÉTHIQUES	15
5. TROIS GRANDS AXES D'INTERVENTION	17
5.1. Premier axe d'intervention : augmenter la demande de la communauté pour la vaccination.....	21
5.2. Deuxième axe d'intervention : améliorer l'accessibilité aux services de vaccination.....	24
5.3. Troisième axe d'intervention : bonifier l'offre de services de vaccination par les vaccinateurs.....	26
6. OBJECTIF TRANSVERSAL : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS LES COUVERTURES VACCINALES AU SEIN DE LA POPULATION	31
7. PISTES DE RECHERCHE POUR SOUTENIR LES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA VACCINATION	35
8. INTERVENTIONS PRIORITAIRES	39
9. CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES	43
ANNEXE 1 LISTE DES ORGANISATIONS CONSULTÉES	55
ANNEXE 2 MODÈLE LOGIQUE	59
ANNEXE 3 AUTRES INTERVENTIONS PROMETTEUSES, DONT L'EFFICACITÉ RESTE À CONFIRMER	63
ANNEXE 4 DOCUMENT #1 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS	69
ANNEXE 5 DOCUMENT #2 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les objectifs portant sur les maladies évitables par l'immunisation du PNSP	6
Tableau 2	Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation du PNSP	7
Tableau 3	Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque lors de la campagne 2007-2008.....	7
Tableau 4	Vaccination en milieu scolaire en 2007-2008.....	7
Tableau 5	Couverture vaccinale des cohortes de un et deux ans en 2006 pour les vaccins en fonction des antigènes et du nombre de doses requises.....	8
Tableau 6	Principes éthiques.....	16
Tableau 7	Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs.....	18
Tableau 8	Interventions prioritaires.....	39

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle logique ayant structuré la rédaction du plan de promotion de la vaccination	61
----------	------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CLSC	Centres locaux de services communautaires
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MEV	Maladies évitables par la vaccination
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PANORAMA	Une nouvelle solution, appelée Panorama, est en développement pour fournir aux professionnels de la santé une suite d'outils (identification des éclosions, gestion des stocks de vaccins, gestion des cas, avis, etc.) qui leur permettront de gérer les activités en santé publique dans l'ensemble du pays.
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
RV	Rendez-vous
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SNI	Stratégie nationale d'immunisation
TCNMI	Table de coordination nationale en maladies infectieuses
VIP	Vaccination par les infirmiers/infirmières – Promotion
VPH	Virus du papillome humain

1. INTRODUCTION

Au cours des 50 dernières années, la vaccination a sauvé plus de vies au Canada que tout autre intervention sanitaire¹. Il s'agit de l'une des mesures les plus efficaces pour prévenir des décès et des complications liés aux maladies faisant l'objet d'une vaccination universelle. Ainsi, la vaccination a permis de réduire la mortalité et la morbidité en contrôlant de nombreuses maladies infectieuses et même en éliminant certaines dont la variole à l'échelle planétaire et la poliomyélite dont le Canada a été officiellement déclaré exempt en 1994¹. Ces réussites entraînent toutefois un paradoxe : les craintes relatives à la sécurité des vaccins s'accroissent à mesure que diminue l'exposition de la population aux maladies évitables par la vaccination (MEV)^{2, 3}. Dans ce contexte, et avec la venue de nombreux nouveaux vaccins, l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale^e risque de poser des défis particuliers et de nécessiter des efforts de promotion plus soutenus. Véritable enjeu de santé publique, la vaccination demeure un volet incontournable des activités de prévention des maladies et de promotion de la santé.

À l'heure actuelle au Québec, la prévalence de la plupart des MEV demeure faible. Toutefois, la transmission de certaines MEV n'est toujours pas stoppée et une diminution des couvertures vaccinales peut à tout moment entraîner une résurgence des MEV actuellement contrôlées. Par exemple, en 2007, une éclosion de rougeole (94 cas, dont 64 % étaient âgés entre cinq et quatorze ans) a touché sept régions du Québec et a entraîné onze hospitalisations. Parmi les 94 personnes, 88 (94 %) n'étaient pas considérées comme protégées : la plupart (n = 75) n'avait reçu aucune dose de vaccin contre la rougeole, cinq avaient un statut vaccinal incomplet pour l'âge, cinq n'avaient aucune preuve de vaccination et trois avaient un statut vaccinal inconnu. Enfin, six personnes avaient un statut vaccinal considéré comme complet en regard de l'âge (1 ou 2 doses selon le cas)^f.

Malgré les succès des programmes d'immunisation, les objectifs de couvertures vaccinales visés par le Programme national de santé publique (PNSP) ne sont toujours pas atteints. Il est donc d'autant plus important de demeurer vigilant et de maintenir les efforts de promotion de la vaccination, afin d'assurer une couverture vaccinale optimale de la population. Par exemple, au Québec, en 2006, la couverture vaccinale des enfants de la cohorte de deux ans pour tous les vaccins recommandés était de 85 %⁴. Bien qu'avec cette proportion d'enfants vaccinés, l'on puisse avoir une protection relativement bonne contre la majorité des MEV, l'objectif de 95 % énoncé dans le PNSP n'est toujours pas atteint. On remarquait également des retards dans le calendrier de vaccination, soit un décalage entre l'âge réel de la vaccination et le moment recommandé par le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)⁴⁻⁷.

^e La couverture vaccinale indique la proportion de la population visée ayant reçu les doses requises d'un vaccin contre une MEV par rapport au nombre total de personnes dans une population donnée (Boulianne, N. et collab. *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006*. 2007, Institut national de santé publique du Québec: Québec. p. 1).

^f « Éclosion de rougeole au Québec », ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 mars octobre 2009. En ligne : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/rougeole/portrait_26mars2009.php et communication personnelle, madame France Markowski, MSSS, 10 septembre 2009.

Rappelons, qu'en 2009, au Québec, la vaccination de base offerte à tous les nourrissons vise à prévenir les maladies suivantes : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'infection à *Hæmophilus influenzae* de type b, l'infection invasive à méningocoque de sérogroupe C, les infections invasives à pneumocoque, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle et l'influenza.

Le programme de vaccination en milieu scolaire permet de poursuivre la vaccination de base débutée à l'âge de 2 mois et d'offrir en 4^e année du primaire la vaccination contre l'hépatite B. Depuis septembre 2008, le vaccin contre l'infection au virus du papillome humain (VPH) est également offert aux filles de la 4^e année du primaire et de la 3^e année du secondaire. De plus, en 3^e année du secondaire, le calendrier de vaccination est mis à jour pour tous les jeunes de ce niveau et les vaccins nécessaires pour compléter le calendrier de vaccination sont administrés, dont celui contre la varicelle, lorsque cela est requis.

Par ailleurs, bien que des vaccins efficaces et sécuritaires existent, leur utilisation chez les adultes demeure sous optimale et les MEV restent une cause non négligeable de morbidité et de mortalité⁸. Par exemple, au Québec, la vaccination annuelle contre l'influenza est recommandée et le vaccin contre l'influenza est offert gratuitement aux personnes à risque élevé de complications et à toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus⁹. Des campagnes de vaccination à haut débit, largement publicisées, sont organisées chaque automne dans plusieurs points de services du réseau de la santé sur tout le territoire québécois. L'objectif est que 80 % des personnes de 60 ans ou plus soient vaccinées annuellement contre l'influenza¹⁰. Malgré les efforts consentis, cet objectif est loin d'être atteint. En effet, au cours de l'année 2007-2008, 58 % des Québécois de 60 ans et plus étaient vaccinés contre l'influenza et moins de 50 % des 60-64 ans l'étaient¹¹. Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) précise également des indications vaccinales particulières pour la population adulte concernant, entre autres, la vaccination des voyageurs, des immigrants, des stagiaires et des professionnels de la santé, des vétérinaires ou des travailleurs des industries avicole et porcine. Le PIQ recommande également que toute personne âgée de sept ans ou plus reçoive au moins une dose du vaccin acellulaire contre la coqueluche. Selon différentes circonstances et en fonction de conditions médicales particulières, les vaccins contre l'hépatite B, l'influenza, le pneumocoque, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons ou la varicelle sont aussi recommandés pour certains individus. Une injection de rappel du vaccin d₂T₅ contre la diphtérie et le tétanos doit être administrée à tous les adultes aux dix ans ou plus fréquemment selon certaines circonstances. Enfin, de nouveaux vaccins destinés seulement aux adultes, par exemple le vaccin contre le zona¹², font leur apparition. Pourtant, il n'existe pas, au Québec, une organisation de la vaccination des adultes comparable à celle qui est en place pour les enfants et qui tiendrait compte des besoins particuliers de cette clientèle. Pour les vaccins achetés en pharmacie qui ne seraient pas administrés sur place, la nécessité de maintenir la chaîne de froid ajoute un élément de complexité. Il existe peu ou pas de cliniques de vaccination destinées aux adultes en dehors des cliniques de santé-voyage qui s'intéressent principalement à la clientèle des voyageurs.

Au Québec, plusieurs activités ont été réalisées depuis les dernières années, afin d'améliorer la couverture vaccinale des populations adultes¹³⁻¹⁵. Dans plusieurs de ces interventions, l'accent a été mis sur l'accessibilité aux ressources de vaccination¹⁴. Toutefois, une grande disparité dans les interventions mises en place dans les différentes régions du Québec a été observée¹⁴ et, bien que des améliorations aient été notées au niveau des couvertures vaccinales contre le pneumocoque et l'influenza, les gains obtenus sont encore loin d'atteindre les objectifs¹⁶.

Bien qu'en général la population soit favorable à la vaccination¹⁷⁻²⁰, le Québec n'est pas à l'abri d'une controverse à ce sujet. Des études ont illustré une recrudescence des attitudes négatives par rapport à la vaccination dans certains sous-groupes de la population^{17, 19, 21}. De plus, les discours négatifs sur la vaccination font souvent l'objet d'une attention importante dans les médias et peuvent alimenter les inquiétudes de la population quant à l'innocuité des vaccins. Ainsi que les expériences de différents pays l'ont illustré, lorsque la confiance de la population envers la vaccination est ébranlée, une diminution de la couverture vaccinale peut survenir²² et plusieurs MEV réapparaissent rapidement lorsque cela se produit^{1, 23, 24}.

Les professionnels de la santé ont un rôle fondamental à jouer pour assurer le succès continu des programmes de vaccination puisque leurs recommandations sont l'un des déterminants majeurs des décisions des patients quant à la vaccination^{19, 20, 25, 26}. L'efficacité de la vaccination est reconnue par la communauté scientifique et cette mesure de santé publique est généralement perçue positivement par les professionnels de la santé. Toutefois, des études ont souligné un certain manque de conviction par rapport à la vaccination chez les infirmières vaccinatrices québécoises^{27, 28}. D'autres professionnels de la santé ont également été associés à une attitude négative par rapport à la vaccination, notamment les chiropraticiens et les sages-femmes²⁹⁻³².

Bref, il ne faut pas considérer les réussites liées aux programmes de vaccination comme des acquis. La vaccination n'est pas obligatoire au Québec et demeure un acte volontaire. Le succès des programmes d'immunisation repose donc sur la confiance de la population et des professionnels de la santé. Il ne faut pas attendre qu'une controverse suscite un doute dans la population pour faire la promotion active de la vaccination. En ce sens, un plan de promotion de la vaccination constitue un premier effort, afin d'optimiser et de structurer les activités de promotion de la vaccination à l'échelle provinciale tout en tenant compte des initiatives locales et des efforts déjà déployés.

Dans ce document, et en s'inspirant de la Charte d'Ottawa³³, la promotion de la vaccination sera définie au sens large comme un ensemble de stratégies, coordonnées et adaptées aux différents contextes, qui visent à mettre en place les conditions favorables au maintien et à l'amélioration des couvertures vaccinales. Ces stratégies peuvent s'actualiser tant aux niveaux des politiques que de la communauté, de l'individu ou des organisations³³. Le suivi des couvertures vaccinales est un pré-requis à l'évaluation de ces stratégies. Un plan de promotion de la vaccination est essentiel d'une part pour maintenir les acquis et l'adhésion de la population et des professionnels de la santé au regard de la vaccination et, d'autre part, pour faciliter l'implantation des nouveaux programmes et favoriser leur acceptabilité.

En complément à ce plan de promotion, d'autres composantes du programme québécois de vaccination sont déjà bien en place, principalement la surveillance des manifestations cliniques survenant à la suite de la vaccination et les projets d'évaluation de l'efficacité des vaccins du programme. En effet, tout ce qui permet de documenter la sécurité et l'efficacité des vaccins est essentiel. Ces composantes ne seront toutefois pas abordées spécifiquement dans le présent plan.

Par ailleurs, certains se questionnent sur l'implication de l'industrie pharmaceutique en vaccination. Les vaccins sont un moyen essentiel pour améliorer la santé de la population. Actuellement, la recherche et le développement de vaccins sont assurés par l'industrie pharmaceutique. Cette contribution est essentielle, car l'État pourrait difficilement assumer les investissements financiers majeurs requis pour produire les vaccins. Afin de demeurer compétitives dans le marché, les compagnies pharmaceutiques tentent de rentabiliser les investissements consentis en publicisant leurs produits auprès des médecins, des autres professionnels de la santé et de la population. Le fait qu'un produit soit rentable ne lui enlève pas son caractère essentiel (ex. : l'industrie agroalimentaire est généralement rentable et les aliments sont indispensables à la vie)³⁴ et le gouvernement ne peut pas empêcher les industries privées d'agir ainsi. Néanmoins, la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada encadre la publicité directe faite aux consommateurs des médicaments d'ordonnance³⁵, le code de déontologie des médecins du Québec³⁶ encadre la pratique médicale (notamment l'indépendance et le désintéressement à la section VI), le Code de déontologie des infirmières et des infirmiers encadre la pratique de la profession d'infirmière³⁷ et un code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue³⁸ existe entre les organismes médicaux et les sociétés commerciales.

Le présent plan de promotion de la vaccination vise à établir les bases nécessaires pour structurer les efforts de promotion de la vaccination autour d'objectifs communs, tout en identifiant des priorités d'action. Après avoir tracé une brève mise en contexte de la vaccination au Québec, le but et les objectifs visés par le Plan québécois de promotion de la vaccination seront énoncés. Le cadre théorique ainsi que les principes éthiques ayant guidé l'élaboration du plan seront présentés. Les trois grands axes d'intervention ciblés par le plan, soit l'augmentation de la demande de vaccination dans la communauté, l'amélioration de l'accessibilité aux services de vaccination et la bonification de l'offre de services par les vaccinateurs, seront ensuite décrits. Une attention spéciale sera accordée à l'objectif transversal de réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population. Puis, une liste de questions de recherche en soutien à l'intervention de promotion de la vaccination et les interventions jugées prioritaires par le comité consultatif seront présentées. Enfin, une liste d'interventions prometteuses, mais dont l'efficacité n'a pas été encore bien démontrée se trouve à l'annexe 3.

2. CONTEXTE

Plusieurs activités en lien avec la vaccination ont été ciblées comme des priorités de santé publique dans le Programme national de santé publique (PNSP), notamment la mise en place d'un plan de promotion de la vaccination. Les tableaux 1 et 2 rappellent les objectifs et les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation mis en priorité dans le PNSP 2003-2012, tel que présenté dans la mise à jour réalisée en 2008³⁹. Rappelons que l'atteinte et le maintien des taux de couverture vaccinale fixés dans le PNSP (voir le tableau 2), sont essentiels pour diminuer l'incidence des MEV ou maintenir l'incidence moyenne annuelle sous le seuil de l'élimination¹⁰. Des données de couvertures vaccinales pour les vaccins contre l'influenza et le pneumocoque et pour ceux des programmes scolaires de vaccination sont présentées aux tableaux 3 et 4.

Tableau 1 Les objectifs portant sur les maladies évitables par l'immunisation du PNSP³⁹

Les objectifs chez les enfants et les adolescents	Les objectifs chez la population générale
<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le nombre moyen de cas d'infections invasives à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b sous le seuil de cinq par année chez les enfants de moins de cinq ans. • Réduire à moins de 5 cas l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à méningocoque de sérogroupe C dans la population âgée de 20 ans ou moins. • Réduire de 60 % l'incidence moyenne annuelle des infections invasives à pneumocoque chez les enfants âgés de six mois à deux ans. • Réduire à zéro l'incidence de l'infection rubéoleuse indigène au cours de la grossesse ainsi que la rubéole congénitale. • Maintenir à deux ou moins le nombre de cas indigènes d'hépatite B chez les enfants âgés de moins d'un an. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir à zéro l'incidence annuelle de la diphtérie et de la poliomyélite en ce qui concerne les cas indigènes. • Maintenir à moins d'un cas par cinq ans l'incidence du tétanos. • Maintenir à moins d'un cas par dix ans l'incidence de la rage. • Maintenir l'incidence moyenne annuelle de la rougeole et la rubéole sous le seuil d'élimination. • Maintenir l'incidence annuelle des oreillons à moins de 5 % de l'incidence prévacinale. • Réduire l'incidence moyenne annuelle de la coqueluche de 50 % par rapport à la période 1997-2002. • Réduire à 2,5 pour 100 000 personnes l'incidence moyenne annuelle des cas déclarés d'hépatite A. • Réduire à 1 pour 100 000 personnes l'incidence annuelle des cas déclarés d'hépatite B aiguë. • Réduire de 40 % l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans les groupes d'adultes admissibles à la vaccination. • Réduire de 95 % le taux d'hospitalisation annuel pour varicelle.
Les objectifs chez les personnes âgées	
<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le taux annuel d'hospitalisation pour influenza et pneumonie des personnes âgées de 65 ans et plus sous le taux moyen de la période 1997-2002. 	

Tableau 2 Les activités portant sur les maladies évitables par l'immunisation du PNSP³⁹

<ul style="list-style-type: none"> • Vaccination de base : diphtérie, coqueluche, tétanos, poliomyélite, <i>Haemophilus influenzae</i> de type b, pneumocoque, méningocoque de sérogroupe C, influenza, rougeole, rubéole, oreillons et varicelle. • Vaccination en milieu scolaire[*] : <ul style="list-style-type: none"> - hépatite B en 4^e année du primaire; - infections par le VPH en 4^e année du primaire et en 3^e année du secondaire; - mise à jour du carnet de vaccination en 3^e année du secondaire. • Vaccination des personnes appartenant à des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec : hépatites A et B, pneumocoque, influenza. • Mise en place d'un plan de promotion de la vaccination. • Développement des stratégies visant à assurer le respect du calendrier vaccinal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation d'un système d'information vaccinale et d'un programme de gestion des produits immunisants visant l'assurance qualité des programmes de vaccination. <p>Les taux de couverture vaccinale visés</p> <table border="1"> <tr> <td>Immunisation de base</td> <td>95 %</td> </tr> <tr> <td>Hépatite B en 4^e année du primaire</td> <td>90 %</td> </tr> <tr> <td>Pneumocoque groupes vulnérables</td> <td>80 %</td> </tr> <tr> <td>Influenza groupes vulnérables</td> <td>80 %</td> </tr> <tr> <td>VPH en 4^e année du primaire</td> <td>90 %</td> </tr> <tr> <td>VPH en 3^e année du secondaire</td> <td>85 %</td> </tr> </table>	Immunisation de base	95 %	Hépatite B en 4 ^e année du primaire	90 %	Pneumocoque groupes vulnérables	80 %	Influenza groupes vulnérables	80 %	VPH en 4 ^e année du primaire	90 %	VPH en 3 ^e année du secondaire	85 %
Immunisation de base	95 %												
Hépatite B en 4 ^e année du primaire	90 %												
Pneumocoque groupes vulnérables	80 %												
Influenza groupes vulnérables	80 %												
VPH en 4 ^e année du primaire	90 %												
VPH en 3 ^e année du secondaire	85 %												

* Pour la vaccination en milieu scolaire, on doit également tenir compte des activités en lien avec l'approche École en santé.

Tableau 3 Vaccination contre l'influenza et le pneumocoque lors de la campagne 2007-2008¹¹

Vaccins et groupes ciblés	Couverture vaccinale
Influenza (≥ 60 ans)	60 %
Influenza (50-59 ans atteints de maladies chroniques)	44 %
Pneumocoque (≥ 65 ans)	48 %

Tableau 4 Vaccination en milieu scolaire en 2007-2008⁹

Vaccins et groupes ciblés	Couverture vaccinale
Hépatite B en 4 ^e année du primaire (3 doses)	88 %
Coqueluche en 3 ^e année du secondaire (1 dose)	69 %

⁹ Communication personnelle, Madame France Markowski, MSSS, 9 septembre 2009.

La vaccination confère aux enfants une protection importante à un âge de vulnérabilité à plusieurs MEV. Au Québec, pour être considérés complètement vaccinés, les enfants doivent avoir reçu tous les vaccins qui leur sont recommandés par le PIQ³⁴. Habituellement, la couverture vaccinale des jeunes enfants s'estime à l'âge de deux ans⁴⁰, car c'est à ce moment que l'on considère que le calendrier de base des nourrissons devrait être complété puisque les dernières doses de vaccins sont administrées à 18 mois³⁴. Le tableau 5 présente les résultats de l'enquête menée en 2006 sur la couverture vaccinale des enfants québécois des cohortes de un et deux ans pour toutes les doses administrées de plusieurs des vaccins recommandés dans le PIQ pour ces groupes d'âge (à l'exception des vaccins contre l'influenza et contre la varicelle)⁴. La couverture vaccinale par antigène est présentée et les résultats sont encourageants.

Tableau 5 Couverture vaccinale des cohortes de un et deux ans en 2006 pour les vaccins en fonction des antigènes et du nombre de doses requises

Antigènes et nombre de doses	Couverture vaccinale de la cohorte de un an (< 15 mois)	Couverture vaccinale de la cohorte de deux ans (< 24 mois)
DCaT-P-Hib (4 doses)	97 % (3 doses)	86 % (96 % ont reçu 3 doses)
Rougeole (2 doses)	89 % (1 dose)	80 % (95 % ont reçu 1 dose)
Rubéole-Oreillons (1 dose)	91 % ^h	95 %
Pneumocoque conjugué (3 doses ou 2 doses à ≥ 12 mois)	90 %	32 % (dans le programme de rattrapage)
Méningocoque conjugué C (1 dose à ≥ 12 mois)	86 %	90 %

Par contre, le pourcentage des enfants ayant reçu toutes les doses recommandées de vaccins est plus faibleⁱ et n'atteint pas l'objectif de 95 % fixé dans le PNSP pour la couverture vaccinale des nourrissons et des jeunes enfants³⁹. En 2006, 88 % des enfants de la cohorte de un an avaient reçu tous les vaccins recommandés de la première année de vie (incluant ceux de 12 mois). Ce pourcentage diminuait à 75 % pour les vaccins reçus avant l'âge de 15 mois. Chez les enfants de la cohorte de deux ans (en acceptant les doses administrées jusqu'à 27 mois), 85 % avaient reçu tous les vaccins recommandés (80 % à 24 mois).

^h Bien qu'au Québec les composantes *rougeole*, *rubéole* et *oreillons* soient combinées en un vaccin, ce pourcentage (91 %) diffère de celui présenté pour la composante rougeole (89 %), car le critère de validité n'est pas le même (les doses administrées avant l'âge de 12 mois ne sont pas considérées comme valides pour la composante rougeole).

ⁱ Chaque enfant pour qui une dose ou plus d'un vaccin est manquante est additionné aux autres enfants se retrouvant dans la même situation. Par exemple, un enfant dont une dose du vaccin DCaT-P-Hib a été omise est donc additionné à un autre qui n'aurait pas reçu une dose du vaccin contre le pneumocoque et ainsi de suite.

Par ailleurs, cette même étude a mis en évidence les retards dans le calendrier de vaccination. La proportion d'enfants complètement vaccinés et ayant reçu tous les vaccins à l'intérieur d'un mois suivant l'âge recommandé n'était que de 23 % dans la cohorte de un an et de 17 % dans la cohorte de deux ans⁴. De plus, l'analyse des données du tableau 1 indique une difficulté dans le respect du calendrier, particulièrement pour les doses données à 18 mois.

Il est important de respecter l'âge prévu pour les différentes doses des vaccins recommandés dans le PIQ³⁴ puisque le calendrier vaccinal a été déterminé en tenant compte principalement de la capacité immunitaire des nourrissons, de leur vulnérabilité aux maladies visées par la vaccination et de l'épidémiologie de ces maladies au Québec. Un retard dans la vaccination prive les enfants d'une protection efficace, à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Des efforts doivent donc être investis, afin d'améliorer la conformité au calendrier de vaccination³⁹.

L'ajout de plusieurs nouveaux vaccins au calendrier de vaccination des nourrissons^j a été incriminé comme un déterminant important des retards dans la vaccination⁴¹. Avec l'ajout de nouveaux vaccins au calendrier, les enfants peuvent recevoir jusqu'à quatre injections lors d'une même visite³⁴. L'augmentation de la natalité et la pénurie de ressources peuvent également contribuer aux retards vaccinaux. Enfin, les délais d'administration au premier vaccin des nourrissons ont été associés à une plus faible couverture vaccinale⁴.

Il y a une dizaine d'années, avant même l'arrivée de ces nouveaux vaccins, une enquête illustrait l'impact des injections multiples lors d'une même visite de vaccination. En effet, 46 % des couvertures vaccinales incomplètes étaient expliquées par le fait de ne pas avoir administré le même jour les deux vaccins prévus à 18 mois⁴². L'enquête sur les couvertures vaccinales a illustré que l'acceptation des injections multiples par les parents diminuaient lorsque deux injections (83 % étaient favorables), trois injections (43 % étaient favorables) ou quatre injections (17 % étaient favorables) étaient administrées au cours d'une même visite⁴. Dans une autre étude réalisée auprès des vaccinateurs québécois, plus de 20 % des répondants ont déclaré qu'il était difficile de faire accepter aux parents le fait de donner deux injections lors de la même visite²⁷. Une autre enquête, cette fois réalisée auprès de 273 vaccinateurs de la Montérégie en 2002, indiquait que 15 % des vaccinateurs, tant des médecins que des infirmières, étaient défavorables à donner deux injections de vaccins lors de la même visite⁴³. Une enquête réalisée en 2005 et 2006 auprès de parents de la Montérégie rapportait que 85 % des parents trouvaient qu'il était préférable que leur enfant reçoive ses vaccins à l'âge recommandé même si cela impliquait deux injections ou plus lors d'une même visite. Bien qu'il soit démontré que les injections multiples n'augmentent pas la fréquence, l'intensité ou la gravité des effets secondaires⁴⁴, 61 % craignaient une augmentation du risque d'effets secondaires lorsque plusieurs vaccins étaient administrés à

^j Les vaccins suivants ont été introduits depuis les années 2000 : le vaccin contre le méningocoque en novembre 2002, celui contre l'influenza en novembre 2004, celui contre le pneumocoque en décembre 2004 et celui contre la varicelle en janvier 2006. Depuis juin 2008, un vaccin combiné est utilisé pour la vaccination contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle à l'âge de 1 an (RRO-Var) (ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Protocole d'immunisation du Québec*. 2009; Québec: 471 p.).

la même visite^{45 k}. Une étude réalisée en 2006 dans 120 cliniques médicales vaccinatrices des régions de la Capitale-Nationale, de la Montérégie et de Laval rapportait la présence de délais de rendez-vous pour la vaccination dans un nombre important de cliniques et soulignait que la pratique des injections multiples était peu réalisée pour la vaccination à 12 mois⁴⁶.

Déjà en 2005, un groupe de travail sur les retards de la vaccination chez le nourrisson a été mis sur pied par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP). Ce groupe ad hoc, formé de représentants de différents organismes de la santé publique (CSSS, DSP, INSPQ, AQESSS, MSSS), était chargé de documenter la situation et de proposer des pistes d'action⁴¹. Une revue de la littérature réalisée par ce groupe a permis d'identifier les principaux déterminants associés aux retards de vaccination. Ceux-ci sont liés aux connaissances, attitudes et croyances des parents (par exemple, par rapport au calendrier de vaccination ou à l'utilité de la vaccination) et à leur statut socioéconomique (éducation de la mère, monoparentalité, etc.), à l'organisation des services (absence d'un système de rappel et de relance, méthodes de prise de rendez-vous sous-optimales, etc.) ainsi qu'aux connaissances et croyances des professionnels de la santé (par exemple, les difficultés liées aux injections multiples)⁴¹.

^k Certaines études révèlent qu'une expérience douloureuse, lors d'une visite médicale récente, augmente la probabilité que l'enfant ressente une plus grande détresse au moment de la visite subséquente (Jacobson, R.M., et autres, Making vaccines more acceptable - methods to prevent and minimize pain and other common adverse events associated with vaccines. *Vaccine*, 2001. 19: p. 2418-2427. Weisman, S.J., B. Bernstein, and N.L. Schechter, Consequences of inadequate analgesia during painful procedures in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1998. 152(2): p. 147-9.)

3. BUT ET OBJECTIFS VISÉS

Le but général de la démarche de promotion de la vaccination est de **favoriser la mise en place des conditions permettant de s'assurer que les Québécois(es) aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns, afin de bien les protéger contre les MEV**. De ce but général, découlent cinq grands objectifs, à savoir :

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

Pour évaluer l'atteinte du **premier** objectif, la mesure de la couverture vaccinale (CV) sera utilisée comme indicateur. Les cibles à atteindre sont les CV fixées dans le PNSP (voir le tableau 2). La couverture vaccinale, ou la proportion de la population visée ayant reçu les doses requises d'un vaccin, est d'ailleurs le principal indicateur utilisé pour évaluer la capacité des programmes de vaccination à atteindre leurs objectifs d'implantation⁴.

Pour mesurer l'atteinte du **deuxième** objectif, les indicateurs suivants seront considérés lors de l'évaluation :

1. La proportion d'enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque et leur 1^{re} dose de DCaT-P-Hib (Pediacef/Pentacel) à l'intérieur d'une semaine suivant le moment prévu (2 mois) au calendrier régulier du PIQ.
 - Une proportion de 75 % représentera la cible à atteindre.
2. La proportion d'enfants recevant leur dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur d'une semaine suivant le moment prévu (12 mois) au calendrier régulier du PIQ.
 - Une proportion de 75 % représentera la cible à atteindre.
3. La proportion d'enfants recevant leur 4^e dose de vaccin DCaT-Hib à l'intérieur d'une semaine suivant le moment prévu (18 mois) au calendrier régulier du PIQ. Cet indicateur sera d'abord mesuré dans les deux régions où un système d'information vaccinale le permet.
 - Une proportion de 75 % représentera la cible à atteindre.

Rappelons qu'il n'existe pas de normes bien établies sur le délai de retard au calendrier de vaccination considéré comme raisonnable. Le groupe canadien sur les registres de vaccination a proposé des lignes directrices nationales sur les périodes d'admissibilité des vaccins, d'échéance et de retard pour chaque dose de vaccins⁴⁷. La période de retard retenue par le groupe commence un mois après la date prévue de la vaccination. Plusieurs études ont utilisé ce délai d'un mois^{4, 48-50}. Toutefois, depuis quelques années, le MSSS a mis en place des indicateurs de retards vaccinaux dans ses ententes de gestion avec les CLSC en utilisant un délai court, soit d'une semaine au-delà de l'âge recommandé⁵¹. C'est ce dernier indicateur qui a été retenu ici avec l'objectif de mettre tout en œuvre pour respecter le calendrier de vaccination québécois et ainsi réduire le plus possible les cas qui sont évitables par la vaccination. Les données permettant de calculer cet indicateur sont disponibles trois fois par année pour chacun des CLSC depuis 2006. L'analyse sommaire de ces données démontre que certains milieux réussissent déjà à atteindre les cibles fixées à 2 mois (communication personnelle, Nicole Boulianne, INSPQ, 2 mars 2009). De plus, cette mesure est également disponible dans les enquêtes de couvertures vaccinales menées au Québec⁴.

Pour mesurer l'atteinte du **troisième** objectif, les indicateurs suivants seront utilisés :

1. La proportion de médecins et infirmières considérant les vaccins recommandés au programme québécois d'immunisation comme utiles, efficaces et sécuritaires, lorsque interrogés par un questionnaire standardisé.
 - Une proportion atteignant 90 %, d'ici 5 ans, représentera la cible à atteindre.
2. La proportion d'infirmières et de médecins travaillant en établissements de soins vaccinés contre l'influenza, annuellement.
 - Une proportion atteignant 80 %, d'ici 5 ans, représentera la cible à atteindre.

Pour mesurer l'atteinte du **quatrième** objectif, les indicateurs suivant seront utilisés :

1. La proportion de parents d'enfants âgés de 0 à 2 ans considérant les vaccins recommandés au programme québécois d'immunisation comme utiles, efficaces et sécuritaires, lorsque interrogés par un questionnaire standardisé. Nous n'avons pas de données populationnelles sur la valeur actuelle de cette proportion. Une question sera ajoutée à la prochaine enquête sur la couverture vaccinale, prévue en 2010 (communication personnelle, Nicole Boulianne, INSPQ, 9 février 2009). Une cible pourra alors être déterminée.
2. La proportion d'adultes âgés de plus de 18 ans considérant les vaccins recommandés au programme québécois d'immunisation comme utiles, efficaces et sécuritaires, lorsque interrogés par un questionnaire standardisé. Nous n'avons pas de données sur la valeur actuelle de cette proportion chez les adultes québécois en général. Une enquête populationnelle, prévue dans le cadre du plan d'évaluation du programme de vaccination contre les VPH, sera conduite en 2010 et une cible pourra ensuite être déterminée.

Pour mesurer l'atteinte du **cinquième** objectif, l'indice écologique mis au point au Québec à des fins d'analyse des inégalités et d'intervention sociosanitaire sera utilisé¹. Il faudra d'abord analyser les données recueillies dans les enquêtes sur la couverture vaccinale de 2006 et de 2008, afin de déterminer les couvertures vaccinales selon les quintiles définis dans l'indice (Communication personnelle, Nicole Boulianne, INSPQ, 12 février 2009). Ensuite, la cible à atteindre pourra être précisée.

¹ Il s'agit d'un indice écologique mis au point au Québec à des fins d'analyse des inégalités et d'intervention sociosanitaire. Cet indice comporte deux dimensions permettant de caractériser les territoires géographiques du Québec. La dimension matérielle est basée sur les niveaux d'emploi, de scolarité et de revenu, alors que la dimension sociale porte sur l'état matrimonial et la structure familiale. La population québécoise a été répartie en quintiles (groupes de 20 %), sur l'une et l'autre dimension, de manière à distinguer la population la plus avantagée (quintile 1) et la moins avantagée (quintile 5) de chacune de ces dimensions et sur l'une et l'autre de ces dimensions simultanément. (Pampalon et Raymond : 2003. *Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être*).

4. CADRE THÉORIQUE ET PRINCIPES ÉTHIQUES

Plusieurs barrières à la vaccination, qui agissent aux niveaux du patient et de sa famille, du système de santé et des dispensateurs de soins, ont été identifiées. Au niveau de la population générale, les attitudes négatives à l'égard de la vaccination, la peur des effets secondaires, le manque de connaissances sur les MEV et la vaccination, la difficulté pour obtenir un rendez-vous et pour s'y rendre ainsi que les coûts liés à la vaccination constituent des barrières majeures à la vaccination⁵²⁻⁵⁴. Au niveau organisationnel, plusieurs facteurs qui restreignent l'accessibilité aux services de vaccination ont été identifiés. Le manque de flexibilité des horaires ou des heures de rendez-vous des cliniques⁵⁵, le peu de ressources professionnelles et cléricales pour la mise en œuvre des programmes⁵⁶, l'absence d'un système efficace de rappel et de relance dans les cliniques^{56, 57} et la vaccination en cabinets privés plutôt que dans les services publics⁵⁸⁻⁶¹ constituent, entre autres, des barrières à la vaccination. Au niveau des vaccinateurs, les occasions manquées⁶²⁻⁶⁵, les contre-indications erronées⁵⁵, le manque de formation²⁸, des attitudes négatives par rapport à la vaccination^{27, 29-32} ainsi que l'ajout de nouveaux produits, la complexité des calendriers de vaccination et les réticences de certains vaccinateurs face aux injections multiples⁴ peuvent constituer des barrières à la vaccination.

Ces barrières représentent autant de cibles pour les interventions visant à augmenter la demande vaccinale par la communauté (la population), l'accessibilité aux services de vaccination ou l'offre vaccinale par les vaccinateurs^{66, 67}. Ainsi, le plan de promotion sera structuré selon trois grands axes d'intervention ciblant : la demande de la communauté, l'accessibilité aux soins et l'offre par les vaccinateurs. Le modèle logique sous-jacent à cette structure est présenté à l'annexe 2. Une attention particulière sera accordée à la réduction des inégalités dans les couvertures vaccinales, aspect qui transcende ces trois axes d'intervention.

Enfin, la rédaction du présent plan de promotion de la vaccination s'appuie sur des principes ou balises éthiques qui guideront toute la démarche de promotion de la vaccination, tant au niveau de la formulation des objectifs que lors de l'implantation des stratégies sur le terrain. Ces principes ou balises s'inspirent des valeurs éthiques mises de l'avant dans le PNSP et le PIQ et sont présentés au tableau 6.

Tableau 6 Principes éthiques

La bienfaisance	Ou l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population, de ne pas causer de tort.
Le respect de la vie en santé et du bien-être	Ou le devoir d'assurer la protection et la promotion du bien commun de la santé par la mise en place des conditions pour assurer l'égalité des chances de tous les citoyens quant à la santé et au bien-être.
La solidarité	Ou, en santé publique, la réponse de la collectivité face à la vulnérabilité des individus marginalisés dans la société et l'engagement des citoyens à sacrifier une partie de leur autonomie au profit du bien commun.
Le respect des droits et des décisions individuels	Ou la reconnaissance de l'autonomie, de la capacité des individus de gouverner leur propre vie et de définir eux-mêmes ce qui est souhaitable, bien, acceptable.
L'équité	Ou la réponse impartiale aux besoins de santé des personnes et groupes qui composent la population, la répartition juste de l'accès aux services, des fardeaux et bénéfices des interventions.
L'utilité	Ou le devoir de favoriser, en temps opportun, les interventions les plus efficaces et efficaces en optimisant les ressources disponibles.

5. TROIS GRANDS AXES D'INTERVENTION

Les prochaines sections du plan de promotion détaillent chacun des trois grands axes d'intervention ciblés, afin de maintenir et d'augmenter les couvertures vaccinales et de favoriser le respect du calendrier de vaccination :

- Augmenter la demande de la communauté pour la vaccination;
- Améliorer l'accessibilité aux services de vaccination;
- Bonifier l'offre de services par les vaccinateurs.

D'abord, un tableau synthèse présente les stratégies démontrées efficaces ayant été identifiées à la suite d'une revue de la littérature scientifique⁶⁶⁻⁶⁹. Dans ce tableau, toutes les stratégies sont incluses. Plusieurs d'entre elles doivent être combinées pour obtenir un degré d'efficacité. Celles dont l'efficacité a été démontrée lorsqu'elles sont utilisées seules sont mises en caractère gras.

Par la suite, pour chacun des trois grands axes, une brève mise en contexte ainsi que l'état de l'implantation des différentes stratégies au Québec sont exposés.

Enfin, une section porte spécifiquement sur la réduction des inégalités des couvertures vaccinales au sein de la population. Bien que n'étant pas un axe d'intervention en soi, une attention spéciale est accordée à cet objectif transversal qui doit transcender les trois grands axes d'intervention.

Le choix des actions à réaliser en priorité dans le contexte québécois est présenté à la section 8 du document.

Tableau 7 Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
Local (CLSC et cliniques médicales, principalement)	<ul style="list-style-type: none"> • Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner • Remise du dossier de vaccination aux patients (carnet de vaccination ou autre relevé) • Éducation/information sur la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux familles vulnérables et lors des visites pré et postnatales 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la distance géographique entre les services et la population • Augmentation des plages horaires de vaccination • Vaccination sans rendez-vous • Diminution des coûts (ex. : absence de frais pour l'administration des vaccins) • Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables • Vaccination dans le cadre de d'autres interventions ou visites médicales • Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie • Vaccination dans les milieux de travail pour les adultes • Amélioration des méthodes de prise de rendez-vous • Mise en place, dans les établissements de santé, de mesures appropriées favorisant la vaccination du personnel • Accessibilité des données de vaccination antérieure sur les lieux de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de rappel et de relance pour le vaccinateur (alerte) • Vaccination lors des visites de routine afin de minimiser les occasions manquées • Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite • Soutien de la formation régulière des vaccinateurs en y abordant les attitudes et croyances face à la vaccination • Offrir de la formation lors de l'embauche • Disponibilité de la documentation sur la vaccination (PIQ, Internet, affiche du calendrier de vaccination)

Note : Les stratégies en caractères gras sont celles dont l'efficacité a été démontrée, même lorsqu'elles sont implantées seules. Les autres stratégies ont également été démontrées efficaces, notamment lorsqu'elles sont implantées dans le cadre d'interventions à multiples composantes.

Tableau 7 Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs (suite)

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
Régional (DSP)	Soutenir les instances locales dans la mise en œuvre des stratégies à l'échelle locale		
	<ul style="list-style-type: none"> Éducation/information : poursuite et amélioration de la diffusion de la Trousse de promotion de la vaccination (ex. : par les services de garde à l'enfance) 		<ul style="list-style-type: none"> Éducation/information : diffuser la Trousse de promotion de la vaccination aux vaccinateurs et encourager son utilisation Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinées (rétroaction) Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs Formation/éducation sur les injections multiples (outil développé par le MSSS)

Tableau 7 Stratégies démontrées efficaces pour augmenter la demande de la communauté, l'accès aux services de vaccination ou l'offre de ces services par les vaccinateurs (suite)

Niveau d'implantation	Stratégies		
	Pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination	Pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination	Pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs
Provincial (INSPQ, MSSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation/information de la population sur les risques et les bénéfices de la vaccination • Éducation/information sur les recommandations vaccinales aux adultes • Éducation/information aux parents sur le calendrier de vaccination des nourrissons et sensibilisation aux injections multiples • Promotion de la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux populations vulnérables • Promotion des lignes directrices concernant la vaccination du personnel des établissements de santé • Information de la population concernant le suivi effectué par le réseau de surveillance des manifestations survenant à la suite de la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien de la gratuité de la vaccination • Soutien de l'offre de vaccination dans les milieux non traditionnels (par exemple, les pharmacies, services de garde à l'enfance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'utilisation du calendrier accéléré pour rattraper un retard vaccinal • Sensibilisation des milieux d'éducation des professionnels de la santé à l'importance de l'enseignement relatif à la vaccination • Soutien des régions dans la mise à jour et l'amélioration des compétences des vaccinateurs • Soutien des régions pour la sensibilisation et la formation des vaccinateurs quant aux recommandations vaccinales pour les adultes • Soutien financier favorisant la pratique vaccinale • Soutien de la formation en vaccination des infirmières d'Info-santé • Mise en place de standards de qualité de pratique

5.1. PREMIER AXE D'INTERVENTION : AUGMENTER LA DEMANDE DE LA COMMUNAUTÉ POUR LA VACCINATION

Contexte

La confiance du public est essentielle au succès continu des programmes de vaccination. Toutefois, en raison même des réussites de ces programmes, depuis plusieurs années, les Québécois n'ont pas été exposés ou ne se souviennent pas des effets dévastateurs de plusieurs des maladies prévenues par la vaccination. Ainsi, pour certains, les risques d'effets secondaires liés à la vaccination peuvent sembler plus importants que les risques liés aux MEV. Plusieurs études ont d'ailleurs illustré l'impact des attitudes et croyances par rapport à la vaccination sur les décisions de se faire vacciner ou non^{22, 70-73}. Par exemple, dans une étude québécoise, les parents d'enfants incomplètement vaccinés se disaient de moins en moins d'accord avec l'importance de respecter les recommandations en matière de vaccination et pensaient davantage qu'il pouvait être dangereux de faire vacciner leur enfant. Ils étaient également moins satisfaits de l'information reçue sur la vaccination⁴².

Un des principaux facteurs associés à l'acceptabilité des vaccins est le fait d'en recevoir la recommandation par un professionnel de la santé^{19, 20, 25, 26}. Bien que les patients acceptent généralement les recommandations vaccinales des professionnels de la santé, une tendance à consulter d'autres sources d'information sur la vaccination et à adopter un point de vue plus critique par rapport aux recommandations reçues semble en émergence^{17, 22, 74-76}.

Les connaissances, attitudes et croyances de la population ont une influence indéniable sur le succès des stratégies de vaccination et le maintien de couvertures vaccinales élevées. Un grand nombre de facteurs psychosociaux ayant un impact sur les couvertures vaccinales ont été identifiés et étudiés dans la littérature^{18, 27, 77-79}. Toutefois, peu d'études ont tenté de mettre au jour les interrelations entre ces différents facteurs et leur importance relative pour prédire les couvertures vaccinales au niveau populationnel. Plusieurs théories visant à comprendre les processus sous-jacents à l'adoption et au maintien des comportements ont été appliquées dans le domaine de la santé⁸⁰, notamment le modèle des croyances relatives à la santé⁸¹, la théorie de l'action raisonnée⁸², la théorie du comportement planifié⁸³ ou la théorie des comportements interpersonnels⁸⁴. De façon générale, selon ces modèles théoriques, le comportement vaccinal serait prédit par l'intention dans la mesure où les conditions environnementales sont favorables à la concrétisation de celle-ci, par exemple l'accessibilité aux services de vaccination. En ce qui concerne l'intention, elle serait définie par huit variables qui peuvent être regroupées en trois catégories : (1) les attitudes par rapport à la vaccination, (2) les normes perçues et (3) le contrôle perçu sur le comportement vaccinal⁸⁵.

En somme, la majorité des Canadiens ont des attitudes favorables par rapport à la vaccination^{19, 53, 86}. Toutefois, les résultats d'un sondage pancanadien réalisé en 2003 indiquaient qu'une proportion significative de la population canadienne (45 %) manquait de connaissance sur la vaccination et qu'une majorité (62 %) étaient réticents à rejeter les arguments anti-vaccinalistes⁵³. Ces données soulignent l'importance de maintenir les efforts de promotion de la vaccination auprès de la population.

État de la situation au Québec

Les études

Une enquête sur les modes d'organisation de la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans réalisée en 2003 auprès de la quasi-totalité des CLSC du Québec rapportaient que différents moyens étaient mis en œuvre dans les CLSC, afin d'encourager la demande de vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans⁸⁷. Les principales stratégies utilisées étaient la remise de documentation sur la vaccination (> 90 %) et un rappel téléphonique avant la tenue de la clinique de vaccination (> 60 %). La sensibilisation des parents à l'importance de la vaccination ainsi que la diffusion de l'information relative aux lieux et aux horaires des cliniques de vaccination étaient largement utilisées. Les CLSC privilégiaient un contact direct avec les parents plutôt que l'utilisation de documents écrits. Les visites postnatales, de même que les cours prénataux constituaient des occasions de choix pour sensibiliser et informer les parents. Les résultats de l'enquête indiquaient que davantage de moyens étaient déployés pour rejoindre les familles faisant l'objet d'un suivi intensif du CLSC dans le cadre de programmes spécifiques (Naître égaux – Grandir en santé et Soutien aux jeunes parents). Ainsi, 78 % des CLSC disaient faire une relance téléphonique après un rendez-vous manqué aux familles avec suivi, comparativement à 46 % des familles sans suivi et 49 % des CLSC faisaient une relance en personne après un rendez-vous manqué auprès des familles avec suivi, comparativement à 9 % des familles sans suivi. Rappelons que ces stratégies, bien qu'efficaces, ne permettent pas de rejoindre les familles n'ayant pas pris de rendez-vous de vaccination. En lien avec les retards de vaccination, les principales stratégies utilisées étaient un rappel téléphonique avant la tenue de la clinique de vaccination (> 60 % des CLSC), la relance téléphonique après un ou quelques rendez-vous manqués (> 45 % des CLSC).

Une autre enquête ayant comme objectif d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les 50 ans et plus a été réalisée en 2001-2002 auprès de Québécois de ce groupe d'âge et d'experts en immunisation. L'étude a permis de dégager plusieurs pistes d'action. La majorité des personnes interrogées trouvaient important d'inclure aux messages visant la population ciblée, les avantages à se faire vacciner, les raisons pour lesquelles les personnes de 50 à 64 ans devraient se faire vacciner ainsi que les endroits et les moments pour se faire vacciner. Les lieux traditionnels, soit chez le médecin, en clinique médicale ou au CLSC ont été jugés comme des endroits pratiques pour recevoir le vaccin contre l'influenza par plus de 50 % des Québécois de 50 à 64 ans. Le rappel téléphonique ou postal ainsi que l'utilisation des médias ont été les moyens pour augmenter la demande qui ont été retenus par les plus grandes proportions des experts et des 50-64 ans¹⁶.

Par ailleurs, une synthèse des campagnes de communication ayant été réalisées au Canada, afin de promouvoir la vaccination, indiquait que les outils régulièrement utilisés étaient des posters, des dépliants, des sites Internet, des feuillets d'informations et des documents de type « Questions et réponses »¹⁹. Quatorze recommandations ont émané de cette synthèse, notamment que les médias de masse ainsi que l'Internet devaient être considérés comme les principales façons de communiquer avec la population et qu'une veille des communications Internet sur la vaccination, et sur les sites anti-vaccinalistes,

devrait être instaurée. Différentes interventions pourraient ensuite être mises de l'avant, telles que l'amélioration des mots-clés sur les sites officiels discutant de la vaccination. Les auteurs soulignaient également que les campagnes de communication devraient traiter tant des bénéfices que des risques de la vaccination en distinguant clairement les manifestations cliniques observées après la vaccination, les risques et les arguments anti-vaccinalistes non basés sur des données probantes¹⁹.

Peu d'études sur les facteurs psychosociaux prédisant le comportement de vaccination ont été réalisées au Québec. Une étude longitudinale, portant sur la vaccination des nourrissons contre le rotavirus, est actuellement en cours dans trois provinces canadiennes, dont le Québec. Les résultats de cette étude permettront d'identifier les déterminants psychosociaux associés aux décisions des parents de faire vacciner ou non leur enfant contre le rotavirus et fourniront des pistes quant aux obstacles rencontrés par les parents lors de la vaccination de leur enfant. Ces résultats seront utiles lors du développement d'outils de promotion de la vaccination adaptés aux connaissances, attitudes et croyances des parents.

Les interventions

Une campagne pancanadienne pour sensibiliser les parents et leurs proches à l'importance de la vaccination des enfants a été lancée en juin 2009 par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). À court terme, cette campagne avait comme objectif d'augmenter la disponibilité d'informations sur la vaccination pour les parents. À long terme, cette campagne vise à contribuer à l'augmentation du nombre d'enfants canadiens de moins de deux ans ayant une couverture vaccinale complète et sans retard⁸⁸. Pour ce faire, un guide d'information⁸⁹ et un site Web sur la vaccination ont été conçus à l'intention des parents. À l'été 2009, un feuillet présentant ces outils a été distribué dans 2,4 millions de maisonnes lors de l'envoi du chèque de Prestation universelle pour la garde d'enfants. Le nombre de visiteurs du site Web et le nombre de copies du guide d'information commandées par les parents seront utilisés, afin d'estimer l'impact de cette campagne⁸⁸.

Au Québec, une trousse de promotion de la vaccination a été élaborée pour sensibiliser les vaccinateurs et les parents d'enfants de 0 à 5 ans à l'importance de la vaccination et pour soutenir les parents dans leur décision, notamment lors du consentement à la vaccination. Cet outil a été développé à la suite d'une consultation auprès de vaccinateurs, de professionnels des directions de santé publique et de parents. La trousse a été diffusée pour la première fois par le MSSS et les DSP en 2001. Elle comprenait un boîtier contenant une affiche ainsi que trois feuillets d'information destinés aux parents d'enfants âgés entre 0 et 5 ans et aux vaccinateurs. L'évaluation de la Trousse de promotion de la vaccination, réalisée en 2003, concluait que les infirmières vaccinatrices connaissaient, appréciaient et utilisaient le matériel, mais que la pénétration de la trousse semblait plus modeste chez les médecins vaccinateurs. Toutefois, les médecins qui connaissaient la trousse l'appréciaient également. Par contre, bien que la trousse ait été diffusée à travers le réseau de la santé ainsi que dans d'autres organisations (par exemple, les services de garde à l'enfance), les efforts de distribution n'avaient pas permis de rejoindre beaucoup les parents⁴³. Actuellement, le MSSS poursuit la diffusion de la Trousse de promotion de la vaccination. Son contenu est mis à jour lors de l'implantation de nouveaux programmes de vaccination destinés aux 0-5 ans et la trousse contient désormais 8 feuillets.

À travers l'approche de l'*École en santé*, les enseignants peuvent également être mis à contribution pour informer et sensibiliser les élèves sur la vaccination. Par exemple, le programme de science et de technologie est l'occasion pour les élèves de comprendre les objectifs de la vaccination. Au primaire, on y aborde les différences entre les virus et les bactéries alors qu'au secondaire on y traite de l'histoire de la vaccination et de la fabrication de vaccins. Les divers enjeux entourant la vaccination sont également traités dans le cadre de la compétence « Mettre à profit ses connaissances scientifiques et technologiques », où les élèves travaillent à situer la vaccination dans son contexte individuel, social et historique, tout en réfléchissant à ses considérations éthiques. Enfin, le domaine général de formation « Santé et bien-être » comporte l'axe de développement « Conscience des conséquences de choix collectifs sur le bien-être des individus » à l'intérieur duquel les élèves sont appelés à : établir des liens entre les habitudes de vie d'une population et son état de santé et de bien-être; connaître les enjeux politiques liés à la santé et au bien-être et se soucier du bien-être collectif. Bref, tous ces éléments constituent des leviers sur lesquels se baser pour aborder la vaccination auprès des élèves du primaire et du secondaire (Communication personnelle, Richard Cloutier, MSSS, 5 octobre 2009).

5.2. DEUXIÈME AXE D'INTERVENTION : AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE VACCINATION

Contexte

Sur le plan organisationnel, plusieurs facteurs restreignant l'accessibilité des services de vaccination ont été identifiés, le plus souvent dans des études portant sur la vaccination des nourrissons ou celle contre l'influenza et le pneumocoque chez les personnes âgées. On notait par exemple, le manque de flexibilité des horaires ou des heures de rendez-vous des cliniques^{78, 90, 91}, les problèmes d'approvisionnement en vaccins^{92, 93}, la difficulté à identifier les patients non vaccinés qui bénéficieraient de la vaccination^{56, 94, 95}, les dossiers de vaccination incomplets^{92-94, 96-98} et la vaccination en cabinet privé plutôt que dans les services publics⁵⁸⁻⁶¹.

État de la situation au Québec

Les études

L'enquête sur les modes d'organisation de la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans réalisée en 2003 auprès de la quasi-totalité des CLSC du Québec rapportaient que différents moyens étaient utilisés, de façon plus ou moins systématique, pour augmenter l'accessibilité aux services de vaccination⁸⁷.

Les résultats de cette enquête indiquaient que 48 % des CLSC situés en milieu rural disaient dispenser des services de vaccination à l'extérieur de leurs murs alors que respectivement 42 % et 14 % de l'ensemble des milieux offraient aux parents la possibilité de faire vacciner leurs enfants en début de soirée ou la fin de semaine. L'utilisation de différentes autres stratégies pour augmenter l'accessibilité aux services de vaccination était aussi mentionnée : 88 % des CLSC ajoutaient des cliniques de vaccination au besoin; 84 % vaccinaient un enfant même sans rendez-vous et 59 % des CLSC offraient une possibilité de transport. L'enquête concluait également que plus le territoire du CLSC comportait des zones rurales, plus la proportion de moyens déployés pour faciliter l'accessibilité s'accroissait⁸⁷.

Par ailleurs, en 2007, une enquête a été réalisée auprès des cliniques médicales et CSSS vaccinateurs de la région de la Capitale-Nationale. L'accessibilité aux vaccins destinés aux adolescents et aux adultes dans cette région ne semblait pas uniforme. La très grande majorité des cliniques administraient les vaccins influenza et pneumocoque dans le cadre du programme de vaccination sans frais du MSSS alors que seulement 28 % d'entre elles en faisaient autant pour les vaccins contre les hépatites A et B. Les cliniques médicales et CSSS de cette région avaient mis en place différentes stratégies pour augmenter les couvertures vaccinales des adolescents et des adultes. Par exemple, plus de la moitié des cliniques médicales et 92 % des CSSS de la région avaient organisé des cliniques dédiées à la vaccination avec rendez-vous et 77 % des cliniques médicales affirmaient qu'il était possible pour leurs patients de recevoir une vaccination lors des visites sans rendez-vous. La vaccination lors des visites à domicile était offerte par plus de la moitié des cliniques et 75 % des CSSS de la région et la majorité des cliniques médicales offraient des services de vaccination les soirs de semaine.

Une enquête a été réalisée en 2008 auprès de l'ensemble des pharmaciens propriétaires du Québec (n = 1661). Cette enquête a décrit les services de vaccination existants en pharmacie ainsi que les intentions des pharmaciens quant à l'accessibilité future aux services de vaccination dans leur milieu. Parmi les pharmacies ayant participé à l'enquête (n = 1102), 90 % vendaient des vaccins; 83 % faisaient de la promotion ou du counselling au sujet de la vaccination et 27 % offraient des services de vaccination par l'intermédiaire d'une infirmière. Au cours des cinq prochaines années, 82 % des pharmacies prévoyaient vendre des vaccins (11 % des pharmacies qui vendaient des vaccins pensaient arrêter de le faire et 19 % des pharmacies n'en vendant pas prévoyaient débiter); 83 % prévoyaient faire de la promotion ou du counselling au sujet de la vaccination et 44 % prévoyaient offrir des services de vaccination par l'intermédiaire d'une infirmière (12 % des pharmacies qui offraient ces services pensaient arrêter de le faire et 27 % des pharmacies ne les offrant pas prévoyaient débiter) (Communication personnelle, Chantal Sauvageau, INSPQ, 20 octobre 2009).

L'enquête qui a évalué l'acceptabilité et la faisabilité de stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les 50 ans et plus réalisée en 2001-2002 auprès de Québécois de ce groupe d'âge et d'experts en immunisation a permis de dégager des pistes d'action pour accroître l'accessibilité à la vaccination¹⁶. Tous s'entendaient pour dire que la vaccination sans rendez-vous et la vaccination chez le médecin sont des bons moyens pour améliorer l'accès à la vaccination.

Les interventions

À notre connaissance, peu d'interventions visant l'amélioration de l'accessibilité aux services de vaccination ont été réalisées à l'échelle régionale ou provinciale. Il s'agira de systématiser et d'intensifier l'utilisation des stratégies démontrées efficaces dans les milieux locaux où elles sont déjà utilisées et de faciliter leur implantation dans les milieux où ce n'est pas déjà fait. Le projet de recherche et d'intervention d'envergure, portant sur l'organisation des services de la vaccination des nourrissons et piloté par la docteure Maryse Guay⁹⁹, vise à identifier des scénarios d'organisation des services optimaux permettant d'améliorer les

couvertures vaccinales. Le comité de rédaction du présent plan de promotion suivra l'évolution des travaux de la D^{re} Guay et fera les ajustements nécessaires, au besoin.

5.3. TROISIÈME AXE D'INTERVENTION : BONIFIER L'OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION PAR LES VACCINATEURS

Contexte

Les professionnels de la santé ont un rôle fondamental à jouer pour assurer le succès continu des programmes de vaccination; leurs recommandations sont l'un des déterminants majeurs des décisions des patients quant à la vaccination^{19, 53, 75, 100-102}. L'efficacité et la sécurité de la vaccination font consensus au sein de la communauté scientifique et cette mesure de santé publique est généralement perçue positivement par les professionnels de la santé. Toutefois, des études ont mis en évidence chez des professionnels de la santé une attitude plus négative à l'égard de la vaccination, notamment les chiropraticiens, les sages-femmes, les naturopathes et les infirmières^{27, 29-32, 103}. Cette situation est préoccupante et une meilleure compréhension de ces réticences est nécessaire. Ces doutes par rapport à la valeur de la vaccination pourraient se traduire en une diminution de la couverture vaccinale de la population et une recrudescence de maladies et de complications pourtant évitables.

En raison de l'ajout de nouveaux produits, de la complexité des calendriers de vaccination et des réticences de certains vaccinateurs et des parents face aux injections multiples, les auteurs de l'Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois⁴ rappelaient l'importance de mettre à jour et d'améliorer les compétences des intervenants dans ce domaine. D'ailleurs, un groupe canadien a récemment publié un document sur les compétences des vaccinateurs¹⁰⁴.

Des études ont également illustré l'influence positive d'une attitude favorable à la vaccination chez les professionnels de la santé puisque celle-ci se traduisait par des couvertures vaccinales plus élevées chez les patients^{64, 100, 105-107}. C'est pourquoi le rôle des vaccinateurs est important au maintien des couvertures vaccinales dans une population^{64, 94, 100}. Enfin, l'efficacité des systèmes de rappels et de relances aux vaccinateurs est bien connue⁶⁶.

État de la situation au Québec

Les études

L'enquête sur les modes d'organisation de la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans réalisée en 2003 auprès de la quasi-totalité des CLSC du Québec rapportaient que différents moyens étaient utilisés, de façon plus ou moins systématique, pour augmenter l'offre de vaccination⁸⁷ : le rappel de l'importance de la vaccination aux vaccinatrices (8 % des CLSC), une rétroaction sur le nombre d'enfants vaccinés (67 % des CLSC), la vérification du carnet de vaccination des enfants se présentant pour des soins courants (52 % des CLSC), la vaccination à cette occasion (33 % des CLSC), une note au dossier pour signaler un vaccin manquant (47 % des CLSC) et la vérification du carnet lors d'un appel à Info-Santé (23 % des CLSC).

L'enquête qui a évalué l'acceptabilité et la faisabilité de stratégies visant à améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les 50 ans et plus réalisée en 2001-2002 auprès de Québécois de ce groupe d'âge et d'experts en immunisation a également permis de dégager des pistes d'action pour bonifier l'offre de vaccination¹⁶. Les experts ont été unanimes à dire qu'il fallait fournir des ressources aux vaccinateurs, utiliser le rappel de vacciner les groupes cibles et donner une rétro-information sur leur performance en vaccination.

Certaines études québécoises récentes ont aussi illustré la présence d'attitudes moins favorables à la vaccination chez certains groupes de professionnels de la santé québécois, par exemple chez les sages-femmes¹⁰⁸. Un certain manque de conviction par rapport à la vaccination semble également en émergence chez les infirmières vaccinatrices québécoises^{27, 28, 43, 109, 110}. Dans l'étude menée en 1998, seulement 59 % des infirmières se retrouvaient dans la catégorie « très favorable à la vaccination », à savoir qu'elles étaient convaincues de l'utilité, de la sécurité et de l'efficacité des vaccins¹¹¹. La récente sortie médiatique du plus important syndicat d'infirmières du Québec, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) concernant le programme de vaccination contre les VPH est également préoccupante quant à la promotion de la vaccination par les infirmières^{112, 113}. Pourtant, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) avait donné son appui au programme de vaccination contre les VPH en septembre 2007. D'ailleurs, l'OIIQ a clairement pris position en soulignant que, quelles que soient leurs propres attitudes et croyances face à la vaccination, il est de la responsabilité professionnelle des infirmières de promouvoir la vaccination dans toutes les situations cliniques, de la recommander clairement lorsqu'elle est indiquée et de procéder à la vaccination des clientèles en se basant sur des preuves scientifiques¹¹⁴. De plus, depuis l'application de la Loi 90¹¹⁵, la vaccination s'inscrit dans les activités prévues à la *Loi sur les infirmiers et les infirmières*. Elle n'est donc plus un acte délégué et les infirmières peuvent vacciner dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Il est important que les intervenantes soient convaincues de la pertinence de la vaccination puisque l'immunisation fait partie du champ d'exercice infirmier^{9, 28}.

Par ailleurs, il semble que les attitudes quant à la vaccination des omnipraticiens et des pédiatres québécois soient généralement très positives. Comparativement aux infirmières québécoises, l'étude menée en 1998 auprès des vaccinateurs révélait que 92 % des pédiatres et 87 % des omnipraticiens du Québec avaient une attitude générale très favorable à l'égard de la vaccination. Les résultats des études récentes portant sur l'acceptabilité de différents vaccins et programmes de vaccination menées auprès des pédiatres et des omnipraticiens québécois vont également en ce sens^{74, 108, 116, 117}.

Une autre étude s'est déroulée en juin 2007 à la suite d'une collaboration entre la TCNMI, l'INSPQ et le MSSS. L'objectif était d'évaluer la présence de besoins de soutien à la formation en vaccination pour l'ensemble des DSP du territoire québécois, et ce, tant pour les nouveaux vaccins que pour la formation de base en immunisation. Dix-sept des dix-huit DSP québécoises y ont participé. Au cours de l'année 2006-2007, 71 % (12) des DSP ont offert une ou des formations sur les nouveaux vaccins aux vaccinateurs de leur région. Ces formations s'adressaient principalement à des infirmières (pour les 12 DSP) et à des

professionnels de santé publique (pour 9 des 12 DSP). La plupart des DSP disait offrir régulièrement (64 %) ou occasionnellement (12 %) des formations de base en immunisation aux vaccinateurs de leur région. De manière générale, ces formations de base s'adressaient aux infirmières (88 %) et/ou aux médecins (24 %).

Une étude des besoins de formation en vaccination des infirmières d'Info-Santé de la Montérégie, réalisée en 2005, indiquait que, selon 67 % des répondantes, le nombre d'appels concernant la vaccination avait augmenté au cours de la dernière année. Cette étude concluait que la plupart des infirmières considéraient avoir de bonnes habiletés pour répondre aux questions sur la vaccination. Toutefois, les nouvelles recommandations de vaccination, qui constituait un sujet d'appel fréquent, leur posaient plus de difficultés. Enfin, plusieurs croyances erronées étaient présentes chez les infirmières d'Info-Santé interrogées et 22 % déclaraient avoir déjà hésité à répondre selon les recommandations, car ces dernières allaient à l'encontre de leurs convictions personnelles¹¹⁸.

Les interventions

À la suite de l'étude auprès des vaccinateurs québécois menée en 1998, différentes actions ont été posées pour mieux outiller les professionnels dans le domaine de la vaccination et favoriser des attitudes positives face à la vaccination. Effectivement, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a créé un groupe de travail qui, suite à une revue de la littérature, s'est attardé à faire le point sur la formation en vaccination offerte aux infirmières, constatant que la formation sur la vaccination des infirmières, tant à l'embauche qu'en cours d'emploi, était insuffisante au Québec¹¹⁹. Des groupes de discussion ont également permis d'approfondir les obstacles à la vaccination chez les infirmières. Ce groupe de travail a formulé plusieurs recommandations dans le cadre de l'avis *L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations*²⁸. Il s'agira maintenant de soutenir leur application.

Le Projet VIP (Vaccination par les infirmiers/infirmières – Promotion) a quant à lui démarré en 2003. Ce projet, qui se déployait en trois phases, avait comme objectifs de décrire les pratiques vaccinales et leurs déterminants des infirmières vaccinatrices œuvrant en CLSC auprès des enfants de 0 à 5 ans, afin de concevoir et d'évaluer une formation adaptée aux besoins identifiés, notamment au niveau des attitudes des vaccinatrices. La dernière phase du projet visait à évaluer l'impact de la formation sur les déterminants individuels associés aux pratiques vaccinales. Les résultats de ce projet permettront de vérifier l'utilité et la faisabilité d'implanter ce type de formation à plus grande échelle.

Ensuite, les 11 et 12 mai 2006, une activité de formation portant sur les maladies causées par les virus du papillome humain (VPH) et leur prévention par la vaccination, ainsi que sur les enjeux liés à l'introduction de sept nouveaux vaccins susceptibles de faire l'objet d'une recommandation a été réalisée par l'INSPQ. Cette formation s'adressait aux directeurs de santé publique des 18 régions du Québec, aux coordonnateurs en maladies infectieuses et aux professionnels du réseau de santé publique œuvrant en vaccination et en prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS). Au total, une centaine de personnes ont participé à l'une ou aux deux journées de formation. La majorité des participants étaient des médecins omnipraticiens, des infirmiers(ères) et des médecins

spécialistes provenant de la plupart des régions sociosanitaires du Québec. Globalement, les participants se sont montrés très satisfaits de la qualité de cette formation¹²⁰.

Dans un autre ordre d'idées, des études démontrent l'évolution favorable récente de la pratique des injections multiples au Québec. Les résultats d'une étude réalisée en 2005 indiquaient que 95 % des infirmières travaillant en CLSC offraient toujours de donner deux injections recommandées au cours d'une même visite vaccinale chez un enfant. Par contre, seulement 19 % des infirmières le faisaient toujours lorsque trois injections étaient recommandées et 6 %, lorsque quatre injections étaient recommandées¹²¹. En 2006, 55 % des cliniques médicales n'administraient pas l'ensemble des injections recommandées lorsqu'un enfant se présentait pour sa visite de 12 mois, mais offraient la vaccination en plus d'un rendez-vous⁴⁶. Les interventions des dernières années pour favoriser la pratique des injections multiples, dont le développement par le MSSS d'un outil de formation, ne sont probablement pas étrangères à l'amélioration des pratiques. En effet, l'enquête sur la couverture vaccinale réalisée en 2008 démontre une nette réduction des vaccins qui sont administrés en plus d'une visite (communication personnelle, Nicole Boulianne, INSPQ, 23 février 2009).

Par ailleurs, l'évaluation d'une intervention de type « rétroaction d'information » est en cours depuis 2008 dans les cliniques médicales de la région de la Capitale-Nationale. Elle vise à évaluer si une rétroaction personnalisée sur des informations vaccinales réalisée aux médecins, aux infirmières et aux secrétaires/réceptionnistes de cliniques médicales permettra de diminuer les retards vaccinaux associés au vaccin contre le pneumocoque conjugué, à celui contre la diphtérie-coqueluche-tétanos-polio-*Haemophilus influenzae* de type b et le vaccin conjugué contre le meningocoque de sérogroupe C. Au printemps 2008, les médecins, infirmières et secrétaires des dix principales cliniques vaccinatrices de la région ont reçu une rétroaction personnalisée sur les retards vaccinaux de leur propre clinique pour les trois vaccins. Un devis « avant – après » est utilisé, afin de mesurer les retards vaccinaux. Les mesures des indicateurs ont été prises avant et après l'intervention¹²². Les résultats de cette étude permettront de vérifier l'utilité et la faisabilité d'implanter cette stratégie à l'échelle provinciale lorsque les systèmes d'information le permettront.

Enfin, rappelons qu'au Québec, les médecins ne sont pas rémunérés spécifiquement pour la vaccination seule, et ce, tant pour la vaccination des enfants que pour celle des adultes. La consultation a également fait ressortir l'importance de soutenir financièrement les milieux vaccineurs. De plus, les pharmaciens sont des professionnels de la santé très accessibles et souvent consultés par la population. Aux États-Unis, la vaccination par les pharmaciens est une pratique courante¹²³. Bien qu'ils ne puissent pas vacciner eux-mêmes¹²⁴, les pharmaciens québécois conseillent leurs clients, vendent des vaccins ou offrent des services de vaccination par l'intermédiaire d'infirmières¹²⁵.

6. OBJECTIF TRANSVERSAL : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS LES COUVERTURES VACCINALES AU SEIN DE LA POPULATION

Contexte

Il est maintenant admis que les personnes ayant un statut socioéconomique faible risquent davantage d'être exposées aux maladies, d'en être atteintes plus jeunes et de mourir plus tôt. Les effets néfastes de la pauvreté sur la santé et le bien-être sont indéniables. Ces inégalités sociales de santé constituent une préoccupation de premier plan en santé publique¹²⁶. D'ailleurs, en dépit de leur gratuité, l'utilisation des services de prévention et de dépistage est moindre chez les familles défavorisées, et ce, même dans des systèmes de santé publics comme au Québec et au Canada^{126, 127}. Différentes études ont mis en évidence les liens entre un niveau socioéconomique bas, de faibles niveaux de vaccination et une incidence accrue des MEV. Ainsi, le jeune âge de la mère et le fait qu'elle ait un faible niveau de scolarité de même que le fait de vivre dans une famille à faible revenu ont été associés à la non-vaccination ou à des retards de vaccination des enfants^{50, 58, 128-131}.

En plus des enfants, d'autres groupes de la population peuvent ne pas avoir reçu tous les vaccins recommandés. Les résidents de certains quartiers défavorisés, les réfugiés, les travailleurs et travailleuses du sexe ou les personnes toxicomanes risquent de ne pas avoir une couverture vaccinale optimale. En fait, tous les individus n'ayant pas régulièrement accès à un médecin de famille ou à un point de services de santé sont particulièrement vulnérables^{132, 133}. Il importe de demeurer vigilant, afin de s'assurer que toutes les personnes pour qui un vaccin est indiqué puissent le recevoir, ce qui permettra à long terme de protéger plus efficacement ces individus et la population.

Enfin, il ne faut pas négliger l'effet important de la gratuité des vaccins sur les couvertures vaccinales, tel que l'ont souligné plusieurs enquêtes¹³⁴⁻¹³⁶. Les programmes d'immunisation universels et gratuits permettent de réduire les iniquités sociales et les inégalités de santé et doivent demeurer une composante fondamentale du système de santé québécois.

État de la situation au Québec

Les études

À l'instar des études internationales, l'Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006 révélait également que le rang de l'enfant dans la famille (2^e et plus), la monoparentalité et l'indice de défavorisation matérielle (5^e quintile)¹³⁷ étaient tous associés à une moins bonne couverture vaccinale. Une enquête sur la couverture vaccinale des enfants montréalais mettait également en évidence qu'un faible revenu familial et le fait d'être né à l'extérieur du Canada étaient associés à un statut vaccinal incomplet¹³⁸. Une autre enquête, réalisée dans trois régions du Québec en 1998, concluait que la monoparentalité et le rang de l'enfant dans la famille (> 1) étaient significativement associés à une vaccination incomplète à l'âge de deux ans⁴².

La gratuité des programmes est un des déterminants majeurs de la couverture vaccinale. Par exemple, dans la région de Québec, la vaccination contre la coqueluche chez les adolescents et les adultes était très faible jusqu'à ce que le vaccin soit défrayé par le MSSS, en 2004. Les doses administrées ont alors augmenté de manière importante, et ce même dans les groupes non visés par les programmes de vaccination scolaire¹³⁹.

Les interventions

Les moyens pour encourager la demande de vaccination mis en œuvre par les CSSS tendent généralement à rejoindre plus intensément les familles vulnérables bénéficiant d'un suivi dans le cadre des programmes spécifiques tel que « Naître égaux – Grandir en santé »¹⁴⁰. C'est pourquoi il sera important de maintenir les interventions de vaccination intégrées au programme SIPPE (Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Une étude réalisée auprès de mères provenant de milieux défavorisés et multiethniques et d'intervenants impliqués dans un programme de soutien périnatal en milieu défavorisé dans la région de Montréal-centre recommandait fortement de mettre en place un programme de formation en promotion de la vaccination pour les intervenants des programmes d'intervention périnatale et de soutien social¹²⁷.

Malgré la gratuité et la relative accessibilité des services de vaccination au Québec, la persistance des inégalités dans l'atteinte de bonnes couvertures vaccinales rappelle l'importance que l'on doit accorder aux familles et aux individus vulnérables. Il importe de développer des outils de promotion de la vaccination qui correspondent au vécu des individus en situation de vulnérabilité et d'accroître l'accessibilité aux services de vaccination aux familles présentant des facteurs de risque de couvertures vaccinales incomplètes. Toutes les occasions doivent être mises à profit pour aborder le thème de la vaccination, fournir de l'information sur les MEV et démystifier le fonctionnement des vaccins, notamment dans le cadre des programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention visant les familles en situation chronique d'extrême pauvreté ou dans le cadre des programmes s'adressant à des clientèles vulnérables (ex. : jeunes de la rue, travailleurs et travailleuses du sexe ou personnes utilisatrices de drogues injectables). L'organisation de cliniques de vaccination dans les milieux non traditionnels, à l'instar de celles menées auprès des jeunes de la rue à Montréal¹⁴¹, doit continuer à être encouragée tout comme les programmes visant particulièrement certains groupes vulnérables tels que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues par injection¹³.

Bref, rappelons que les services de vaccination pourraient constituer un moyen d'être en contact régulier avec les familles défavorisées puisque cinq occasions de contact avec un professionnel de la santé sont prévues dans les deux premières années de vie d'un enfant. Les professionnels de la santé devraient également être habilités à identifier les familles qui ne peuvent pas bénéficier des SIPPE, mais qui présentent des facteurs de risque de couvertures vaccinales incomplètes (monoparentalité, plus d'un enfant, jeune âge de la mère, faible niveau de scolarité de la mère, etc.) et de pouvoir adapter leur intervention à leurs besoins spécifiques. D'un autre côté, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), qui offrent aux familles vivant en contexte de vulnérabilité un accompagnement par des visites à domicile, présentent plusieurs occasions pour faire la

promotion de la vaccination et pour vacciner. Enfin, il est également possible d'immuniser des populations très vulnérables (ex. : personnes utilisatrices de drogues injectables) dans des milieux communautaires en faisant appel aux services infirmiers, notamment par les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEPE) mis en place dans la plupart des régions du Québec¹³².

7. PISTES DE RECHERCHE POUR SOUTENIR LES INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA VACCINATION

Des questions de recherche sont présentées pour chacun des axes d'intervention. Les pistes de recherche proposées visent à orienter les stratégies de promotion de la vaccination en comblant les lacunes dans les connaissances sur les facteurs influençant les attitudes et les pratiques à l'égard de la vaccination et à contribuer à l'évaluation des stratégies qui seront implantées. Les pistes de recherches proposées viennent compléter les enquêtes sur la couverture vaccinale, la surveillance des manifestations cliniques indésirables et les études d'efficacité des programmes de vaccination qui ont déjà cours. Un certain ordre de priorité sera établi parmi les pistes de recherche proposées lors de l'élaboration du plan d'action concret qui découlera du présent plan.

Axe 1 : Augmenter la demande de la communauté

- Lors de l'implantation de nouveaux programmes de vaccination, mesurer les connaissances, attitudes et croyances de la population à l'égard du vaccin et de la maladie prévenue. Utiliser les résultats de ces enquêtes, afin de développer des outils de promotion adaptés aux besoins de la population.
- Mesurer la pénétration et l'efficacité des campagnes de communication visant la promotion de la vaccination réalisées par le MSSS. Les campagnes de communication réalisées annuellement pour promouvoir la vaccination contre l'influenza pourraient faire l'objet de ce type d'enquête.
- Analyser les déterminants psychosociaux des comportements de vaccination dans différents sous-groupes de la population, afin de développer des outils de promotion adaptés aux particularités de ces groupes.
- Réaliser des analyses de contenu des informations véhiculées sur la vaccination dans les différents médias et examiner les impacts sur les couvertures vaccinales.
- À l'instar de l'enquête ayant évalué l'acceptabilité et la faisabilité de différentes stratégies pour améliorer la couverture vaccinale contre l'influenza chez les 50 ans et plus¹⁴, des enquêtes visant à établir les meilleures stratégies à mettre en œuvre au Québec pour atteindre des résultats élevés de couverture vaccinale devraient être réalisées, tant auprès des professionnels de la santé qu'auprès des groupes de la population ciblés par la vaccination. L'arrivée prochaine du vaccin contre le zona pourrait fournir une occasion d'entreprendre ce type d'enquête.
- Des enquêtes psychosociales devraient être réalisées, afin de mieux comprendre les attitudes et les croyances sous-jacentes des parents par rapport aux injections multiples. Les résultats permettraient d'adapter les interventions d'éducation et d'information sur les injections multiples aux besoins des parents.
- Explorer la pertinence et la faisabilité d'outiller les services de garde à l'enfance pour qu'ils réalisent des activités de promotion de la vaccination.

Axe 2 : Augmenter l'accessibilité aux services de vaccination

- L'organisation des services de vaccination des enfants dans les cliniques médicales est peu connue⁴⁶. Dans les régions à forte densité urbaine, notamment, la participation du secteur privé est plus importante que celle des CLSC dans l'offre de services de vaccination aux enfants¹³. Il serait important de décrire la situation tant en CLSC qu'en cabinets privés pour cibler les milieux susceptibles de bénéficier de la mise en place des stratégies démontrées efficaces et pour vérifier la volonté des milieux de mettre en place ces stratégies. Les efforts déployés par les milieux vaccinateurs, afin de favoriser le respect du calendrier de vaccination, devraient également être mesurés. Le comité de rédaction du présent plan de promotion suivra l'évolution des travaux de la D^{re} Guay portant sur l'organisation de la vaccination des nourrissons⁹⁹ et fera les ajustements nécessaires, au besoin.
- Actuellement, il n'existe pas de registre provincial de vaccination où serait consigné l'ensemble des données vaccinales de la population. Un tel registre devrait progressivement être implanté à compter de 2010 dans le cadre du projet Panorama. Donc, pour l'instant, à l'exception de la couverture vaccinale des programmes scolaires, la seule façon de documenter cet indicateur pour l'ensemble du Québec est l'exécution d'enquêtes transversales postales ou téléphoniques. Il est important de poursuivre le suivi des couvertures vaccinales pour évaluer l'atteinte des objectifs du plan de promotion et les résultats de certaines interventions spécifiques. Par exemple, le respect du calendrier à 18 mois est problématique⁴. La mesure des retards vaccinaux à cet âge et l'analyse des facteurs les entraînant pourrait être réalisée.

Axe 3 : Bonifier l'offre de services de vaccination par les vaccinateurs

- Identifier les types d'interventions et de formations les plus efficaces pour favoriser des attitudes positives à l'égard de la vaccination chez les professionnels de la santé québécois; des enquêtes basées sur un devis « avant – après » pourraient être utilisées dans le cadre de projets pilotes.
- Explorer la pertinence d'émettre une « certification » aux professionnels ayant réussi une formation en immunisation reconnue à l'échelle provinciale.
- Explorer et identifier les fondements des connaissances et croyances entourant l'utilité, l'efficacité et la sécurité des vaccins et des attitudes par rapport à la vaccination en général chez différents groupes de professionnels de la santé. Par exemple :
 - réaliser des enquêtes pour explorer les attitudes et croyances à l'égard de la vaccination des sages-femmes du Québec et en déterminer l'impact sur les pratiques vaccinales de leurs patientes;
 - évaluer l'impact des formations en CSSS sur la pratique des infirmières, entre autres, sur la mise à jour du carnet de vaccination lors des rencontres avec des clients;
 - inclure les pharmaciens aux enquêtes explorant les connaissances et les attitudes face à la vaccination des professionnels de la santé.
- Documenter la formation sur la vaccination offerte dans les milieux d'enseignements pour les futurs professionnels de la santé, par exemple les pharmaciens et les sages-femmes.

Objectif transversal : Réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population

- Explorer les attitudes, croyances et connaissances des parents en situation de vulnérabilité par rapport à la vaccination, afin de tenir compte des spécificités socioculturelles lors du développement des outils de promotion.
- Développer des stratégies novatrices pour rejoindre les groupes vulnérables dans des milieux non traditionnels (ex. : organismes communautaires, prisons, etc.). Des projets de démonstration, ciblant différents lieux, incluant les milieux de travail, les églises, les soupes populaires, les centres d'hébergement et autres organismes communautaires, devraient être développés, afin de déterminer les modalités les plus efficaces pour rejoindre les populations vulnérables difficiles à rejoindre.
- Explorer les occasions de promotion de la vaccination offertes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).
- Évaluer la pertinence et l'efficacité dans le contexte québécois d'interventions spéciales qui pourraient être mises en place pour les enfants particulièrement à risque, notamment ceux vivant en situation de grande pauvreté et les enfants de famille nombreuse. Par exemple, l'utilisation de calendriers vaccinaux personnalisés, comprenant la photo de l'enfant, les dates des rendez-vous de vaccination ainsi que de l'information sur les vaccins et les MEV, avait permis d'augmenter la couverture vaccinale d'enfants provenant de familles ayant un statut socioéconomique faible aux États-Unis¹⁴².

8. INTERVENTIONS PRIORITAIRES

Devant le grand nombre et la diversité des interventions présentées dans les sections précédentes, le comité consultatif s'est réuni les 2 et 19 juin 2009, afin d'identifier des stratégies prioritaires parmi celles proposées. Les commentaires recueillis lors de la consultation des organisations et la complétion de deux documents (voir les annexes 4 et 5) ont servi de point de départ aux membres du comité lors du choix des priorités. Les interventions ayant été jugées prioritaires par le comité consultatif sont présentées au tableau 8. Certains éléments liés au contexte d'implantation sont mentionnés sous le tableau. Ils seront davantage élaborés dans le plan d'action qui découlera du présent plan de promotion.

Tableau 8 Interventions prioritaires

- Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner*
- Système de rappel et de relance pour le vaccinateur*
- Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinées*
- Augmentation des plages horaires de vaccination
- Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite
- Vaccination sans rendez-vous
- Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables
- Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie (ex. : services de garde à l'enfance, milieux de travail)
- Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs et des futurs vaccinateurs^{†, ‡}

* L'arrivée de Panorama facilitera cette stratégie.

† Les gestionnaires des établissements de soins et d'enseignement devront être davantage sensibilisés à l'importance des programmes de vaccination.

‡ Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), en version papier, devrait être accessible pour chaque vaccinateur.

Le comité propose d'implanter d'abord certaines de ces stratégies, afin de bien soutenir l'organisation des services de vaccination au Québec. Par la suite, une campagne d'information sociétale soutenue dans le temps devrait être réalisée. Elle tiendrait compte des initiatives nationales et des opportunités ou événements qui se présentent (ex. : lorsqu'une écloison de rougeole survient, profiter de ce moment pour discuter de la vaccination des nourrissons). Une telle campagne aurait l'avantage de sensibiliser la population et, par la même occasion, les professionnels de la santé. Enfin, bien que non mentionnée, une des stratégies jugées prioritaires par le comité est le maintien de la gratuité du programme de vaccination. Il s'agit d'un acquis précieux au Québec sur lequel on devrait mettre l'accent et qui gagnerait à être rappelé dans les thématiques abordées dans une future campagne d'information.

9. CONCLUSION

Pour la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans, l'enquête réalisée en 2003 soulignait que de nombreuses stratégies reconnues efficaces pour augmenter la demande de vaccination de la communauté, pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination ou pour bonifier l'offre de ces services par les vaccinateurs étaient utilisées dans les CLSC du Québec⁸⁷. Toutefois, on ne sait pas si ces stratégies étaient utilisées de façon régulière ou systématique dans les milieux qui les avaient adoptées. De plus, cinq années se sont écoulées depuis cette enquête. Le système de santé, tout comme le contexte social, ont évolué et des changements dans les modes d'organisation de la vaccination en CLSC risquent d'avoir eu lieu. Enfin, une proportion importante des services de vaccination de base est rendue par des médecins en cabinets privés, principalement en milieu urbain. En 2001, les vaccinateurs du secteur privé participaient à la vaccination des enfants de deux ans dans dix régions du Québec, et ce, dans des proportions s'échelonnant entre 5 % et 83 % selon les régions¹³. En 2006, à l'échelle québécoise, 50 % des enfants étaient entièrement vaccinés en CSSS, 24 % l'étaient en clinique médicale privée et 26 % avaient fréquenté les deux types d'établissement⁴. Comme l'organisation des services de vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans dans les cliniques médicales est moins bien connue, il faudra décrire la situation.

L'atteinte des objectifs énoncés dans le présent document repose sur différents paliers d'action, tant locaux, régionaux que provinciaux. Ce plan vise à rallier les différents acteurs autour d'objectifs communs et à enclencher des actions concrètes qui permettront d'améliorer la santé et le bien-être des Québécois et Québécoises en les protégeant contre les MEV. Pour arriver à réaliser des actions d'une telle ampleur, tous doivent poursuivre le travail de collaboration et examiner de nouvelles façons de faire tout en mettant en commun les forces de chacun. L'engagement des différents partenaires est essentiel. La population doit également être ralliée aux grands objectifs du plan, afin d'obtenir sa collaboration. Les activités qui seront réalisées lors de la communication du plan et de l'évaluation des stratégies proposées dans ce plan, de même que les recherches qui seront amorcées, permettront de sonder les opinions et attitudes de la population à l'égard des objectifs du plan de promotion.

Ce plan sera progressivement implanté au cours des 5 prochaines années par la mise sur pied d'un plan d'action concret découlant du présent plan. La démarche a permis d'identifier des stratégies qui devraient être implantées de façon prioritaire. Les stratégies et les interventions mises en place devront être évaluées de façon systématique. Parmi les pistes de recherche proposées à la section 7, celles permettant de soutenir et d'évaluer les stratégies prioritaires devront être mises sur pied en priorité. Dès 2012, un bilan de l'ensemble du plan et des actions engagées pourrait être réalisé. Rappelons que les différentes stratégies proposées dans ce plan ont été reconnues efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales. Cependant, les études évaluatives dont elles ont fait l'objet ont principalement été réalisées aux États-Unis dont le contexte socioculturel et le système de santé différent largement de ceux du Québec. On ne peut donc pas automatiquement présupposer de l'efficacité et de la faisabilité de ces stratégies dans le contexte québécois. C'est pourquoi il sera nécessaire d'évaluer leur efficacité rigoureusement. Il sera tout aussi

important de bien évaluer leur implantation, afin de comprendre les raisons justifiant leur succès ou leur échec. De plus, une stratégie efficace peut ne pas donner les résultats escomptés si sa mise en œuvre est incomplète ou inadéquate. Les barrières et les facteurs ayant facilité la mise en place des stratégies seront donc évalués tout comme leur acceptabilité auprès des groupes de la population et des professionnels de la santé concernés. Enfin, les facteurs psychosociaux, environnementaux et organisationnels, qui ont une influence directe ou indirecte sur les couvertures vaccinales, seront pris en considération lors de l'évaluation de l'efficacité des stratégies de promotion de la vaccination.

Enfin, l'implantation des différentes stratégies proposées sera tributaire des ressources humaines et matérielles qui leur seront allouées. La mise en place de certaines stratégies nécessitera une réorganisation du travail et des ressources existantes alors que d'autres pourront demander l'allocation de ressources supplémentaires. L'atteinte des objectifs fixés dans ce plan reposera également sur l'engagement et la collaboration de plusieurs acteurs des différents paliers, local, régional et provincial. Rappelons que la promotion de la vaccination nécessite des actions qui perdurent au fil des ans. Les stratégies doivent être implantées, évaluées et maintenues, si elles s'avèrent efficaces, afin que de véritables changements puissent se réaliser dans l'environnement. Il faudra également s'adapter à l'évolution du contexte et du système de santé du Québec.

RÉFÉRENCES

- 1 Comité consultatif national sur l'immunisation. Guide canadien d'immunisation. 7^e ed. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada 2006. 410 p.
- 2 Hilton, S., Petticrew, M., et Hunt, K. 'Combined vaccines are like a sudden onslaught to the body's immune system': parental concerns about vaccine 'overload' and 'immune-vulnerability'. *Vaccine*. 2006;24(20):4321-7.
- 3 Moreco, L. B. Silence, on vaccine. Radio-Canada, 9 décembre 2008, France 5 2008.
- 4 Boulianne, N., Audet, D., Ouakki, M., Guay, M., Duval, B., et De Serres, G. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2007, 104 p.
- 5 D'Aragon, F., Fradette, V., Francoeur, C., Pichette, F., Toulouse, K., Dufort, J., et al. Retards de vaccination des nourrissons - qui en est responsable? *Can J Infec Dis & Med Microb*. 2006;17:359.
- 6 Boulianne, N., Duval, B., De Serres, G., Audet, D., et Ouakki, M. Couverture vaccinale des enfants québécois en 2006. 11^{es} journées annuelles de santé publique, 19 au 23 novembre, Montréal. 2007.
- 7 Landry, M. Évaluation préliminaire des retards dans le calendrier de vaccination au Québec, rapport préparé pour le Groupe provincial sur les retards en immunisation; 2005, 1-5.
- 8 Valiquette, L., Guay, M., Camara, B., Boulianne, N., Boucher, F., De Wals, P., et al. Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2007, 184 p.
- 9 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 447 p.
- 10 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012. Québec; 2003, 133 p.
- 11 Guay, M., Côté, L., Boulianne, N., Landry, M., et Markowski, F. Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque. Québec, Institut de la statistique du Québec; 2008, 57 p.
- 12 National Advisory Committee on Immunization (NACI). Statement on human papillomavirus vaccine. *Can Commun Dis Rep*. 2007;33(DCC-2):1-32.
- 13 Patry, P., Bourcier, L., Hamel, M., Imbeau, M., Kirouac, S., Mercier, G., et al. Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux; 2003, 261 p.
- 14 Guay, M., Clément, P., et Lemaire, J. Projets spéciaux de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque 2000-2001, Institut national de santé publique, Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels. 2002:144 p.

- 15 Rioux, Y., Blackburn, M., Palardy, D., Guay, M., Clouâtre, A. M., et Milord, F. Promotion de la vaccination contre l'influenza chez les membres du personnel dans les CH et les CHSLD de la Montérégie, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 2001:141 p.
- 16 Guay, M., Clément, P., Beaudry, J., et De Wals, P. Programme de vaccination contre l'influenza : stratégies pour rejoindre les Québécois de 50 à 64 ans, Institut national de santé publique du Québec; 2007, 48 p.
- 17 Ritvo, P., Wilson, K., Willms, D., et Upshur, R. Vaccines in the public eye. *Nature medicine supplement*. 2005;11(4):S20-S4.
- 18 Skowronski, D. M., Pielak, K., Remple, V. P., Halperin, B. A., Patrick, D. M., Naus, M., et al. Adult tetanus, diphtheria and pertussis immunization: knowledge, beliefs, behavior and anticipated uptake. *Vaccine*. 2004;23(3):353-61.
- 19 Lagarde, F. Summary of Public Opinion on Immunization in Canada, Public Health Agency of Canada; 2005, 19 p.
- 20 Sauvageau, C., Duval, B., Gilca, V., Lavoie, F., et Ouakki, M. Human Papilloma Virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada. *BMC Public Health*. 2007;7(1):304.
- 21 Tarrant, M., et Gregory, D. Exploring childhood immunization uptake with First Nations mothers in north-western Ontario, Canada. *J Adv Nurs*. 2003;41(1):63-72.
- 22 Smith, A., Yarwood, J., et Salisbury, D. M. Tracking mothers' attitudes to MMR immunisation 1996-2006. *Vaccine*. 2007;25(20):3996-4002.
- 23 Centers for disease control and prevention. Invasive Haemophilus influenzae Type B disease in five young children--Minnesota, 2008. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58(3):58-60.
- 24 Agence de la santé publique du Canada. Epidemiological features of Clostridium difficile-associated disease among inpatients at children's hospitals in the United States, 2001-2006. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/138304.php>.
- 25 Zimet, G. D., Liddon, N., Rosenthal, S. L., Lazcano-Ponce, E., et Allen, B. Chapter 24: Psychosocial aspects of vaccine acceptability. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S201-9.
- 26 Patel, M. M., Janssen, A. P., Tardif, R., Herring, M., et Parashar, U. A qualitative assessment of factors influencing acceptance of new rotavirus vaccine among health care providers and consumers. *BMC Pediatrics*. 2007;7:32.
- 27 Dionne, M., Boulianne, N., Duval, B., Lavoie, F., Laflamme, N., Carsley, J., et al. Manque de conviction face à la vaccination chez certains vaccinoteurs québécois. *Rev can santé publique*. 2001;92(2):100-4.
- 28 Comité sur l'immunisation du Québec. L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2005, 97 p.

- 29 Busse, J. W., Kulkarni, A. V., Campbell, J. B., et Injeyan, H. S. Attitudes toward vaccination: a survey of Canadian chiropractic students. *Can Med Ass J*. 2002;166(12):1531-4.
- 30 Pless, R. Chiropractic students' attitudes about vaccination: a cause for concern? *Can J Med Ass*. 2002;166(12):1544-5.
- 31 Colley, F. C., et Haas, M. A survey of immunology and immunization education in chiropractic colleges. *J Nippon Med Sch*. 1998;6(4):141-5.
- 32 Lee, T., Saskin, R., McArthur, M., et McGeer, A. Beliefs and practices of Ontario midwives about influenza immunization. *Vaccine*. 2005;23(13):1574-8.
- 33 Organisation mondiale la Santé, O. M. S. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986;En ligne: www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827.
- 34 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 471 p.
- 35 Mintzes, B. Quelles-sont les conséquences sur la santé publique? Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada. Toronto, Conseil canadien de la santé publique; 2006, 47 p.
- 36 Collège des médecins du Québec. Code de déontologie des médecins. 2009:1-17.
- 37 Gouvernement du Québec. Code de déontologie des infirmières et infirmiers, [En ligne]. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/l_8/l8R4_1.htm (Page consultée le 1^{er} septembre 2009).
- 38 Bold, A. B., Carrier, R., Dugal, R., Jacques, A., Lauzière, B., Leboeuf, S., et al. Les relations entre les organismes médicaux et les sociétés commerciales - Code d'éthique des intervenants en éducation médicale continue. Québec, Conseil de l'éducation médicale continue du Québec; 2003, 1-15.
- 39 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique; 2008, 103 p.
- 40 Haimés, K., Schouten, H., Harris, T., Belzak, L., O'Keefe, C., Scott, J., et al. Normes nationales pour l'évaluation de la couverture vaccinale : recommandations du réseau canadien des registres d'immunisation. *RMTC*. 2005;31(9):1-4.
- 41 Pelletier, A. Propositions de pistes de solutions afin de contrer l'accumulation des retards dans la vaccination du nourrisson. Groupe de travail sur les retards en immunisation. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2006, 16 p.
- 42 Boulianne, N., Deceuninck, G., et Duval, B. Pourquoi certains enfants sont incomplètement vaccinés à l'âge de 2 ans? *Rev can santé publ*. 2003;94(3):218-23.

- 43 Saint-Amour, M., Guay, M., Clément, P., Perron, L., Baron, G., et Petit, G. Trousse de promotion de la vaccination. Rapport d'évaluation, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique; 2004, 202 p.
- 44 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Cinquième édition, [En ligne]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09/283-02.pdf>.
- 45 Hamid, A. Évaluation de la couverture vaccinale des jeunes enfants de la Montérégie au regard des facteurs sociodémographique et impact de l'ajout de nouveaux vaccins. Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; 2008, 199 p.
- 46 Sauvageau, C., Trépanier, J.-P., Guay, M., Landry, M., Ben-Yedder, N., Laflamme, M., et al. Vaccination en clinique médicale : y a-t-il des délais? Présentation orale. Journées annuelles de santé publique, 23 au 27 octobre, Montréal. 2006.
- 47 Lignes directrices nationales pour les périodes d'admissibilité, d'échéance et de retard pour les fins des registres d'immunisation : recommandations provisoires du groupe de travail sur la normalisation des données du réseau canadien des registres d'immunisation. *RMTC*. 2004;30(6):53-60.
- 48 Luman, E. T., Barker, L. E., Shaw, K. M., McCauley, M. M., Buehler, J. W., et Pickering, L. K. Timeliness of childhood vaccinations in the United States: days undervaccinated and number of vaccines delayed. *JAMA*. 2005;293(10):1204-11.
- 49 Bolton, P., Hussain, A., Hadpawat, A., Holt, E., Hughart, N., et Guyer, B. Deficiencies in current childhood immunization indicators. *Public Health Rep*. 1998;113(6):527-32.
- 50 Dombrowski, K. J. Risk factors for delay in age-appropriate vaccination. *Public Health Rep*. 2004;119(2):144-55.
- 51 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ententes de gestion, fiche descriptive des indicateurs - Fiche 1.1 FGJ. 2006.
- 52 Sporton, R. K., et Francis, S. A. Choosing not to immunize: are parents making informed decisions? *Fam Pract*. 2001;18(2):181-8.
- 53 Ritvo, P., Irvine, J., Klar, N., Wilson, K., Brown, L., Bremner, K. E., et al. A Canadian national survey of attitudes and knowledge regarding preventive vaccines. *J Immune Based Ther Vaccines*. 2003;1(1):3.
- 54 Falagas, M. E., et Zarkadoulia, E. Factors associated with suboptimal compliance to vaccinations in children in developed countries: a systematic review. *Curr Med Res Opin*. 2008;24(6):1719-41.
- 55 Lannon, C., Brack, V., Stuart, J., Caplow, M., McNeill, A., Bordley, W. C., et al. What mothers say about why poor children fall behind on immunizations. A summary of focus groups in North Carolina. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149(10):1070-5.

- 56 Doran, T., et McCann, R. Obstacles to influenza immunization in primary care. *J Public Health Med.* 2001;23(4):329-34.
- 57 Bedford, D., Corcoran, R., et Howell, F. The provision of influenza vaccine to patients over 65 years by general practitioners. *Official Journal of the Irish Medical Organisation.* 2006;99(10).
- 58 Tanguay, F., Lamarche, P. A., et Martineau, G. Impact des organisations de services sur l'état vaccinal des enfants. *Can J Public Health.* 1997;88(6):401-4.
- 59 Bobo, J. K., Gale, J. L., Thapa, P. B., et Wassilak, S. G. F. Risk factors for delayed immunization in a random sample of 1163 children from Oregon and Washington. *Pediatrics.* 1993;91(2):308-14.
- 60 Bates, A. S., et Wolinsky, F. D. Personal, financial, and structural barriers to immunization in socioeconomically disadvantaged urban children. *Pediatrics.* 1998;101(4):591-6.
- 61 Wood, D., Donald-Sherbourne, C., Halfon, N., Tucker, M. B., Ortiz, V., Hamlin, J. S., et al. Factors related to immunization status among inner-city Latino and African-American preschoolers. *Pediatrics.* 1995;96(2 Pt 1):295-301.
- 62 Lieu, T. A., Black, S. B., Sorel, M. E., Ray, P., et Shinefield, H. R. Would better adherence to guidelines improve childhood immunization rates? *Pediatrics.* 1996;98(6):1062-8.
- 63 Boulianne, N., Duval, B., Deceuninck, G., De Serres, G., Dionne, M., Carsley, J., et al. Étude des occasions manquées de vaccination et des facteurs associés à une vaccination primaire incomplète chez les enfants de deux ans au Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2000, 49 p.
- 64 Prislin, R., Sawyer, M. H., De Guire, M., Brennan, J., Holcomb, K., et Nader, P. R. Missed opportunities to immunize - Psychosocial and practice correlates. *Am J Prev Med.* 2002;22(3):165-9.
- 65 Nowalk, M. P., Zimmerman, R. K., Cleary, S. M., et Bruehlman, R. D. Missed opportunities to vaccinate older adults in primary care. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(1):20-7.
- 66 CDC. Vaccine-Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults - A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(RR-8):1-15.
- 67 Task Force on Community Preventive Services. Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med.* 2000;18(1S):92-6.
- 68 Briss, P. A., Rodewald, L. E., Hinman, A. R., Shefer, A. M., Strikas, R. A., Bernier, R. R., et al. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med.* 2000;18(1S):97-140.

- 69 Nichol, K. L. Improving influenza vaccination rates among adults. *Cleve Clin J Med*. 2006;73(11):1009-15.
- 70 Mills, E., Jadad, A. R., Ross, C., et Wilson, K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *J Clin Epidemiol*. 2005;58(11):1081-8.
- 71 Samad, L., Butler, N., Peckham, C., et Bedford, H. Incomplete immunisation uptake in infancy: maternal reasons. *Vaccine*. 2006;24(47-48):6823-9.
- 72 Serpell, L., et Green, J. Parental decision-making in childhood vaccination. *Vaccine*. 2006;24(19):4041-6.
- 73 Yarwood, J., Noakes, K., Kennedy, D., Campbell, H., et Salisbury, D. Tracking mothers attitudes to childhood immunisation 1991-2001. *Vaccine*. 2005;23(48-49):5670-87.
- 74 Boulianne, N., Duval, B., De Serres, G., Deceuninck, G., Dionne, M., Carsley, J., et al. Opinions of Quebec parents and vaccinators on the usefulness of chickenpox vaccine. *Can J Infect Dis*. 2001;12(3):153-6.
- 75 Hak, E., Schonbeck, Y., De Melker, H., Van Essen, G. A., et Sanders, E. A. Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination program. *Vaccine*. 2005;23(24):3103-7.
- 76 Sturm, L. A., Mays, R. M., et Zimet, G. D. Parental beliefs and decision making about child and adolescent immunization: from polio to sexually transmitted infections. *J Dev Behav Pediatr*. 2005;26(6):441-52.
- 77 Zimmerman, R. K., Nowalk, M. P., Raymund, M., Tabbarah, M., Hall, D. G., Wahrenberger, J. T., et al. Tailored interventions to increase influenza vaccination in neighborhood health centers serving the disadvantaged. *Am J Public Health*. 2003;93(10):1699-705.
- 78 Rousseau, L., Guay, M., Archambault, D., El m'mala, Z., et Abdelaziz, N. Existe-t-il des barrières organisationnelles à l'accessibilité à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque? *Can J Public Health*. 2007;98(2):105-9.
- 79 Silverman, M., Terry, M. A., Zimmerman, R. K., Nutini, J. F., et Ricci, E. M. The role of qualitative methods for investigating barriers to adult immunization. *Qual Health Res*. 2002;12(8):1058-75.
- 80 Godin, G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*. 1991;9(1):28.
- 81 Rosenstock, I. M. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz KL, F.M.; Rimer B.K., ed. *Health behavior and health education - Theory research and practice*. 1st ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers 1991:39-62.
- 82 Fishbein, M. A Theory of reasoned action: some applications and implications. In H.E. Howe and M.M. Page (ed.). *Nebr Symp Motiv*. 1980;27:65-116.

- 83 Ajzen, I. The theory of planned behavior. *Org Behavior Human Dec Proc.* 1991;50:179-211.
- 84 Triandis, H. C. Values, Attitudes, and Interpersonal Behavior. *Nebr Symp Motiv.* 1980;27:195-259.
- 85 Godin, G. Le changement des comportements de santé. In G.N. Fisher (dir). *Traité de psychologie de la santé.* 2002;Dunod : Paris:375-88.
- 86 Dubé, E., De Wals, P., Gilca, V., Boulianne, N., et Ouakki, M. Knowledge, attitudes and beliefs of Canadian parents about Acute Otitis Media: Preliminary results of a telephone survey. Poster presentation. 8th Canadian Immunization Conference, November 30-December 3, Toronto, 2008.
- 87 Guay, M., Beaudry, J., Blackburn, M., et Clément, P. Services de vaccination aux 0-2 ans - modes d'organisation dans les CLSC du Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2004, 19 p.
- 88 Agence de la santé publique du Canada. Update: Immunization Public Education Campaign. Document de travail, Agence de la santé publique du Canada/Public Health Agency of Canada, 23 juin 2009.
- 89 Agence canadienne de santé publique. Guide des parents sur la vaccination. Agence canadienne de santé publique. 2009.
- 90 Anonymous. Health economics of Twinrix - An economic evaluation of three different hepatitis A and B vaccination strategies in Germany: a cost-effectiveness study explained Oxfordshire, UK: The Medicine Group (Education), 1999, 20 p.
- 91 Guay, M., Lemaire, J., HAMID, A., et Clouâtre, A.-M. Évaluation de la couverture vaccinale des jeunes enfants de la Montérégie au regard des facteurs socioéconomiques et impact de l'ajout de nouveaux vaccins. Québec; 2005, 83 p.
- 92 Russell, M. L., Yau, A., Baptiste, B., Rowntree, C., Robb, J., et Hill, S. Improving the public health physician partnership for influenza vaccination. *Can J Public Health.* 2005;96(2):155-8.
- 93 Noe, C. A., et Markson, L. J. Pneumococcal vaccination: perceptions of primary care physicians. *Prev Med.* 1998;27(6):767-72.
- 94 Szilagyi, P. G., Rodewald, L. E., Humiston, S. G., Hager, J., Roghmann, K. J., Doane, C., *et al.* Immunization practices of pediatricians and family physicians in the United States. *Pediatrics.* 1994;94(4):517-23.
- 95 Nichol, K. L., et Zimmerman, R. Generalist and subspecialist physicians' knowledge, attitudes, and practices regarding influenza and pneumococcal vaccinations for elderly and other high-risk patients: a nationwide survey. *Arch Intern Med.* 2001;161(22):2702-8.
- 96 Handal, G. A. Adolescent immunization. *Adolesc Med.* 2000;11(2):439-52.

- 97 Szilagyi, P. G., Shone, L. P., Barth, R., Kouides, R. W., Long, C., Humiston, S. G., *et al.* Physician practices and attitudes regarding adult immunizations. *Prev Med.* 2005;40(2):152-61.
- 98 Oster, N. V., McPhillips-Tangum, C. A., Averhoff, F., et Howell, K. Barriers to adolescent immunization: a survey of family physicians and pediatricians. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(1):13-9.
- 99 Guay, M. Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des 0-5 ans au Québec? Présentation PowerPoint, Table de concertation nationale en maladies infectieuses, 11 décembre 2008.
- 100 Taylor, J. A., Darden, P. M., Slora, E., Hasemeier, C. M., Asmussen, L., et Wasserman, R. The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians: A study from pediatric research in office setting. *Pediatrics.* 1997;99(2):209-15.
- 101 Davis, M. M., McMahon, S. R., Santoli, J. M., Schwartz, B., et Clark, S. J. A national survey of physician practices regarding influenza vaccine. *J Gen Intern Med.* 2002;17(9):670-6.
- 102 Schmitt, H. J., Booy, R., Aston, R., Van Damme, P., Schumacher, R. F., Campins, M., *et al.* How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med.* 2007;5:11.
- 103 Wilson, K., Mills, E., Boon, H., Tomlinson, G., et Ritvo, P. A survey of attitudes towards paediatric vaccinations amongst Canadian naturopathic students. *Vaccine.* 2004;22(3-4):329-34.
- 104 Agence de la santé publique du Canada. Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé. Préparées par le groupe de travail pour la formation des professionnels du Comité canadien d'immunisation. Québec; 2008, 56 p.
- 105 Yassi, A., Murdzak, C., Cheang, M., et Tran, N. Influenza immunization: Knowledge, attitude and behaviour of health care workers. *Can J Infec Control.* 1994;9(4):103-8.
- 106 Szilagyi, P. G., Roghmann, K. J., Campbell, J. R., Humiston, S. G., Winter, N. L., Raubertas, R. F., *et al.* Immunization Practices of Primary Care Practitioners and Their Relation to Immunization Levels. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1994;148(February):158-66.
- 107 Schwartz, J. S., Lewis, C. E., Clancy, C., Dinosian, M. S., Radany, M. H., et Koplan, J. P. Internist practices in health promotion and disease prevention. *Annals of Internal Medicine.* 1991;114(1):46-53.
- 108 Guay, M., Gallagher, F., Petit, G., Ménard, S., Boyer, G., Clément, P., *et al.* Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales? Affiche présentée aux 12^{es} Journées annuelles de santé publique, Québec, 17-20 novembre 2008.

- 109 Petit, G., Letellier, M., Gauvin, L., Boulianne, N., et Valiquette, L. Les pratiques vaccinales des infirmières au Québec. *Can J Public Health*. 2007;98(4):311-17.
- 110 Boulianne, N., Gilca, V., Dubé, E., et Lavoie, F. Nurse's opinions about routinely recommended childhood vaccines. Poster presentation. 8th Canadian Immunization Conference, November 30-December 3, Toronto, 2008.
- 111 Dionne, M., Boulianne, N., Duval, B., Lavoie, F., Laflamme, N., De Serres, G., et al. Étude des connaissances, attitudes et pratiques des vaccinateurs québécois à l'égard de la vaccination primaire. Québec, Direction régionale de la santé publique de Québec, Institut national de santé publique du Québec, 27 septembre 1999.
- 112 Lacoursière, A. VPH: Les infirmières critiquent la campagne de vaccination. *La Presse*. Mercredi 10 septembre 2008.
- 113 Samson, C. Doutes sur la vaccination massive contre le virus du papillome humain. *Le Soleil*. Mercredi 10 septembre 2008.
- 114 Durand, S., Allard, M., et Thibault, C. Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière. Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2007, 15 p.
- 115 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. *L.Q. C.33*. 2002.
- 116 Duval, B., Gilca, V., McNeil, S., Dobson, S., Money, D., Gemmill, I. M., et al. Vaccination against human papillomavirus: A baseline survey of Canadian clinicians' knowledge, attitudes and beliefs. *Vaccine*. 2007;25(45):7841-7.
- 117 Gilca, V., Sauvageau, C., McNeil, S., Gemmill, I. M., Dionne, M., Dobson, S., et al. Setting priorities for new vaccination programs by using public health officers and immunization managers opinions. *Vaccine*. 2008;26(33):4204-9.
- 118 Rousseau, J., Roy-Lacroix, M.-E., Simard, C., et Tremblay, J. Étude des besoins de formation en immunisation des infirmières d'Info-Santé de la Montérégie. Longueuil, Université de Sherbrooke et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie; 2005, 28 p. et annexes.
- 119 Sauvageau, C., Boulianne, N., Clouâtre, A.-M., Lavoie, F., et Duval, B. Portrait de la formation en vaccination offerte aux infirmières dans les établissements de santé du Québec. *J Can santé publique*. 2005;96(4):273-7.
- 120 Larocque, C., Goggin, P. Formation Nouveaux vaccins, Rapport d'évaluation. *Institut national de santé publique du Québec*. 26 août 2006.
- 121 Petit, G., Gauvin, L., Letellier, M., Boulianne, N., Valiquette, L., Larue, C., Guimond, C. Profile of nurses' immunization practices in community health care settings. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*. 2006;17(6):369.

- 122 Sauvageau, C. Une rétroaction personnalisée réalisée aux médecins et infirmières de cliniques médicales permettra-t-elle de diminuer les retards vaccinaux associés aux vaccins Prevnar, Pentacel et Méningitec? Le programme de subventions Partenariats pour la protection de Wyeth. Approches novatrices pour comprendre et améliorer les taux de vaccination infantile au Canada, [En ligne]. <http://immunize.cpha.ca/fr//health-care-providers/grants.aspx>. 2008.
- 123 Immunization Action Coalition, [En ligne]. <http://www.immunize.org/laws/pharm.htm>.
- 124 Ministre de la Justice. Loi sur la pharmacie, [En ligne]. http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_10/P10.htm (Page consultée le 27 juillet 2009).
- 125 Sauvageau, C., Dubé, E., Moisan, J., et Maranda-Aubut, R. Les services de vaccination dans les pharmacies du Québec. Québec; 2008, 11 p.
- 126 De Koninck, M., Pampalon, R., Paquet, G., Clément, M., Hamelin, A.M., Disant, M.J., Trudel, G., Lebel, A. Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent, Institut national de santé publique du Québec. 2008:78 p.
- 127 Soto, J. Projet « Grandir vacciné » - Évaluation des activités concernant la vaccination dans le cadre d'un programme intégré de promotion de la santé et de prévention s'adressant aux enfants issus de familles en situation d'extrême pauvreté à Montréal-centre. Direction de la santé publique de Montréal-centre. 2002:115 p.
- 128 Bates, A. S., Fitzgerald, J. F., Dittus, R. S., et Wolinsky, F. D. Risk factors for underimmunization in Poor urban infants. *JAMA*. 1994;272(14):1105-10.
- 129 Miller, L. A., Hoffman, R. E., Baron, A. E., Marine, W. M., et Melinkovich, P. Risk factors for delayed immunization against measles, mumps, and rubella in Colorado two-year-olds. *Pediatrics*. 1994;94(2):213-9.
- 130 Strobino, D., Keane, V., Holt, E., Hughart, N., et Guyer, B. Parental Attitudes Do Not Explain Underimmunization. *Pediatrics*. 1996;98(6):1076-83.
- 131 Santoli, J. M., Huet, N. J., Smith, P. J., Barker, L. E., Rodewald, L. E., Inkelas, M., *et al.* Insurance status and vaccination coverage among US preschool children. *Pediatrics*. 2004;113(6 Suppl):1959-64.
- 132 Weatherill, S., Buxton, J., et Daly, P. Immunization Programs in Non-traditional Settings. *Can J Public Health*. 2004;95(2):133-6.
- 133 National Vaccine Advisory Committee. Adult immunization programs in nontraditional settings: Quality standards and guidance for program evaluation: A report of the National Vaccine Advisory Committee. *MMWR*. 2000;49:1-13.
- 134 Gustafson, R., et Skowronski, D. M. Disparities in varicella vaccine coverage in the absence of public funding. *Vaccine*. 2005;23(27):3519-25.

- 135 Guay, M., De Wals, P., et Hébert, R. Pneumococcal immunization program in Montérégie, Québec: Feasibility study. *Canadian Journal of Infectious Disease and Medical Microbiology*. 1999;10(Supplement A):53-6.
- 136 De Wals, P., Boulianne, N., Sévin, E., Ouakki, M., Deceuninck, G., et Guay, M. Free access to pneumococcal conjugate vaccine in a publicly-funded immunization program is a major determinant of uptake. Submitted for publication. 2008.
- 137 Pampalon, R., et Raymond, G. Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être. *Santé, société et solidarité*. 2003;1:191-208.
- 138 Valiquette, L., Allard, R., et Guay, M. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 24 à 36 mois de Montréal Centre. Montréal, Direction de la santé publique; 1998, 1-53.
- 139 Sauvageau, C., Dubé, E., Huot, C., Tremblay, G., Ouakki, M., et Maranda-Aubut, R. Les services de vaccination offerts à la population adulte dans la région de la Capitale-Nationale - État de situation et déterminants. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; 2008, 1-191.
- 140 Guay, M., Blackburn, M., Clément, P., Tremblay, A., St-Hilaire, C., Clouâtre, A.-M., et al. Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec. Québec, Institut national de santé publique du Québec; 2006, 1-87.
- 141 Haley, N., Bélanger, L., Roy, E., Plante, M. E., et Crago, A. L. Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal. Rapport final. Direction de la santé publique de Montréal-centre. 2000:27 p.
- 142 Kreuter, M. W., Caburnay, C. A., Chen, J. J., et Donlin, M. J. Effectiveness of individually tailored calendars in promoting childhood immunization in urban public health centers. *Am J Public Health*. 2004;94(1):122-7.

ANNEXE 1

LISTE DES ORGANISATIONS CONSULTÉES

LISTE DES ORGANISATIONS CONSULTÉES

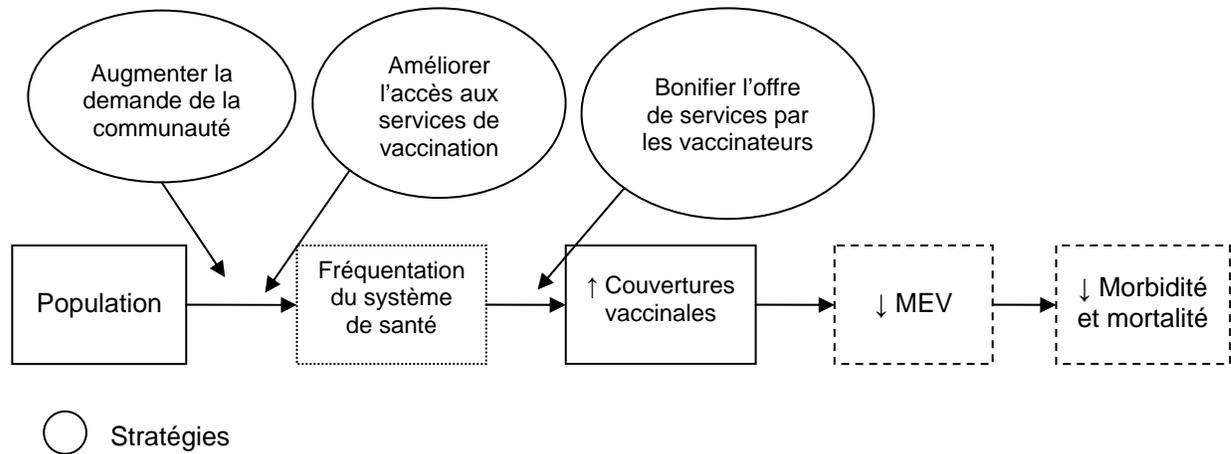
- Association des médecins spécialistes en santé communautaire
- Association des microbiologistes-infectiologues du Québec
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
- Association des pédiatres du Québec
- Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
- Collège des médecins du Québec
- Comité de prévention des infections dans les services de garde à l'enfance du Québec
- Comité sur l'immunisation du Québec
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Ordre des pharmaciens du Québec
- Ordre des sages-femmes du Québec
- Répondants régionaux en lien avec la pratique clinique préventive
- Réseau des responsables en immunisation du Québec
- Table de concertation nationale en maladies infectieuses
- Table de prévention des infections nosocomiales du Québec

ANNEXE 2
MODÈLE LOGIQUE

MODÈLE LOGIQUE

La figure ci-dessous illustre le modèle logique ayant structuré la rédaction du plan de promotion de la vaccination. Les différentes stratégies proposées dans ce plan sont présentées selon qu'elles agissent aux niveaux de la demande de la communauté, de l'accès aux services de vaccination ou de l'offre de ces services par les vaccinateurs.

Figure 1 Modèle logique ayant structuré la rédaction du plan de promotion de la vaccination



Adapté de Briss, P.A., L.E. Rodewald, A.R. Hinman, A.M. Shefer, R.A. Strikas, R.R. Bernier, et autres. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults, *American Journal of Preventive Medicine*, 2000. vol. 18, № 1S, p. 97-140.

ANNEXE 3

**AUTRES INTERVENTIONS PROMETTEUSES,
DONT L'EFFICACITÉ RESTE À CONFIRMER**

AUTRES INTERVENTIONS PROMETTEUSES, DONT L'EFFICACITÉ RESTE À CONFIRMER

PREMIER AXE D'INTERVENTION : AUGMENTER LA DEMANDE DE LA COMMUNAUTÉ

Appliquer les recommandations du rapport d'évaluation sur la Trousse de promotion de la vaccination⁴³, notamment :

- Revoir le modèle de diffusion de la trousse, afin de rejoindre davantage de médecins vaccinateurs, sans oublier les nouveaux vaccinateurs, et identifier les raisons pour lesquelles les boîtiers ne sont pas utilisés comme prévu par certains.
- Rappeler aux vaccinateurs l'apport des feuillets pour répondre aux questions que se posent plusieurs parents sur la vaccination.
- Encourager une large utilisation de la trousse.
- Détailler les réactions adverses dans le contenu des feuillets et prévoir des informations complémentaires pour réfuter certaines croyances erronées ou inexactes sur la vaccination.
- Élargir la diffusion de la trousse aux milieux qui rejoignent les parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans.
- Établir l'allocation monétaire pour la distribution du matériel en fonction du nombre d'envois réels.

Au niveau de la vaccination des travailleurs de la santé, soutenir l'application des recommandations émanant du rapport *L'infirmière et la vaccination*²⁸, notamment :

- Préparer, mettre à jour et diffuser une documentation sur l'importance de la vaccination comme mesure de santé publique et sur la responsabilité professionnelle de protéger la clientèle des établissements de santé.

Diffuser la Trousse de promotion dans les services de garde à l'enfance et les pharmacies.

Transmettre de l'information sur la vaccination dans les documents du MFA, comme celui sur le *Choix d'un service de garde*, ou *La santé des enfants...en services de garde éducatifs*.

Éduquer et informer les jeunes d'âge scolaire sur la vaccination en profitant des activités de l'approche *École en santé*.

DEUXIÈME AXE D'INTERVENTION : AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE VACCINATION

Les enfants particulièrement à risque, notamment ceux ayant un retard aux premiers vaccins, devront faire l'objet d'une attention particulière. Des interventions spéciales destinées aux parents de deux enfants ou plus pourraient être bénéfiques pour augmenter la vigilance quant au respect du calendrier de vaccination.

Au niveau de la vaccination des travailleurs de la santé, soutenir l'application des recommandations émanant du rapport *L'infirmière et la vaccination*²⁸, notamment :

- Mettre en place, dans les établissements de santé, des mesures appropriées favorisant la vaccination du personnel (adoption de politique interne en regard de la vaccination, accessibilité élargie à la vaccination, identification d'une personne désignée responsable du programme de vaccination).

Promouvoir la vaccination en milieu hospitalier et la mise à jour du calendrier vaccinal à toutes les occasions. Par exemple, s'assurer que la clientèle hospitalisée est à jour dans sa vaccination et vacciner sur place lorsque requis et possible.

Mettre à jour le calendrier de vaccination des parents lors des visites pour les enfants.

Offrir un lieu d'échanges entre les différents CSSS concernant les mesures prises pour améliorer l'accessibilité aux services de vaccination.

Soutenir l'offre de vaccination dans les milieux non traditionnels ou en émergence et déterminer des modalités d'encadrement.

TROISIÈME AXE D'INTERVENTION : BONIFIER L'OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION PAR LES VACCINATEURS

Il faudra soutenir l'application des recommandations émanant du rapport *L'infirmière et la vaccination*²⁸ portant sur la formation des vaccinateurs, notamment :

- Intensifier les mécanismes de communication avec le ministère de l'Éducation.
- Intégrer, à la formation de base des infirmières, des objectifs d'apprentissage en vaccination.
- Définir le contenu minimal de formation théorique et pratique à l'embauche et en cours d'emploi selon le milieu de travail (CLSC, CH, GMF, etc.).
- Développer un module de formation à l'embauche.
- Développer un cours interactif d'auto-formation sur le Web.
- Recueillir de façon continue les besoins de formation en vaccination selon les milieux de travail.

Une attention particulière devrait être portée aux recommandations suivantes, tirées du même rapport *L'infirmière et la vaccination*, lors de l'introduction de nouveaux programmes, et ce, aux niveaux local régional et provincial :

- Prévoir un délai suffisant pour la planification des nouveaux programmes.
- Informer régulièrement les vaccinateurs des différents travaux préparatoires à l'introduction des vaccins et donner un aperçu des programmes à venir.
- Prévoir le matériel requis pour la formation et la promotion (ex. : outils sur les injections multiples).
- S'assurer de la cohérence du discours à tous les niveaux.

- Évaluer la perception de l'utilité des nouveaux vaccins auprès des vaccinateurs et tenir compte des réticences lors des formations.
- Diffuser la démarche utilisée dans la prise de décision d'un programme de vaccination²⁸.

En fonction des résultats obtenus par le projet VIP, il pourrait également être pertinent de généraliser les formations portant sur les attitudes des vaccinateurs.

Lors de la consultation, il a été également suggéré de :

- Discuter, lors de formations, du rôle de l'infirmière en vaccination, particulièrement parce que la vaccination fait partie du champ d'exercice infirmier depuis 2003.
- Utiliser, lorsque requis pour la clientèle, le Plan Thérapeutique Infirmier (PTI), afin d'augmenter l'offre de services en vaccination.
- Sensibiliser les gestionnaires des établissements de santé à l'importance de la vaccination.
- Utiliser Internet comme outil de transmission de l'information sur la vaccination pour soutenir les vaccinateurs.
- Intégrer à la formation de base des futurs professionnels de la santé (pharmaciens, sages-femmes, etc.) des objectifs d'apprentissage en vaccination.
- Rendre accessible le PIQ, en format papier, aux vaccinateurs.

OBJECTIF TRANSVERSAL : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS LES COUVERTURES VACCINALES AU SEIN DE LA POPULATION

- Des interventions spéciales pourraient être mises en place pour les enfants particulièrement à risque, notamment ceux vivant en situation de grande pauvreté et les enfants de famille nombreuse. Une étude réalisée aux États-Unis en 2004 a illustré que l'utilisation de calendriers vaccinaux personnalisés, comprenant la photo de l'enfant, les dates des rendez-vous de vaccination ainsi que de l'information sur les vaccins et les MEV, avait permis d'augmenter la couverture vaccinale d'enfants provenant de familles ayant un statut socioéconomique faible¹⁴².
- Les programmes intégrés de promotion de la santé et de prévention visant les familles en situation d'extrême pauvreté qui misent sur l'éducation et le développement global devront être soutenus et des interventions de promotion de la vaccination adaptées aux populations vulnérables pourraient y être intégrées.
- Les organismes communautaires Famille relevant du ministère de la Famille et des Aînés pourraient être des milieux propices pour rejoindre des familles vulnérables qui ne bénéficient pas des services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).
- Dans les milieux pluriethniques, particulièrement dans la région de Montréal, les outils de promotion de la vaccination pourraient être traduits en diverses langues, afin de rejoindre les populations immigrantes ne maîtrisant pas le français ni l'anglais.
- Le suivi des couvertures vaccinales selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale pourrait être utilisé comme indicateur pour évaluer les effets des stratégies sur les inégalités des couvertures vaccinales. L'amélioration des couvertures vaccinales pour les individus situés dans les quatrième et cinquième quintiles devrait être visée¹³⁷.

ANNEXE 4

DOCUMENT #1 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS

DOCUMENT #1 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS

Première page d'un document qui en contenait six et qui se voulait un outil à compléter pour soutenir les membres du comité consultatif dans le choix des stratégies prioritaires.

#1 Stratégies visant à augmenter la demande de la communauté pour la vaccination

# de stratégie	Stratégies	Efficacité ¹	Faisabilité et coût ²	Délai pour résultats ³	Ordre de priorité ⁴
Niveau local					
1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner 	***			
1.2	<ul style="list-style-type: none"> • Remise du dossier de vaccination aux patients (carnet de vaccination ou autre relevé) 	*			
1.3	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation/information sur la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux familles vulnérables et lors des visites pré et postnatales 	*			
Niveau régional					
1.4	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation/information : poursuite et amélioration de la diffusion de la Trousse de promotion de la vaccination (ex. : par les services de garde à l'enfance) 	*			

1* = Efficace lorsque jumelée à d'autres interventions;

*** = Efficace lorsque utilisée seule

2* = Difficultés pour la faisabilité et/ou coûts importants;

** = Quelques difficultés pour la faisabilité et/ou coûts moyens;

*** = Bonne faisabilité et/ou coûts faibles

3 Inscrire les termes : court, intermédiaire ou long dans la case, selon le cas : court délai (< 2 ans); délai intermédiaire (2 ≤ 5 ans); long délai (> 5 ans)

4* = Peu prioritaire; ** = Prioritaire; *** = Très prioritaire

ANNEXE 5

DOCUMENT #2 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS

DOCUMENT #2 EN APPUI AU CHOIX DES PRIORITÉS

Les huit stratégies que vous jugez les plus prioritaires

**NOTES : Sélectionner au maximum 8 stratégies que vous jugez prioritaires.
 Classez-les en mettant un chiffre de 1 à 8, 1 étant celle que vous considérez la plus prioritaire
 Ne pas mettre 2 fois le même chiffre
 Merci!**

N'indiquer que les 8 stratégies les plus prioritaires à vos yeux (1 à 8)

Numéro stratégie	Stratégies	Valeur attribuée
1.1	Système de rappel et de relance pour la personne à vacciner	
1.2	Remise du dossier de vaccination aux patients	
1.3	Éducation/information sur la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux familles vulnérables et en visites pré et postnatales	
1.4	Éducation/information : poursuite et amélioration de la diffusion de la Trousse de promotion de la vaccination	
1.5	Éducation/information de la population sur les risques et les bénéfices de la vaccination	
1.6	Éducation/information sur les recommandations vaccinales aux adultes	
1.7	Éducation/information aux parents sur le calendrier de vaccination des nourrissons et sensibilisation aux injections multiples	
1.8	Promotion de la vaccination dans le cadre des programmes destinés aux populations vulnérables	
1.9	Promotion des lignes directrices concernant la vaccination du personnel des établissements de santé	
1.10	Information de la population concernant le suivi effectué par le réseau de surveillance des manifestations survenant suite à la vaccination	
2.1	Réduction de la distance géographique entre les services et la population	
2.2	Augmentation des plages horaires de vaccination	
2.3	Vaccination sans rendez-vous	
2.4	Diminution des coûts	
2.5	Offre de services de vaccination de concert avec les organismes communautaires qui ciblent des clientèles vulnérables	
2.6	Vaccination dans le cadre de d'autres interventions ou visites médicales	
2.7	Vaccination à domicile ou dans les milieux de vie	
2.8	Vaccination dans les milieux de travail pour les adultes	

Les huit stratégies que vous jugez les plus prioritaires (suite)

Numéro stratégie	Stratégies	Valeur attribuée
2.9	Amélioration des méthodes de prise de rendez-vous	
2.10	Mise en place, dans les établissements de santé, de mesures appropriées favorisant la vaccination du personnel	
2.11	Accessibilité des données de vaccination antérieure sur les lieux de vaccination	
2.12	Maintien de la gratuité de la vaccination	
2.13	Soutien de l'offre de vaccination dans les milieux non traditionnels	
3.1	Système de rappel et de relance pour le vaccinateur	
3.2	Vaccination lors des visites de routine afin de minimiser les occasions manquées	
3.3	Administration de tous les vaccins recommandés lors d'une même visite	
3.4	Soutien de la formation régulière des vaccinateurs et y aborder les attitudes et croyances face à la vaccination	
3.5	Offrir de la formation lors de l'embauche	
3.6	Disponibilité de la documentation sur la vaccination	
3.7	Mise en place de standards de qualité de pratique	
3.8	Éducation/information : diffuser la Trousse de promotion de la vaccination aux vaccinateurs et encourager son utilisation	
3.9	Retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales/populations vaccinés	
3.10	Soutien à la mise à jour et à l'amélioration des compétences des vaccinateurs	
3.11	Formation/éducation sur les injections multiples	
3.12	Promotion de l'utilisation du calendrier accéléré pour rattraper un retard vaccinal	
3.13	Sensibilisation des milieux d'éducation des professionnels de la santé à l'importance de l'enseignement relatif à la vaccination	
3.14	Soutien des régions dans la mise à jour et l'amélioration des compétences des vaccinateurs	
3.15	Soutien des régions pour la sensibilisation et la formation des vaccinateurs quant aux recommandations vaccinales pour les adultes	
3.16	Révision de la rémunération accordée aux médecins vaccinateurs par la RAMQ	
3.17	Soutien de la formation en vaccination des infirmières d'Info-Santé	

