



Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Octobre 2015

AUTEURES

Maryse Guay, M.D., M. Sc., F.R.C.P.C.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre/Direction de santé publique
Université de Sherbrooke
Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Paule Clément, M.O.A.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Carole Vanier, Ph. D.

Institut national de santé publique du Québec
Université de Sherbrooke

Sandie Briand, Ph. D.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS ET PARTICIPANTES COCHERCHEUSES*

Membres du Comité d'orientation

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

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

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

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

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

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

MISE EN PAGE

Francine Laroche-Savard

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

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

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2016

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-74627-0 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-74628-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

Les auteures remercient chaleureusement toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de cette étude. Il s'agit des membres du Comité d'orientation, des membres des comités de pilotage, des collègues de la Direction de santé publique de la Montérégie, de Lanaudière et de la Mauricie et du Centre-du-Québec, du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de l'Institut national de santé publique du Québec, du Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne et de l'Université de Sherbrooke. Les travaux réalisés dans le cadre de l'étude ont bénéficié de l'appui de plusieurs personnes et les auteures tiennent particulièrement à remercier mesdames Aicha Hamid, Isabelle Martin, Nathalie Bernier, Monia Ghorbel, Caroline Laberge, Andrée-Anne Paré-Plante, Stéphanie Lanthier-Labonté et Michele Glazebrook. Elles remercient également les gestionnaires et membres du personnel des diverses organisations impliquées dans le projet pour leur confiance et leur engagement à son accomplissement. Enfin, les auteures sont reconnaissantes de la contribution des parents des jeunes enfants qui ont accepté de partager leur opinion sur la vaccination.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des annexes <i>Méthodologiques et Résultats (documents distincts)</i>	IX
Liste des sigles et acronymes.....	XI
Messages clés.....	1
Résumé.....	3
1 Introduction.....	9
2 Mise en contexte.....	11
2.1 Que nous dit la littérature scientifique sur l'organisation des services de vaccination?.....	12
2.2 Cadre conceptuel de départ.....	14
2.3 Objectifs.....	16
3 Méthode.....	17
3.1 Échantillon.....	18
3.2 Variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données.....	21
3.3 Déroulement.....	27
3.4 Comité d'éthique de la recherche.....	29
4 Résultats.....	31
4.1 Travaux réalisés.....	31
4.2 Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans.....	40
4.3 Bilan de l'accompagnement.....	68
4.4 Retombées et suites du projet.....	75
5 Discussion.....	83
5.1 Le modèle.....	83
5.2 La méthode et le processus de l'étude.....	89
5.3 Les forces et limites de l'étude.....	90
6 Conclusion et pistes d'action.....	93
Références.....	97
Annexe 1 Liste des collaborateurs et participantes cochercheuses ainsi que leur organisation d'appartenance au moment où ils ont contribué à l'étude.....	103
Annexe 2 Description du comité de pilotage pour une région.....	109
Annexe 3 Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude.....	113
Annexe 4 Plan de collecte et d'analyse des données.....	119
Annexe 5 Liste des outils élaborés pour le projet selon leur type, 2010-2015.....	123
Annexe 6 Références consultées pour l'élaboration du modèle optimal.....	127
Annexe 7 Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans.....	131
Annexe 8 Nombre de rencontres dans les régions, selon le type de rencontres, 2010-2015.....	201
Annexe 9 Caractéristiques des participants aux rencontres des comités de pilotage et aux entrevues dans les régions de la Montérégie, de Lanaudière et de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 195).....	205

Annexe 10	Documents élaborés par l'équipe de recherche lors de la phase d'expérimentation	211
Annexe 11	Bilan de la phase d'expérimentation réalisé auprès des CSSS des 3 régions participantes.....	215
Annexe 12	Caractéristiques des parents participants selon leur statut d'hésitation à la vaccination	233
Annexe 13	Facteurs qui augmentent ou diminuent la chance pour un parent d'être hésitant à la vaccination	237
Annexe 14	Enjeux identifiés et pouvant faire l'objet d'un dialogue lors d' « États généraux sur la vaccination 0-5 ans ».....	241

Liste des tableaux

Tableau 1	Participants à l'étude, 2010-2015.....	18
Tableau 2	Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude.....	22
Tableau 3	Diverses productions selon les étapes franchies au cours du projet.....	32
Tableau 4	Nombre d'actions implantées durant ou avant l'expérimentation selon les CSSS.....	34
Tableau 5	Conditions favorables à l'implantation des changements.....	36
Tableau 6	Défis rencontrés lors de la phase d'expérimentation du modèle.....	38
Tableau 7	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 1 – Population.....	42
Tableau 8	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 2 – Promotion de la vaccination.....	44
Tableau 9	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 3 – Ressources.....	48
Tableau 10	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 4 – Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans.....	54
Tableau 11	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 5 – Formation.....	59
Tableau 12	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 6 – Gestion des produits immunisants.....	60
Tableau 13	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 7 – Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI).....	63
Tableau 14	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 8 – Qualité de l'acte vaccinal.....	64
Tableau 15	Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 9 – Environnement.....	67
Tableau 16	Description du soutien offert par l'équipe de recherche selon les étapes du projet, 2010-2015.....	69
Tableau 17	Conditions favorables à l'accompagnement.....	71
Tableau 18	Défis rencontrés lors de l'accompagnement.....	73
Tableau 19	Retombées de l'étude.....	77
Tableau 20	Pistes de réflexion sur les conditions gagnantes pour l'implantation du modèle dans d'autres CSSS/CISSS.....	94

Liste des figures

Figure 1	Cadre conceptuel de départ	15
Figure 2	Structure organisationnelle de l'étude	21
Figure 3	Déroulement du projet, 2010-2015	28
Figure 4	Évolution du nombre d'actions retenues au cours de la phase d'expérimentation	35
Figure 5	Modèle optimal d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans.....	40

Liste des annexes *Méthodologiques et Résultats* (documents distincts)

► Les annexes sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2070>.

Liste des sigles et acronymes (AM-AR)

Annexes « Méthodologiques »

N° de l'annexe

Grille de collecte sur les services de vaccination 0-5 ans en CSSS.....	AM-1
Guide d'entrevue pour les échanges lors des réunions des comités de pilotage (phase Découverte).....	AM-2a
Guide d'entrevue utilisé pour la description des activités de vaccination 0-5 ans au palier régional (phase Découverte).....	AM-2b
Guide d'entrevue utilisé auprès du personnel des services de vaccination en CSSS et autres informateurs-clés des RLS (phases Découverte, Désir et Design).....	AM-2c
Guide d'entrevue utilisé auprès des membres des comités de pilotage (phase Désir).....	AM-2d
Guide d'entrevue utilisé auprès des équipes en immunisation des DSP (phases Découverte, Désir et Design).....	AM-2e
Guide d'entrevue utilisé auprès des responsables des CSSS lors des rencontres de suivi de la phase d'expérimentation (phase Devenir).....	AM-2f
Guide d'entrevue utilisé auprès des responsables des CSSS et autres informateurs-clés pour dresser le bilan de la phase d'expérimentation (phase Devenir).....	AM-2g
Guide d'entrevue utilisé auprès des membres des comités de pilotage pour dresser le bilan de la phase d'expérimentation et échanger sur les suites du projet.....	AM-2h
Guide d'entrevue utilisé auprès des responsables des DSP pour évaluer le processus d'accompagnement.....	AM-2i
Questionnaire aux parents (français, anglais) – Étude sur la vaccination des enfants de 0-5 ans.....	AM-3
Grille de codification des données qualitatives.....	AM-4
Questionnaire de renseignements sociodémographiques autoadministré aux participants lors des rencontres ou entrevues de groupe.....	AM-5
Aide-mémoire pour la collecte de données effectuée lors des rencontres de suivi de la phase d'expérimentation.....	AM-6
Feuille de route remplie par les responsables des CSSS durant l'expérimentation.....	AM-7
Fiche de suivi remplie par l'équipe de recherche après chaque rencontre de suivi durant l'expérimentation.....	AM-8
Questionnaire d'appréciation de la rencontre autoadministré aux participants lors des entrevues de groupe.....	AM-9
Questionnaire d'appréciation de la rencontre autoadministré aux membres des comités de pilotage.....	AM-10
Document décrivant l'offre d'accompagnement de l'équipe de recherche pour les DSP.....	AM-11a
Modèle de plan d'accompagnement.....	AM-11b

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

Description du rôle des personnes représentant le CSSS AM-11c

Formulaire de consentement éclairé AM-12

Annexes « Résultats »

N° de l'annexe

Table des matières d'un portrait des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans offerts en CSSS..... AR-1

Table des matières d'un portrait des activités de vaccination 0-5 ans au palier régional AR-2

Modèle actuel des services de vaccination offerts aux paliers local et régional aux enfants de 0-5 ans (en date de mai 2014) AR-3

Synthèse des forces et désirs/défis identifiés dans les trois régions à l'étude..... AR-4

Nombre de CSSS dans lesquels les actions du modèle optimal ont été implantées selon le moment (avant ou durant l'expérimentation) et selon la liste des actions AR-5

Facteurs favorables, défis rencontrés et retombées de l'expérimentation (résultats par action)..... AR-6

Liste des sigles et acronymes

ASI	Assistante du supérieur immédiat
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CV	Couverture vaccinale
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
ESPRI	Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation
FEJ	Famille-Enfance-Jeunesse
GMF	Groupe de médecine de famille
GPI	Gestion des produits immunisants
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MCQ	Mauricie et Centre-du-Québec
MÉPI	Maladie évitable par l'immunisation
MEV	Maladie évitable par la vaccination
MI	Maladie infectieuse
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OSV	Organisation des services de vaccination
PCC	Participant·es cochercheuses
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQI	Programme québécois d'immunisation
RC	Rapport de cotes

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RV	Rendez-vous
SI-PMI	Système d'information en protection des maladies infectieuses
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TCNMI	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
TCRSP	Table de concertation régionale en santé publique
TFCPS	Task Force on Community Preventive Services

Messages clés

Contexte

Ce rapport de l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?* vise à proposer le modèle optimal d'organisation des services de vaccination des 0-5 ans au Québec. L'étude a été réalisée de 2010 à 2015, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, devant le constat que, malgré tous les efforts investis, les couvertures vaccinales n'atteignent pas les objectifs visés. Des retards dans l'obtention des rendez-vous de vaccination et des disparités importantes dans l'organisation et l'accès aux services de vaccination entre les centres locaux de services communautaires (CLSC) avaient également été identifiés. Une révision de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans était donc souhaitée afin que les jeunes enfants québécois puissent obtenir les services de vaccination requis, performants et en temps opportun.

Le modèle proposé ici, issu d'une recherche-action, est l'aboutissement de la réflexion, de travaux de conceptualisation et de modélisation ainsi que de son expérimentation par des acteurs du Programme québécois d'immunisation de 14 centres de santé et de services sociaux/réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (CSSS/RLS) et des directions de santé publique (DSP) de Lanaudière, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de la Montérégie.

Résultats

- Le modèle optimal proposé s'articule autour de 9 composantes : 1) Population; 2) Promotion de la vaccination; 3) Ressources; 4) Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans; 5) Formation; 6) Gestion des produits immunisants; 7) Gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les manifestations cliniques inhabituelles; 8) Qualité de l'acte vaccinal; 9) Environnement. Chacune des composantes se décline ensuite en 1 à 13 stratégies, elles-mêmes définies en un total de 109 activités ou actions.
- Le modèle est caractérisé par son adaptabilité, permettant l'implantation et l'ajustement à la carte des stratégies (ex. : Stratégie 7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination) et actions suggérées (ex. : Action 4.6.1 Établir et appliquer un système de rappel pour la vaccination 0-5 ans). Cette caractéristique permet d'offrir des services qui correspondent aux réalités, aux particularités locales et régionales et aux besoins de la population. Le modèle contient des stratégies et actions qui sont déjà implantées dans plusieurs CSSS, mais dont les modalités d'application sont variables.
- L'enquête réalisée auprès de parents d'enfants de 0-5 ans en Montérégie et dans Lanaudière, constituant l'un des volets de l'étude, a démontré que le tiers d'entre eux ont déjà hésité à faire vacciner leur enfant. La faible importance accordée aux vaccins, la perception que ceux-ci sont peu utiles, peu sécuritaires ou trop nombreux, ainsi que la pression ressentie de l'entourage ou de la société, sont des facteurs associés à l'hésitation à la vaccination. Le modèle tient compte des résultats de cette enquête.

Pistes d'action

- Les participantes à l'étude ont affirmé leur volonté de lui donner suite, de poursuivre la réalisation des actions retenues du modèle lors de la phase d'expérimentation et d'assurer la pérennité de ces actions en mettant en place une deuxième phase d'implantation au cours de laquelle de nouvelles actions pertinentes et efficaces pourraient s'ajouter.

- L'approche participative, utilisée tout au long de l'étude, a permis de mobiliser les acteurs impliqués en vaccination 0-5 ans et s'est révélée être un élément facilitant pour la construction et l'implantation d'un modèle d'organisation des services.
- L'étude a permis d'identifier des pistes d'action permettant d'implanter le modèle optimal dans d'autres CSSS—centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et d'offrir un accompagnement aux responsables impliqués. Le matériel développé dans le cadre de l'étude pourrait avantageusement être rassemblé et réutilisé à cette fin.
- Comme le prévoit le modèle, la tenue d'États généraux regroupant l'ensemble des acteurs impliqués en vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec permettrait de poursuivre la réflexion sur certains des enjeux soulevés par l'étude (ex. : pertinence de jumeler d'autres services aux activités de vaccination des nourrissons, comme des services de périnatalité). Ces États généraux permettraient aussi de pallier l'une des limites de l'étude, soit la quasi absence des vaccinateurs hors CSSS au processus, bien que moins de 25 % des visites de vaccination des jeunes québécois aient lieu hors CSSS.
- Même si le modèle et le présent rapport sont publiés au moment où s'amorcent des changements dans les structures sanitaires avec l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015), le caractère générique du modèle, des conclusions et des pistes d'action de l'étude, permettront une application à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1^{re} ou 2^e ligne.

Résumé

Introduction

La vaccination, une des stratégies phares de santé publique, repose sur une organisation complexe et soumise à de nombreuses contraintes. Au Québec, les services de vaccination s'adressant aux enfants de 0-5 ans sont offerts surtout dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) (plus de 75 % des visites de vaccination sont en CSSS) (maintenant les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)), installations centres locaux de services communautaires (CLSC), et en clinique médicale. Malgré tous les efforts investis, les couvertures vaccinales n'atteignent pas les objectifs visés, et des retards dans l'obtention des rendez-vous de vaccination pour les nourrissons avaient été objectivés dès 2006. Par ailleurs, des disparités importantes dans l'organisation des services de vaccination entre les CLSC, à l'égard de l'accès à ces services et dans les coûts estimés d'une visite de vaccination, étaient reconnues.

La présente étude a été réalisée dans ce contexte, de 2010 à 2015. L'objectif principal était d'élaborer et d'implanter un ou des modèles optimaux d'organisation des services de vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec. Les objectifs spécifiques étaient, relativement aux services de vaccination des 0-5 ans au Québec, de : 1) Décrire l'ensemble des composantes actuelles pour en dresser un portrait; 2) Établir le modèle logique actuel; 3) Explorer les paramètres qui fonctionnent bien; 4) Identifier les éléments qui doivent être modifiés; 5) Implanter les changements en vue de services optimaux; 6) Décrire et évaluer le processus d'implantation des changements mis en œuvre; 7) Décrire et évaluer le processus d'accompagnement réalisé dans le cadre du projet.

L'étude s'est déroulée dans un cadre organisationnel dont les structures ont été transformées avec l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015). Comme l'étude se termine au moment où s'amorcent ces changements, le caractère générique de ses conclusions et de ses pistes d'action fera en sorte qu'elle s'appliqueront sans doute à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1^{re} ou 2^e ligne, bien qu'il soit question ici des CSSS pour référer aux établissements où les services de vaccination étaient rendus durant la période 2010-2015 de l'étude.

Méthode

Le cadre conceptuel de départ a tenu compte des grandes composantes du Programme québécois d'immunisation (PQI), lui-même accompli par des services et des activités réalisés aux paliers local, régional et provincial. L'étude a été menée selon un dispositif de recherche-action de type *Appreciative Inquiry* (Approche positive; en 4 phases: Découverte, Désir, Design et Devenir) (Reed, 2007) et une étude de cas multiples (Yin, 2009). Quelques volets quantitatifs se sont également ajoutés. L'étude a porté sur 3 cas regroupant 14 CSSS/RLS : 1) le cas de la région de Lanaudière (1 des 2 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)); 2) le cas de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) (les 8 RLS de la région); 3) le cas de la région de la Montérégie (5 des 11 RLS de la région). L'étude s'est appuyée sur une structure organisationnelle formée d'un comité de pilotage pour chacun des cas à l'étude et d'un Comité d'orientation responsable du suivi des travaux et du processus de révision de l'étude.

La population étudiée était composée : 1) pour chacun des cas, des acteurs impliqués dans le programme de vaccination des enfants de 0-5 ans à l'échelle régionale et locale ainsi que du comité de pilotage créé pour l'étude, comité composé des représentantes de la Direction de santé publique (DSP), des représentantes des CSSS participants et des membres de l'équipe de recherche; 2) du

Comité d'orientation, composé d'une représentante de chacun des cas, des membres de l'équipe de recherche élargie et d'une représentante du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 3) des parents d'enfants de 2 mois à 5 ans des régions de Lanaudière et de la Montérégie. Les variables à l'étude étaient en lien avec l'organisation des services de vaccination des enfants et en lien avec le processus de l'étude. Les données ont été colligées à l'aide de divers instruments de mesure et de méthodes de collecte.

Après la préparation du terrain en 2010-2011, la phase Découverte s'est déroulée en 2011-2013 dans le but de décrire et de réfléchir à toutes les facettes de l'organisation des services de vaccination dans les CSSS et les DSP. Les travaux des comités de pilotage ont permis d'élaborer le portrait des activités de vaccination et le modèle actuel d'organisation des services de vaccination (OSV) 0-5 ans, en plus d'identifier les premiers éléments du modèle optimal (phase Désir). Des entrevues de groupe auprès des équipes locales (dont peu de vaccinateurs hors CSSS) et régionales en immunisation, réalisées entre la fin 2012 et le printemps 2014, ont permis d'enrichir la construction du modèle et d'entrevoir les moyens pour l'implanter (phases Désir et Design). Le modèle s'est graduellement construit au fil du déroulement de l'étude pour en arriver à une proposition pour expérimentation (phase Devenir) qui s'est déroulée dans les 14 CSSS en 2014. Le bilan de l'expérimentation a été effectué par des entrevues auprès des personnes-clés dans les CSSS et auprès des membres des comités de pilotage à la fin de 2014. À la suite de ce bilan, un modèle tenant compte des enseignements tirés a été présenté puis validé par les membres des comités au début de 2015.

Parallèlement, une enquête a été menée en 2013 auprès des parents se présentant pour la vaccination de leur enfant dans 6 CSSS de la Montérégie et de Lanaudière. Un questionnaire autoadministré leur était remis durant la période d'observation postvaccination. Les parents étaient interrogés sur leurs croyances et perceptions de la vaccination, en lien avec l'hésitation à la vaccination, et sur leur satisfaction face aux services reçus. Les données ont été collectées à l'occasion de 54 jours de cliniques de vaccination dans 19 sites différents, autant en avant-midi, en après-midi, qu'en soirée. La participation des parents était volontaire. Pour identifier les facteurs associés à l'hésitation à la vaccination, des analyses de régression logistique ont été réalisées.

Le processus d'accompagnement a également fait l'objet d'une évaluation au cours des 5 ans du projet. Divers documents d'accompagnement ont été produits pour soutenir le déroulement des travaux, et des entrevues ont été réalisées auprès des membres des comités de pilotage et des responsables régionales afin d'évaluer les facteurs favorables et les défis liés à l'accompagnement.

Résultats

Tout au long de l'étude, divers documents et livrables ont été produits, lesquels visaient à rendre compte des travaux effectués et à guider la réflexion de l'étape suivante. Ainsi, au sein des comités de pilotage, les portraits élaborés ont décrit les activités de vaccination, et l'ensemble de ces portraits a permis d'esquisser le modèle actuel d'organisation des services de vaccination 0-5 ans aux paliers local et régional. Ce modèle a été présenté selon de grandes constituantes (ex. : promotion, ressources) composées de stratégies (ex. : accessibilité aux sites de vaccination), elles-mêmes détaillées en activités ou actions.

À la suite des travaux précédents et des entrevues réalisées auprès des équipes des CSSS et des DSP, la première ébauche du modèle optimal d'OSV 0-5 ans, comportant 89 actions ou activités, a été proposée pour expérimentation. Les stratégies et actions à expérimenter dans les établissements ont été choisies à la carte. Au total, 62 actions différentes du modèle optimal d'OSV 0-5 ans ont été mises en œuvre en cours d'expérimentation, soit en moyenne 9 actions par CSSS. Par exemple, les actions suivantes ont été expérimentées : fournir des outils pour aider le personnel de soutien dans la

gestion de la prise de rendez-vous et désigner une infirmière pivot en vaccination. Le choix des actions s'est appuyé notamment sur les résultats aux ententes de gestion en vaccination, les ressources disponibles, la faisabilité d'implantation et certains enjeux organisationnels (ex. : restructuration des services, déménagement). Plusieurs actions du modèle optimal étaient déjà implantées dans les CSSS avant le début de l'expérimentation, soit en moyenne 31 actions par CSSS. Une action déjà d'usage pouvait également être retenue pour expérimentation afin d'en appliquer de nouvelles modalités, par exemple la confirmation de rendez-vous pouvait être retenue comme action à expérimenter afin de tester de nouveaux moyens de confirmation.

En ce qui concerne l'enquête auprès des parents, les résultats ont montré que le tiers d'entre eux ont déjà hésité à faire vacciner leur enfant. La faible importance accordée aux vaccins, la perception que ceux-ci sont peu utiles pour renforcer l'immunité ou pour prévenir les maladies, qu'ils sont peu sécuritaires ou trop nombreux, ainsi que la pression ressentie de l'entourage ou de la société pour la vaccination, sont associés à l'hésitation. Par ailleurs, la majorité des parents interrogés était satisfaite des services de vaccination reçus.

Modèle optimal d'organisation des services de vaccination

Le modèle optimal, qui a évolué au fil des discussions, des allers-retours au sein des comités et du bilan de l'expérimentation (8 versions au total), constitue l'aboutissement de l'étude. Il est détaillé au rapport ainsi que dans un document indépendant intitulé *Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans* (voir document en annexe ou la publication distincte). Il a été élaboré dans la perspective du mandat de responsabilité populationnelle et de coordination du réseau local de services (RLS) qui était confié aux CSSS. Au final, le modèle est organisé en 9 composantes : 1) Population; 2) Promotion de la vaccination; 3) Ressources; 4) Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans; 5) Formation; 6) Gestion des produits immunisants (GPI); 7) Gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les manifestations cliniques inhabituelles (MCI); 8) Qualité de l'acte vaccinal; 9) Environnement. Chacune des composantes se décline ensuite en 1 à 13 stratégies, elles-mêmes définies en 109 activités ou actions à implanter au total. Les raisons et justifications sur lesquelles s'appuie le choix des stratégies et actions sont expliquées. Par exemple, des services de vaccination dans les milieux de vie sont préconisés (Stratégie 4.10), car l'accessibilité géographique constitue un enjeu dans plusieurs territoires du fait notamment de leur vaste étendue ou de l'absence de transport en commun.

Bien que le modèle propose principalement des stratégies et actions visant le palier local, certaines visent les paliers provincial (ex. : Activité 1.1.1 Poursuivre l'analyse des déterminants de la vaccination par des enquêtes périodiques sur la couverture vaccinale au Québec) et régional (ex. : Action 6.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une politique régionale de GPI). De plus, les modalités d'application des actions du modèle prévoient l'instance responsable de l'implantation et les organisations qui apporteront leur collaboration (ex. : Activité 8.2.1 Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal en CSSS – CSSS responsable de l'implantation en collaboration avec la DSP). Certaines actions dont l'implantation relève des CSSS font partie d'une catégorie *tronc commun*, c'est-à-dire que ces actions pourraient être mises en œuvre dans l'ensemble des CSSS (ex. : Action 4.7.2 Adapter le temps alloué à la vaccination en fonction de la présence ou non d'un suivi médical). D'autres peuvent être mises en œuvre *selon les particularités du territoire*, c'est-à-dire que l'implantation peut être effectuée ou non, en prenant en considération le contexte ou les caractéristiques locales (ex. : Action 4.12.3 Vacciner à l'école les enfants de la maternelle dont la vaccination n'est pas à jour). Enfin, parmi l'ensemble des actions proposées, certaines devraient être implantées en priorité en considérant les interventions recommandées dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, les travaux entourant la Phase II du plan d'action, ainsi que

les stratégies démontrées efficaces (ex. : Action 4.6.1 Établir et appliquer un système de rappel pour la vaccination 0-5 ans).

Bilan de l'accompagnement et retombées

Les participantes ont témoigné de leur appréciation de l'accompagnement reçu et du soutien offert par l'équipe de recherche, dont la nature et l'objet ont varié selon les étapes du projet. L'expertise des participantes, leur engagement et leur motivation à l'endroit du projet, la rigueur dont elles ont fait preuve dans la réalisation des travaux et les liens de confiance qui se sont tissés entre elles ont été jugés favorables à l'accompagnement offert. Différents aspects contextuels et organisationnels ont aussi rendu l'expérience positive, dont le soutien et la collaboration de la direction des CSSS et des représentantes régionales. Enfin, le déroulement du projet lui-même, les diverses rencontres, la mobilisation liée au travail en comité de pilotage et le soutien fourni par la DSP ont également contribué à un accompagnement réussi.

Parmi les éléments contextuels ou organisationnels qui ont représenté des défis à l'accompagnement, on retrouve les ressources humaines insuffisantes en vaccination, le climat de tension associé aux compressions budgétaires en CSSS ainsi que les nombreux changements organisationnels survenus au sein des CSSS au cours du projet. Enfin, le projet de recherche lui-même a été à l'origine de certains défis, tant par l'approche participative et les enjeux qu'elle soulève, que par son aspect novateur.

Les participantes ont souligné les retombées positives observées dans la foulée du projet. Selon elles, l'étude a apporté, dans les organisations, un souffle nouveau à l'égard des services de vaccination 0-5 ans. Elles perçoivent que les parents sont mieux informés sur la vaccination et davantage sensibilisés au respect des délais vaccinaux, entre autres du fait que les infirmières en parlent dès la visite postnatale. La démarche a aussi permis aux représentantes des CSSS de développer leurs connaissances et leur expertise et d'être mieux outillées quant à la révision des façons de faire en vaccination. Le développement de liens et de rapports d'entraide entre les représentantes des CSSS ainsi que l'appropriation et l'intégration de l'approche participative constituent d'autres retombées positives. La participation à l'entrevue de groupe a fait en sorte que les membres des équipes se sont sentis partie prenante au projet, suscitant ainsi une mobilisation et une sensibilisation accrues par rapport à la vaccination. L'importance de la contribution des agentes administratives au processus de vaccination a aussi été mieux reconnue. Le projet dans son ensemble a contribué au développement d'une culture d'amélioration continue au sein de l'équipe en vaccination, tant pour la clientèle que pour la satisfaction au travail et la qualité de l'acte vaccinal. Enfin, le projet a mis en évidence le besoin de formation des vaccinatrices en entretien motivationnel et celui des agentes administratives concernant les rendez-vous de vaccination.

On témoigne aussi d'une meilleure structure dans le fonctionnement de la vaccination 0-5 ans dans les CSSS, et d'une meilleure gestion des rendez-vous de vaccination. D'autres retombées ont été observées, soit une amélioration de la qualité de l'acte vaccinal et du climat de travail chez les infirmières, des ajustements favorables à certaines pratiques en matière de gestion des produits immunisants ainsi qu'une meilleure compréhension des activités de vaccination au plan régional. La réalisation de l'étude a permis, chez plusieurs, une meilleure compréhension des indicateurs de gestion en vaccination, de leurs limites et de leur effet de levier. Le projet a aussi favorisé, chez les représentantes des CSSS, une meilleure connaissance des indicateurs de surveillance et du calcul des couvertures vaccinales, une meilleure exploitation et diffusion des données disponibles, une préoccupation accrue par rapport à la qualité de ces données et un intérêt croissant par rapport à l'évaluation des résultats des changements mis en œuvre.

La réalisation de l'étude a contribué à ce que le rôle et le mandat de vaccination dans les CSSS et les DSP soient davantage reconnus et valorisés. Elle a aussi sensibilisé les gestionnaires et les décideurs des CSSS et des DSP à la complexité et à l'ampleur de la tâche en vaccination. On a observé aussi, au sein des CSSS, une responsabilité partagée par rapport à la vaccination, dans un contexte où celle-ci n'est plus perçue comme relevant uniquement des infirmières et où la santé publique n'est plus seule à porter ce dossier. Les échanges en cours de projet ont par ailleurs favorisé le développement d'une réflexion concernant le rôle des vaccinateurs hors CSSS, bien que la participation de ces derniers en cours d'étude n'ait pas atteint l'ampleur souhaitée.

En plus des retombées positives perçues, les participantes ont clairement affirmé leur volonté de donner suite au projet. On prévoit ainsi poursuivre la réalisation des actions retenues lors de la phase d'expérimentation, assurer la pérennité de ces actions et mettre en place une deuxième phase d'implantation au cours de laquelle de nouvelles actions jugées pertinentes et efficaces pourraient s'ajouter. On s'inscrit donc dans un processus d'amélioration continue qui se poursuivra au-delà de l'étude, gardant ainsi vivante la démarche d'amélioration amorcée. On souhaite finalement que le MSSS mette en œuvre les recommandations découlant du projet de recherche.

Enfin, bien que les participantes entendent avec optimisme la continuation des améliorations en vaccination 0-5 ans dans leur milieu, elles ont soulevé différentes préoccupations reliées au contexte actuel dans le domaine de la santé et des services sociaux et à l'impact potentiel de cette situation sur l'organisation des services de vaccination 0-5 ans. Le déploiement prochain ou en cours du volet immunisation du Système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI) dans les CSSS et les préoccupations relativement aux répercussions éventuelles de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* sont particulièrement sources d'inquiétude.

Discussion et pistes d'action

Les objectifs de l'étude ont été atteints. Un modèle d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans est maintenant disponible, et ses caractéristiques permettent d'en faire une implantation adaptée aux contextes spécifiques et à la forme que prendront la 1^{re} et la 2^e ligne de prestation des services dans les nouveaux CISSS. L'étude a plusieurs forces tenant notamment de la méthode participative appliquée avec rigueur et soin. Une des limites principales de l'étude est que, malgré la volonté de départ, les vaccinateurs hors CSSS, soit les médecins en clinique médicale ou les infirmières en clinique privée, n'ont pu être inclus autant que souhaité lors des divers travaux et étapes de l'étude. Cela restreint la capacité du modèle à traduire fidèlement les réalités des quelques CSSS/RLS où une proportion plus importante d'enfants sont vaccinés hors CSSS (soit moins de 25 % des visites de vaccination).

Au-delà du fait qu'il devrait continuer à évoluer dans les établissements participants, il est légitime d'aspirer à un ancrage plus large du modèle dans d'autres CISSS. À cet effet, plusieurs pistes méritent d'être suivies, pistes ayant émergé de l'expérience acquise au fil de l'étude. La démarche de suivi du projet dans les CISSS devrait s'appuyer, entre autres, sur un processus par étape débutant par une évaluation et un portrait rigoureux de la situation de départ. La mobilisation des équipes en place par divers moyens, ainsi que la participation de ressources d'expérience, engagées et stables, ayant la capacité de poser un regard critique sur les façons de faire, constituent d'autres conditions qui semblent essentielles. Un accompagnement provenant d'instances régionales soutenues par des personnes ayant vécu l'expérience (ex. : l'équipe de recherche) pourrait aussi s'avérer gagnant; les rôles et responsabilités de chacun seraient clairement définis, les attentes mutuelles seraient énoncées au départ et la libre circulation de l'information serait permise. Le matériel développé dans

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

le cadre de l'étude pourrait avantageusement être rassemblé et réutilisé à cette fin. Tout cela devrait se réaliser dans une démarche transparente et prenant assise sur une relation de confiance.

Enfin, pour que le modèle puisse avoir une plus grande force d'impact, les stratégies, les actions et les activités relevant des paliers provincial et régional devront évidemment être mises en œuvre. Il s'agit par exemple de la promotion de la vaccination ou encore de prises de position plus systémiques comme celle de la place de la vaccination hors CSSS/CISSS. Le climat actuel de réorganisation dans le réseau des établissements de santé pourrait d'ailleurs représenter une opportunité intéressante et un terrain fertile pour apporter les ajustements nécessaires. La tenue d'États généraux pourrait s'avérer une avenue à privilégier pour amorcer une réflexion globale regroupant l'ensemble des acteurs impliqués en vaccination 0-5 ans au Québec, et permettrait notamment de pallier la limite de la présente étude à l'égard de la contribution des vaccinoteurs hors CSSS.

1 Introduction

La vaccination est l'une des stratégies phares de santé publique, mais pour qu'un enfant de 0-5 ans soit vacciné, les gestes techniques qui la sous-tendent doivent être appuyés par une organisation fort complexe soumise, comme le reste du système de soins, à de nombreuses contraintes. C'est dans ce contexte qu'à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?* a été réalisée de 2010 à 2015. L'objectif principal de cette étude était d'élaborer et d'implanter un ou des modèles optimaux d'organisation des services de vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient, relativement aux services de vaccination des 0-5 ans au Québec, de : 1) Décrire l'ensemble des composantes actuelles pour en dresser un portrait; 2) Établir le modèle logique actuel; 3) Explorer les paramètres qui fonctionnent bien; 4) Identifier les éléments qui doivent être modifiés; 5) Implanter les changements en vue de services optimaux; 6) Décrire et évaluer le processus d'implantation des changements mis en œuvre; 7) Décrire et évaluer le processus d'accompagnement réalisé dans le cadre du projet.

Le présent document constitue le rapport final de cette étude. Il vise à proposer le modèle optimal d'organisation des services pour la vaccination des 0-5 ans au Québec élaboré au fil de l'étude. Il relate aussi le chemin parcouru avec les collègues des 14 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des trois directions de santé publique (DSP) qui ont participé aux travaux afin d'en arriver à ce modèle proposé.

Pour ce faire, suite à une brève mise en contexte, le cadre conceptuel de départ sera présenté, après quoi les éléments de méthode seront résumés. Les principaux résultats de l'étude, divisés selon 4 sections, suivront et décriront, premièrement, les travaux réalisés dans la quête vers le modèle optimal ainsi que les enseignements tirés au fil de ce parcours. Deuxièmement, le modèle lui-même sera exposé ainsi que les justifications de son contenu. Troisièmement, le bilan de l'accompagnement offert tout au long du projet sera amené, puis viendront les retombées et les suites du projet. Plus loin, ces résultats seront discutés tant à l'égard du modèle que du processus employé pour y arriver. Enfin, les conclusions et des pistes d'action seront avancées. Dans un but de simplification, pour référer à l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?*, nous utiliserons les termes « l'étude OSV » ou « le projet OSV » pour l'organisation des services de vaccination.

Étant donné l'ampleur, la durée et la nature de l'étude, de nombreux documents méthodologiques ont été nécessaires à sa conduite. Aussi de nombreux résultats en découlent. Pour alléger le texte et faciliter la compréhension, seulement les grandes lignes de la méthode sont décrites ici. Plus de détails sont présentés aux annexes méthodologiques (AM) auxquelles on réfèrera au fur et à mesure. Au besoin, à la section résultats, des rappels méthodologiques seront faits. Il en est de même pour les résultats dont seuls les principaux seront rapportés dans ce rapport. Les résultats complémentaires se trouveront en annexe du rapport ou aux annexes résultats (AR) dont il sera fait mention lorsque pertinent.

L'étude s'est déroulée dans un contexte organisationnel dont les structures ont été modifiées avec l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015). Comme l'étude se termine au moment où s'amorcent ces changements, le caractère générique de ses conclusions et de ses pistes d'action fera en sorte qu'elles s'appliqueront sans doute à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1^{re} ou 2^e ligne.

2 Mise en contexte

La vaccination est une des stratégies de santé publique des plus efficaces (Agence de la santé publique du Canada, 2013) et est considérée comme un indicateur de qualité des soins (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011). Depuis que la vaccination est utilisée largement, plusieurs maladies ont été contrôlées, certaines comme la poliomyélite ou la variole ayant même été éliminées ou éradiquées (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Pour que cette stratégie de santé publique puisse démontrer son efficacité, il faut évidemment que les vaccins disponibles puissent être relayés auprès de la population et qu'ils soient administrés aux individus à protéger. Ce geste technique, qui semble à première vue assez simple et anodin, doit être soutenu par une organisation au contraire fort complexe qui, au Québec, se retrouve tant aux paliers provincial, régional que local.

Au Québec, les services de vaccination s'adressant aux enfants de 5 ans ou moins sont rendus surtout dans les CSSS¹ installations Centre local de services communautaires (CLSC) et chez les médecins de famille en cabinet, mais aussi, dans une moindre proportion, chez des pédiatres et dans des cliniques infirmières privées (Boulianne, Audet, et Ouakki, 2015; Boulianne, Bradet, Audet, et Ouakki, 2011; Boulianne, Bradet, Audet, et Ouakki, 2013). Dans les années ayant précédé l'étude, des retards dans l'obtention des rendez-vous de vaccination pour les nourrissons avaient été observés, entre autres parce qu'il pouvait être difficile d'obtenir des rendez-vous de vaccination en temps opportun (Boulianne *et al.*, 2011; Guay *et al.*, 2009; Landry, 2005). Plusieurs raisons pouvaient expliquer ces difficultés dont particulièrement un calendrier de vaccination de plus en plus complexe (à ce jour, le calendrier recommandé aux nourrissons québécois prévoit l'administration de plus d'une douzaine d'antigènes différents donnés par 1 à 4 injections lors de visites recommandées à 2, 4, 6, 12 et 18 mois (MSSS, 2013 et mises à jour)), un accès restreint aux médecins de première ligne et une capacité limitée des CSSS d'y suppléer (Guay *et al.*, 2009). Par ailleurs, le fin détail de l'organisation des services de vaccination en petite enfance au Québec était peu connu. En 2003, à l'aube du regroupement des quelques 152 CLSC du Québec en 95 CSSS, dans la plupart des CLSC, les services de vaccination aux nourrissons étaient offerts dans le cadre d'une visite plus large de soins de périnatalité comprenant habituellement une évaluation de l'état du développement du nourrisson et du counseling maternel (Guay *et al.*, 2006b). D'autres données avaient montré des disparités importantes entre les CLSC dans l'organisation des services de vaccination, dans l'accès à ces services, dans les coûts estimés d'une visite de vaccination, et des écarts importants entre les coûts sociétaux de la vaccination en cabinet médical et ceux en CLSC. On a alors postulé que ces disparités pouvaient avoir comme origine notamment des différences de productivité et de rendement entre les établissements et les types de vaccinateurs (Guay *et al.*, 2006a).

Devant cette situation, les écrits scientifiques ont été consultés afin d'identifier un ou des modèles d'organisation des services vaccination. Malheureusement, la littérature scientifique n'a pas apporté les réponses souhaitées. Outre de nombreuses études sur des éléments plus pointus de l'organisation des services de vaccination (ex. : utilisation de rappels), il n'a pas été possible de trouver d'études s'étant penchées sur les paramètres importants ou incontournables de l'organisation des services de vaccination, lesquels devraient en faire une organisation « meilleure » ou efficace dans son ensemble, ou encore moins sur les meilleures pratiques en la matière. La section suivante relate, malgré cela, ce qui a été retenu des écrits scientifiques pertinents à l'étude OSV.

¹ Tout au long du document, il sera question des CSSS pour référer aux établissements où les services de vaccination étaient rendus durant la période 2010-2015 de l'étude même si ceux-ci ont été changés ou intégrés en centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) en 2015. Ce choix éditorial apparaissait évident, car l'étude s'est déroulée alors que les CSSS existaient encore et que les participants à l'étude œuvraient en CSSS.

2.1 Que nous dit la littérature scientifique sur l'organisation des services de vaccination?

2.1.1 DONNÉES PROVENANT DE L'EXTÉRIEUR DU CANADA

L'Organisation mondiale de la santé a publié en 2008 une série de documents (8 modules : 1-Chaîne de froid et gestion des vaccins et du matériel d'injection sécuritaire (World Health Organization, 2008a); 2-Partenariat avec la communauté (World Health Organization, 2008b); 3-Vaccination sécuritaire (World Health Organization, 2008c); 4-Supervision (World Health Organization, 2008d); 5- Surveillance et monitoring du système d'immunisation (World Health Organization, 2008e); 6-Élaboration d'un plan national global d'immunisation et budget (World Health Organization, 2008f); 7-Enquête de couverture vaccinale (World Health Organization, 2008g) et 8-Surveillance des maladies évitables par l'immunisation (World Health Organization, 2008h)) s'adressant aux gestionnaires intermédiaires de programmes de vaccination. Ces documents peuvent servir d'assise à la mise en place de services de vaccination de base lorsque les structures sanitaires déjà existantes sont minimales, mais ils s'appliquent mal au contexte québécois.

En Grande-Bretagne, à la suite de la publication en 1998 d'une étude alléguant un lien entre le vaccin rougeole-rubéole-oreillons et l'autisme, bien que cette association ait été réfutée ultérieurement, les couvertures vaccinales des nourrissons ont chuté grandement au début des années 2000 (Screening and Immunisations team - Health and Social Care Information Centre, 2014). Elles se sont améliorées graduellement les années suivantes par diverses initiatives (Screening and Immunisations team - Health and Social Care Information Centre, 2014) dont l'utilisation de rappels et de relances et par l'introduction d'incitatifs financiers aux médecins vaccinateurs, incitatifs attribués en fonction des niveaux de couvertures vaccinales atteints (Donaldson et Scally, 2009).

Le Task Force on Community Preventive Services (TFPCS) des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a publié en 1999 (Centers for Disease Control and Prevention, 1999), en 2000 (Briss *et al.*, 2000), et depuis, sur une base continue (Community Preventive Services Task Force, 2015), une revue extensive et systématique de la littérature ayant pour but d'identifier les stratégies efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales. Ces travaux ont l'avantage d'avoir établi une typologie de ces stratégies en les classant selon 3 catégories, soit 1) celles visant à augmenter la demande de la part de la communauté, 2) celles visant à améliorer l'accès aux services de vaccination et 3) celles touchant les fournisseurs de soins ou le système de santé, que nous appellerons l'offre. Ces stratégies s'intègrent à un modèle logique assez simple pour la prévention et le contrôle des maladies évitables par l'immunisation (Briss *et al.*, 2000) (voir section 2.2, cadre conceptuel). De plus, pour chacune des catégories, diverses interventions sont recommandées sur la base de leur efficacité démontrée dans l'amélioration des couvertures vaccinales. Nous rapportons ici les interventions qui s'appliquent plus à nos préoccupations. Ainsi, en ce qui a trait à la demande, on recommande l'utilisation de rappels, de relances, de mesures incitatives sous forme de récompenses et de stratégies d'éducation insérées dans des interventions à multiples composantes. Pour améliorer l'accès, on recommande d'ajouter la vaccination à d'autres services, par exemple de vacciner lors de visites à domicile ou en milieu de garde. En ce qui concerne l'offre, on recommande les rappels aux vaccinateurs et la rétroaction sur la performance. Les interventions combinées autant à l'échelle communautaire (community-based interventions) qu'à l'échelle d'organisations de santé (health care system-based interventions) sont également recommandées. Il s'agit d'interventions coordonnées et complémentaires parce qu'elles touchent autant l'augmentation de la demande que l'amélioration de l'accès et de l'offre. Dans le premier cas, elles sont implantées en partenariat avec la communauté, alors que dans le deuxième cas elles sont implantées dans des milieux cliniques.

Il est intéressant d'ajouter, même si cela concerne la réalité québécoise, qu'en accord avec ces écrits internationaux, le *Plan québécois de promotion de la vaccination* (Dubé *et al.*, 2010) prévoyait que d'ici 2012, quelques-unes de ces interventions seraient implantées à travers l'ensemble des CSSS du Québec. Cela a été fait avec succès dans certains CSSS, lors de la Phase I du plan d'action en découlant (Dubé, Bradet *et al.*, 2013). La Phase II du plan d'action devrait contribuer à renforcer ces interventions (Gagnon et Dubé, 2014; Dubé, 2013).

2.1.2 DONNÉES CANADIENNES ET QUÉBÉCOISES

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a publié en 2008 un document décrivant en détail les compétences que devraient démontrer les professionnels de la santé canadiens en matière d'immunisation (Groupe de travail pour la formation des professionnels du Comité canadien d'immunisation, 2008). Cette initiative avait été entreprise dans le but de soutenir la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'immunisation lancée par l'ASPC quelques années auparavant (Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2003). Ces deux documents ont apporté un certain éclairage à notre réflexion, par exemple en spécifiant les contenus que devraient connaître les vaccinateurs, mais traitaient toutefois peu des aspects opérationnels de l'organisation des services de vaccination.

À notre connaissance, seulement 3 écrits (Guay *et al.*, 2006a; Guay *et al.*, 2009; Northern Health - Public Health, 2008) ont fait état de projets présentant une analyse plus systémique de programmes de vaccination destinés aux enfants, lesquels semblaient plus en adéquation avec nos travaux. Coïncidence intéressante, les deux derniers projets qui avaient été réalisés à la même époque, soit en 2007-2008, concernaient chacun une région sociosanitaire canadienne peuplée d'environ 300 000 habitants où survenaient environ 3 000 naissances annuelles; l'objectif de ces projets était de mieux comprendre les raisons des faibles couvertures vaccinales. Bien que l'objet premier de chacun d'entre eux ne fût pas spécifiquement l'étude de l'organisation des services de vaccination, ils s'y sont penchés, de telle sorte que certains aspects méthodologiques, certains résultats et quelques conclusions ont été riches d'enseignement dans le cadre de notre propre étude. Les prochaines lignes s'attardent aux éléments en lien avec nos questionnements, en présentant tout d'abord les deux projets les plus récents.

Le premier projet (Northern Health - Public Health, 2008) réalisé en Colombie-Britannique dans la région de Northern Health, consistait en une revue de programme. Il avait parmi ses objectifs d'identifier les meilleures pratiques d'immunisation infantile des autorités sanitaires et d'élaborer un plan global d'amélioration des couvertures vaccinales.

Les principales recommandations qui ont émané de ce rapport concernaient le maintien des services de vaccination au sein de services de périnatalité globaux tout en offrant la vaccination dans d'autres contextes (ex. : cliniques de vaccination sans rendez-vous), l'amélioration de l'accès temporel à la vaccination, le renforcement de la promotion et de l'éducation sur la vaccination, le soutien au développement professionnel des infirmières de santé publique, la consolidation des liens avec les médecins ainsi que l'évaluation, sur une base continue, du programme de vaccination et de l'implantation des recommandations.

Le deuxième projet (Guay *et al.*, 2009), réalisé en Estrie en 2007-2008, a consisté en une étude effectuée selon un devis descriptif mixte, quantitatif et qualitatif, avec approche participative. Il avait comme objectif d'identifier les raisons pour lesquelles les couvertures vaccinales des nourrissons de l'Estrie étaient sous-optimales.

Au terme de cette étude, plusieurs recommandations ont été formulées. L'ensemble des acteurs du réseau impliqués en vaccination a été convié à mettre la vaccination en priorité parmi les dossiers de santé publique et à donner priorité aux doses de vaccins en bas âge. On a suggéré d'adopter vis-à-vis les parents une approche semblable à celle de réduction des méfaits, soit en acceptant que certains d'entre eux puissent refuser l'immunisation ou certains vaccins. On a recommandé de prolonger les plages horaires de vaccination en fin d'après-midi, de préciser les rôles et responsabilités mutuels ainsi que la complémentarité entre les cliniques médicales et les CSSS en matière de vaccination, de revoir les modalités de formation aux intervenants et d'accentuer les pratiques reconnues efficaces. On a souhaité que les gestionnaires puissent reconnaître le bien-fondé du respect du calendrier de vaccination et mettent en place des mécanismes de rétroaction afin d'ajuster les rendez-vous de vaccination selon l'âge des enfants à vacciner. Enfin, on a proposé à la Direction de santé publique et de l'évaluation de préciser les modalités de réponses aux vaccinateurs et de systématiser les modalités de rétroaction aux vaccinateurs.

Le troisième et dernier projet, réalisé de 2003 à 2006, était une étude avec devis mixte (quantitatif et qualitatif) des coûts et de l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec avec une perspective sociétale (Guay *et al.*, 2006a). En considérant seulement les coûts assumés par les organisations vaccinatrices, le coût moyen d'une visite de vaccination en CLSC a été estimé à 36,38 \$, variant de 26,60 \$ à 46,21 \$, alors que le coût médian d'une visite de vaccination chez le médecin a été estimé à 7,34 \$. Le ratio coûts-efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec en 2005 a été estimé à 149,73 \$ par visite pour chaque point de pourcentage de couverture vaccinale. Une analyse de minimisation des coûts (c'est-à-dire qui considère que l'efficacité est identique peu importe les options étudiées) a montré que la vaccination chez le médecin était moins coûteuse que la vaccination en CLSC.

2.1.3 QUE RETENONS-NOUS DE CES ÉCRITS?

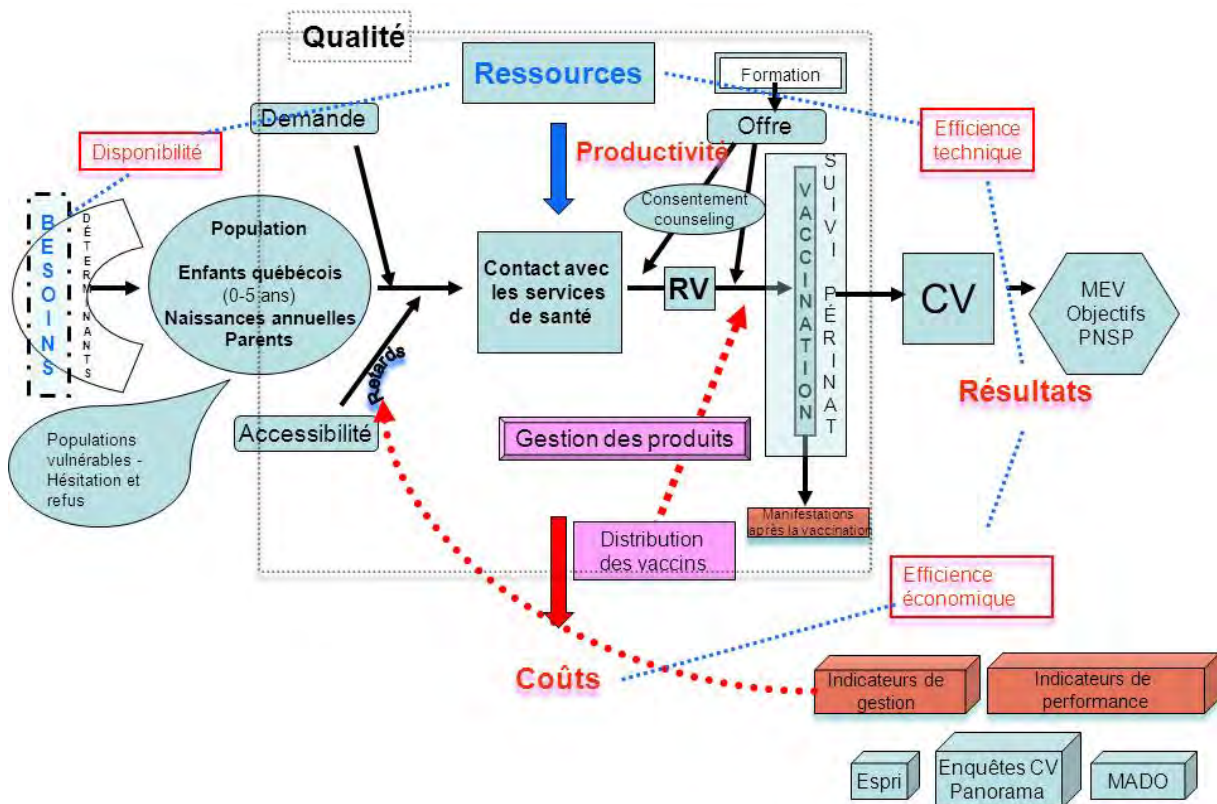
La recension des écrits a donc montré plusieurs aspects intéressants à considérer dans le cadre de la présente réflexion. Comme énoncé plus haut, elle laisse cependant plusieurs questions sans réponse quant au « meilleur » modèle d'organisation des services de vaccination s'adressant aux enfants de 0-5 ans, modèle ayant un caractère systémique, complet ou optimal et pouvant s'appliquer à la réalité québécoise. Il est alors devenu évident que ce « meilleur » modèle devait être créé et mis à l'épreuve sur le terrain.

2.2 Cadre conceptuel de départ

Devant l'absence d'un modèle d'organisation des services de vaccination dans les écrits scientifiques, et comme étape préliminaire à la création d'un modèle optimal, il s'est avéré essentiel de modéliser ou conceptualiser l'intervention à l'étude à partir de ce qui existait déjà (Champagne, Brousselle, Hartz, et Contandriopoulos, 2009; Rossi, Lipsey, et Freeman, 2004). Un modèle a donc été proposé comme point de départ à la réflexion, illustré à la figure 1 dans sa forme relativement simplifiée. Ce modèle s'est inspiré du modèle logique en vaccination utilisé par les CDC (1999) et le TFCPS (Briss *et al.*, 2000), du modèle logique général d'une intervention (Champagne, Brousselle, Contandriopoulos, et Hartz, 2009; Champagne, Brousselle, Hartz, *et al.*, 2009) et du modèle conceptuel du processus de production de Farand (Farand, 2009). Ce modèle a tenu compte, entre autres, des grandes composantes des programmes de vaccination des enfants québécois de 0-5 ans, au sein desquels des services de vaccination sont offerts et des activités sont réalisées par différents acteurs des paliers local, régional et provincial.

On y retrouve la population des enfants de 0-5 ans au Québec qui sont vaccinés après des contacts avec les services de santé, surtout sur rendez-vous (RV) et dans le cadre de rencontres de suivi périnatal. Cela permet d'obtenir une couverture vaccinale (CV) dans le but d'atteindre les objectifs du Programme national de santé publique (PNSP) du Québec (MSSS, 2003; 2008) en matière de maladies évitables par la vaccination (MEV). La demande, l'accessibilité et l'offre déterminent la vaccination donnée après un counseling et un consentement obtenu par des ressources formées et compétentes. Les services de vaccination s'insèrent dans un contexte global de qualité et de productivité dont témoignent les indicateurs permettant d'en suivre la performance par divers dispositifs de surveillance (ex. : effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI), enquêtes sur les couvertures vaccinales, surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO)).

Figure 1 Cadre conceptuel de départ



Adapté de Briss et al, 2000, Champagne, et al 2009 et Farand, 2009

2.3 Objectifs

Objectif principal

Élaborer et implanter un ou des modèles optimaux d'organisation des services de vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec.

Objectifs spécifiques

Relativement aux services de vaccination des 0-5 ans au Québec :

1. Décrire l'ensemble des composantes actuelles pour en dresser un portrait
 - 1.1 Identifier et décrire les composantes au palier local
 - 1.2 Identifier et décrire les composantes au palier régional
2. Établir le modèle logique actuel
 - 2.1 Élaborer le modèle d'organisation des services existant dans les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et décrire les liens entre les composantes
 - 2.2 Élaborer le modèle d'organisation des activités existant dans les DSP et décrire les liens entre les composantes
3. Explorer les paramètres qui fonctionnent bien
 - 3.1 Identifier les forces et les aspects positifs des services existant dans les RLS
 - 3.2 Identifier les forces et les aspects positifs des activités existant dans les DSP
4. Identifier les éléments qui doivent être modifiés
 - 4.1 Identifier les aspects à améliorer dans les RLS
 - 4.2 Identifier les aspects à améliorer dans les DSP
5. Implanter les changements en vue de services optimaux
 - 5.1 Élaborer un (des) modèle(s) d'organisation à proposer pour expérimentation
 - 5.2 Implanter le(s) modèles(s) proposé(s) pour expérimentation
6. Décrire et évaluer le processus d'implantation des changements mis en œuvre
 - 6.1 Décrire l'expérimentation du modèle (ou des modèles) proposé(s)
 - 6.2 Identifier les facteurs ayant facilité l'implantation et émettre des recommandations
7. Décrire et évaluer le processus d'accompagnement réalisé dans le cadre du projet.

3 Méthode

Le projet de recherche OSV a été réalisé surtout selon un dispositif qualitatif de recherche-action de type *Appreciative Inquiry* (Approche positive²) (Reed, 2007) par étude de cas multiples (Yin, 2009) dans lequel quelques volets quantitatifs se sont également insérés. L'étude s'est référée au cadre conceptuel décrit précédemment et s'appuie sur une structure organisationnelle formée d'un comité de pilotage pour chacun des cas et d'un Comité d'orientation.

Par cette approche, l'équipe de recherche et les acteurs du terrain ont travaillé d'un commun accord en vue de résoudre la situation méritant amélioration, soit ici, l'organisation des services de vaccination dédiés aux enfants de 0-5 ans. Cette approche a permis en outre de générer des connaissances utiles à d'autres milieux ainsi qu'à la science de l'organisation des services. Ainsi, les divers acteurs du terrain ont pu transformer leur propre réalité en collaboration étroite avec les chercheurs, et ce, dans le but délibéré de produire des changements à la situation, tout en générant des connaissances relativement à ces transformations (Jagosh *et al.*, 2011; Waterman, Tillen, Dickson, et de Koning, 2001). Dans cette recherche-action, la frontière entre les chercheurs et les participants était donc très mince, les chercheurs accompagnant les participants dans leur processus de transformation, et les participants accompagnant les chercheurs dans leur compréhension du phénomène d'intérêt. L'Approche positive a été employée pour produire le changement en s'appuyant sur les forces en place. Ainsi, plutôt que de mettre l'accent sur les problèmes ou obstacles, l'Approche positive a permis de potentialiser sur ce qui fonctionne bien et sur les réussites. Cette approche propose un processus selon des cycles de 4 étapes pouvant être résumées en 4D : Découverte, Désir, Design et Devenir (Reed, 2007; Reed et Turner, 2005); ce processus a été judicieusement utilisé tout au long de l'étude.

Lors de la phase Découverte, les participants ont examiné leur organisation en identifiant les éléments qui lui donnaient sa vitalité et qui l'animaient, tout en prenant conscience de leurs forces et de leur potentiel. Au cours de la phase Désir, ils ont travaillé de concert pour élaborer de manière créative les changements qu'ils désiraient mettre en œuvre après avoir pris conscience de leur potentiel. Ensuite, à la phase Design, les participants ont planifié comment les modifications prévues pourraient être mises en œuvre. Enfin, lors de la phase Devenir, ils ont implanté les changements. La méthode prévoit que le cycle puisse reprendre avec la phase Désir et que, bien qu'elle soit décrite ici par étapes distinctes et successives, elle doit évidemment s'adapter à la réalité avec flexibilité, fluidité et parfois certains allers-retours (Reed, 2007), ce qui a aussi été fait durant le déroulement de l'étude.

Ainsi, après la préparation du terrain en 2010-2011, le travail de la phase Découverte s'est déroulé en 2011-2013 dans le but de décrire et de réfléchir à toutes les facettes de l'organisation des services de vaccination dans les CSSS et les DSP, correspondant aux objectifs 1, 2 et 3 de l'étude. La phase Désir s'est déroulée surtout en 2013 en vue de définir les services optimaux de vaccination 0-5 ans, correspondant à l'objectif 4 de l'étude. La phase Design a suivi en 2013-2014 et enfin la phase Devenir a eu lieu en 2014, correspondant aux objectifs 5 et 6 de l'étude. Quant à l'objectif 7 (description du processus d'accompagnement), il a orienté les travaux au cours des 5 ans de sa réalisation.

² L'appellation Approche positive recommandée par l'Office de la langue française sera employée dans le rapport même si cette appellation ne traduit pas aussi bien l'approche que l'appellation anglaise.

3.1 Échantillon

L'étude a porté sur 3 cas, soit le cas de la région de la Montérégie (5 des 11 RLS), le cas de la région de Lanaudière (1 des 2 RLS) et celui de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (MCQ) (les 8 RLS de la région) (tableau 1). Ces cas ont été choisis compte tenu de la diversité de leur organisation et l'intérêt de leurs responsables pour l'étude. Les cas sont nommés ici à titre indicatif et selon la chronologie d'intégration à l'étude, mais les noms des CSSS et des participants ne seront pas mentionnés dans les résultats de l'étude afin de respecter la confidentialité.

Tableau 1 Participants à l'étude, 2010-2015

Cas	Participants cochercheurs ^a	Sujets ^a	
	Comité de pilotage	Palier régional	Palier local
Montérégie	n = 17 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 CSSS ▪ 3 DSP ▪ 4 équipe de recherche 	DSP, n = 12 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 coordonnatrice ▪ 1 chef d'équipe ▪ 4 médecins-conseils ▪ 4 infirmières ▪ 2 agentes administratives 	5 CSSS/RLS, n = 62 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaires ▪ Infirmières vaccinatrices ▪ Personnel de soutien ▪ Autres^b <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parents, n = 523
Lanaudière	n = 10 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 CSSS ▪ 4 DSP ▪ 3 équipe de recherche 	DSP, n = 6 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 coordonnateur ▪ 1 adjointe médicale ▪ 1 médecin-conseil ▪ 2 conseillers en soins infirmiers ▪ 1 agente administrative 	1 CSSS/RLS, n = 24 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaires ▪ Infirmières vaccinatrices ▪ Personnel de soutien ▪ Autres^b <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parents, n = 415
Mauricie et Centre-du-Québec	n = 23 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 CSSS ▪ 3 DSP ▪ 4 équipe de recherche 	DSP, n = 7 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 coordonnatrice ▪ 3 médecins-conseils ▪ 2 infirmières ▪ 1 agente administrative 	8 CSSS/RLS, n = 100 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionnaires ▪ Infirmières vaccinatrices ▪ Personnel de soutien ▪ Autres^b
Comité d'orientation			
n = 13 : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 MSSS ▪ 3 DSP ▪ 9 Équipe de recherche élargie 			

^a Certaines personnes sont incluses dans plus d'une catégorie. Par exemple, une même personne pouvait faire partie du Comité d'orientation et d'un comité de pilotage ou encore faire partie d'un comité de pilotage et des sujets à l'étude.

^b Par ex. : personnel du service des archives, vaccinateurs hors CSSS.

3.1.1 DESCRIPTION DES CAS ET LEURS PARTICULARITES

Chacun des cas comprend les acteurs impliqués dans le programme de vaccination des enfants de 0-5 ans à l'échelle régionale et locale ainsi que le comité de pilotage créé pour l'étude, comité composé des représentantes³ de la DSP, des représentantes des CSSS participants et des membres de l'équipe de recherche.

En ce qui concerne le cas de la Montérégie, les acteurs du palier régional sont les membres de l'équipe maladies évitables par l'immunisation (MÉPI) de la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie, alors que pour les acteurs du palier local, 5 des 11 RLS/CSSS de la région ont été inclus. Dans cette région, un projet d'optimisation des services de vaccination en petite enfance était souhaité (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011) par les participants de la Table de concertation régionale de santé publique (TCRSP), instance présidée par la directrice de santé publique regroupant les coordonnateurs de la DSP et les directeurs locaux de santé publique de chacun des 11 CSSS (Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002). L'opportunité de participer au projet OSV est donc arrivée à point dans le cadre des préoccupations déjà manifestées. Les responsables du projet d'optimisation se sont alors joints à l'équipe de recherche de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) étant donné les objectifs communs.

Le poids démographique de la Montérégie avec ses 1,5 million d'habitants en fait la seconde région du Québec (Institut de la statistique du Québec, 2015) et sa proximité de la région métropolitaine, tout comme la présence de régions plus éloignées et rurales, font en sorte que sa composition représente plusieurs des réalités retrouvées ailleurs au Québec. Également, les services de vaccination offerts dans la région sont comparables à ce qui existe au Québec. On y trouve des secteurs où les services de vaccination sont exclusivement offerts en CSSS, correspondant à la réalité de 2 des 5 RLS à l'étude dans cette région. On y trouve aussi d'autres secteurs où les services de vaccination sont offerts autant en CSSS que hors CSSS, correspondant à la réalité des 3 autres RLS à l'étude. Pour ces derniers, il est estimé que les proportions d'enfants de 0-5 ans vaccinés hors CSSS étaient de 14 %, 19 % et 32 % en 2011 (DSP de la Montérégie, 2012).

En ce qui concerne le cas de la région de Lanaudière (région de 492 234 habitants) (Institut de la statistique du Québec, 2015), les acteurs du palier régional sont les membres de l'équipe maladies infectieuses (MI) et d'autres professionnels de la DSP de l'ASSS de Lanaudière. Les acteurs du palier local proviennent d'un des deux RLS/CSSS de la région, dans lequel 93 % des enfants sont vaccinés en CSSS (DSP de Lanaudière, 2013). Dans cette région, un comité sur les délais vaccinaux existait depuis quelques années. Ce comité avait pour but de mettre en place des initiatives pour améliorer les résultats des indicateurs de performance relatifs aux délais de vaccination (Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2008; Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière, 2007). De plus, des changements organisationnels importants étaient en cours au palier local dans ce CSSS. Le projet de recherche OSV s'est donc intégré aux travaux du comité sur les délais vaccinaux dans un contexte de restructuration dans le CSSS participant.

En ce qui a trait au cas de la région de la MCQ (506 794 habitants) (Institut de la statistique du Québec, 2015) qui a été intégré complètement au projet en 2013, les acteurs du palier régional sont les membres de l'équipe immunisation de la DSP de l'ASSS de la MCQ, alors que les acteurs du palier local proviennent des 8 RLS/CSSS de la région. Il s'agit du seul cas parmi les cas étudiés où

³ Étant donné que presque toutes les personnes qui ont participé comme participants cochercheurs ou sujets dans l'étude sont de sexe féminin, le féminin sera employé dans le document pour désigner toutes les personnes autant celles de sexe féminin que celles de sexe masculin, sans discrimination.

l'ensemble des RLS/CSSS de la région a participé à l'étude. Dans cette région, 95 % des visites de vaccination sont faites en CSSS (Boulianne *et al.*, 2015). Les participants au comité de pilotage de cette région ont un historique de travail commun au sein d'un comité régional, soit le Comité tactique en immunisation. Ils ont également été lourdement touchés par l'importante épidémie de rougeole qui a sévi au Québec en 2011.

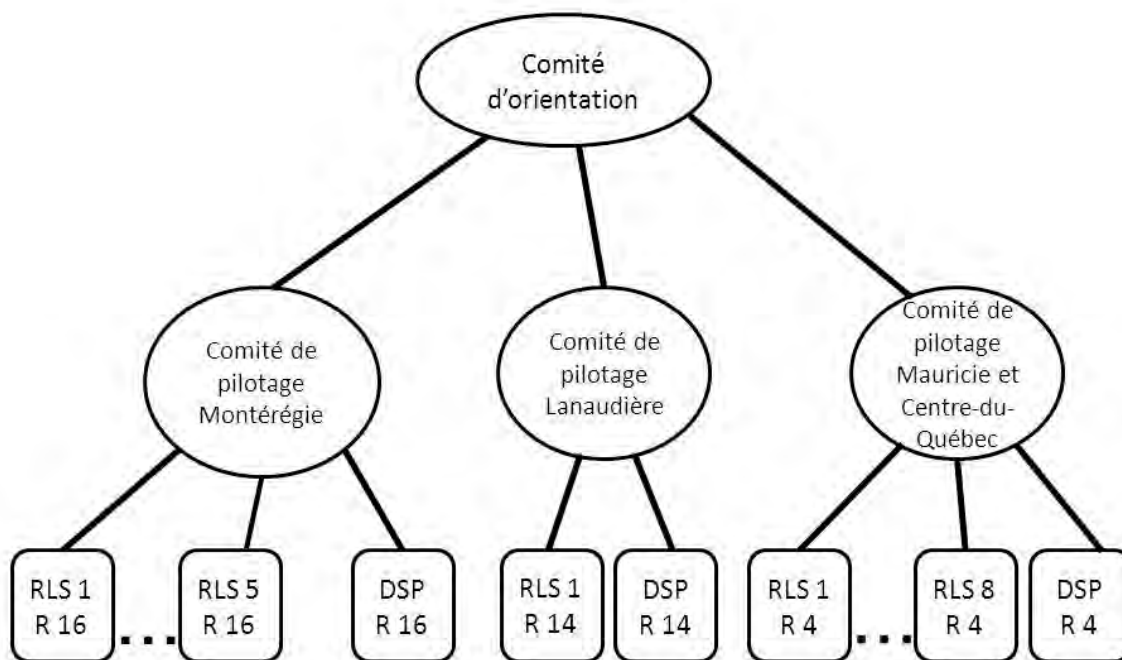
Enfin, plus de 900 parents d'enfants de 2 mois à 5 ans des régions de Lanaudière et de la Montérégie ont participé à l'étude.

3.1.2 STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le fonctionnement du projet de recherche s'est appuyé sur une structure organisationnelle illustrée à la figure 2. Ainsi, pour chacun des cas, un comité de pilotage a été formé. Ce comité, sous le leadership d'une responsable régionale, était composé d'au moins 2 représentantes de chacun des CSSS, de représentantes de la DSP et de membres de l'équipe de recherche. Les membres de ce comité se sont engagées à participer activement au projet et par le fait même aux travaux afférents. Le détail des attentes mutuelles pour la participation au comité de pilotage a été clairement établi au départ des travaux (annexe 2). Par la nature de l'étude, les participantes au comité de pilotage dans chacune des régions ont eu le statut de participantes cochercheuses (PCC). Les autres acteurs du programme de vaccination décrits plus haut dans chacune des régions étaient des sujets du projet de recherche. Dans chaque cas, un sous-comité, composé de la ou des représentantes régionales et de membres de l'équipe de recherche a soutenu les travaux de chacun des comités de pilotage et l'élaboration du portrait au palier régional.

Un Comité d'orientation composé d'une représentante de chacun des cas, des membres de l'équipe de recherche élargie et d'une représentante du MSSS a fait également partie de l'échantillon, toujours en lien avec l'approche méthodologique du projet de recherche. De plus, une représentante de la région de l'Estrie s'est jointe à ce comité dans la perspective où des travaux semblables avaient cours dans cette région en lien avec l'étude de Guay *et al.* (2009) mentionnée auparavant. Ce comité, sous le leadership de la chercheuse principale, avait comme fonctions l'*Inquiry audit* (processus de guide et de suivi de l'ensemble des travaux de l'étude) et le *Peer debriefing* (processus de révision de l'étude, lorsque nécessaire). Il a aussi rendu compte de l'expérience globale et contribué à l'analyse. Il a assuré la rigueur de la recherche ainsi que la transférabilité des résultats dans d'autres contextes.

Figure 2 Structure organisationnelle de l'étude



3.2 Variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données

Plusieurs variables en lien avec l'organisation des services de vaccination des enfants ont été évaluées à l'aide de divers instruments de mesure et de méthodes de collecte. Le tableau 2 décrit pour chacun des objectifs de l'étude, l'ensemble de cette information. Le traitement des données, ainsi que les analyses effectuées sont aussi expliqués dans ce tableau. Également, pour alléger la présentation, les annexes méthodologiques sont mentionnées dans le tableau par leur numéro (AM-1 à AM-10), de même que les annexes résultats (AR-1 à AR-6). La liste détaillée des variables est présentée à l'annexe 3. Le plan de collecte et d'analyse est présenté à l'annexe 4.

Tableau 2 Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude

Résumé des variables à l'étude (voir annexe 3 pour liste complète)	Sources de données et méthodes de collecte	Traitement et analyse des données
Description des composantes actuelles de l'OSV des 0-5 ans pour en dresser un portrait (phase Découverte)		
Identification et description des composantes locales du portrait de l'OSV 0-5 ans		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminants de la santé et besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans) Variables indépendantes <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques sociodémographiques ▪ Opinions et perceptions sur la vaccination Variable dépendante <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hésitation à la vaccination Autre variable <ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfaction des services de vaccination reçus ▪ Trajectoire lors de la prestation des services de vaccination en CSSS ▪ Déroulement des rencontres de vaccination ▪ Modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans en CSSS ▪ Gestion des produits immunisants (GPI) ▪ Gestion des données de vaccination ▪ Accessibilité des services de vaccination ▪ Moyens agissant sur la demande en vaccination ▪ Moyens agissant sur l'offre de vaccination ▪ Facteurs externes (environnement) ▪ Qualité de l'acte vaccinal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres des comités de pilotage, 2011 à 2014 ▪ Grille de collecte sur les services de vaccination (AM-1) remplie par les représentantes des CSSS entre les rencontres des comités de pilotage, validation dynamique des composantes du portrait lors des rencontres des comités de pilotage, complément d'information par courriel ou téléphone ▪ Guide d'entrevue (AM-2a) selon l'Approche positive lors d'échanges enregistrés sur bande audio au moment des comités de pilotage ▪ Outils et documents produits par l'équipe de recherche en soutien aux travaux des comités (annexe 5) ▪ Notes de terrain ▪ Enquête auprès de parents d'enfants de 0-5 ans de 6 CSSS en 2013 (5 en Montérégie et 1 dans Lanaudière) par un questionnaire prétesté (anglais et français; AM-3); questionnaire anonyme, élaboré après recension des écrits, composé de 26 questions fermées, autoadministré à la période d'observation postvaccination lors de 54 jours différents et dans 12 localités de vaccination différentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumés des entrevues ▪ Analyse thématique de contenu des documents par grille de codification semi-ouverte (AM-4) (L'Écuyer, 1990; Miles et Huberman, 1994) ▪ Analyses descriptives quantitatives simples ▪ Données organisées dans un fichier Word ▪ Validation par les comités de pilotage ▪ Traitement des données des questionnaires parents avec SPSS version 17 ▪ Analyses descriptives univariées et bivariées et analyses de régression logistique (données ajustées sur la variable CSSS) des données des questionnaires parents ▪ Productions : Portrait des services de vaccination 0-5 ans dans les CSSS par région (AR-1); Faits saillants de chacun des portraits des CSSS (Document PowerPoint); Rapports synthèses des résultats de l'enquête auprès des parents par CSSS
Identification et description des composantes régionales du portrait de l'OSV 0-5 ans		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modalités de fonctionnement de l'équipe DSP ▪ Promotion de la vaccination au palier régional ▪ Activités de formation et développement de l'expertise de l'équipe ▪ GPI, gestion du SI-PMI et autres registres ▪ Activités de surveillance ▪ Activités de coordination régionale et de soutien ▪ Collaborations/partariat ▪ Facteurs influençant les programmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres DSP-INSPQ, 2012 et 2013 ▪ Rencontres des équipes des DSP, 2012 et 2013 ▪ Guide d'entrevue (AM-2b) selon l'Approche positive des échanges enregistrés sur bande audio lors des rencontres des équipes des DSP; validation dynamique du portrait régional ▪ Notes de terrain ▪ Schéma produit par l'équipe et documents internes des DSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de contenu comme ci-haut ▪ Analyse documentaire ▪ Données organisées dans un fichier Word ▪ Validation par les équipes des DSP ▪ Production : Portrait des activités de vaccination au palier régional par région (AR-2)

Tableau 2 Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude (suite)

Résumé des variables à l'étude (voir annexe 3 pour liste complète)	Sources de données et méthodes de collecte	Traitement et analyse des données
Élaboration du modèle logique actuel de l'OSV des 0-5 ans (phase Découverte) (parallèlement à la description des composantes de l'OSV des 0-5 ans pour en dresser un portrait)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composantes du modèle de l'OSV 0-5 ans existant dans les CSSS et liens entre les composantes du modèle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres des comités de pilotage, 2011 à 2014 ▪ Guide d'entrevue (AM-2a) selon l'Approche positive des échanges enregistrés sur bande audio lors des rencontres des comités de pilotage ▪ Outils et documents produits par l'équipe de recherche en soutien aux travaux des comités (annexe 5) dont le Schéma de départ RLS élaboré à partir du schéma global de l'OSV 0-5 ans et le Portrait des services de vaccination 0-5 ans dans les CSSS ▪ Notes de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de contenu des documents et des comptes rendus des rencontres comme ci-haut ▪ Élaboration, développement et ajustement du schéma CSSS selon les composantes identifiées et leurs liens ▪ Validation lors des comités de pilotage ▪ Production : Modèle actuel global de l'OSV 0-5 ans dans les CSSS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composantes du modèle des activités de vaccination 0-5 ans existant dans les DSP et liens entre les composantes du modèle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres DSP-INSPQ ▪ Schéma régional de départ élaboré à partir du schéma global de l'OSV 0-5 ans ▪ Guide d'entrevue (AM-2b) selon l'Approche positive des échanges enregistrés sur bande audio lors de rencontres des équipes des DSP, 2012 et 2013 ▪ Outils et documents produits par l'équipe de recherche en soutien aux travaux des équipes DSP (annexe 5) dont le Portrait des activités de vaccination au palier régional ▪ Notes de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de contenu des documents et compte rendus comme ci-haut ▪ Élaboration, développement et ajustement du schéma DSP en fonction des composantes identifiées et de leurs liens ▪ Validation par les équipes des DSP ▪ Production : Modèle actuel des activités relatives à la vaccination 0-5 ans dans chacune des DSP
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composantes du modèle actuel de l'OSV 0-5 ans aux paliers local et régional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des réunions du Comité d'orientation, octobre et novembre 2013 ▪ Modèle actuel global de l'OSV en CSSS (voir ci-haut) ▪ Modèles actuels des activités relatives à la vaccination 0-5 ans dans les DSP (voir ci-haut) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comparaison des modèles CSSS et DSP et analyse des similitudes, divergences et contextes ▪ Élaboration de figures et schémas ▪ Synthèse, élaboration et ajustement du modèle global ▪ Validation par le Comité d'orientation ▪ Production : Modèle actuel de l'OSV 0-5 ans aux paliers local et régional (AR-3)

Tableau 2 Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude (suite)

Variables à l'étude (voir annexe 3 pour liste complète)	Sources de données et méthodes de collecte	Traitement et analyse des données
Exploration des paramètres qui fonctionnent bien (phase Découverte) et des éléments qui doivent être modifiés (phases Désir et Design)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forces et aspects positifs des services de vaccination offerts aux enfants de 0-5 ans dans les CSSS ▪ Aspects à améliorer dans les services de vaccination offerts aux enfants de 0-5 ans dans les CSSS et moyens pour y arriver 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres des comités de pilotage, 2011 à 2014 ▪ Comptes rendus des discussions de l'équipe de recherche ▪ Journal de bord des responsables DSP discuté lors des rencontres DSP-INSPQ ou transmis sur fichier Word ▪ Journal de bord des responsables CSSS rempli lors d'entrevues téléphoniques ou en personne, enregistrées ou non sur bande audio ▪ Guide d'entrevue (AM-2c) selon l'Approche positive des échanges lors de 17 entrevues de groupe enregistrées sur bande audio auprès du personnel des services de vaccination des 14 CSSS et autres informateurs-clés des RLS de novembre 2012 à mars 2014 ▪ Guide d'entrevue (AM-2d) selon l'Approche positive lors de 4 entrevues de groupe enregistrées sur bande audio auprès des membres des comités de pilotage en 2013 et 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transcription du verbatim des propos recueillis de 7/17 entrevues de groupe en CSSS et résumés des propos des 10 autres ainsi que des 4 rencontres des comités de pilotage ▪ De 15 % à 40 % (selon les sources de données) du matériel a été codé par deux ou trois juges avec bonne fidélité inter juge, le reste du matériel codé par un seul juge ▪ Analyse de contenu des diverses sources (utilisation de NVivo 9) ▪ Synthèse du matériel analysé et identification des thèmes émergents ▪ Validation par les comités de pilotage ▪ Productions : Synthèse des forces identifiées et des aspects à améliorer pour chaque CSSS et par région (CSSS et DSP) et pour les 3 régions (AR-4)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forces et aspects positifs des activités de vaccination 0-5 ans dans les DSP ▪ Aspects à améliorer dans les activités de vaccination 0-5 ans dans les DSP et moyens pour y arriver 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres DSP-INSPQ, 2012 à 2014 ▪ Comptes rendus de discussions de l'équipe de recherche ▪ Journal de bord des responsables DSP discuté lors des rencontres DSP-INSPQ ou transmis sur fichier Word ▪ Guide d'entrevue (AM-2e) selon l'Approche positive lors de quatre entrevues de groupe enregistrées sur bande audio auprès des membres des équipes des DSP, 2012 à 2014 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transcription du verbatim d'une des entrevues et résumés des propos des trois autres entrevues ▪ Selon les sources, de 15 % à 40 % du matériel a été codé par deux ou trois juges avec bonne fidélité inter juge, le reste du matériel codé par un seul juge ▪ Analyse de contenu des diverses sources (utilisation de NVivo 9) ▪ Synthèse du matériel analysé et identification des thèmes émergents ▪ Productions : Synthèse des forces et des aspects à améliorer pour chaque DSP, par région (CSSS et DSP) et pour les 3 régions (AR-4)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire sociodémographique autoadministré (AM-5) lors des rencontres ou entrevues 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaires traités avec SPSS 17 ▪ Analyses descriptives univariées

Tableau 2 Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude (suite)

Variables à l'étude (voir annexe 3 pour liste complète)	Sources de données et méthodes de collecte	Traitement et analyse des données
Élaboration d'un modèle d'OSV 0-5 ans proposé pour expérimentation (phase Design)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Composantes du modèle d'OSV 0-5 ans proposé pour expérimentation <ul style="list-style-type: none"> ▪ population ▪ promotion de la vaccination ▪ ressources ▪ contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans ▪ formation ▪ GPI ▪ gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) ▪ qualité de l'acte vaccinal ▪ environnement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comptes rendus des rencontres des comités de pilotage, 2013-2014 ▪ Portraits des services de vaccination 0-5 ans dans les CSSS (voir ci-haut) ▪ Portraits des activités de vaccination au palier régional (voir ci-haut) ▪ Comptes rendus des rencontres du Comité d'orientation, 2013 ▪ Comptes rendus de discussions de l'équipe de recherche ▪ Journaux de bord des responsables DSP (voir ci-haut) ▪ Journaux de bord des responsables CSSS (voir ci-haut) ▪ Modèle actuel de l'OSV 0-5 ans aux paliers local et régional (voir ci-haut) ▪ Synthèse des forces et des aspects à améliorer pour chaque région (voir ci-haut) ▪ Consultation des écrits pertinents (annexe 6) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse de contenu des documents comme ci-haut et processus de validation itératif auprès des comités de pilotage et Comité d'orientation pour développer le modèle (8 versions) ▪ Comparaison inter-cas et analyse des similitudes, des divergences et des influences contextuelles ▪ Synthèse du matériel analysé et identification des thèmes émergents en fonction de chacune des composantes du modèle actuel ▪ Application de différents critères pour le choix des stratégies retenues au modèle : <ul style="list-style-type: none"> ▪ stratégies émergeant d'une triangulation des données ▪ stratégies en accord avec les données probantes actuelles ▪ stratégies en accord avec le <i>Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec</i> ▪ stratégies ayant un minimum de faisabilité ▪ stratégies pour lesquelles les données sont suffisantes pour justifier leur inclusion au modèle ▪ stratégies pour lesquelles les données sont compatibles avec le contexte légal au Québec ou avec le contexte actuel d'organisation de la vaccination au Québec ▪ Production : Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans accompagné d'un Projet de plan de mise en œuvre

Tableau 2 Variables, sources de données, méthodes de collecte, traitement et analyse des données, selon les objectifs de l'étude (suite)

Variables à l'étude (voir annexe 3 pour liste complète)	Sources de données et méthodes de collecte	Traitement et analyse des données
Implantation des changements en vue de services optimaux (phase Devenir)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description de l'expérimentation du modèle ▪ Facteurs ayant facilité l'implantation des changements et défis rencontrés ▪ Description et appréciation des retombées et des suites du projet ▪ Description et appréciation du processus d'accompagnement dans le cadre de l'expérimentation du modèle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guides d'entrevue (AM-2f et AM-2g) selon l'Approche positive lors de 36 entrevues de suivi et 13 entrevues bilan, téléphoniques ou en personne, enregistrées sur bande audio auprès des responsables des CSSS, 2014 ▪ Guide d'entrevue (AM-2h) selon l'Approche positive lors de 3 entrevues de groupe enregistrées sur bande audio auprès des comités de pilotage, 2014 ▪ Comptes rendus de discussions de l'équipe de recherche ▪ Comptes rendus des rencontres de démarrage, 2014 ▪ Feuilles de route (AM-7) remplies par les responsables des CSSS durant l'expérimentation, 2014 ▪ Plans de mise en œuvre adaptés à chaque CSSS, 2014 ▪ Fiches de suivi (AM-8) remplies par l'équipe de recherche après chaque rencontre de suivi avec les équipes de chacun des CSSS, 2014 ▪ Tableau de suivi de l'accompagnement de l'équipe de recherche au fil de l'expérimentation, 2014 ▪ Aide-mémoire pour la collecte de données du volet expérimentation (AM-6) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumé des propos des participantes aux entrevues ▪ Analyse de contenu des diverses sources comme ci-haut avec NVivo 9 ▪ Analyse descriptive des stratégies et actions mises en œuvre (AR-5) ▪ Analyse de l'évolution du nombre d'actions implantées par CSSS ▪ Analyse par stratégie et par action (AR-6) ▪ Synthèse du matériel analysé et identification des thèmes émergents ▪ Bilan des documents partagés dans le cadre de l'expérimentation ▪ Ajustement du modèle et du Plan de mise en œuvre proposé pour expérimentation (voir ci-haut) ▪ Production : Modèle final et Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans (voir section 4.2 et annexe 7)
Description et évaluation du processus d'accompagnement réalisé dans le cadre du projet		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Description du processus d'accompagnement ▪ Facteurs ayant facilité le processus d'accompagnement auprès des CSSS et des DSP et défis rencontrés ▪ Recommandations concernant le processus d'accompagnement auprès des CSSS et des DSP ▪ Appréciation des entrevues réalisées dans les DSP et dans les CSSS ▪ Appréciation des rencontres des comités de pilotage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableau de suivi du projet, 2010-2015 ▪ Comptes rendus de discussions de l'équipe de recherche ▪ Journaux de bord des responsables DSP (voir ci-haut) ▪ Journaux de bord des responsables CSSS (voir ci-haut) ▪ Guide d'entrevue (AM-2i) selon l'Approche positive lors d'entrevues de groupe enregistrées sur bande audio auprès des responsables DSP ▪ Questionnaire papier autoadministré (AM-9) aux participants CSSS et DSP en fin d'entrevue ▪ Questionnaire papier autoadministré (AM-10) aux membres des comités de pilotage en fin de rencontre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Synthèse descriptive des activités ▪ Résumé des propos des participantes aux entrevues ▪ Analyse de contenu des documents et des entrevues comme ci-haut avec NVivo 9 ▪ Synthèse du matériel analysé et identification des thèmes émergents ▪ Traitement des données avec le logiciel SPSS 17 ▪ Analyses descriptives univariées ▪ Analyse de contenu des commentaires

3.3 Déroulement

Après la préparation du terrain en 2010-2011 et plusieurs rencontres dont le nombre s'est adapté aux besoins, les travaux des comités de pilotage ont démarré de manière plus concrète en 2011 dans les régions de la Montérégie et de Lanaudière, et en 2013 en MCQ (figure 3). Alors que les travaux de la phase Découverte dans les 2 premières régions se sont échelonnés sur une plus longue période par des rencontres de courte durée (1/2 à 1 journée), une approche intensive par des rencontres sur 2 jours a été choisie pour la région de la MCQ. Les travaux des comités de pilotage ont permis d'établir tout d'abord le portrait de l'organisation des services de vaccination en 2012-2013 et ont ensuite contribué aux autres étapes et réalisations de l'étude.

Ainsi, sur la base des portraits, des entrevues de groupe ont été réalisées dans les 14 CSSS et les 3 DSP entre la fin de 2012 et le printemps 2014 (voir guides d'entrevue aux annexes AM-2c et AM-2e). Le choix des participants à ces entrevues a été laissé à l'initiative des représentantes des CSSS et des DSP. Dans la plupart des cas, l'ensemble des membres de l'équipe en vaccination a été invité. Par ailleurs, la pertinence de convier tous les acteurs du RLS aux entrevues se déroulant dans les CSSS a été souvent réitérée par l'équipe de recherche. Dans seulement 1 des 3 CSSS, où une proportion importante d'enfants était vaccinée hors CSSS, une vaccinatrice hors CSSS a été invitée et a participé à l'entrevue. Fait intéressant, dans 1 des 11 CSSS où la proportion de vaccination hors CSSS était très faible, des vaccinateurs hors CSSS (médecin, infirmière et sage-femme) ont été conviés à l'entrevue, desquels un médecin et une infirmière ont participé.

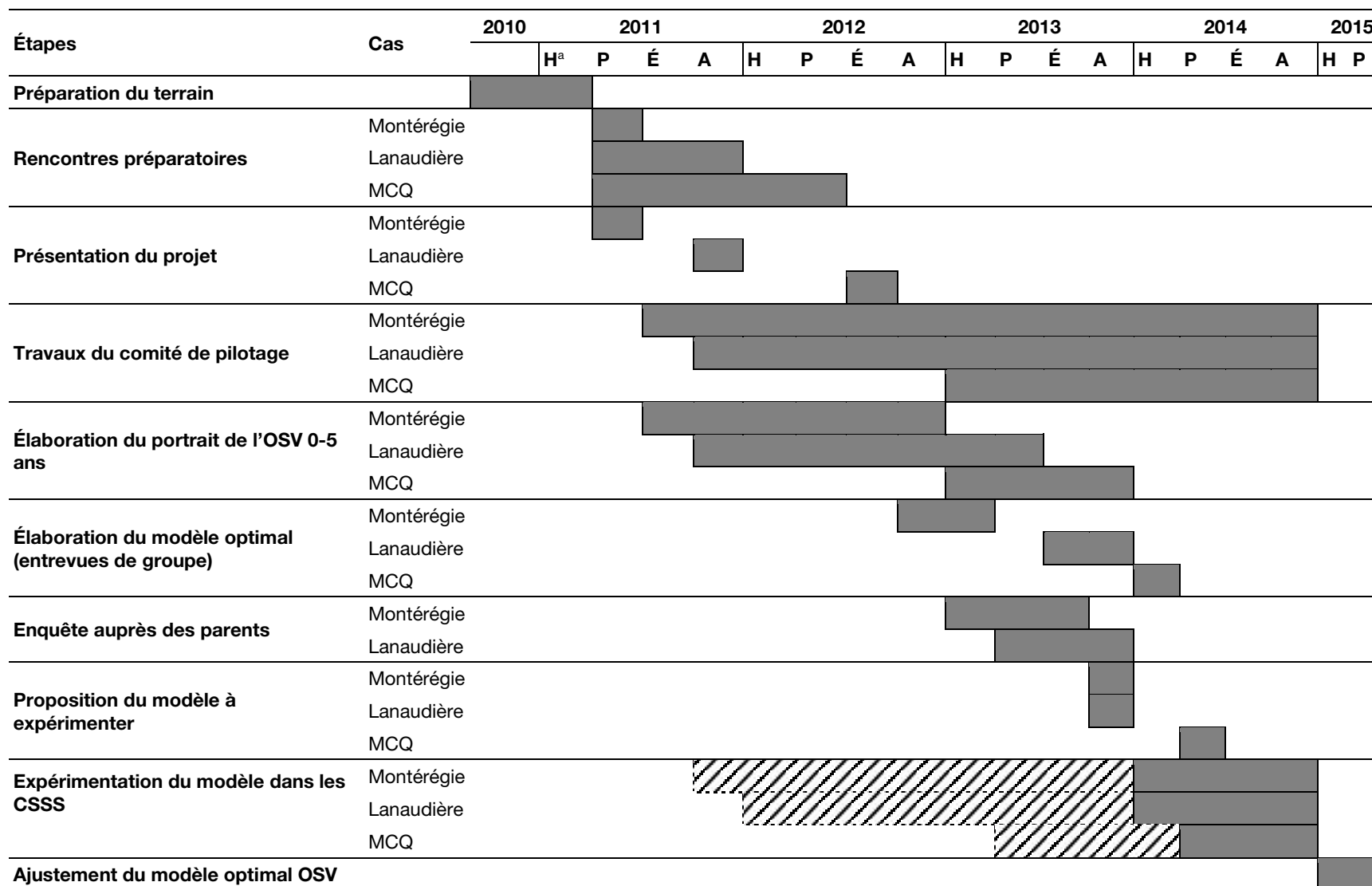
Parallèlement, une enquête a été menée en 2013 auprès des parents se présentant avec leur enfant en clinique de vaccination de 6 CSSS de la Montérégie et de Lanaudière. Un questionnaire autoadministré en français ou en anglais (voir annexe AM-3), selon le souhait des parents, leur était remis pour répondre durant la période d'observation postvaccination. La collecte des données s'est faite lors de 54 jours de cliniques de vaccination dans 19 sites différents se déroulant autant en avant-midi, en après-midi, qu'en soirée. La participation des parents était volontaire. Les parents pouvaient demander de l'aide pour remplir le questionnaire.

Le modèle s'est graduellement construit au fil du déroulement de l'étude pour en arriver à une proposition pour expérimentation, laquelle s'est déroulée dans les 14 CSSS en 2014. Cependant, même si l'expérimentation sur l'ensemble du modèle s'est déroulée principalement en 2014, quelques actions ou activités ont pu être expérimentées ou implantées par les représentantes des CSSS dès les premiers moments du projet. Enfin, à la suite de cette expérimentation, un modèle tenant compte des enseignements tirés a été présenté puis validé par les membres des divers comités de l'étude au début de l'année 2015.

Divers documents d'accompagnement ont été produits pour soutenir le déroulement des travaux et sont présentés dans les annexes méthodologiques (AM-11a, b, c). L'annexe 5 présente la liste des outils élaborés pour le projet. Elle énumère divers documents d'accompagnement, des outils de suivi, des instruments de mesure et des outils d'analyse, dont la plupart se retrouvent en version intégrale dans les annexes méthodologiques.

Finalement, l'annexe 8 présente le nombre de rencontres pour chacun des cas à l'étude. Au total, 41 rencontres ont eu lieu avec les divers comités de pilotage et 11 rencontres ont eu lieu avec le Comité d'orientation. La plupart de ces rencontres ont eu lieu en personne, quoique lorsque cela était possible, des rencontres téléphoniques ou en visioconférence étaient organisées.

Figure 3 Déroulement du projet, 2010-2015



^a H : Hiver; P : Printemps; É : Été; A : Automne.

3.4 Comité d'éthique de la recherche

Tel que l'exige le mécanisme multicentrique, le projet OSV a été soumis pour approbation éthique en juin 2011 au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Charles-Le Moyne, lequel a agi à titre d'instance principale, ainsi qu'aux CÉR ou comités de convenance institutionnelle des établissements de la Montérégie où un engagement de participation à l'étude s'est confirmé. En octobre 2011, le projet a été soumis au CÉR du CSSS de la région de Lanaudière, puis en janvier 2013 aux CÉR des établissements de la région de la MCQ. Ainsi, toutes les participantes à l'étude ont signé un formulaire de consentement (voir annexe AM-12), à l'exception des parents pour lesquels le fait de remplir le questionnaire était considéré comme un consentement implicite.

En 2011, ce mécanisme multicentrique qui était relativement récent s'est avéré assez complexe. Dans certains établissements, il n'y avait pas de mécanisme établi pour obtenir une telle autorisation, alors qu'ailleurs, la mécanique n'était pas tout à fait rodée. Cela a fait en sorte que l'obtention des autorisations nécessaires a pris du temps. De plus, le type d'étude qualitative, comme celui du projet OSV, est moins connu et il n'est pas simple de s'y adapter, car les règles des CÉR sont généralement établies pour des études quantitatives.

Des délais dans l'obtention et la transmission des décisions des comités locaux sont survenus et, par conséquent, l'approbation éthique a été retardée. Des conditions supplémentaires ont été posées dans un des établissements : réclamation de frais pour l'examen éthique et demande de signature d'un formulaire en cas de poursuites. Après discussions, tout cela a été résolu de manière satisfaisante, mais a généré certaines frustrations. Somme toute, après avoir obtenu une décision préliminaire favorable en octobre 2011, une décision positive a été obtenue pour les établissements de l'étude en Montérégie et dans Lanaudière en janvier 2012, et pour ceux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en février 2013.

En plus des amendements au protocole relatifs au recrutement des cas, d'autres amendements ont été demandés aux CÉR en cours d'étude afin de permettre, par exemple, de faire des collectes de données plus précises (ex. : sondage auprès des parents dans les régions de la Montérégie et de Lanaudière) ou de faire face à certains choix méthodologiques apparus au cours du déroulement de l'étude (nombre plus élevé de sujets recrutés pour les entrevues de groupe dans les établissements). Toutes ces démarches, s'ajoutant à celles décrites précédemment, ont été des plus complexes. Elles se sont avérées mal adaptées au type de projet de recherche-action mené, mais elles ont été faites selon les règles.

4 Résultats

Cette section est consacrée aux résultats de l'étude. Tout d'abord, les travaux réalisés sont décrits en fonction des grandes étapes du projet. Viennent ensuite la présentation du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans et les résultats en lien avec le processus de l'étude. En dernier lieu, les retombées de l'étude sont présentées.

Les résultats sont rapportés globalement, bien que, lorsque faisable, il est indiqué s'ils concernent une ou plusieurs des organisations étudiées. Il demeure possible que certains résultats ne s'appliquent pas à une des organisations. Il faut donc retenir cette particularité tout au long de la lecture de cette section. Par ailleurs, comme les résultats sont issus de la triangulation de plusieurs sources, ces dernières ne sont pas toujours spécifiquement mentionnées. Il est plutôt indiqué que les sources sont multiples. Enfin, en réponse à la demande du MSSS de produire des rapports d'activités, 2 rapports d'étape en cours d'étude ont été publiés, l'un en décembre 2012 et l'autre en mars 2014. Ces rapports visaient à faire le point sur l'état d'avancement du projet et à décrire les activités réalisées durant la période 2010-2012 (rapport d'étape 1) et 2012-2013 (rapport d'étape 2). Nous ne reviendrons pas en détail sur ce qui a déjà été présenté, mais reprendrons au besoin certains résultats charnières.

Étant donné la nature de l'étude, il faut comprendre que certains résultats font aussi partie de la méthode. C'est la raison pour laquelle ils ont été mentionnés au chapitre précédent. Au besoin, des rappels méthodologiques seront faits pour faciliter la compréhension. Afin d'alléger la présentation, certains résultats plus détaillés sont rapportés aux annexes résultats (AR-1 à AR-6).

4.1 Travaux réalisés

4.1.1 TRAVAUX DES COMITÉS DE PILOTAGE

Les travaux des comités de pilotage se sont déroulés en plusieurs étapes et ont mobilisé un grand nombre de participantes dans chacun des cas à l'étude. Au total, 210 personnes ont participé aux rencontres des comités de pilotage ou aux entrevues découlant de ces travaux, dont 195 ont rempli le questionnaire sociodémographique (taux de réponse de 93 %) (annexe 9). La majorité (74 %) des participantes étaient des infirmières cliniciennes. Près de la moitié jouaient un rôle actif en vaccination, alors que 28 % d'entre elles effectuaient des tâches de gestion ou de coordination des services de vaccination. Un peu plus de la moitié (53 %) avaient moins de 5 ans d'expérience en vaccination.

Les rencontres des comités de pilotage ont permis, dans un premier temps, d'élaborer le portrait des activités de vaccination et le modèle actuel d'OSV 0-5 ans (phase Découverte) et, dans un deuxième temps, d'identifier les premiers éléments du modèle optimal d'organisation des services de vaccination (phase Désir). Des entrevues de groupe auprès des équipes locales et régionales en immunisation ont permis d'enrichir la construction du modèle optimal et d'entrevoir les moyens pour l'implanter (phases Désir et Design). Une étape d'expérimentation a ensuite permis de tester certaines composantes du modèle optimal dans les CSSS à l'étude (phase Devenir), bien que dans les faits, et ce, en accord avec la méthode employée, certains changements aient été implantés dans certains CSSS bien avant l'étape d'expérimentation.

Divers documents ont été produits en fonction de chacune des étapes du projet. Ainsi, des portraits ont été élaborés pour décrire les activités de vaccination dans chacune des régions, des rapports synthèses des entrevues de groupe ont été élaborés, un plan de mise en œuvre du modèle optimal

d'OSV 0-5 ans a été proposé et un bilan de la phase d'expérimentation a été réalisé (tableau 3). Chacun de ces documents visait à rendre compte des travaux effectués et à guider la réflexion pour l'étape suivante. Ces documents ont également été adaptés afin de répondre à des besoins spécifiques des comités de pilotage. Par exemple, des portraits synthèses pour chacune des régions ont été préparés afin de poursuivre les travaux une fois le projet de recherche terminé. En ce qui concerne l'enquête auprès des parents, des rapports synthèses des résultats ont été préparés pour chacun des CSSS participants et des affiches ont été réalisées pour rendre compte de l'ensemble des résultats.

Tableau 3 Diverses productions selon les étapes franchies au cours du projet

Documents produits
Élaboration du portrait des services de vaccination et du modèle actuel de l'OSV 0-5 ans
<ul style="list-style-type: none">■ Portrait des services de vaccination au palier local par région (portrait détaillé pour chaque région) :<ul style="list-style-type: none">■ Plan d'utilisation des services de vaccination pour chacun des CSSS ou des municipalités régionales de comtés (MRC)■ Schéma du déroulement d'une rencontre de vaccination■ Tableaux descriptifs portant sur divers thèmes : modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans, GPI, gestion des données de vaccination, stratégies mises en œuvre, qualité de l'acte vaccinal, facteurs externes (environnement)■ Schéma illustrant le trajet des produits immunisants■ Tableaux des doses de vaccins contre le méningocoque distribuées selon les établissements, par région■ Documents synthétisant les échanges sur différents sujets : GPI, besoin des vaccinateurs pour assurer la qualité de l'acte, facteurs externes■ Schéma illustrant les paramètres de la qualité de l'acte en vaccination■ Définition de la qualité de l'acte■ Portrait synthèse des services de vaccination 0-5 ans : État de situation par région■ Portrait synthèse des services de vaccination par CSSS (présentation PowerPoint)■ Portrait des activités de vaccination au palier régional par région■ Modèle actuel de l'OSV 0-5 ans aux paliers local et régional
Élaboration du modèle optimal d'OSV 0-5 ans
<ul style="list-style-type: none">■ Synthèse des forces et désirs identifiés lors d'entrevues de groupe, par région et par CSSS/DSP (faits saillants) et pour les 3 régions■ Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'OSV 0-5 ans
Expérimentation du modèle optimal d'OSV 0-5 ans
<ul style="list-style-type: none">■ Bilan de la phase d'expérimentation réalisé auprès des CSSS des 3 régions participantes■ Nombre d'actions implantées selon les CSSS■ Évolution du nombre d'actions implantées■ Bilan du partage d'outils et de documents■ Documents élaborés par l'équipe de recherche INSPQ en soutien à l'expérimentation
Enquêtes auprès des parents d'enfants 0-5 ans
<ul style="list-style-type: none">■ Rapports synthèses des résultats par CSSS et par région■ Affiches sur l'hésitation parentale envers la vaccination

Sources multiples.

Portraits des services de vaccination et modèle actuel d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

Diverses techniques d'animation ont été employées lors des rencontres des comités de pilotage pour discuter des thèmes correspondant aux grands paramètres du modèle de départ et éventuellement du modèle optimal (ex. : déroulement d'une clinique de vaccination, GPI). L'appréciation qui a été faite de ces rencontres est très positive, tant en lien avec le déroulement des rencontres qu'avec le contenu, la qualité de l'animation et le climat de travail. Des rencontres ont eu lieu également avec les équipes en immunisation des DSP où, là aussi, divers thèmes ont été discutés en lien avec les mandats régionaux en immunisation (ex. : formation, surveillance des MCI). Tout au long de la phase Découverte, des documents ont été produits dans le but de synthétiser l'information recueillie et de soutenir la réflexion. Au terme de cette étape, des portraits en version papier et en version électronique ont été produits et validés par les collègues des CSSS et des DSP de chacune des régions (voir tables des matières aux annexes AR-1 et AR-2). L'ensemble de ces portraits a permis de décrire de façon plus globale le modèle actuel d'organisation des services de vaccination 0-5 ans aux paliers local et régional (voir AR-3).

Élaboration du modèle optimal d'OSV 0-5 ans

En complément des travaux des comités de pilotage, des entrevues de groupe menées auprès d'informateurs-clés des CSSS et des DSP ont permis d'approfondir la réflexion sur les éléments du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans et d'identifier les moyens afin de mettre en œuvre certaines actions. Les portraits des services de vaccination au palier local ou au palier régional, regroupant les divers écrits produits au cours de la phase Découverte, ont servi de point de départ aux entrevues de groupe. L'annexe AR-4 présente la synthèse de ces entrevues menées dans chacun des CSSS et DSP.

Au terme de cette étape d'entrevues, une proposition de modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans a été élaborée et soumise aux comités de pilotage et au Comité d'orientation pour validation; le modèle est décrit à la section 4.2. Ce modèle, qui a évolué au fil des discussions et des allers retours au sein de ces comités, a été préparé par l'équipe de recherche sous la forme du document intitulé « Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans ». Il est organisé en 9 composantes dont chacune se décline en 1 à 13 stratégies, elles-mêmes détaillées en activités ou actions à implanter. Le nombre total d'actions du plan de mise en œuvre était de 89 au départ, pour atteindre 109 dans sa dernière version. Bien que certaines actions aient été reformulées durant le processus d'élaboration, aucune n'a été abandonnée en cours de route. Toutes les versions du modèle ne sont pas présentées dans le rapport, seule la version finale se trouve à la section 4.2 et à l'annexe 7. Pour mieux apprécier les résultats de l'expérimentation de la section suivante, il pourrait être intéressant de jeter un coup d'œil au modèle à la section 4.2 (figure 5) pour en saisir la structure.

Expérimentation du modèle optimal

La phase d'expérimentation a permis de tester certaines composantes du modèle optimal en fonction des réalités locales et selon le contexte organisationnel des 14 CSSS à l'étude, les responsables de ces CSSS ayant accepté de participer à cette dernière phase du projet. De ce fait, les participantes des CSSS avaient le loisir de choisir, à la carte, les stratégies et actions à expérimenter dans leur établissement.

Au total, 62 actions différentes du modèle optimal d'OSV 0-5 ans ont été mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation pour l'ensemble des CSSS, soit en moyenne 9 actions par CSSS (tableau 4). À titre d'exemple, les actions suivantes ont été expérimentées : présenter l'ensemble du

calendrier vaccinal lors de la visite postnatale (incluant l'influenza et la vaccination 4-6 ans), fournir des outils pour aider le personnel de soutien dans la gestion de la prise de rendez-vous, établir et appliquer un système de relance pour la vaccination 0-5 ans et désigner une infirmière pivot en vaccination. Le choix des actions s'est appuyé, notamment, sur les résultats aux ententes de gestion en vaccination, les ressources disponibles, la faisabilité d'implantation, la complémentarité d'une démarche en cours (ex. : démarche Lean), les données probantes, les pratiques en cours dans les autres CSSS et certains enjeux organisationnels (ex. : restructuration des services, déménagement).

Par ailleurs, plusieurs actions du modèle optimal étaient déjà implantées dans les CSSS avant le début de l'expérimentation, soit en moyenne 31 actions par CSSS. Une action déjà d'usage pouvait également être retenue pour expérimentation afin d'en appliquer de nouvelles modalités, par exemple la confirmation de rendez-vous pouvait déjà être implantée dans un CSSS, mais également être retenue comme action à expérimenter afin de tester de nouveaux moyens de confirmation de rendez-vous.

Tableau 4 Nombre d'actions implantées durant ou avant l'expérimentation selon les CSSS

CSSS	Nombre d'actions implantées	
	Durant l'expérimentation	Avant l'expérimentation ^{a,b}
A	4	36
B	5	19
C	6	38
D	6	32
E	7	43
F	8	36
G	9	17
H	9	20
I	9	16
J	9	31
K	12	20
L	13	35
M	14	44
N	19	43
Total	130 actions dont 62 actions différentes	430 actions dont 61 actions différentes
Moyenne	9,29	30,7
Médiane	9	19

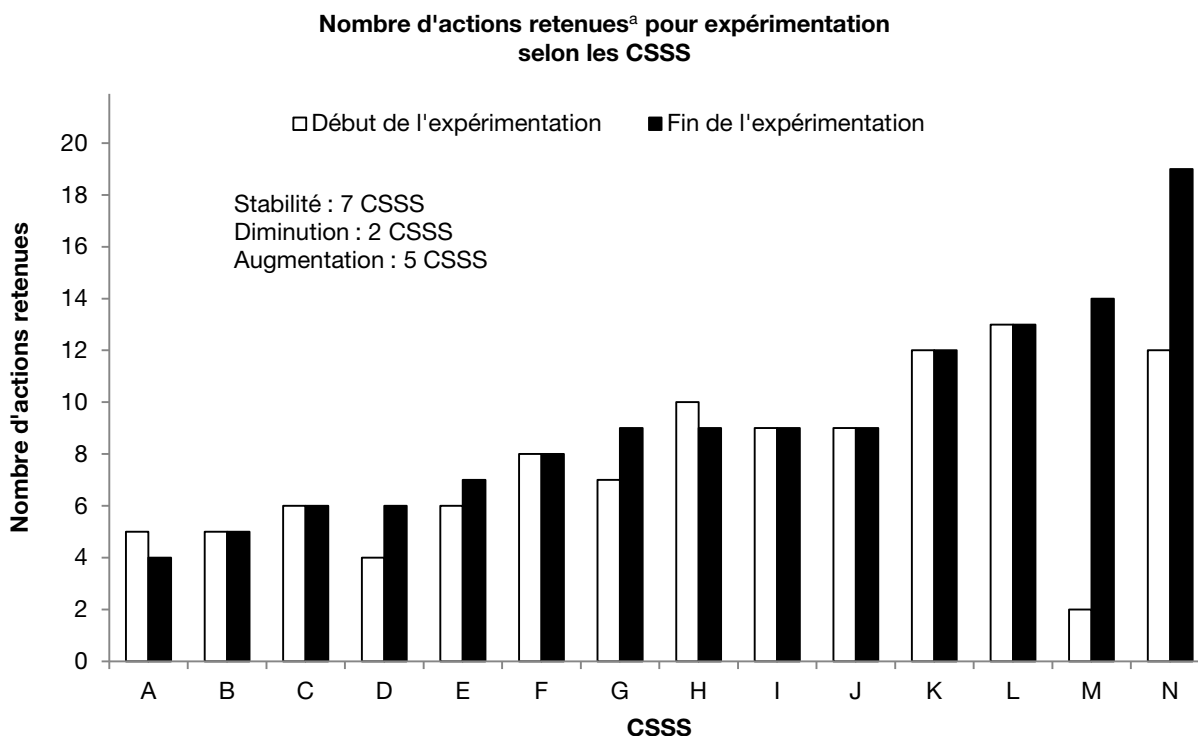
^a L'interprétation du degré d'implantation peut être variable d'un CSSS à l'autre. Par ailleurs, une action déjà implantée peut également avoir été retenue pour expérimentation (ex. : révision des modalités de confirmation de rendez-vous).

^b Considérant les actions dont l'implantation relève des CSSS (n = 70 actions).

Sources : Plans de mise en œuvre personnalisés des 14 CSSS et Feuilles de route, janvier à novembre 2014.

L'évolution du nombre d'actions retenues au cours de l'expérimentation est variable d'un CSSS à l'autre (figure 4). Dans certains CSSS, on a augmenté de façon considérable le nombre initial d'actions retenues. Dans d'autres CSSS, on a maintenu le nombre d'actions à expérimenter, bien qu'en cours de route certaines actions aient été remplacées par d'autres jugées plus pertinentes. Ainsi, bien que le nombre d'actions soit resté stable dans la moitié des CSSS, il faut garder en tête qu'un nombre identique d'actions retenues au début et à la fin de l'expérimentation ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit des mêmes actions qui ont été appliquées en cours d'expérimentation.

Figure 4 Évolution du nombre d'actions retenues au cours de la phase d'expérimentation



^a Un nombre identique d'actions retenues au début et à la fin de l'expérimentation ne signifie pas qu'il s'agit des mêmes actions.

Source : Feuilles de route, janvier à novembre 2014.

Le nombre de CSSS dans lesquels les actions du modèle optimal ont été implantées est présenté à l'annexe AR-5. Certaines actions ont été implantées dans une plus grande proportion de CSSS. C'est le cas par exemple de l'action 4.2.2 *Présenter l'ensemble du calendrier vaccinal lors de la visite postnatale, incluant l'influenza et la vaccination 4-6 ans*, ayant été expérimentée dans 7 des 14 CSSS.

Un soutien personnalisé a été offert aux équipes des CSSS tout au long de cette étape. Par exemple, des documents succincts, tels qu'un texte portant sur les bienfaits de la vaccination pour les enfants vulnérables, ont été préparés afin de répondre à des besoins spécifiques et de soutenir la mise en œuvre de certaines actions (voir liste des documents produits à l'annexe 10).

Le bilan de la phase d'expérimentation, effectué sous forme d'entrevues téléphoniques auprès des personnes-clés dans les CSSS (voir annexe 11), a permis de recueillir l'opinion des participantes sur les facilitateurs et les défis liés à l'implantation des changements, leur appréciation de l'accompagnement reçu et ainsi que leurs impressions quant aux retombées et aux suites du projet. Certaines conditions ont été jugées favorables à l'implantation des changements, notamment l'engagement et la mobilisation des vaccinatrices du CSSS, la possibilité d'adapter le modèle

proposé en fonction des caractéristiques du milieu et l'appui fourni par la direction du CSSS (tableau 5). En revanche, les difficultés vécues au sein des CSSS, comme des coupures ou réaménagements de postes, ont pu freiner la mise en œuvre des changements dans certains milieux, de même que l'absence d'outils pour les personnes visées par ces changements ou la réticence de certaines vaccinatrices face au changement de pratiques (tableau 6).

Tableau 5 Conditions favorables à l'implantation des changements

1. La population

- La réponse positive reçue des parents par rapport aux changements apportés en vaccination et la satisfaction qu'ils expriment à cet égard

2. Les intervenantes en vaccination

- Le profil favorable des acteurs concernés par la mise en œuvre des changements (ex. : habiletés, expertise, engagement, attitude)
- L'engagement et l'enthousiasme des représentantes des CSSS par rapport à la phase d'expérimentation du projet et la préoccupation de réaliser un travail de qualité dans l'implantation des actions
- L'engagement, la mobilisation et l'ouverture des vaccinatrices du CSSS concernant la phase d'expérimentation et leur collaboration à la mise en œuvre des actions à expérimenter
- La sensibilisation accrue des agentes administratives à l'importance du respect des délais vaccinaux
- L'excellente collaboration des agentes administratives du CSSS à la mise en œuvre de certains changements

3. Les aspects contextuels et organisationnels

- L'intérêt que porte la direction du CSSS à la vaccination de même que la collaboration et le soutien qu'elle fournit à la mise en œuvre des changements en vaccination
- La nouvelle vision d'une responsabilité partagée par les différents secteurs du CSSS par rapport à la vaccination et aux objectifs fixés dans les ententes de gestion, cette perspective nouvelle se manifestant par une collaboration accrue des différents services dans l'implantation des changements en vaccination
- La communication entre tous les acteurs concernés, qui, à chaque étape du processus, suscite chez les membres des équipes en vaccination une belle réceptivité et une adhésion réelle par rapport aux changements proposés
- Le soutien financier accordé à certains CSSS
- L'approche participative utilisée auprès des équipes en vaccination des CSSS qui favorise la mobilisation et l'engagement de tous les acteurs dans le processus de changement

4. Les actions expérimentées

- La possibilité d'adapter le modèle proposé pour expérimentation en fonction des caractéristiques du milieu
- La nature même des actions à implanter : simplicité, action ne nécessitant pas le développement de nouvelles habiletés chez les vaccinatrices, mais seulement quelques adaptations
- La cohérence entre les actions retenues pour expérimentation au sein du CSSS et les désirs formulés préalablement lors de l'entrevue de groupe avec les membres de l'équipe en vaccination
- Le constat que plusieurs actions sont déjà réalisées dans le CSSS et que les changements à mettre en œuvre n'entraînent pas nécessairement de bouleversements majeurs
- La cohérence entre les objectifs poursuivis dans le plan de mise en œuvre du CSSS et les indicateurs d'atteinte de résultats assurant l'observabilité des résultats suite à l'implantation des changements

Tableau 5 Conditions favorables à l'implantation des changements (suite)

5. Autres

- La réalisation du portrait détaillé de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans jugée indispensable et pertinente qui a facilité l'identification des améliorations à apporter en vaccination et justifié les changements à mettre en œuvre
 - L'entrevue de groupe réalisée avec les membres des équipes en vaccination des CSSS, représentant un point tournant dans le déroulement du projet et l'élément déclencheur qui a suscité une dynamique nouvelle où les infirmières, infirmières auxiliaires et agentes administratives se perçoivent désormais comme partie prenante au projet
 - La structure, l'encadrement et les balises que procure le projet de recherche dans lequel s'inscrit la phase d'expérimentation, ce qui facilite l'obtention de collaborations extérieures
 - Le type de recherche proposé, soit une recherche-action, qui favorise la participation de tous les acteurs dans le projet de recherche, lequel, de l'avis des représentantes des CSSS, se révèle vivant, concret et dans l'action
 - L'accès aux données probantes ainsi que les échanges et le temps de réflexion que favorise le projet de recherche, assurant ainsi une meilleure légitimité aux actions retenues pour expérimentation
-

Sources multiples.

Tableau 6 Défis rencontrés lors de la phase d'expérimentation du modèle

1. La population

- Les réticences de quelques parents face à certains aspects de la vaccination (ex. : vaccination antigrippale de leur enfant)

2. Les intervenantes en vaccination

- La préoccupation des représentantes du CSSS de « ne pas brûler le personnel infirmier par trop de changements »
- L'adaptation que nécessite, pour les vaccinatrices et les agentes administratives qui œuvrent en soutien à la vaccination, l'introduction de nouvelles façons de faire ou de changements de pratiques
- L'importance de prévoir une relève de personnes ayant une expérience ou une expertise particulière ou occupant un poste clé au CSSS (ex. : agente administrative, infirmière pivot en vaccination)

3. Les aspects contextuels et organisationnels

- L'augmentation des naissances sur le territoire du CSSS qui a un impact important sur l'organisation des services et sur l'organisation du travail au sein de l'équipe en petite enfance
- Le peu de ressources financières disponibles pour la mise en œuvre de changements souhaités en vaccination dans la plupart des CSSS, le défi étant de réussir l'implantation de changements sans l'ajout de ressources financières
- Les difficultés vécues au sein du CSSS qui freinent la mise en œuvre de changements liés à la vaccination (ex. : nombreux changements de personnel ou absences, coupures ou réaménagements de postes, compressions budgétaires, climat de travail négatif)
- Le travail avec des collaborateurs au sein du CSSS ou externes au CSSS qui nécessite souvent des ajustements dans les étapes de réalisation et de l'échéancier, la priorité n'étant pas toujours la même pour tous

4. Les actions expérimentées

- La non-disponibilité d'outils pour la population, le personnel de soutien ou les vaccinatrices (ex. : aide-mémoire, outils liés aux nouvelles technologies)

5. Autres

- L'obtention de la collaboration des partenaires à la promotion de la vaccination
-

Sources multiples.

Les facteurs ayant facilité l'implantation des changements et les défis rencontrés ont également été identifiés pour certaines actions spécifiques implantées lors de la phase d'expérimentation (voir annexe AR-6). Par exemple, l'utilisation d'un argumentaire sur la vaccination contre l'influenza des 6-23 mois préparé par l'équipe de recherche s'est révélé être un facteur favorable à l'implantation de l'action 4.2.2 *Présenter l'ensemble du calendrier vaccinal lors de la visite postnatale, incluant l'influenza et la vaccination 4-6 ans*. Par contre, le fait que la vaccination contre l'influenza soit donnée par un autre service du CSSS que celui auquel sont rattachées les infirmières réalisant la visite postnatale est considéré comme un défi, faisant en sorte que ces dernières, lors de la discussion du calendrier vaccinal aux parents, ne mentionnent pas d'emblée le vaccin contre l'influenza. Les actions dont il est question à l'annexe AR-6 ont été sélectionnées en fonction de trois critères, soit 1) le caractère novateur de l'action, 2) la popularité de l'action qui a été implantée dans plusieurs CSSS, et 3) le fait que l'action soit retenue dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* ou recommandée par les CDC. Les retombées observées pour chacune de ces actions sont aussi présentées, lorsque disponibles.

Des entrevues finales auprès des membres des comités de pilotage ont eu lieu en décembre 2014 afin de présenter le bilan de l'expérimentation et de discuter des suites du projet dans chacune des régions. Les propos recueillis lors de ces entrevues ont permis d'identifier des pistes de réflexion quant aux conditions gagnantes pour mettre en place des changements dans l'OSV 0-5 ans. Ces pistes de réflexion sont abordées dans la section 6 du rapport.

Finalement, le projet dans son ensemble a fait l'objet de plusieurs communications, permettant ainsi de diffuser au fur et à mesure les connaissances issues de l'étude.

4.1.2 ENQUÊTE AUPRÈS DES PARENTS

Les parents ont été interrogés sur leurs croyances et perceptions de la vaccination, en lien avec le phénomène nouvellement appelé « hésitation à la vaccination ». Les résultats qui suivent proviennent donc de l'enquête faite auprès de plus de 900 parents des régions de Lanaudière et de la Montérégie, parents interrogés lors de cliniques de vaccination des enfants en CSSS. Les parents ont également été invités à se prononcer sur leur satisfaction des services de vaccination reçus.

La majorité des participantes à l'enquête étaient la mère de l'enfant vacciné (82 %), étaient âgées de 30 ans et plus (61 %), avaient un niveau de scolarité collégial ou plus élevé (77 %) et avaient le français comme langue d'usage à la maison (85 %) (voir annexe 12). La distribution d'âge des enfants vaccinés était à peu près semblable selon les âges prévus au calendrier de vaccination. Près de la moitié des enfants vaccinés (45 %) étaient les aînés de la fratrie. Le tiers (33 %) des parents ont hésité au moins une fois avant de faire vacciner leur enfant.

Comparativement aux parents non hésitants, une plus grande proportion de parents hésitants étaient âgés de 30 ans et plus (68 % vs 58 %, $p=0,006$), avaient un niveau de scolarité élevé (81 % vs 75 %, $p = 0,033$) et accompagnaient leur enfant de deuxième rang ou plus dans la fratrie (64 % vs 50 %, $p < 0,001$) pour son vaccin. Il n'y avait pas de différence, quant aux proportions relatives au lien parental, à la langue d'usage à la maison ou à l'âge de l'enfant vacciné entre les parents hésitants et les parents non hésitants.

Une plus grande proportion de parents hésitants ont retardé l'administration d'un vaccin à leur enfant, en comparaison avec les parents non hésitants (34 % vs 11 %, $p < 0,001$).

Pour identifier les facteurs associés à l'hésitation à la vaccination des parents, les analyses de régression logistique ont permis de distinguer les variables qui, étant interreliées, pouvaient y être artificiellement associées (voir annexe 13). Ainsi, aucune des caractéristiques sociodémographiques parentales n'est associée à l'hésitation à la vaccination. Cependant, ce sont plutôt les croyances ou perceptions envers les vaccins qui y sont associées. Ainsi, la faible importance accordée aux vaccins, la perception que les vaccins sont peu utiles pour renforcer l'immunité ou pour prévenir les maladies, peu sécuritaires ou trop nombreux sont associés à l'hésitation à la vaccination : les chances d'être hésitant augmentent de 2 à 3,6 fois (1,99 à 3,58) pour les parents ayant ces croyances. Également, la pression ressentie de l'entourage ou de la société pour faire vacciner leur enfant est associée à l'hésitation vaccinale, les chances d'être hésitant augmentant de 3,54 fois chez les parents ressentant cette pression.

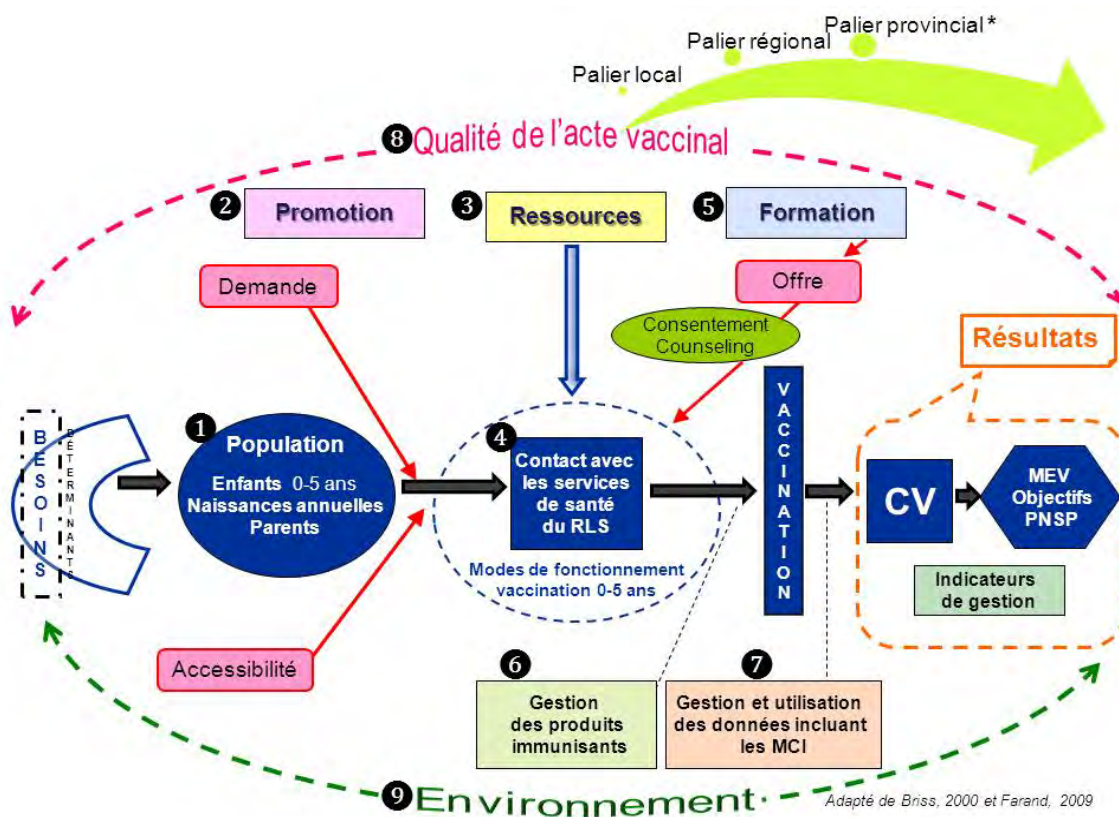
Quant à leur satisfaction des services de vaccination reçus, la majorité des parents (plus de 85 %) en étaient satisfaits, et ce, autant à l'égard de la prise de rendez-vous, des heures de vaccination, du temps d'attente et, en général, de l'environnement où se fait la vaccination. Pratiquement tous les parents considéraient que la personne ayant vacciné leur enfant était compétente. Le seul élément

où la proportion de parents satisfaits était plus faible (moins de 75 %) concernait le stationnement : au moins le quart des parents considéraient que le stationnement n'était pas facilement accessible.

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

Cette section constitue l'aboutissement du projet OSV, soit le modèle optimal d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans. Plusieurs versions antérieures, 7 au total, ont permis d'ajuster et de bonifier certains éléments du modèle en fonction, entre autres, des expériences vécues sur le terrain. Le modèle optimal est divisé en 9 grandes composantes abordées dans les sections qui suivent, correspondant à la numérotation des grands paramètres dont il est constitué et représentées schématiquement à la figure 5. Ces composantes sont les suivantes : 1) Population; 2) Promotion de la vaccination; 3) Ressources; 4) Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans; 5) Formation; 6) Gestion des produits immunisants; 7) Gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les MCI; 8) Qualité de l'acte vaccinal; 9) Environnement.

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



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

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

Chacune de ces composantes se décline ensuite en stratégies pour lesquelles diverses actions ou activités ont été identifiées dans le but d'être implantées par les acteurs concernés, et selon les réalités et besoins. Cette section du rapport traite de ces diverses stratégies et actions pouvant être mises en œuvre dans un modèle optimal d'organisation des services. Dans un premier temps, les raisons et justifications sur lesquelles s'appuie le choix des stratégies et actions sont expliquées pour chacune des composantes. Ces stratégies et actions sont ensuite énumérées sous forme de tableau.

Le modèle optimal a été élaboré dans la perspective du mandat de responsabilité populationnelle et de coordination du RLS qui était confié aux CSSS. Par ailleurs, bien que l'étude se soit déroulée dans un contexte organisationnel dont les structures sont en mutation par l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*⁴, le modèle optimal offre suffisamment de souplesse pour pouvoir s'appliquer à tout établissement ou organisation offrant des services de vaccination en 1^{re} ou en 2^e ligne.

Dans le but d'alléger le texte et pour permettre l'utilisation d'un document décrivant le modèle, mais distinct du présent rapport, les modalités d'application du modèle ne sont pas traitées ci-après. Ces dernières sont plutôt présentées dans le document *Plan de mise en œuvre du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans* (annexe 7) et reprises dans un document indépendant portant le même nom. On y retrouve alors, pour chacune des actions ou activités, l'instance responsable de l'implantation et les organisations qui apporteront leur collaboration. Bien que le plan de mise en œuvre propose principalement des stratégies et actions visant le palier local, soit les CSSS, certaines visent également les paliers provincial et régional. De plus, certaines actions dont l'implantation relève des CSSS font partie d'une catégorie *tronc commun*, c'est-à-dire que ces actions pourraient être mises en œuvre dans l'ensemble des CSSS du Québec. D'autres actions peuvent être mises en œuvre *selon les particularités du territoire*, c'est-à-dire que l'implantation peut être effectuée ou non, en prenant en considération le contexte ou les caractéristiques du CSSS. Enfin, parmi l'ensemble des actions proposées, certaines doivent être implantées en priorité. Elles sont identifiées par une étoile (★), et ce, autant ci-après qu'à l'annexe 7. Ces priorités ont été retenues en considérant les 5 interventions prioritaires recommandées dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, les travaux entourant la Phase II du plan d'action ainsi que les stratégies démontrées efficaces recommandées par les CDC.

Composante 1 – Population

Stratégie 1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans) et les déterminants de la vaccination

Des enquêtes sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans sont réalisées au Québec aux deux ans depuis 2006. Elles constituent une excellente opportunité d'explorer les déterminants de la vaccination, en plus de pouvoir comparer l'évolution des couvertures vaccinales dans le temps. Les contraintes méthodologiques des enquêtes québécoises ne permettent pas l'estimation des couvertures vaccinales à l'échelle locale. Pourtant, de telles études permettraient de mieux connaître et de décrire les différentes communautés (ex. : ethniques, autochtones) et clientèles vulnérables au niveau des RLS en prenant en considération, entre autres, les inégalités sociales de santé dans la planification et l'offre de service. Les intervenantes ont manifesté, à plusieurs reprises en cours de projet, le besoin de mieux connaître les caractéristiques et les besoins de leur clientèle, par exemple au moyen d'un sondage sur les préférences des parents concernant les lieux et les horaires de vaccination ou encore les raisons des refus ou de l'hésitation envers la vaccination. Les intervenantes ont également besoin de comprendre ce qui aide les parents dans le processus de prise de décision

⁴ (Québec, 2015).

concernant la vaccination de leur enfant. Une meilleure connaissance des besoins des parents et de leurs préoccupations liées à l'immunisation permettrait d'offrir un counseling adapté, peu importe qu'ils acceptent ou qu'ils aient des doutes face à la vaccination.

Stratégie 1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination

Le besoin d'impliquer les parents aux différents processus touchant la vaccination a également été identifié en cours de projet. Une telle stratégie permettrait aux parents d'être partie prenante dans les décisions touchant la vaccination 0-5 ans, considérant que l'implication des usagers dans les services de santé est généralement recommandée, et favoriserait une meilleure appropriation du Programme québécois d'immunisation (PQI).

Diverses actions ou activités pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées à la population (tableau 7). Par exemple, à titre d'étape préliminaire, des études ou enquêtes pourraient être réalisées afin de sonder l'intérêt des parents à participer aux processus touchant la vaccination.

Tableau 7 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 1 – Population

Stratégies

1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans) et les déterminants de la vaccination

Actions / Activités

- 1.1.1 Poursuivre l'analyse des déterminants de la vaccination par des enquêtes périodiques sur la couverture vaccinale des enfants au Québec
- 1.1.2 Réaliser des études ou enquêtes périodiques (ex. : par l'équipe en surveillance, par l'équipe en évaluation) portant, par exemple, sur les thèmes suivants :
 - communautés ethniques/anglophones/autochtones et vaccination
 - perception des parents d'un service idéal en vaccination
 - refus ou hésitations des parents envers la vaccination
 - moyens ou stratégies efficaces pour joindre les parents
 - couvertures vaccinales au palier local

1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination

Actions / Activités

- 1.2.1 À titre d'étape préliminaire, réaliser des études ou enquêtes portant sur la participation des parents aux différents processus touchant la vaccination (ex. : intérêt des parents à participer, faisabilité et objet de leur participation)

Sources multiples.

Composante 2 – Promotion de la vaccination

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

Des activités en promotion de la vaccination au palier provincial sont déjà en place, surtout par la disponibilité de matériel comme les feuillets d'information en vaccination. Cependant, en cours de projet, le besoin de renforcer ces activités s'est maintes fois manifesté. Les intervenantes des CSSS ont généralement indiqué qu'une promotion de la vaccination par, entre autres, des campagnes médiatiques à grande échelle, lancerait non seulement des messages ciblés aux parents (par exemple sur l'importance de faire vacciner leurs enfants dans les délais recommandés), mais

donnerait également des messages aux professionnels de la santé et aux vaccinatrices pour mieux les épauler dans leur propre travail de promotion de la vaccination.

On souhaite que les divers programmes d'immunisation du Québec s'adressant aux enfants soient mieux connus, que les fausses croyances et mythes en vaccination soient déconstruits et qu'une position clairement affirmée provaccination, notamment par la présence soutenue d'experts en vaccination, soit nettement présente, voire omniprésente, dans les médias afin de faire écho au mouvement antivaccination. On maintient qu'une promotion à l'échelle provinciale pourrait permettre d'y arriver, et non seulement en contexte d'épidémie ou d'éclosion, mais de façon continue.

De plus, on pense qu'une telle promotion s'inscrirait dans une mobilisation de l'ensemble des acteurs en vaccination et favoriserait la reconnaissance de la vaccination dans sa globalité comme une pratique clinique préventive efficace. Les vaccinatrices ont fréquemment mentionné qu'elles se sentent abandonnées en matière de promotion de la vaccination et que leur expertise n'est pas reconnue. Selon elles, une promotion de la vaccination mieux orchestrée à l'échelle de la province leur donnerait l'impression qu'elles ne sont plus seules à vouloir répandre la bonne nouvelle.

Bien qu'on rappelle aux protagonistes des campagnes médiatiques sur la vaccination que les données probantes sur l'efficacité de telles campagnes utilisées seules dans le but d'améliorer les couvertures vaccinales soient actuellement insuffisantes, la popularité de cette revendication n'en a pas été touchée.

Stratégie 2.2 Soutien régional pour la promotion de la vaccination

La promotion de la vaccination constitue l'un des mandats régionaux de santé publique. Or la nature et l'ampleur des activités de promotion en vaccination varient considérablement d'une région à l'autre. Les intervenantes et les gestionnaires des CSSS ont souvent répété la nécessité d'un soutien accru du palier régional dans l'élaboration et la diffusion d'outils de promotion de la vaccination adaptés aux caractéristiques locales. Le besoin de donner des orientations régionales et d'élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination a également été manifesté. La mobilisation des acteurs du palier régional autour d'une stratégie de communication favoriserait la reconnaissance de la vaccination comme une pratique clinique préventive efficace.

Stratégie 2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination

Des activités en promotion de la vaccination au palier local sont essentielles et plusieurs sont déjà en place dans les CSSS. Les intervenantes souhaitent sensibiliser les parents à une plus grande responsabilisation par rapport à la vaccination dans le but de protéger leur enfant. Par exemple, l'importance d'être présent aux rendez-vous en temps opportun, les risques associés à la non-vaccination et les conséquences des retards vaccinaux sont des aspects sur lesquels on souhaite sensibiliser davantage les parents.

La mise en œuvre d'actions et de moyens variés est recommandée afin que les intervenantes des CSSS puissent profiter de toutes les occasions pour promouvoir la vaccination, par exemple lors des rencontres prénatales ou lors d'une consultation à l'urgence. L'utilisation des médias sociaux et du Web permettrait, par ailleurs, de tenir compte des besoins des jeunes parents qui sont plus enclins à utiliser ces moyens de communication.

Le besoin de sensibiliser le personnel et les professionnels de la santé au sein des établissements est également apparu comme une préoccupation en cours de projet. Diverses actions visant à rappeler les bienfaits de la vaccination au personnel des CSSS favoriseraient la reconnaissance de cette pratique clinique préventive.

En conclusion, une stratégie concertée de promotion de la vaccination, impliquant les différents paliers du système de la santé, permettrait de mobiliser l'ensemble des acteurs et tracerait la voie à une meilleure appropriation du PQI. Il faudrait toutefois s'assurer qu'elle soit en cohérence avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* et qu'elle inclue l'évaluation des actions aux différents paliers.

Diverses actions ou activités pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées à la promotion (tableau 8). Elles ont trait notamment à l'identification d'un porte-parole crédible en vaccination, au développement d'outils de promotion adaptés aux besoins des parents hésitants et à l'utilisation accrue des médias sociaux et du Web dans les communications aux parents.

Tableau 8 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 2 – Promotion de la vaccination

Stratégies

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

Actions / Activités

Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, incluant l'évaluation des actions de promotion. À titre d'exemples :

- 2.1.1 Désigner un porte-parole crédible en vaccination
- 2.1.2 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination
- 2.1.3 Utiliser les médias et le Web
- 2.1.4 Diffuser un message de bienfait de la vaccination comme stratégie de santé publique (en évitant les messages axés sur la peur)
- 2.1.5 Profiter de la *Semaine mondiale de la vaccination* pour faire des activités de promotion
- 2.1.6 Diffuser des messages sur l'importance du respect du calendrier vaccinal
- 2.1.7 Développer des outils d'information adaptés pour les parents hésitants

2.2 Soutien régional pour la promotion de la vaccination

Actions / Activités

Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, incluant l'évaluation des actions de promotion.

- 2.2.1 Développer, évaluer et diffuser des outils de promotion (ex. : appliqué magnétique rappelant le rendez-vous de vaccination, affiches, dépliants, publicité dans les médias sociaux) en complément aux outils provinciaux
- 2.2.2 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination
- 2.2.3 Utiliser les structures locales ou régionales pour impliquer les médecins (ex. : département régional de médecine générale (DRMG), bulletin d'information de la DSP)
- 2.2.4 Obtenir la collaboration du service des communications du palier régional pour la promotion de la vaccination
- 2.2.5 Utiliser les médias et le Web

Tableau 8 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 2 – Promotion (suite)

2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination

Actions / Activités

Arrimage à prévoir avec la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, incluant l'évaluation des actions de promotion.

- 2.3.1 Diffuser des outils de promotion à l'extérieur du CSSS (ex. : pharmacies, écoles, centre de la petite enfance (CPE))
- 2.3.2 Rendre disponibles des moyens de communication ou des activités d'information/éducation sur la vaccination dans les salles d'attente
- 2.3.3 Rappeler aux parents l'importance de respecter le calendrier de vaccination et les rendez-vous fixés (ex. : lors de l'attribution du rendez-vous, lors de la confirmation du rendez-vous)
- 2.3.4 Donner des orientations et élaborer un plan de communication pour la promotion de la vaccination
- 2.3.5 Obtenir le soutien du service des communications du CSSS pour la promotion de la vaccination, et ce, en collaboration avec la DSP
- 2.3.6 Utiliser toutes les occasions possibles pour promouvoir la vaccination lors de contacts avec les parents (ex. : lors des rencontres prénatales)
- 2.3.7 Optimiser l'utilisation des médias sociaux et du Web dans les communications avec les parents
- 2.3.8 Diffuser auprès du personnel du CSSS des messages sur les bienfaits de la vaccination

Sources multiples.

Composante 3 – Ressources

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

La contribution des infirmières auxiliaires à la vaccination des enfants de 0-5 ans a fait l'objet de vives discussions dans le cadre du projet et a même été expérimentée dans certains CSSS à l'étude. Les opinions sont divergentes à ce sujet. Certaines personnes y voient une façon de rendre les services de vaccination plus efficaces en favorisant une meilleure utilisation des ressources, et ce, en cohérence avec la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*⁵. L'expérience dans certains CSSS montre que cela permet de voir plus d'enfants dans une même période de temps. D'autres craignent que cette façon de faire minimise la valeur ou l'importance de l'acte de vaccination en le réduisant au simple geste de donner une piqûre. Le recours à des infirmières auxiliaires pour l'administration des vaccins doit donc être considéré en fonction des caractéristiques du territoire, et en s'assurant que l'évaluation vaccinale et le counseling soient faits par des ressources compétentes et habilitées pour ce faire (ex. : infirmière auxiliaire en tandem avec une infirmière clinicienne).

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

Les membres du personnel en soutien à la vaccination, en particulier les agentes administratives qui représentent bien souvent le premier contact avec les parents, ont besoin de connaissances et de compétences adéquates afin d'assurer une bonne communication et une gestion efficace de la prise des rendez-vous de vaccination. Les travaux effectués dans le cadre de l'étude ont permis de

⁵ (Québec, 2002).

reconnaître l'importance et l'impact qu'ont leurs tâches sur la qualité des services, sur la décision des parents de revenir faire vacciner leur enfant et sur la protection des enfants vaccinés dans les délais. Pour que leur travail soit reconnu à sa juste valeur, il importe donc de bien décrire leurs rôles et responsabilités et de s'assurer qu'une formation adéquate leur soit donnée en fonction des besoins. À titre d'exemple, la pertinence d'offrir au personnel de soutien une formation adaptée sur le calendrier vaccinal ou sur les principes de l'entretien motivationnel a été soulevée à plusieurs reprises en cours de projet.

Stratégie 3.3 Infirmière pivot en vaccination dans chaque CSSS

La majorité des infirmières qui vaccinent dans les CSSS accomplissent d'autres tâches en petite enfance, notamment les visites postnatales. Par ailleurs, la vaccination exige une expertise de plus en plus pointue et une mise à jour régulière des connaissances. Le besoin de désigner une personne-ressource en vaccination dans chacun des milieux est apparu évident, cette personne ayant un rôle d'expertise-conseil lors des cliniques de vaccination, un rôle d'agent multiplicateur au sein de son équipe et un rôle de liaison avec les autres vaccinateurs du RLS. D'autres termes, tels que personne désignée ou personne responsable du dossier vaccination, pourraient être utilisés pour nommer cette personne, la terminologie pouvant varier d'une région à l'autre. La notion d'expertise doit toutefois demeurer au cœur de cette stratégie et il importe de donner à cette personne les moyens d'assumer son rôle, par exemple en rendant explicite et officielle une description de tâches, en libérant du temps dédié selon ses besoins et en lui fournissant, par exemple, un téléavertisseur ou un autre moyen pour la joindre.

Stratégie 3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination

La disponibilité des ressources matérielles nécessaires à la vaccination est variable d'un CSSS à l'autre. Les vaccinatrices devraient disposer des moyens technologiques usuels tel un ordinateur avec un accès à la version Web du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) sur tous les lieux de vaccination. Cela faciliterait leur travail et favoriserait une meilleure qualité de l'acte, particulièrement dans le contexte d'implantation du Système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI). Par ailleurs, tous reconnaissent que des locaux stables, dédiés à la vaccination 0-5 ans, fonctionnels et aménagés de façon ergonomique favorisent une plus grande efficacité et une meilleure qualité de travail pour les vaccinatrices, en plus d'assurer un environnement sécuritaire. Les intervenantes des CSSS souhaitent que la vaccination soit vécue comme une expérience agréable autant par les enfants et leurs parents que par le personnel.

Il est également souhaité de pouvoir disposer d'un matériel adéquat et ergonomique pour la conservation et le transport des vaccins, l'étude ayant mis en évidence des lacunes à ce sujet dans certains territoires. Dans plusieurs CSSS, les infirmières sont appelées à aller vacciner dans des points de service et des municipalités éloignées. Elles doivent alors user de créativité et de débrouillardise pour favoriser le respect des normes provinciales de gestion des produits immunisants contenues dans le PIQ. Un matériel adéquat permettrait de les soutenir dans leur travail et atténuerait la pénibilité de leur tâche.

Stratégie 3.5 Ajustement des ressources financières allouées à la vaccination

La reconnaissance de la clientèle vulnérable et de la clientèle immigrante à vacciner permettrait d'adapter l'offre de service et d'allouer les ressources requises pour offrir des services de qualité. Certaines intervenantes suggèrent, par exemple, d'ajouter une visite pour l'évaluation du carnet de vaccination de la clientèle immigrante. Dans certains CSSS, des ententes préalables avec des organismes communautaires permettent d'adapter les services de vaccination pour les nouveaux immigrants.

On souhaite aussi, particulièrement dans les CSSS où une augmentation de la population est observée, que les ressources financières pour la vaccination soient adaptées à la situation démographique. De cette façon, on s'assurerait que les CSSS disposent de ressources adéquates afin de répondre aux besoins de la population.

Diverses actions ou activités pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées aux ressources (tableau 9). Certaines d'entre elles ont été nommées dans les lignes précédentes, notamment la formation du personnel de soutien impliqué en vaccination et l'allocation de ressources financières pour la vaccination adaptées à la situation démographique.

Tableau 9 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 3 – Ressources

Stratégies

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

Actions / Activités

- 3.1.1 Embaucher et former/soutenir des infirmières auxiliaires pour administrer les vaccins

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

Actions / Activités

- 3.2.1 Affecter du personnel de soutien aux tâches administratives liées à la vaccination et bien décrire leurs rôles et responsabilités
- 3.2.2 Former le personnel de soutien impliqué en vaccination (ex. : formation sur l'importance de respecter les délais recommandés, formation adaptée sur l'entretien motivationnel)
- 3.2.3 Fournir des outils (ex. : procédure, aide-mémoire) pour aider le personnel de soutien dans la gestion de la prise de rendez-vous

3.3 Infirmière pivot en vaccination dans chaque CSSS

Actions / Activités

- 3.3.1 Désigner une infirmière pivot en vaccination et lui donner les moyens d'assumer son rôle (ex. : reconnaissance des fonctions, clarification des tâches)

3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination

Actions / Activités

- 3.4.1 Rendre disponibles, sur tous les lieux de vaccination, des ordinateurs avec un accès à la version Web du PIQ
- 3.4.2 Rendre disponibles des locaux stables, dédiés à la vaccination 0-5 ans, qui soient fonctionnels et aménagés de façon ergonomique
- 3.4.3 Fournir aux vaccinatrices un matériel adéquat et ergonomique pour la conservation et le transport des vaccins

3.5 Ajustement des ressources financières allouées à la vaccination

Actions / Activités

- 3.5.1 Reconnaître la clientèle vulnérable à vacciner et les ressources requises
- 3.5.2 Reconnaître la clientèle immigrante à vacciner et les ressources requises (ex : infirmière désignée à la vaccination de cette clientèle)
- 3.5.3 Allouer des ressources financières pour la vaccination adaptées à la situation démographique

Sources multiples.

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

Stratégie 4.1 Services de vaccination en CSSS et hors CSSS

Plusieurs intervenantes des CSSS souhaitent que la vaccination soit offerte exclusivement en CSSS, parce qu'elles se disent capables d'offrir le service à l'ensemble de la population, et ce, dans un souci d'assurer la qualité de l'acte vaccinal. Néanmoins, l'impact d'une telle décision sur la capacité

des organisations à répondre à la demande n'a pas été évalué. De plus, pour préconiser la vaccination exclusive en CSSS, plusieurs s'appuient sur leur perception d'une mauvaise qualité des services vaccinaux offerts hors CSSS en rapportant de nombreuses données anecdotiques à cet effet.

Certaines intervenantes en CSSS prétendent même que la vaccination devrait être offerte exclusivement par des infirmières. Cela ferait en sorte que les médecins pourraient alors se consacrer à des actes médicaux jugés plus pertinents. Cette façon de faire permettrait de réduire l'engorgement des soins de première ligne dans un contexte de pénurie de médecins, en plus de reconnaître l'expertise des infirmières en vaccination. D'autres affirment que la vaccination offerte par des médecins répond aux besoins de certains parents qui souhaitent recevoir ce service au même moment que le suivi médical de leur enfant, en plus d'élargir l'accessibilité des services et d'assurer une meilleure continuité.

Cependant, l'étude n'avait pas pour objet de statuer à ce sujet. Le devis et les méthodes employées dans l'étude ne permettaient pas non plus de s'avancer à cet égard. L'exclusivité de la vaccination comme acte infirmier devrait faire partie d'une réflexion plus large en lien avec la place de la vaccination hors CSSS, et ce, de manière à obtenir le point de vue de tous les acteurs impliqués, incluant les médecins, les infirmières et les pharmaciens (même si ces derniers ne vaccinent pas eux-mêmes).

Ainsi, le modèle optimal d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans propose que les services soient offerts principalement (mais non exclusivement) par des infirmières, et ce, autant en CSSS que hors CSSS (communément et injustement appelé « le privé »), dans une perspective de respect des normes de pratique et en s'assurant de la présence d'un processus continu d'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal.

Cette recommandation est en cohérence avec le principe de partage de la responsabilité populationnelle préconisé depuis les dernières années au Québec et sur lequel le MSSS s'appuie dans son cadre de référence d'évaluation de la performance. Elle permettrait, d'une part, de continuer à répondre aux besoins des parents qui souhaitent recevoir des services de vaccination et le suivi médical de leur enfant par le même prestataire de soins, notamment par leur médecin de famille ou leur pédiatre, assurant ainsi une continuité des soins. D'autre part, dans certains RLS, elle pourrait faciliter l'accès à la vaccination pour mieux répondre aux besoins d'une population en essor, par exemple dans le cas de l'augmentation du nombre des naissances.

Une collaboration éventuelle qui pourrait s'établir entre les CSSS et les vaccinateurs hors CSSS du territoire favoriserait l'adoption d'une vision RLS et une complémentarité des services entre les vaccinateurs (voir composante 9 - Environnement).

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

L'étude a permis de constater que la vaccination contre l'influenza des enfants de 6-23 mois est considérée de manière différente des autres vaccinations prévues au calendrier régulier, et ce, autant par les parents que par les intervenantes. Le Programme de vaccination contre l'influenza aux paliers provincial et régional est lui-même géré distinctement de la vaccination des 0-5 ans.

Plusieurs intervenantes s'appuient sur le fait que dans divers outils en soutien aux vaccinatrices, on perçoit que le vaccin influenza aux 6-23 mois n'est pas traité de la même manière que les autres vaccins. Cela justifierait de ne pas l'inclure avec les autres vaccins. Par ailleurs, dans certains CSSS, la vaccination contre l'influenza n'est pas systématiquement proposée au moment des rendez-vous

de 6, 12 ou 18 mois survenant en saison de vaccination antigrippale. Cette omission vient du fait que dans certaines organisations, on considère que la vaccination contre l'influenza ne peut être donnée que dans le cadre des cliniques spécifiques pour la vaccination saisonnière. Alors, bien souvent, les vaccinatrices n'en parlent tout simplement pas aux parents. Par ailleurs, certaines vaccinatrices ont des sentiments mitigés envers la vaccination contre l'influenza, car elles ont des doutes sur son efficacité et sa sécurité. Elles sont alors peu enclines à proposer ce vaccin. Enfin, le vaccin contre l'influenza fait partie des vaccins moins « appréciés » et considérés moins importants par les parents. Plusieurs parents doutent de son efficacité et pensent que la grippe est une maladie bénigne ne justifiant pas de faire vacciner leur enfant.

De la même façon, la vaccination des enfants de 4-6 ans n'est pas toujours perçue comme faisant partie du calendrier régulier. Dans certains milieux, elle relève d'une collaboration entre le secteur scolaire et celui de la petite enfance. Aussi, puisqu'il n'existe pas de mesure de performance en lien avec la vaccination 4-6 ans, il semble que moins d'efforts soient déployés dans certains CSSS pour améliorer la couverture vaccinale de cette clientèle, comparativement aux efforts investis pour les enfants de moins de 4 ans. Une meilleure sensibilisation des parents au fait que cette vaccination, tout comme la vaccination contre l'influenza, fait partie du calendrier régulier de vaccination et une offre systématique de l'ensemble des vaccins permettraient d'améliorer les couvertures vaccinales et d'atteindre les objectifs du PNSP.

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

La plupart des vaccins recommandés pour la clientèle 0-5 ans sont couverts par les programmes gratuits de vaccination au Québec. Cependant, pour les vaccins qui ne le sont pas, les modalités de l'offre de service doivent être connues de la population afin de favoriser l'accès aux vaccins. Au besoin, et en fonction de l'offre prévue régionalement, des modalités de référence devraient être mises en place entre les vaccinateurs des CSSS et les vaccinateurs hors CSSS afin de diriger les enfants vers les ressources pertinentes.

Stratégie 4.4 Offre de vaccination mixte (avec et sans rendez-vous)

La majorité des CSSS fonctionnent sur rendez-vous pour offrir la vaccination aux enfants de 0-5 ans. Une offre de vaccination sans rendez-vous est parfois ajoutée pour favoriser l'accessibilité des services et peut prendre différentes formes, notamment en réservant des plages vides pour permettre la vaccination sans rendez-vous ou en mettant en place des cliniques complètes sans rendez-vous. La difficulté à obtenir un rendez-vous de vaccination, l'obligation de reporter le rendez-vous en raison de la maladie et l'oubli du rendez-vous sont souvent mentionnés comme raisons de non-vaccination par les parents. Cela rend la formule sans rendez-vous intéressante afin d'assurer la vaccination des enfants dans les délais recommandés tout en offrant une flexibilité aux parents. Une offre de vaccination mixte s'avère donc une stratégie de choix dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination.

Stratégie 4.5 Procédure de prise de rendez-vous simple, efficace et orientée vers les besoins de l'enfant

Plusieurs intervenantes de CSSS ont manifesté le besoin de revoir la procédure de prise de rendez-vous pour la vaccination 0-5 ans, et ce, dans le but d'accroître la demande des parents et de s'ajuster aux besoins des parents hésitants. Plusieurs souhaitent également s'adapter aux nouveaux modes de communication, notamment en implantant la prise de rendez-vous en ligne, tout en étant cohérent avec les autres stratégies reconnues efficaces (rappel, relance, etc.), et ce, en respect des délais vaccinaux recommandés.

Dans certains CSSS, on a également mis en évidence le besoin de réorienter la philosophie organisationnelle de la prise de rendez-vous en fonction de la date de naissance de l'enfant, plutôt qu'uniquement en fonction de la disponibilité des plages horaires, afin de favoriser le respect du délai vaccinal recommandé.

Enfin, une procédure de rendez-vous optimale devrait tenir compte des besoins des parents qui doivent prendre rendez-vous à l'extérieur des heures d'ouverture de la centrale de rendez-vous. Peu importe le mode de fonctionnement, avec ou sans centrale de rendez-vous, les parents doivent avoir accès à un système de prise de rendez-vous efficace et répondant à leurs besoins.

Stratégie 4.6 Application systématique des procédures de rappel, de relance et de confirmation des rendez-vous

Le rappel, la relance et la confirmation des rendez-vous ont été identifiés par les intervenantes des CSSS comme étant des activités essentielles et efficaces pour favoriser la demande en vaccination. Le *rappel* est fait avant la date prévue de vaccination au calendrier pour rappeler aux parents de prendre un rendez-vous, et se distingue alors de *la confirmation d'un rendez-vous* déjà fixé. La *relance* est faite quand un enfant a manqué sa vaccination prévue au calendrier ou ne s'est pas présenté au rendez-vous fixé.

Le rappel et la relance font partie des stratégies prioritaires identifiées dans le *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*. Leur efficacité a été démontrée de manière probante, notamment dans la région de Lanaudière en ce qui concerne la relance, et dans *l'Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec* en 2012 et en 2014 en ce qui concerne le rappel. Quant à la confirmation téléphonique des rendez-vous, bien qu'à notre connaissance elle n'ait pas fait l'objet d'études scientifiques, son efficacité est reconnue par les intervenantes des CSSS selon des données anecdotiques obtenues dans le cadre de l'étude.

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

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

Stratégie 4.8 Accessibilité aux sites de vaccination

L'enquête réalisée auprès des parents en Montérégie et dans Lanaudière a démontré le besoin d'avoir accès à un stationnement adéquat sur les sites de vaccination. Cet aspect est celui sur lequel une plus grande proportion de parents se sont dits insatisfaits comparativement aux autres aspects évalués.

Par ailleurs, la disponibilité d'un transport aux sites de vaccination permettrait de tenir compte des contraintes, entre autres l'absence de transport en commun dans certains territoires que rencontrent quelques clientèles. Les clientèles vulnérables (ex. : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)), et au besoin les familles habitant des localités éloignées, pourraient en bénéficier.

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

La mise en œuvre de stratégies visant une meilleure accessibilité temporelle, telles que l'ajout de plages horaires de vaccination, sont reconnues efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales. Le besoin de revoir périodiquement les plages horaires de vaccination et de tenir compte des préférences des parents est présent dans plusieurs CSSS. Les intervenantes ont le souci d'accommoder les parents et de favoriser la conciliation travail-famille, particulièrement pour les rendez-vous de 12 et 18 mois. Différentes formules ont été testées avec succès dans certains CSSS, notamment l'ajout de plages horaires durant la fin de semaine ou lors de congés scolaires.

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

L'accessibilité géographique constitue un enjeu majeur dans plusieurs territoires de CSSS en raison, entre autres, de la vaste étendue du territoire, de l'absence de transport en commun ou de la présence de communautés défavorisées. La vaccination dans des localités éloignées, par exemple au moyen d'une unité mobile en vaccination ou encore dans des points de service ou des points de chute, permettrait d'élargir l'accessibilité de la vaccination en joignant les parents qui habitent le secteur visité. Néanmoins, le choix d'une telle stratégie repose sur plusieurs facteurs, dont la disponibilité des ressources. La vaccination offerte « hors murs » doit être effectuée dans des sites bien équipés avec des ressources matérielles adéquates et en adaptant au besoin les services offerts, par exemple en élargissant les cliniques de vaccination à toute la population, peu importe l'âge, lors du déplacement d'une infirmière dans une localité éloignée ou en partageant les locaux avec une clinique médicale.

La vaccination à domicile pourrait être offerte lors de situations particulières, notamment dans le cadre des SIPPE. La vaccination lors de visites à domicile est une stratégie recommandée pour améliorer l'accès aux services de vaccination. Elle favorise la continuité des soins, permet un certain démarchage (*reaching out*) et permet à l'infirmière d'être proactive par rapport à la famille. Les intervenantes des CSSS ont toutefois émis des réserves quant à l'idée d'aller vacciner systématiquement la clientèle SIPPE à domicile, considérant qu'une telle stratégie va à l'encontre de la philosophie d'*empowerment* préconisée par les SIPPE en accord avec le modèle de nursing de McGill. Il importe donc de procéder à une évaluation des besoins avant d'implanter cette stratégie. Par exemple, la vaccination à domicile pourrait être offerte à la clientèle SIPPE après 2 rendez-vous manqués au CLSC. De la même façon, la vaccination à domicile pourrait être envisagée, en dehors des SIPPE, pour répondre à des besoins particuliers (ex. : enfant malade, naissances multiples, famille habitant une localité éloignée) ou pour soutenir les parents qui seraient moins sensibilisés au respect du calendrier de vaccination. Sans en faire une approche systématique, la vaccination à domicile pourrait être employée, dans un premier temps, auprès de certains parents, puis, une fois la relation de confiance établie, les parents pourraient être invités à venir à un rendez-vous de vaccination régulier.

Stratégie 4.11 Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières

La vaccination de certaines clientèles exige parfois une supervision médicale et le recours à des corridors de services. Le PIQ fournit l'encadrement nécessaire pour la vaccination de tous les enfants, incluant ceux qui sont porteurs d'une maladie chronique, permettant ainsi leur vaccination au palier local. Les services de vaccination doivent être adaptés pour tenir compte des besoins de ces clientèles, par exemple en organisant des corridors de services pour les enfants présentant des problèmes d'allergie ou encore en créant des collaborations pour offrir à l'échelle locale la vaccination aux enfants de parents immigrants. La vaccination d'enfants venant de l'étranger demande bien souvent des connaissances pointues, entre autres pour l'analyse de carnets et de calendriers de vaccination, et des outils traduits, lesquels ne sont pas disponibles dans tous les CSSS. Ainsi, le soutien offert par les professionnels de l'Hôpital Sainte-Justine et de la DSP de Montréal est souvent, dans ce contexte, d'un précieux secours. Dans d'autres cas, à la suite d'une MCI, un suivi particulier est nécessaire.

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

La vaccination des enfants de 4-6 ans fait partie du calendrier québécois pour la vaccination de base, tel que précisé dans le PNSP. Cependant, comme décrit plus haut (voir stratégie 4.2), cette vaccination n'est pas toujours perçue comme faisant partie du calendrier régulier. Des cliniques dédiées de vaccination et des stratégies de rappel spécifiques pour la vaccination 4-6 ans sont déjà en place dans plusieurs CSSS. Bien que les intervenantes reconnaissent la pertinence de ces mesures, plusieurs mentionnent les défis qui y sont associés et la nécessité de se doter de procédures et de méthodes de travail.

L'entrée à la maternelle est un moment propice pour joindre les parents et leur rappeler de prendre rendez-vous pour la vaccination de leur enfant avant l'âge de 6 ans. Un rappel peut être fait, par exemple, lors de l'inscription à la maternelle ou lors de la journée d'information aux parents. La présence d'autres intervenants à l'école, tels que l'infirmière scolaire et l'hygiéniste dentaire, permet d'intégrer le rappel de la vaccination à l'ensemble des pratiques préventives.

En ce qui a trait aux modalités de vaccination au groupe des 4-6 ans, différentes formules ont été expérimentées dans les CSSS, notamment des cliniques d'une journée sous forme de fête organisée dans des lieux communautaires ou encore la vaccination à l'école pour les enfants de la maternelle dont le carnet n'est pas à jour. Bien que la vaccination à l'école permette d'atteindre de bonnes couvertures vaccinales et qu'il s'agisse d'une intervention recommandée pour améliorer l'accès aux services de vaccination, il peut s'avérer difficile, dans certains CSSS, d'envisager cette façon de faire pour les 4-6 ans en raison d'obstacles organisationnels. Des données anecdotiques recueillies dans le cadre de l'étude indiquent que les cliniques dédiées en CSSS sont très appréciées par les parents et permettent de vacciner un grand nombre d'enfants.

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

La vaccination offerte dans le cadre d'autres interventions est une stratégie recommandée pour améliorer les couvertures vaccinales. Cependant, à notre connaissance, l'impact de l'inverse, soit le fait d'ajouter, par exemple, des activités cliniques préventives aux rencontres de vaccination, n'aurait pas été étudié. L'étude a montré que certaines activités, par exemple l'administration d'un questionnaire sur l'allaitement lors des rencontres de vaccination, sont en place depuis plusieurs années dans les CSSS sans qu'on ne les ait jamais remises en question.

Par ailleurs, la présence d'une clientèle orpheline (sans médecin de famille) oblige les CSSS à adapter leurs services, par exemple en jumelant la vaccination au suivi de l'enfant s'appuyant sur l'ABCdaire. Dans certains milieux, on profite des visites de vaccination pour offrir d'autres interventions préventives qui sont perçues comme faisant partie d'un suivi médical régulier. Il s'agit entre autres du dépistage de la dépression post-partum, de l'évaluation du développement de l'enfant ou de la réponse aux questions des parents sur divers sujets touchant la santé de leur enfant.

Les infirmières sont quasi unanimes quant à l'importance de l'approche multidimensionnelle et globale, c'est-à-dire incluant le suivi du développement affectif, physique et moteur, social et moral, cognitif et langagier de l'enfant. Cependant, si d'autres services tels que le dépistage ou l'évaluation du développement de l'enfant sont offerts durant les cliniques de vaccination, ils doivent s'appuyer sur des données probantes ainsi que sur l'utilisation d'outils standardisés et évalués. Ils doivent également être accompagnés de services et d'un système de référence appropriés, en s'assurant toutefois de ne pas dédoubler les services, notamment en présence d'un suivi médical adéquat. Il importe donc que les intervenantes aient accès aux données probantes concernant les interventions et les types de suivi pour bien appliquer les recommandations. Les instances de santé publique régionales ou provinciales pourraient contribuer à rendre disponibles ces données.

Différentes actions ou activités pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées à la composante Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans (tableau 10). Par exemple, les services de garde éducatifs à l'enfance (surtout les CPE) pourraient être utilisés pour rappeler ou pour administrer la vaccination contre l'influenza, des plages horaires de vaccination pourraient être ajoutées pour les rendez-vous de dernière minute et la vaccination à domicile pourrait être offerte lors de situations particulières vécues par l'enfant ou la famille.

Tableau 10 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 4 – Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans

Stratégies

4.1 Services de vaccination en CSSS et hors CSSS

Actions / Activités^a

- 4.1.1 Offrir la vaccination 0-5 ans en CSSS et hors CSSS selon des modalités adaptées aux particularités du territoire (ex. : prêt d'infirmières du CSSS ou octroi de temps/infirmière à un groupe de médecine de famille (GMF))

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

Actions / Activités^a

- 4.2.1 Lors des visites régulières de vaccination, en saison de vaccination grippale, vacciner contre l'influenza l'enfant et ses contacts
- 4.2.2 Lors de la visite postnatale, présenter l'ensemble du calendrier vaccinal, incluant l'influenza et la vaccination 4-6 ans
- 4.2.3 Utiliser les services de garde éducatifs à l'enfance (surtout les CPE) pour rappeler ou pour administrer la vaccination (ex.: influenza, 4-6 ans)

Tableau 10 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 4 – Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans (suite)

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

Actions / Activités^a

- 4.3.1 S'assurer de la disponibilité et de la mise à jour d'une liste régionale des sites offrant les vaccins recommandés mais non couverts par les programmes gratuits
- 4.3.2 Offrir les vaccins recommandés à la clientèle et, au besoin, référer aux vaccinateurs hors CSSS

4.4 Offre de vaccination mixte (avec et sans rendez-vous)

Actions / Activités^a

- 4.4.1 Offrir la vaccination 0-5 ans avec et sans rendez-vous, et selon des modalités adaptées aux particularités du territoire (ex. : réserver des plages vides lors de la planification des cliniques pour permettre la vaccination sans rendez-vous)

4.5 Procédure de prise de rendez-vous simple, efficace et orientée vers les besoins de l'enfant

Actions / Activités^a

- 4.5.1 Offrir aux parents de prendre le premier rendez-vous de vaccination au lieu de naissance ou lors de la visite/appel postnatal
- 4.5.2 Donner sur place les prochains rendez-vous lors des visites de vaccination
- 4.5.3 Donner les rendez-vous en fonction de la date de naissance de l'enfant ou des besoins de l'enfant (ex. : retard, voyage, problèmes de santé)
- 4.5.4 Si présence d'une centrale de rendez-vous, ouvrir la centrale 5 jours par semaine, le jour et le soir, incluant les heures de repas
- 4.5.5 Mettre en œuvre un système de rendez-vous par Internet accessible pour les parents
- 4.5.6 Établir une procédure de suivi pour la prise de rendez-vous auprès des parents hésitants

4.6 Application systématique des procédures de rappel, de relance et de confirmation des rendez-vous

Actions / Activités^a

- ★4.6.1 Établir et appliquer un système de rappel pour la vaccination 0-5 ans
- ★4.6.2 Établir et appliquer un système de relance pour la vaccination 0-5 ans
- 4.6.3 Procéder de façon systématique à une confirmation (téléphonique ou autre) des rendez-vous de vaccination 0-5 ans

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

Actions / Activités^a

- 4.7.1 Adapter le temps alloué à la vaccination, notamment lors de la première visite de vaccination, pour les enfants ayant un carnet de vaccination étranger ou lors de l'ajout d'un nouveau vaccin
- 4.7.2 Adapter le temps alloué à la vaccination en fonction de la présence ou non d'un suivi médical
- 4.7.3 Adapter le temps alloué à la vaccination en fonction du nombre de vaccinatrice par enfant (ex. : vaccination en tandem versus une seule vaccinatrice par enfant)

Tableau 10 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 4 – Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans (suite)

4.8 Accessibilité aux sites de vaccination

Actions / Activités^a

- 4.8.1 Rendre accessible un stationnement adéquat sur les sites de vaccination
- 4.8.2 Rendre disponible un transport aux sites de vaccination pour les clientèles vulnérables (ex. : SIPPE)
- 4.8.3 Au besoin, rendre disponible un transport aux sites de vaccination pour les familles habitant des localités éloignées

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

Actions / Activités^a

- 4.9.1 Répartir les plages horaires actuelles de vaccination à différents moments au cours de la semaine pour offrir une meilleure accessibilité temporelle
- ★4.9.2 Ajouter des plages horaires de vaccination (ex. : la fin de semaine, le soir, les jours fériés ou lors des congés scolaires)
- ★4.9.3 Ajouter des plages horaires de vaccination pour les rendez-vous de dernière minute

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

Actions / Activités^a

- 4.10.1 Donner la vaccination dans des localités éloignées, par exemple au moyen d'une unité mobile en vaccination (une escouade ambulante bien équipée – voir 3.4.3) ou dans des points de service/points de chute
- ★4.10.2 Après évaluation des besoins, intégrer la vaccination au suivi à domicile des familles dans le cadre des SIPPE (vaccination à domicile)
- ★4.10.3 Donner la vaccination à domicile lors de situations particulières vécues par l'enfant ou la famille (ex. : maladie grave de l'enfant, naissances multiples)
- ★4.10.4 Au besoin, donner la vaccination à domicile aux enfants de familles habitant une localité éloignée

4.11 Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières

Actions / Activités^a

- 4.11.1 Vacciner, au palier local, les enfants ayant des problèmes de santé chronique en fonction de leurs besoins
- 4.11.2 Maintenir ou organiser des corridors de services pour offrir la vaccination, par exemple aux enfants présentant des problèmes d'allergie
- 4.11.3 Assurer le suivi des recommandations suite à une MCI grave après la vaccination
- 4.11.4 Maintenir des collaborations pour offrir à l'échelle locale la vaccination aux enfants de parents immigrants (ex. : Hôpital Sainte-Justine, DSP de Montréal)

Tableau 10 **Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 4 – Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans (suite)**

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

Actions / Activités^a

4.12.1 Rappeler la vaccination 4-6 ans lors du rendez-vous de 18 mois et lors de l'inscription à la maternelle ou de la journée d'accueil des élèves de maternelle

4.12.2 Organiser au CSSS des cliniques de vaccination dédiées à la vaccination des 4-6 ans et qui prévoient le rattrapage

4.12.3 Vacciner à l'école les enfants de la maternelle dont la vaccination n'est pas à jour

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

Actions / Activités^a

★4.13.1 Offrir la vaccination lors du suivi ABCdaire

★4.13.2 Après évaluation des besoins, offrir la vaccination lors du suivi SIPPE

4.13.3 Si d'autres interventions sont offertes lors des rencontres de vaccination (ex. : activités de dépistage, suivi du développement), s'assurer qu'elles sont conformes aux données probantes et que des outils validés sont utilisés à cet effet

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

Sources multiples.

Composante 5 – Formation

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

Il est généralement reconnu qu'une formation de base est nécessaire à toutes les nouvelles vaccinatrices pour leur permettre d'appliquer les normes du PIQ, notamment en ce qui concerne l'obtention du consentement ou les principes généraux en immunisation, et d'être outillées pour intégrer rapidement dans leur pratique les changements apportés au PIQ. Cette formation de base devrait s'adresser à l'ensemble des vaccinateurs, incluant les médecins, les infirmières hors CSSS et les sages-femmes.

Depuis 2014, une formation de base sur l'immunisation est disponible en ligne pour les infirmières du Québec. En 2015, l'accès à cette formation a été élargi à tous les vaccinateurs québécois. Cette formation, d'une durée de 10 heures, permet d'acquérir des connaissances de base en immunisation et de s'initier à l'utilisation du PIQ. Elle ne permet pas toutefois d'aller en profondeur et certaines infirmières ont manifesté le besoin d'ajouter des vignettes ou des exercices pratiques, par exemple pour l'analyse des carnets de vaccination. On rapporte également, dans certains CSSS, des lacunes au niveau des compétences de base observées chez les nouvelles infirmières qui vaccinent (ex. : technique d'injection inadéquate). Une formation complémentaire à la formation en ligne s'avère donc nécessaire pour répondre aux besoins des nouvelles vaccinatrices et pour assurer la qualité de l'acte vaccinal. Une telle formation devrait être offerte à toutes les vaccinatrices des CSSS et pourrait être donnée par des agents multiplicateurs ou par l'infirmière pivot en vaccination au sein du CSSS (voir composante 3 – Ressources). La formation par des agents multiplicateurs favoriserait l'accessibilité à l'expertise dans les CSSS et rendrait officiel le rôle des personnes qui agissent actuellement à titre d'expertes en immunisation sans en avoir la reconnaissance. En outre, la

formation par des agents multiplicateurs permettrait aux instances concernées de jouer leur rôle de première et deuxième ligne. Ainsi, la DSP pourrait jouer un rôle plus ou moins actif en ce qui concerne la formation, selon les besoins et réalités de chaque région. Dans certaines régions, la DSP assume un rôle de soutien en matière de formation, alors que dans d'autres, elle joue un rôle beaucoup plus actif en formant l'ensemble des vaccinateurs de la région.

La formation par des agents multiplicateurs devrait toutefois se limiter aux vaccinatrices du CSSS, car il est trop tôt, dans le contexte actuel, pour l'élargir à l'ensemble des vaccinateurs du RLS. Une formation complémentaire à la formation de base pourrait donc être offerte par la DSP aux vaccinateurs hors CSSS. Cette formation devrait s'adresser à l'ensemble des vaccinateurs hors CSSS, incluant les médecins et les sages-femmes, afin de favoriser un message univoque en matière de vaccination.

Outre la formation complémentaire, des cliniques supervisées ou d'autres modalités d'accompagnement devraient être instaurées dans les CSSS suite à la formation de base des vaccinatrices afin d'assurer la qualité de l'acte vaccinal. Ces cliniques et autres modalités d'accompagnement devraient être adaptées en fonction des besoins, et un soutien de la DSP pourrait être sollicité au besoin par exemple pour l'élaboration et la mise à jour périodique d'un examen théorique pour attester des compétences des vaccinatrices.

Des besoins de formation continue ont également été exprimés par les participantes à l'étude, considérant la complexité grandissante du calendrier de vaccination, l'expertise que doivent développer les vaccinatrices qui travaillent auprès des enfants de 0-5 ans et l'importance de maintenir à jour leurs connaissances. Les nombreux changements qui surviennent au sein du personnel des CSSS renforcent la nécessité de former un nombre accru de vaccinatrices pour assurer la relève. À titre d'exemple, un outil questions/réponses pourrait être développé pour la formation continue des vaccinatrices expérimentées; cet outil a d'ailleurs été suggéré par plusieurs participantes à l'étude. Des besoins de formation continue sont également présents chez les acteurs du palier régional qui agissent en soutien auprès des vaccinatrices.

L'accès à une formation sur les principes de l'entretien motivationnel et sur le modèle de prise de décision a également été demandé en cours de projet. On souhaite que cette formation soit adaptée à la vaccination afin de soutenir les intervenantes dans leur travail auprès des parents qui reçoivent des services de vaccination. Une telle formation favoriserait l'offre de vaccination, et ce, en respectant le rythme des parents dans leur processus de prise de décision et en affichant une approche rassurante. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, cette formation devrait idéalement être offerte au palier local. Cependant, le soutien des paliers régional et provincial demeure essentiel, autant pour l'élaboration des outils de formation que pour la prestation de la formation selon les réalités de chaque région.

Enfin, on souhaite que des canaux de communication soient mis en place afin d'assurer un arrimage entre la formation des vaccinatrices et l'implantation des changements du PIQ. Une meilleure communication permettrait de prendre en compte les besoins organisationnels des CSSS lors de l'implantation des changements au calendrier de vaccination et permettrait aux vaccinatrices de s'approprier ces changements.

Le tableau 11 présente les actions ou activités décrites précédemment, qui pourraient être implantées dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans en lien avec la composante Formation.

Tableau 11 **Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 5 – Formation**

Stratégies

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

Actions / Activités^a

- ★5.1.1 Offrir une formation complémentaire à la formation de base en immunisation à tous les vaccinateurs du CSSS, cette formation pouvant être donnée par des agents multiplicateurs ou l'infirmière pivot en vaccination du CSSS
- ★5.1.2 Offrir une formation complémentaire à la formation de base en immunisation à tous les vaccinateurs hors CSSS, incluant les médecins et les sages-femmes, cette formation pouvant être donnée par la DSP
- ★5.1.3 Offrir de la formation continue répondant aux besoins des acteurs des paliers régional et local
- ★5.1.4 Offrir aux vaccinateurs une formation sur les principes de l'entretien motivationnel adapté à la vaccination, et sur le modèle de prise de décision
- 5.1.5 Instaurer et tenir à jour, dans les CSSS, des cliniques supervisées ou d'autres modalités d'accompagnement suite à la formation de base des vaccinateurs
- 5.1.6 Mettre en place des canaux de communication qui assurent un arrimage entre la formation des vaccinateurs et l'implantation des changements du PIQ

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

Sources multiples.

Composante 6 – Gestion des produits immunisants

Stratégie 6.1 Soutien à la GPI dans le contexte d'implantation du SI-PMI

L'implantation récente du SI-PMI et la mise à jour de la circulaire provinciale relative à la politique de gestion des vaccins du PQI représentent une opportunité pour les CSSS de revoir leur fonctionnement en matière de GPI. La disponibilité d'une politique ou de procédures officielles au palier local permet de reconnaître l'importance de chacune des étapes liées à la GPI et de clarifier les rôles et responsabilités de chacun au sein du CSSS. Certaines participantes ont mentionné le besoin de connaître les éléments du SI-PMI qui doivent être inclus dans une telle politique. Un soutien des paliers provincial et régional pourrait être offert pour répondre à ce besoin.

De la même façon qu'au palier local, la disponibilité d'une politique régionale de GPI permettrait de définir les rôles et responsabilités de chacun, notamment en ce qui concerne les commandes et la distribution des produits pour lesquelles le dépôt régional ou le distributeur dépositaire régional assume une grande part des responsabilités. Le besoin de reconnaître le leadership de la DSP, particulièrement dans le contexte de changement actuel, a été maintes fois exprimé. En matière de GPI, certaines tâches relèvent clairement du palier régional, notamment la coordination de la distribution des produits, l'attribution des contrats, la surveillance de la qualité du transport des produits et le soutien au maintien des compétences.

Les participantes à l'étude ont également mentionné l'importance de désigner une personne responsable de la GPI, tant au palier régional qu'au palier local, afin d'assurer une communication efficace entre les différents acteurs et de permettre le développement d'une expertise en GPI.

Par ailleurs, la nécessité de disposer de critères d'attribution des doses est reconnue par tous les acteurs du PQI. Une information claire et transparente doit être disponible pour savoir qui peut vacciner et quelle quantité de doses de vaccin peut être attribuée. Une entente écrite devrait être conclue, si ce n'est déjà fait, avec tous les vaccinateurs ou établissements au Québec, représentant une condition essentielle pour obtenir des vaccins du système public. La signature de cette entente, sous la responsabilité de la DSP, pourrait être faite en collaboration avec les CSSS et selon des critères définis par le MSSS. Les critères retenus, par exemple la formation en immunisation et l'utilisation du PIQ comme critères de base pour obtenir des vaccins, devraient favoriser l'uniformité des pratiques et la qualité de la GPI. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, il conviendrait d'explorer l'engagement des CSSS dans la gestion des ententes. Par exemple, l'évaluation des besoins et les visites de suivi auprès des nouveaux vaccinateurs, qui sont généralement effectuées par les DSP, pourraient éventuellement être faites en collaboration avec les CSSS.

Enfin, une gestion efficace des produits immunisants exige souplesse et flexibilité en ce qui a trait aux commandes et à la livraison des vaccins afin d'assurer la disponibilité des produits et de favoriser l'offre de vaccination. Sans nier les ressources pour ce faire, des commandes de vaccins plus fréquentes et plus souples sont souhaitables du point de vue des intervenantes et des responsables locales de la GPI. Cela permettrait de subvenir aux besoins lors de situations particulières, par exemple lors d'ajout de cliniques de vaccination.

Le tableau 12 présente les actions ou activités décrites précédemment, qui pourraient être implantées dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans en lien avec la composante Gestion des produits immunisants.

Tableau 12 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 6 – Gestion des produits immunisants

Stratégies

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

Actions / Activités

- 6.1.1 Élaborer et mettre en œuvre une politique/des procédures officielles de GPI au sein du CSSS
- 6.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une politique régionale de GPI
- 6.1.3 Désigner une ou des personnes responsables de la GPI au CSSS
- 6.1.4 Désigner une ou des personnes responsables de la GPI à la DSP
- 6.1.5 Conclure une entente écrite avec tous les vaccinateurs ou établissements, cette entente étant la condition essentielle pour obtenir des vaccins du système public
- 6.1.6 Effectuer des visites par la DSP auprès des nouveaux vaccinateurs, en collaboration avec le CSSS
- 6.1.7 Assurer une flexibilité pour la commande et la livraison des vaccins ainsi que la disponibilité, en temps opportun, de la quantité requise

Sources multiples.

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

Stratégie 7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination

La mise en œuvre d'un registre provincial de vaccination, accessible à tous les vaccinateurs du Québec et contenant tous les renseignements sur les vaccins administrés, rendrait disponible de l'information individuelle au lieu même de vaccination. Cela faciliterait l'accès aux données de vaccination d'un enfant, peu importe l'endroit où il a été vacciné. Le volet immunisation du SI-PMI permet d'avoir accès aux données de vaccination des enfants qui reçoivent leurs services en CSSS. Une phase ultérieure est prévue afin d'implanter le registre chez les vaccinateurs hors CSSS pour que l'ensemble des établissements et organisations ait accès au même registre de vaccination.

Aussi, le maintien du registre ESPRI est essentiel dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination au Québec afin d'assurer la surveillance des MCI. Cette surveillance doit être soutenue par le développement et le maintien de l'expertise professionnelle à tous les paliers du système de santé.

L'exploitation systématique des données disponibles permettrait de suivre de manière plus méthodique certains aspects de l'organisation des services de vaccination. Diverses données administratives sont parfois disponibles au palier local, notamment les données sur l'absentéisme aux rendez-vous de vaccination, et mériteraient d'être utilisées à leur plein potentiel afin de bien connaître la clientèle desservie et d'ajuster au besoin les services.

En ce qui a trait à la consignation des données de vaccination, les intervenantes souhaitent harmoniser les pratiques au sein de leur établissement. Il existe en effet toutes sortes d'outils utilisés pour consigner l'information au dossier physique, ce dernier incluant un questionnaire préimmunisation, une fiche vaccinale et un formulaire de consentement. L'information est consignée à différents endroits (au dossier de l'utilisateur, dans le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC) et au carnet de vaccination), sans compter l'information sur l'alimentation des nourrissons saisie dans I-CLSC. Les données de vaccination provenant des cliniques médicales ne sont pas toujours saisies, ni les bordereaux (contenant ces données) conservés. Les pratiques à cet égard sont variables d'un CSSS et d'une région à l'autre, bien qu'avec le registre provincial, ces données devront en principe être récupérées. L'optimisation de la consignation des données à l'intérieur des CSSS et au registre de vaccination s'avère donc essentielle et doit être faite en conformité avec les exigences du PIQ. La DSP, ou toute autre instance (ex. : MSSS, INSPQ), pourrait contribuer à l'élaboration d'outils standardisés.

Par ailleurs, pour que les décisions qui sont prises dans les CSSS s'appuient sur des données validées, ce qui n'est pas toujours le cas, une vérification des données saisies doit être faite de façon périodique. Des procédures de validation des données de vaccination, par exemple en donnant accès au SI-PMI à des infirmières vaccinatrices, permettraient de s'assurer jusqu'à un certain point de la qualité des données.

Enfin, le projet a mis en lumière un besoin de formation des vaccinateurs pour l'interprétation et l'utilisation des données disponibles. Cela serait souhaitable entre autres pour faire la distinction entre indicateurs de gestion et couvertures vaccinales, et pour permettre de prendre en compte les limites des données actuelles. Une meilleure compréhension est également requise pour ce qui est des raisons scientifiques justifiant le calendrier vaccinal et les délais sur lesquels s'appuient les indicateurs de gestion. Bien que la responsabilité de cette formation relève des CSSS, le soutien et l'expertise de la DSP pourraient être sollicités, par exemple pour l'analyse et l'interprétation des données.

Stratégie 7.2 Maintien et développement des indicateurs de gestion en vaccination

Les indicateurs de gestion en vaccination sont généralement perçus comme un levier considérable et devenu incontournable pour les organisations, et ce, malgré leurs limites inhérentes. Cependant, la pertinence et les fondements du choix de ces indicateurs sont remis en question par certaines intervenantes autant du palier local que du palier régional. Les cibles à atteindre sont établies par les indicateurs ministériels pour la vaccination à 2 mois et à 12 mois. Par conséquent, on mise davantage sur des interventions qui visent l'atteinte de ces cibles alors qu'on investit moins d'efforts sur les autres vaccins; cela constitue un effet pervers potentiel de ces indicateurs.

Avec l'avènement du SI-PMI, des indicateurs de gestion spécifiques en vaccination pourraient éventuellement être mis en place, autant pour les CSSS que pour les vaccinateurs hors CSSS. L'instauration de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination pourraient répondre à des besoins, par exemple en fonction de l'évolution du calendrier de vaccination ou d'un problème observé sur le terrain.

Stratégie 7.3 Rétroaction auprès de tous les vaccinateurs du RLS

La rétroaction est une stratégie reconnue efficace pour améliorer l'offre de vaccination. Elle permet d'évaluer rétrospectivement la performance du vaccinateur en ce qui concerne la vaccination de sa clientèle et lui fournit l'occasion d'avoir une réflexion sur sa pratique et d'y apporter des ajustements au besoin.

La rétroaction et le soutien des vaccinateurs de tout le RLS dans l'interprétation des données pourraient se faire conjointement par les acteurs des paliers régional et local, tout en reconnaissant les rôles et responsabilités de chacun. Ainsi, le traitement et l'analyse des données relatives à la vaccination relèvent du palier régional, alors que l'utilisation des données et la diffusion auprès des vaccinateurs relèvent du palier local. L'étude a montré des disparités importantes d'un CSSS à l'autre en ce qui concerne les modalités et la fréquence de diffusion des données. Les intervenantes des CSSS souhaitent toutefois que l'information leur soit transmise sur une base régulière, car les données qu'elles reçoivent sont jugées utiles pour renforcer le travail des vaccinatrices et sensibiliser les équipes au respect des délais recommandés.

Le tableau 13 présente les actions ou activités décrites précédemment, qui pourraient être implantées dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans en lien avec la composante Gestion et utilisation des données de vaccination.

Tableau 13 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 7 – Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI)

Stratégies

7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination

Actions / Activités^a

- ★7.1.1 Développer et mettre en œuvre un registre provincial de vaccination
- 7.1.2 Maintenir le registre ESPRI
- 7.1.3 Exploiter les données disponibles de façon plus systématique (ex. : résultats des indicateurs de gestion, résultats d'enquêtes sur la couverture vaccinale, données sur la GPI, données sur les MCI)
- 7.1.4 Optimiser la consignation des données à l'intérieur du CSSS et au registre de vaccination en conformité avec les exigences du PIQ (ex. : utilisation d'un questionnaire standardisé)
- 7.1.5 Élaborer et mettre en œuvre une méthode de vérification des données saisies
- 7.1.6 Former les vaccinateurs sur l'interprétation et l'utilisation des données disponibles (ex. : couvertures vaccinales, MCI, indicateurs de gestion) avec le soutien de la DSP

7.2 Maintien et développement des indicateurs de gestion en vaccination

Actions / Activités^a

- 7.2.1 Maintenir les indicateurs de gestion existants en vaccination
- 7.2.2 Développer et proposer, en réponse aux besoins, de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination

7.3 Rétroaction auprès de tous les vaccinateurs du RLS

Actions / Activités^a

- 7.3.1 Traiter, analyser et rendre disponible sur une base régulière l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : indicateurs de gestion, couvertures vaccinales)
- ★7.3.2 Diffuser régulièrement aux vaccinateurs en CSSS l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : indicateurs de gestion, couvertures vaccinales)
- ★7.3.3 Diffuser régulièrement aux vaccinateurs hors CSSS l'information sur les résultats relatifs à la vaccination (ex. : couvertures vaccinales)

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

Sources multiples.

Composante 8 – Qualité de l'acte vaccinal

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

La nécessité de définir et de clarifier les différents aspects liés à la qualité de l'acte vaccinal a été mise en lumière par les résultats de l'étude. Ces aspects touchent entre autres l'évaluation du statut vaccinal par les professionnelles qui vaccinent, l'évaluation des compétences des vaccinatrices, la sécurité des clients, le counseling réalisé et l'obtention du consentement, la consignation des données de vaccination ainsi que les gestes techniques posés lors de l'administration des vaccins. Compte tenu de la complexité de l'acte vaccinal et des enjeux associés, l'adoption d'une définition commune de ce que représente la qualité de l'acte vaccinal permettrait de préciser le cadre de travail de la vaccination ainsi que les normes qui y sont associées. Il semble toutefois qu'un certain flou existe autour de la définition de la qualité de l'acte vaccinal, laquelle a par ailleurs fait l'objet de travaux dans le cadre de l'étude.

L'importance de diffuser l'information concernant les rôles et responsabilités respectifs en matière de qualité de l'acte vaccinal est également confirmée par l'étude afin que tous aient l'information juste en ce qui a trait à son cadre législatif, réglementaire, éthique et déontologique.

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

Stratégie 8.2 Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal

L'importance d'évaluer la qualité de l'acte vaccinal doit être reconnue par l'ensemble des acteurs concernés. L'étude a mis en évidence une certaine zone grise en matière de responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal et, dans les faits, une quasi absence d'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal au sein des organisations. La réflexion sur les actes est pourtant une stratégie reconnue pour améliorer la qualité des soins.

Diverses actions ou activités pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées à la qualité de l'acte vaccinal (tableau 14). On peut y trouver notamment le maintien ou le développement de procédures en matière de gestion des risques et l'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal de manière statutaire.

Tableau 14 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 8 – Qualité de l'acte vaccinal

Stratégies

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

Actions / Activités

- 8.1.1 Développer et proposer une définition de la qualité de l'acte vaccinal
- 8.1.2 Diffuser de l'information concernant les rôles et responsabilités respectifs en matière de qualité de l'acte vaccinal (ex. : circulaire du MSSS, documents de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ), règle de soins infirmiers dans les établissements, etc.)
- 8.1.3 Maintenir ou développer des procédures en matière de gestion des risques
- 8.1.4 Établir des mécanismes clairs de communication et de transmission de l'information scientifique en immunisation

8.2 Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal

Actions / Activités

- 8.2.1 Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal en CSSS
- 8.2.2 Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal hors CSSS

Sources multiples.

Composante 9 – Environnement

Stratégie 9.1 Collaboration avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire

Une stratégie visant le développement de liens entre les CSSS et les vaccinateurs hors CSSS du territoire, toujours dans une perspective de responsabilité populationnelle, favoriserait l'adoption d'une vision RLS et une complémentarité des services entre les vaccinateurs. Elle pourrait également améliorer l'accessibilité, soutenir l'harmonisation des pratiques vaccinales et favoriser ainsi une meilleure connaissance et une confiance mutuelles entre les vaccinateurs en CSSS et hors CSSS.

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

Les infirmières vaccinatrices perçoivent que la responsabilité de la promotion de la vaccination repose en grande partie sur leurs épaules et, à leur avis, cette responsabilité devrait être partagée par l'ensemble des professionnels de la santé et les membres de la communauté. Plusieurs professionnels de la santé jouent un rôle essentiel en matière de vaccination. L'influence qu'exerce la recommandation du médecin ou d'un professionnel de la santé sur la prise de décision d'un parent pour faire vacciner son enfant est bien connue. Il faut donc continuer à pouvoir s'appuyer entre autres sur les médecins pour qu'ils fassent la juste promotion de la vaccination.

Les professionnels de médecine complémentaire exercent une influence importante sur la décision de certains parents de faire vacciner ou non leur enfant. Les sages-femmes, par exemple, peuvent prescrire ou administrer certains vaccins dans l'exercice de leurs fonctions. En plus de l'encadrement législatif, leur pratique est aussi guidée par la philosophie sage-femme dont l'un des principes fondamentaux est le choix éclairé incluant aussi la responsabilisation des parents (*empowerment*), le respect de l'autonomie des parents et la relation d'égalité. Dans cette perspective, les sages-femmes présenteraient les bienfaits de la vaccination et les manifestations après la vaccination de manière équivalente. Des données anecdotiques obtenues dans un CSSS à l'étude indiquent que les femmes suivies par des sages-femmes auraient tendance à refuser la vaccination pour leur enfant. On déplore le fait que les sages-femmes n'aborderaient le thème de la vaccination qu'à la sixième semaine postnatale, soit lors de leur dernière rencontre de suivi.

Une stratégie visant la collaboration et la participation de la communauté et de l'ensemble des professionnels de la santé favoriserait un message univoque en matière de vaccination.

Stratégie 9.3 Communauté de pratique⁶ en vaccination

Les résultats de l'étude mettent en évidence le besoin pour les intervenantes d'échanger et de partager les bonnes pratiques en vaccination, et ce, sur une base régulière et fréquente. Le développement et l'animation d'une communauté de pratique, sous le leadership de la DSP et à laquelle participeraient tous les acteurs en vaccination, permettraient de répondre à ce besoin et d'améliorer ainsi la qualité de l'acte. La mise en place d'une communauté de pratique permettrait de faire régulièrement le bilan des services rendus, un souhait exprimé d'ailleurs par plusieurs participantes de l'étude. Elle permettrait également d'établir et de maintenir une communication efficace entre les paliers du système de santé.

⁶ Même si l'expression « Communauté de pratique » est tirée de l'anglais, elle est utilisée ici car elle a été employée en cours d'étude et a permis que tous comprennent de quoi il s'agissait.

Stratégie 9.4 Politique de vaccination

Les résultats de l'étude révèlent qu'une nouvelle vision est observée dans certains CSSS où une responsabilité partagée s'exprime par rapport aux services de vaccination à rendre auprès de la population. Alors qu'auparavant, la question de la vaccination des 0-5 ans pouvait être considérée comme étant uniquement l'affaire de l'équipe petite enfance, cette vision de responsabilité partagée au sein de l'établissement se manifeste maintenant par une collaboration et un soutien des différents secteurs du CSSS par rapport aux changements à mettre en œuvre en vaccination. En permettant de sensibiliser les gestionnaires et le personnel des établissements à la vaccination, une politique de vaccination du type *Amis des bébés* viendrait soutenir encore plus le développement et le maintien de cette responsabilité partagée.

Par ailleurs, en lien avec le *Plan québécois de promotion en vaccination*, un engagement affirmé de l'ensemble des CSSS du Québec sur le bien-fondé de la vaccination faciliterait la réalisation de changements organisationnels en faveur de l'amélioration des services de vaccination. Un établissement « provaccination » viendrait alors lancer un message clair auprès de la population et auprès de ses employés en indiquant nettement et officiellement que la vaccination fait partie des interventions qui y sont préconisées et que les croyances antivaccins n'y ont pas leur place.

Enfin, une politique d'établissement en faveur de la vaccination permettrait de faire contrepoids au mouvement d'hésitation de plus en plus grandissant et présent autant chez les parents que chez les travailleurs de la santé en établissement et hors établissement. Dans le cas des établissements, l'adoption d'une politique en matière de vaccination viendrait camper fermement l'engagement en faveur de la vaccination et la reconnaissance de l'expertise des infirmières vaccinatrices à tous les paliers.

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

Plusieurs enjeux complexes ont été mis en évidence en cours d'élaboration du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans. Ces enjeux concernent entre autres les professionnels et les organisations qui offrent des services de vaccination aux 0-5 ans, la qualité de l'acte vaccinal et son évaluation, les services offerts lors des cliniques de vaccination et, de manière plus globale, l'opportunité d'une politique de vaccination dans les établissements. Les solutions qui pourraient émerger face à ces enjeux font ressortir le besoin d'un dialogue et la nécessité d'un consensus socio-organisationnel de tous les acteurs québécois impliqués en vaccination des jeunes enfants. Cette réflexion pourrait avoir lieu dans le cadre d'« États généraux » regroupant des représentants de toutes les parties prenantes en matière de vaccination au Québec.

Une dizaine de thèmes ou enjeux pourraient être abordés lors d'éventuels États généraux sur la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec (voir annexe 14), dont la plupart ont été décrits auparavant. Il s'agit de 1) Place de la vaccination hors CSSS; 2) Rôle des médecins et autres professionnels de la santé en vaccination; 3) Formation; 4) Critères et méthodes d'attribution des doses de vaccin; 5) Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal; 6) Vaccination jumelée à des interventions préventives; 7) Pertinence, fondements et application du choix des indicateurs de gestion en vaccination; 8) Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois; 9) Politique de vaccination; 10) Partage des responsabilités entre la première, la deuxième et la troisième ligne. Il faudra, bien sûr, tenir compte des changements qui découleront de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*⁷ dans l'ensemble du dialogue, ce qui pourrait renforcer la pertinence de certains thèmes et en amoindrir d'autres.

⁷ (Québec, 2015).

Une telle démarche permettrait d'orienter ensuite le MSSS, et tous les acteurs concernés, au regard de certaines décisions qui pourraient en découler et qui se répercuteront sur les différents enjeux de l'offre de service en vaccination 0-5 ans.

Le tableau qui suit présente diverses actions ou activités qui pourraient être implantées afin de mettre en œuvre les stratégies du modèle optimal liées à l'environnement dont il a été question dans les lignes précédentes (tableau 15). Par exemple, élaborer une liste des vaccinateurs hors CSSS du territoire qui permettrait une meilleure connaissance mutuelle des vaccinateurs ainsi qu'une stratégie de promotion de la vaccination en collaboration avec la communauté et l'ensemble des professionnels de la santé du territoire (ex. : organismes communautaires, écoles, municipalités, CPE, médecins, sages-femmes).

Tableau 15 Actions et activités à implanter dans un modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans, selon les stratégies liées à la composante 9 – Environnement

Stratégies

9.1 Collaboration avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire

Actions / Activités

9.1.1 Élaborer et diffuser la liste des vaccinateurs hors CSSS du territoire pour une meilleure connaissance mutuelle

9.1.2 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant le développement de liens avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire (ex. : partage d'information, partage de locaux pour la vaccination 0-5 ans)

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

Actions / Activités

9.2.1 Élaborer et mettre en œuvre une stratégie visant la participation de la communauté et de l'ensemble des professionnels de la santé du territoire (ex. : organismes communautaires, écoles, municipalités, CPE, sages-femmes, médecins) à la promotion de la vaccination

9.3 Communauté de pratique en vaccination

Actions / Activités

9.3.1 Développer et animer une communauté de pratique à laquelle participent tous les acteurs en vaccination (paliers local et régional)

9.4 Politique de vaccination

Actions / Activités

9.4.1 Élaborer et appliquer une politique de vaccination (ex. : de type *Amis des bébés*)

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

Actions / Activités

9.5.1 Organiser et réaliser une réflexion globale sur l'offre de service en vaccination au Québec (dans le cadre d'États généraux, ou autre) regroupant tous les acteurs impliqués

Sources multiples.

4.3 Bilan de l'accompagnement

4.3.1 SOUTIEN DE L'ÉQUIPE DE RECHERCHE

Tout au long de l'étude, l'équipe de recherche a offert aux responsables régionales et aux représentantes des CSSS un soutien et un accompagnement dont la nature et l'objet ont varié en fonction des étapes du projet (tableau 16).

Le soutien fourni au cours de la première étape visant l'opérationnalisation du projet a consisté, en collaboration avec les responsables régionales, à développer les principales assises du projet, par exemple à préciser la composition des comités de pilotage et les rôles de chacun ainsi qu'à définir le plan de travail.

Lors de la deuxième étape du projet, soit l'élaboration du portrait des activités de vaccination 0-5 ans, les activités de soutien comprenaient principalement l'élaboration d'outils, l'animation de rencontres de travail et d'échanges, la collecte et l'analyse de données, différentes activités de transfert de connaissances et l'aide aux responsables régionales pour la préparation des rencontres des comités de pilotage.

Au cours de la troisième étape, l'aide fournie par les membres de l'équipe de recherche visait à planifier et à organiser des entrevues de groupe dans les CSSS et les DSP, à soutenir les participantes pour la présentation du portrait des services de vaccination aux équipes locales, à animer les entrevues de groupe et, suite à l'analyse des données recueillies, à élaborer une synthèse du contenu des entrevues.

Enfin, durant la phase d'expérimentation du modèle optimal, l'aide apportée aux représentantes des CSSS par l'équipe de recherche a été variée, personnalisée et intensive. Outre l'élaboration de différents outils, la réalisation de recensions des écrits et la rédaction de documents et d'argumentaires touchant la vaccination, les membres de l'équipe de recherche ont joué différents rôles, notamment comme *coach*, guide ou intermédiaire entre les participantes dans la mise sur pied d'un réseautage ou le partage d'outils. Elles ont également transmis aux instances régionales et provinciales des messages ou des questions ayant émergé au cours du projet. Un soutien a aussi été offert aux CSSS pour l'élaboration d'instruments de mesure et pour l'analyse et l'interprétation des données recueillies auprès des parents.

Tableau 16 Description du soutien offert par l'équipe de recherche selon les étapes du projet, 2010-2015

Opérationnalisation du projet

- Développement des assises du projet en collaboration avec les responsables régionales (composition des comités de pilotage, rôles et responsabilités de chacun, plan de travail)

Élaboration du portrait des activités de vaccination 0-5 ans

- Proposition d'outils de travail et d'un schéma de départ
- Animation de sessions de travail/échanges/discussions
- Élaboration d'outils et de méthodes de collecte
- Collecte et analyse des données
- Activités de transfert des connaissances (ex. : revue des données probantes sur les moyens d'améliorer les couvertures vaccinales)
- Soutien aux responsables régionales pour la préparation des rencontres des comités de pilotage

Élaboration du modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans

- Planification et organisation d'entrevues de groupe auprès des équipes locales et régionales en immunisation
- Soutien aux représentantes des CSSS/DSP pour la présentation du portrait synthèse des activités de vaccination à leur équipe
- Animation des entrevues de groupe
- Analyse des données et production de rapports synthèses

Expérimentation du modèle optimal dans les CSSS

- Proposition de plans de mise en œuvre personnalisés
- Élaboration d'outils de travail pour le suivi de l'implantation
- Soutien à la mise en œuvre des changements (coaching)
- Recension des écrits sur divers sujets
- Partage d'outils et de documents entre les CSSS
- Mise en contact avec d'autres collègues (réseautage)
- Développement d'argumentaires pour promouvoir la vaccination
- Soutien à l'élaboration d'instruments de mesure (ex. : sondage auprès des parents)
- Soutien à l'analyse et à l'interprétation des données disponibles
- Transmission de messages et de questions aux instances régionales et provinciales

Sources multiples.

4.3.2 APPRÉCIATION DE L'ACCOMPAGNEMENT

Les participantes ont témoigné à plusieurs reprises de leur appréciation de l'accompagnement dont elles ont bénéficié au cours du projet. L'accompagnement décrit ici comprend celui offert par l'équipe de recherche aux partenaires des DSP et des CSSS de même que l'accompagnement donné par les responsables régionales aux collègues des CSSS.

Ainsi, les responsables régionales font part de commentaires positifs à l'endroit du soutien reçu de l'équipe de recherche, soutien qu'elles jugent adéquat et adapté aux besoins des équipes régionales. Elles ont apprécié la bonne connaissance du processus par l'équipe de recherche, ce qui leur a permis d'être bien guidées dans les différentes étapes du projet. Elles soulignent aussi la flexibilité des membres de l'équipe de recherche et leur capacité à s'adapter afin de répondre aux attentes. Par ailleurs, on souligne la disponibilité et la collaboration des représentantes des CSSS pour la tenue du journal de bord sur le déroulement du projet dans les CSSS.

Pour leur part, les représentantes des CSSS ont évalué positivement l'accompagnement offert par les responsables régionales et l'équipe de recherche. Elles soulignent particulièrement l'efficacité des communications de même que la disponibilité et le suivi régulier qui leur a permis de « rester actives dans le projet » et de poursuivre la réflexion sur les thèmes abordés lors des rencontres.

La disponibilité (de la responsable régionale) presque tout le temps, avec des réponses très rapides, cela (permet) d'avancer... la façon de communiquer est très facilitante pour évoluer dans le projet.

De l'avis des représentantes des CSSS, l'accompagnement s'est effectué dans la rigueur, dans le respect des choix des CSSS et dans la compréhension des situations ou contraintes qui pouvaient influencer le déroulement des travaux. La capacité de l'équipe de recherche à s'adapter à ces situations et les commentaires constructifs sur le travail réalisé ont fait en sorte que les représentantes des CSSS ne se sentaient pas jugées, ce qui a favorisé des rapports mutuels positifs.

Enfin, l'accompagnement offert par l'équipe de recherche au cours de la phase d'expérimentation a fait l'objet de commentaires particulièrement positifs. Le soutien adapté aux besoins offert par l'équipe de recherche, la disponibilité des membres de l'équipe, la flexibilité des modalités de travail, le respect du rythme de travail, la rapidité des réponses aux demandes des représentantes des CSSS, le partage de documents entre les CSSS ainsi que la transmission de documents de qualité ou de différents outils ont été très appréciés et jugés aidants. Le Plan de mise en œuvre a été jugé particulièrement utile. De l'avis des participantes, il constitue un bon recueil qui indique le chemin parcouru jusqu'à présent et un bon résumé à suivre pour le travail à faire dans le futur. Il a permis de voir tout ce qui a été fait, de reconnaître les forces et de prioriser les actions à implanter. Pour certaines, il représente un aide-mémoire pour la suite des choses, un guide des bonnes pratiques auquel elles pourront se référer de façon périodique. Plusieurs ont souligné que le Plan de mise en œuvre permet aussi de valoriser le travail des intervenantes et de donner du poids aux messages transmis au personnel de soutien. Des représentantes des CSSS disent avoir « adoré ce travail » qu'elles jugent très intéressant et enrichissant et dont la réalisation a fourni l'occasion d'échanger et de réfléchir avec les chefs de programme et les membres de l'équipe de vaccination. Enfin, les rencontres de suivi effectuées avec l'équipe de recherche au cours de cette période ont également été considérées positives, efficaces, pertinentes et aidantes. Des représentantes se disent privilégiées d'avoir bénéficié d'un regard extérieur qui, selon elles, constitue une source importante de rétroaction. L'accompagnement a été perçu comme une source de motivation qui les a encouragées à poursuivre le projet.

4.3.3 CONDITIONS FAVORABLES À L'ACCOMPAGNEMENT ET DÉFIS

Plusieurs éléments ont contribué positivement à l'accompagnement offert au cours du projet, alors que d'autres ont représenté des défis à relever (tableaux 17 et 18).

Une grande partie des éléments favorables identifiés concernent les participantes elles-mêmes (tableau 17). L'expertise de ces personnes, leur engagement et leur motivation à l'endroit du projet, la rigueur dont elles ont fait preuve dans la réalisation des travaux, en plus des liens de confiance qui se sont tissés entre les participantes, ont été jugés favorables à l'accompagnement offert. Il en est de même de différents aspects contextuels et organisationnels, principalement du soutien et de la collaboration de la direction des CSSS et des représentantes des DSP à la réalisation du projet. Enfin, le déroulement du projet de recherche lui-même, la réalisation de diverses rencontres, la mobilisation liée au travail en comité de pilotage et le soutien fourni par la DSP ont également contribué à un accompagnement réussi.

D'autre part, différentes situations reliées aux participantes ont constitué des défis pour l'accompagnement dans le cadre du projet, par exemple les absences prolongées de quelques représentantes des CSSS, l'arrivée de certaines en cours de projet, le manque de temps à consacrer au projet ou les exigences des travaux à réaliser (tableau 18). Parmi les éléments contextuels ou organisationnels qui ont représenté des défis à l'accompagnement, on retrouve l'épidémie de rougeole à l'automne 2011, les ressources humaines insuffisantes en vaccination, le climat de tension associé au contexte de compressions budgétaires en CSSS ainsi que les différents événements et nombreux changements organisationnels survenus au sein des CSSS au cours du projet.

Enfin, le projet de recherche lui-même a été à l'origine de certains défis. Ils ont trait à l'approche participative et aux enjeux qu'elle soulève, à l'aspect novateur du projet de recherche et de l'approche utilisée et, pour certaines participantes, au choc de culture entre la réalité du terrain et l'univers de la recherche. Il en est de même des différents rôles et tâches que l'équipe de recherche a dû assumer au cours de l'accompagnement. Par exemple, elle a dû s'adapter au rythme de production inhérent au format des rencontres, abattre un grande quantité de travail dans le but d'offrir un soutien professionnel aux collègues des CSSS et DSP, développer un nombre élevé d'outils et réaliser une multitude de rencontres et de suivis au cours de la phase d'expérimentation.

Tableau 17 Conditions favorables à l'accompagnement

1. Les ressources humaines

Les représentantes des CSSS

- L'expertise et l'expérience en vaccination 0-5 ans des représentantes des CSSS, leur connaissance clinique et organisationnelle du dossier et, pour certaines, leur expérience en santé publique
- L'engagement volontaire des représentantes des CSSS dans le projet OSV, leur intérêt, leur motivation et leur enthousiasme par rapport au projet, le leadership qu'elles exercent et leur conviction que la démarche aura un impact positif en vaccination
- Le rôle important exercé par les représentantes des CSSS dans le cadre du projet, entre autres, la coordination des tâches, la transmission de l'information aux différents acteurs de leur établissement et la formation des agentes administratives
- La participation au projet de recherche d'un tandem chef de programme/clinicienne terrain et la complémentarité de ces deux représentantes du CSSS
- La stabilité des représentantes du CSSS qui favorise une continuité et une cohérence des travaux réalisés dans le cadre du projet OSV
- La rigueur dont font preuve les représentantes des CSSS dans la réalisation des travaux, leur souci de la qualité des travaux et de la précision de l'information concernant le portrait des services de vaccination 0-5 ans de leur CSSS
- L'intérêt manifesté par les représentantes des CSSS à poursuivre leur participation au projet et à s'engager dans l'expérimentation du modèle proposé, ce qui représente, selon elles, la suite logique des travaux réalisés lors de l'élaboration du portrait des services de vaccination 0-5 ans
- La confiance et la crédibilité qu'accordent les représentantes des CSSS aux membres de l'équipe de recherche, et la relation positive qui s'est développée et solidifiée tout au long du projet

Le comité de pilotage

- Le nombre jugé adéquat de participantes au comité de pilotage qui facilite les échanges et le partage d'expériences
- La disponibilité des représentantes des CSSS pour des rencontres régulières en personne du comité de pilotage, en dépit des conditions de transport parfois difficiles

Tableau 17 Conditions favorables à l'accompagnement (suite)

1. Les ressources humaines (suite)

- Les liens de confiance et le respect mutuel qui se sont développés au fil du temps entre les membres au sein des comités de pilotage

Les responsables régionales

- L'engagement des responsables des DSP qui a un impact sur la motivation et l'engagement des représentantes des CSSS et sur le déroulement du projet
- La volonté des responsables régionales de mobiliser les membres de l'équipe régionale en maladies infectieuses pour le projet
- La souplesse et la flexibilité des responsables régionales, ainsi que la personnalisation de leurs interventions auprès des représentantes des CSSS

Les membres des équipes en vaccination des CSSS

- La crédibilité, la considération et le soutien accordés aux représentantes du CSSS par les membres de l'équipe en vaccination du CSSS
- La mise à contribution et la participation des membres de l'équipe de vaccinatrices à l'élaboration du portrait des services de vaccination 0-5 ans du CSSS
- L'engagement de tous les membres de l'équipe, tant les agentes administratives que les infirmières, ainsi que leur flexibilité et leur capacité à s'adapter en dépit des nombreux changements survenus dans le milieu de travail
- La stabilité des membres de l'équipe en vaccination

L'équipe de recherche

- L'ajout, au sein de l'équipe de recherche, d'une ressource qui connaît bien l'une des régions à l'étude et les membres du comité de pilotage

2. Les aspects contextuels et organisationnels

- La réalisation d'une démarche et de travaux antérieurs en vaccination au sein du CSSS
- L'absence de désistement et la participation de tous les CSSS qui s'étaient initialement engagés dans le projet
- L'historique de collaboration entre la DSP et les CSSS du territoire

Le soutien et la collaboration au projet

- L'appui et l'engagement de la direction du CSSS et sa motivation pour améliorer les services de vaccination
- La priorité accordée au projet OSV au sein du CSSS, laquelle favorise la libération à temps partiel d'une représentante pour la réalisation des travaux
- La priorité accordée au projet OSV par la Table de concertation régionale en santé publique (TCRSP), ce qui encourage les CSSS à participer au projet et les représentantes à investir le temps nécessaire dans ce qu'elles qualifient de « belle aventure »
- La réalisation, au sein du CSSS, de travaux antérieurs touchant différents aspects de l'organisation des services de vaccination
- Le financement obtenu pour le projet qui favorise et soutient la participation de l'une des régions, et qui permet la libération, à temps partiel, d'une représentante de chaque CSSS
- La collaboration de l'équipe Surveillance de la DSP de l'une des régions aux travaux du comité de pilotage

Tableau 17 Conditions favorables à l'accompagnement (suite)

3. La participation au projet et la démarche

- Les démarches préliminaires et les rencontres préalables à la participation au projet qui ont permis de préciser et de clarifier différents aspects du projet (ex. : historique et nature du projet, schéma de l'OSV, exigences de la démarche, échéancier et étapes de travail, rôles et responsabilités) tant pour les CSSS que pour les DSP
- Les rencontres téléphoniques périodiques qui ont permis de demeurer en contact avec les représentantes des CSSS durant l'épidémie de rougeole
- L'organisation et l'aménagement efficaces des rencontres du comité de pilotage
- Le temps adéquat requis pour le projet (ex. : préparation, collecte de données, expérimentation, bilan) ainsi que l'organisation et le déroulement efficaces du projet
- La mobilisation liée au travail d'équipe en comité de pilotage, aux discussions en groupe et à la saine compétition que les comparaisons suscitent entre CSSS
- Le soutien fourni par la DSP qui facilite le travail des représentantes des CSSS entre les rencontres (ex. : tenue du journal de bord des CSSS)
- L'implication de l'ensemble des acteurs dès le début du projet
- La possibilité d'implanter des changements dans l'organisation des services de vaccination au fur et à mesure du déroulement de l'étude

Sources multiples.

Tableau 18 Défis rencontrés lors de l'accompagnement

1. Les ressources humaines

Les représentantes des CSSS

- Les absences prolongées pour maladie de certaines représentantes de CSSS
- L'arrivée, en cours de projet, de nouvelles représentantes de CSSS qui doivent s'approprier le dossier du projet
- La disponibilité limitée des représentantes des CSSS en ce qui concerne le temps à consacrer au projet de recherche et aux activités de suivi ainsi que les échéanciers de travaux à rencontrer
- La difficulté pour les gestionnaires représentantes des CSSS de concilier leur participation aux rencontres du comité de pilotage avec leurs responsabilités de gestionnaire
- La rigueur qu'exige le processus de la part des représentantes des CSSS, et ce, tant pour la phase d'élaboration du portrait des services de vaccination que pour l'ensemble de la démarche

Les membres des équipes en vaccination des CSSS

- L'intégration des équipes d'infirmières vaccinatrices des CSSS dans la démarche et l'accueil réservé au projet

2. Les aspects contextuels et organisationnels

- Le ralentissement du dossier et le manque de temps à consacrer au projet en raison de l'épidémie de rougeole à l'automne 2011
- La flexibilité et le respect dont doit faire preuve l'équipe de recherche à l'égard du contexte organisationnel et des étapes de réflexion de chaque région, préalablement à son engagement dans le projet OSV
- Les ressources infirmières insuffisantes dans le secteur petite enfance du CSSS
- Le climat de tension au sein de quelques CSSS en raison du contexte de compressions budgétaires

Tableau 18 Défis rencontrés lors de l'accompagnement (suite)

2. Les aspects contextuels et organisationnels (suite)

- Le surcroît de travail pour les représentantes des CSSS associé à différents événements ou situations vécus au sein du CSSS (ex. : processus d'agrément, remplacement temporaire suite au départ d'une gestionnaire, cumul de plusieurs fonctions et rôles en raison de difficultés vécues au CSSS, nomination comme gestionnaire)
- Le contexte ou les nombreux changements organisationnels qui surviennent au sein du CSSS, par exemple :
 - contexte axé sur la performance, en contradiction avec les actions entreprises en vaccination qui demandent beaucoup de temps, et le maintien de la qualité de l'acte, ce qui résulte en un ratio coût/client peu avantageux
 - réorganisation administrative et nombreux changements de gestionnaires
 - déménagement du siège social du CSSS
 - départs et changements de personnel (ex. : chef de programme, infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI), agente administrative qui assure les tâches en soutien à la vaccination), départs à la retraite, congés de maladie ou de maternité, abolition ou réaménagement de postes

3. La participation au projet et la démarche

L'approche

- Les exigences du CÉR qui sont mal adaptées à la recherche qualitative et au type d'approche utilisé, soit l'approche participative
- La compréhension et l'application des principes liés à l'approche participative et les enjeux soulevés (ex. : aspects éthiques, propriété et utilisation des documents issus du projet, appropriation du modèle par les participantes)

Les outils

- La nécessité d'adapter certains outils, considérant l'avancement de certains CSSS dans la démarche (démarche du CSSS déjà amorcée avant le projet) ou le nombre de CSSS participant au projet
- L'élaboration d'outils de collecte de données adéquats pour la phase d'expérimentation du projet et l'identification des données pertinentes à collecter

Les rôles et tâches

- La nécessité pour l'équipe de recherche de clarifier, tout au long du projet, les rôles respectifs de chacune des participantes et de préciser les attentes
- L'importance pour l'équipe de recherche de clarifier les concepts et les termes employés, et ce, tout au long du projet
- Les défis rencontrés par l'équipe de recherche pour animer des rencontres de suivi et structurer les discussions
- Les exigences liées à la quantité de travaux et au rythme de production que représente, particulièrement pour l'équipe de recherche, le format de rencontres du comité de pilotage de l'une des régions, en blocs intensifs de deux jours
- Les différents et multiples rôles et tâches que doit exercer l'équipe de recherche tout au long de l'accompagnement des CSSS durant la phase d'expérimentation : coach, expert, analyste de l'information, guide, rôle d'influence, intermédiaire entre les CSSS dans le partage d'information, responsable du rythme des travaux et de l'organisation ainsi que du suivi des rencontres
- Les exigences que comportent les différents rôles et tâches pour les membres de l'équipe de recherche afin de pouvoir offrir un soutien professionnel : anticipation, réflexion, rigueur, créativité, transparence, souplesse et capacité d'adaptation
- L'ampleur insoupçonnée, par l'équipe de recherche, qu'a prise la phase d'expérimentation en ce qui concerne, par exemple, le nombre de rencontres de suivi, le nombre de suivis à réaliser suite à ces rencontres et le nombre d'outils à développer

Tableau 18 Défis rencontrés lors de l'accompagnement (suite)

3. La participation au projet et la démarche (suite)

Autres

- Le choc de culture entre la réalité du terrain et l'univers de la recherche ainsi que le défi que rencontrent des représentantes des CSSS et des DSP dans différents aspects du projet (ex. : rigueur dans la rédaction des comptes rendus, formulation des actions retenues pour expérimentation, difficulté d'adaptation au langage de la recherche, compréhension mutuelle parfois difficile dans les échanges)

Sources multiples.

4.4 Retombées et suites du projet

4.4.1 RETOMBÉES OBSERVÉES

La réalisation de l'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?* a apporté un souffle nouveau dans les DSP et les CSSS participants en ce qui a trait aux services de vaccination 0-5 ans. Les participantes ont en effet souligné à plusieurs reprises les retombées positives observées dans la foulée du projet (tableau 19).

Ainsi, en ce qui a trait à la population, on note que les parents sont mieux informés sur la vaccination et davantage sensibilisés à l'importance du respect des délais vaccinaux. Le fait que les infirmières en parlent dès la visite postnatale contribue grandement à cette amélioration selon les participantes. On reconnaît aussi l'importance qu'ils aient voix au chapitre par rapport à la vaccination de leur enfant et que leurs besoins soient pris en considération. À cet égard, la collaboration d'acteurs de certains CSSS a permis de réaliser une étude auprès de parents d'enfants de 0-5 ans afin d'obtenir des renseignements utiles sur le phénomène d'hésitation envers la vaccination et sur la satisfaction à l'endroit des services de vaccination offerts en CSSS.

L'étude a créé des occasions nouvelles de promotion de la vaccination. Par exemple, la participation élargie aux entrevues de groupe dans les CSSS a été une occasion exceptionnelle de promotion auprès de différentes catégories de personnel. De nouvelles activités de promotion ont aussi été réalisées, comme l'installation d'affiches dans les cliniques médicales et dans les pharmacies.

On souligne par ailleurs plusieurs retombées touchant les participantes. La démarche a permis aux représentantes des CSSS de développer leurs connaissances et leur expertise, d'être mieux outillées quant à la révision des façons de faire en vaccination, de participer à une réflexion et à des discussions de groupe sur plusieurs aspects concrets touchant la vaccination, et de dégager des idées novatrices. Le développement de liens et de rapports d'entraide entre les représentantes des CSSS, de même que l'appropriation et l'intégration de l'approche participative auprès des membres de l'équipe en vaccination du CSSS, constituent d'autres retombées positives.

Par ailleurs, la participation au projet a entraîné des retombées positives sur le climat au sein des équipes locales en vaccination. Plus particulièrement, la participation à l'entrevue de groupe a fait en sorte que les membres des équipes se sont sentis intégrés et partie prenante au projet, suscitant ainsi une mobilisation et une sensibilisation accrues par rapport à la vaccination. L'importance de la contribution des agentes administratives au processus de vaccination a aussi fait l'objet d'une reconnaissance accrue. La phase d'expérimentation, et le projet dans son ensemble, ont contribué au développement d'une culture d'amélioration continue au sein de l'équipe en vaccination, tant pour la clientèle que pour la satisfaction au travail et la qualité de l'acte vaccinal. Enfin, le projet de recherche a mis en évidence le besoin de formation des vaccinatrices en entretien motivationnel. Il a

aussi contribué à la révision de la procédure de formation des agentes administratives dans certains CSSS pour les rendez-vous de vaccination.

Des effets positifs découlant de l'étude touchent également le fonctionnement de la vaccination. D'une part, la participation au projet a permis un temps d'arrêt et a fourni aux représentantes des CSSS la possibilité de revoir en détail l'organisation des services de vaccination 0-5 ans, ce qui n'aurait pas été possible autrement, faute de temps et d'expertise. Elle leur a aussi permis de s'appuyer sur ce qui avait déjà été expérimenté pour apporter des changements en vaccination dans leur CSSS. D'autre part, on observe une meilleure structure dans le fonctionnement de la vaccination 0-5 ans dans les CSSS et une meilleure gestion des rendez-vous de vaccination, une amélioration de la qualité de l'acte vaccinal et du climat de travail chez les infirmières ainsi qu'une meilleure compréhension du portrait des activités de vaccination au plan régional. Comme autres retombées, on note l'amélioration de certaines pratiques touchant la GPI dans des CSSS et une collaboration accrue des infirmières aux changements de pratiques à cet égard.

La réalisation de l'étude a favorisé, chez les représentantes des CSSS, les gestionnaires et les membres de l'équipe de recherche, une meilleure compréhension des indicateurs de gestion en vaccination, de leurs limites et de l'impact potentiel du projet sur les résultats obtenus. On remarque, par ailleurs, même si la contribution directe du projet peut difficilement être départagée, une amélioration des résultats des indicateurs de gestion, ce qui permet d'affirmer que la population est davantage protégée, puisque vaccinée dans les délais recommandés. Le projet a aussi favorisé, chez les représentantes des CSSS, une meilleure connaissance des indicateurs de surveillance et de la méthode de calcul des couvertures vaccinales, une meilleure exploitation et diffusion des données disponibles, une préoccupation accrue par rapport à la qualité de ces données ainsi qu'un intérêt croissant par rapport à l'évaluation des résultats de changements mis en œuvre.

En ce qui a trait à la qualité de l'acte vaccinal, les représentantes des CSSS ont développé une meilleure compréhension de ses composantes, dans une perspective globale, et de sa complexité. Elles ont aussi une meilleure connaissance des bonnes pratiques en vaccination et se questionnent davantage sur les façons de faire en vaccination dans les CSSS, par exemple sur l'ajout ou le maintien d'interventions de dépistage aux cliniques de vaccination.

La réalisation de l'étude a contribué à ce que le rôle et le mandat de vaccination dans les CSSS et les DSP soient davantage reconnus et valorisés. Elle a aussi permis de sensibiliser les gestionnaires et les décideurs des CSSS et des DSP au volet santé publique ainsi qu'à la complexité et à l'ampleur de la tâche en vaccination. On observe de plus en plus, au sein des CSSS, une responsabilité partagée par rapport à la vaccination, dans un contexte où la vaccination n'est plus perçue comme relevant uniquement des infirmières et où la santé publique n'est plus seule à porter ce dossier. Les échanges en cours de projet ont par ailleurs favorisé, au sein des CSSS, le développement d'une réflexion concernant le rôle des vaccinateurs hors CSSS. Enfin, la participation au projet de recherche a favorisé les échanges entre les 3 régions participantes, contribuant ainsi à élargir les rapports avec d'autres milieux.

Comme mentionné précédemment, plusieurs outils et activités ont été développés en cours de projet, la disponibilité de ces outils se révélant fort utile pour améliorer et faire évoluer les services en vaccination. Les participantes s'en sont appropriés et utilisent maintenant plusieurs de ces outils.

Enfin, la participation à un projet de recherche structuré s'est révélée particulièrement stimulante pour les participantes. Le projet aurait ainsi permis de réconcilier certaines d'entre elles avec l'univers de la recherche. Il a aussi fourni une structure à ce qui se faisait déjà en vaccination dans les CSSS, tout en favorisant le recours à des formules gagnantes s'appuyant sur des données probantes pour

apporter des améliorations. Les représentantes des CSSS témoignent de leur fierté d'avoir participé au projet de recherche et affirment que leur participation a permis des avancées certaines par rapport à l'organisation des services de vaccination.

Tableau 19 Retombées de l'étude

1. La population

- L'information accrue diffusée aux parents concernant la vaccination de leur enfant et leur sensibilisation à l'importance de le faire vacciner dans les délais recommandés
- La reconnaissance de l'importance et de la pertinence d'aller « chercher la voix des parents » et de réaliser des études permettant de vérifier leurs besoins
- L'intérêt et la collaboration des acteurs des CSSS à la réalisation d'une étude auprès des parents qui a permis d'obtenir des renseignements sur le phénomène d'hésitation envers la vaccination et sur la satisfaction à l'endroit des services offerts en vaccination 0-5 ans

2. La promotion de la vaccination

- L'occasion exceptionnelle de promotion de la vaccination auprès de différentes catégories de personnel qu'a favorisée la participation élargie aux entrevues de groupe dans les CSSS
- Le nombre accru d'activités de promotion de la vaccination réalisées dans les CSSS (ex. : affiches dans les cliniques médicales et dans les pharmacies, mise à jour du site web du CSSS concernant la vaccination)

3. Les ressources humaines

Les représentantes des CSSS

- Le développement de liens et de rapports d'entraide entre les représentantes des CSSS, notamment par le partage de différents outils
- Les nombreux apprentissages réalisés par les représentantes des CSSS au cours de la démarche, le développement de l'expertise et la compréhension accrue des différentes composantes du modèle
- Les outils et les moyens acquis par les représentantes des CSSS, lesquels les incitent à de nouveaux questionnements et à de nouvelles réflexions quant aux façons de faire en vaccination qui les soutiennent quand elles doivent discuter du dossier de vaccination avec leur supérieur
- Les idées novatrices qui se dégagent des réflexions et des discussions entre les représentantes des CSSS sur plusieurs aspects concrets touchant la vaccination 0-5 ans
- L'intégration de l'approche participative par les représentantes des CSSS dans leurs démarches auprès des membres de l'équipe en vaccination
- Le mode de gestion différent adopté par une représentante de CSSS, suite à sa participation au projet, lequel associe davantage les membres des équipes aux suivis et aux résultats obtenus en vaccination

Les équipes locales en vaccination

- L'amélioration du climat et la consolidation des liens au sein des équipes locales en vaccination ainsi que le sentiment des membres de participer davantage au processus de décision et d'être partie prenante au projet
- La mobilisation et la sensibilisation accrues des membres des équipes – infirmières, ASI et agentes administratives – par rapport à la vaccination et à l'importance du respect des délais vaccinaux ainsi que l'ouverture dont elles font preuve par rapport au projet OSV et à sa continuité
- Le développement d'une culture d'amélioration continue au sein de l'équipe en vaccination du CSSS concernant la clientèle, la satisfaction au travail et la qualité de l'acte
- Une meilleure intégration des agentes administratives dans l'équipe en vaccination du CSSS et une reconnaissance accrue de leur importante contribution dans le processus de vaccination

Tableau 19 Retombées de l'étude (suite)

3. Les ressources humaines (suite)

Les équipes locales en vaccination (suite)

- La mobilisation de tous les acteurs autour de nouvelles idées communes qui ont émergé de réflexions et d'échanges en équipe et qui suscitent une motivation accrue chez les participantes
- Une compréhension commune et améliorée, au sein des équipes, des interventions à réaliser auprès des parents et de l'influence positive des infirmières pour que les parents fassent vacciner leur enfant en temps opportun

4. Le fonctionnement de la vaccination

- La possibilité, pour les représentantes des CSSS, de découvrir et de s'appuyer sur ce qui a déjà été expérimenté dans d'autres CSSS en matière de vaccination
- Une amélioration de la gestion des rendez-vous de vaccination dans les CSSS et de la structure de fonctionnement des cliniques de vaccination, laquelle s'appuie davantage sur des écrits scientifiques
- La révision en détail de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans que le projet a rendu possible, ce qui n'aurait pas été réalisable autrement, faute de temps et d'expertise
- Une meilleure compréhension de la situation au plan régional grâce à la réalisation, par les représentantes des DSP, du portrait des activités régionales en lien avec la vaccination des enfants de 0-5 ans
- L'identification et la mise en place de changements à l'offre de service en vaccination aux enfants de 4-6 ans, favorisant ainsi une harmonisation des pratiques sur le territoire du CSSS
- Une amélioration de la qualité de l'acte vaccinal et du climat de travail chez les infirmières lors des cliniques de vaccination, et ce, suite à l'instauration d'un mode de fonctionnement sur rendez-vous

5. La formation

- La mise en évidence des besoins de formation des vaccinatrices en entretien motivationnel
- La révision, dans les CSSS, de la procédure de formation des agentes administratives pour les rendez-vous de vaccination

6. La gestion des produits immunisants

- L'amélioration de certaines pratiques touchant la GPI au sein de CSSS (ex. : lecture de température des frigos la fin de semaine, insertion de thermomètres maxima-minima dans les glacières)
- L'adhésion des infirmières de CSSS aux changements de pratiques proposés touchant la GPI et leur collaboration à la mise en place des changements demandés

7. La gestion et l'utilisation des données de vaccination

- Une nette amélioration des résultats des indicateurs de gestion en vaccination dans plusieurs CSSS, ce qui suggère une meilleure protection de la population (car vaccinée dans les délais recommandés)
- Une meilleure compréhension du rôle des indicateurs de gestion, de leur effet de levier au sein des établissements et de leurs limites inhérentes ainsi que de l'impact potentiel du projet sur les résultats obtenus
- Une meilleure connaissance et compréhension, chez les représentantes des CSSS, des indicateurs de surveillance et du calcul des couvertures vaccinales
- Une préoccupation accrue, chez les participantes des paliers régional et local, concernant la fiabilité des données et la mise en place d'étapes de vérification des données
- Une préoccupation supplémentaire, dans plusieurs CSSS, d'évaluer les résultats des changements mis en œuvre

Tableau 19 Retombées de l'étude (suite)

7. La gestion et l'utilisation des données de vaccination (suite)

- Une meilleure exploitation des données de vaccination disponibles et une appropriation des méthodes ou des données utilisées dans le cadre du projet (ex. : calcul de la proportion d'enfants vaccinés hors territoire)
- Une meilleure accessibilité et diffusion des données de vaccination

8. La qualité de l'acte vaccinal

- Une meilleure compréhension, par les représentantes des CSSS, de la qualité de l'acte vaccinal et de sa complexité
- Une meilleure connaissance, par les représentantes des CSSS, des bonnes pratiques en vaccination, permettant ainsi de conserver celles déjà en place et de viser à en développer d'autres
- Une prise de conscience et des questionnements sur les façons de faire concernant, par exemple, l'ajout ou le maintien d'interventions de dépistage aux cliniques de vaccination dans les CSSS

9. Les aspects environnementaux et organisationnels

- Le développement d'une préoccupation et d'une réflexion, au sein des CSSS, concernant le rôle des vaccinateurs hors CSSS
- Les contacts et les échanges sur les bonnes pratiques en vaccination rendus possibles entre les 3 régions participantes permettant ainsi d'élargir les rapports avec d'autres milieux
- Une meilleure compréhension, par les gestionnaires/décideurs des CSSS et des DSP, du volet santé publique et de la complexité de la tâche en vaccination
- Une meilleure reconnaissance et valorisation du rôle et du mandat de vaccination dans les CSSS et les DSP
- L'émergence nouvelle, au sein des CSSS, d'une responsabilité partagée par rapport à la vaccination, dans le contexte où la vaccination n'est plus perçue comme relevant uniquement de la santé publique et où les membres des autres directions des CSSS reconnaissent le rôle qu'ils ont à jouer dans le processus de vaccination
- Le développement de nouveaux liens entre les CSSS d'une région concernant la vaccination, et ce, suite aux échanges réalisés en rapport avec le projet de recherche

10. Autres retombées

Les outils

- La disponibilité d'outils et d'activités riches et fort utiles pour améliorer et faire évoluer les services en vaccination
- L'appropriation et l'utilisation, par les participantes, de différents outils développés dans le cadre du projet (ex. : définition de la qualité de l'acte, mise à jour du portrait descriptif des services de vaccination)

La participation au projet de recherche

- Le caractère stimulant, pour les participantes, d'un projet ayant un début, un milieu, une fin, des résultats observables et une suite, ce qui aurait permis de réconcilier certaines participantes avec l'univers de la recherche
- La structure qu'a fournie le projet de recherche à ce qui se faisait déjà en vaccination dans les CSSS, tout en s'appuyant sur des données probantes pour apporter les améliorations nécessaires
- La fierté dont témoignent les représentantes des CSSS d'avoir participé au projet de recherche, cette participation leur ayant permis de contribuer à des avancées certaines par rapport à l'organisation des services de vaccination
- L'intérêt manifesté, par les représentantes d'un CSSS n'ayant pas participé au projet de recherche, à implanter des stratégies ou actions proposées dans le modèle optimal soumis pour expérimentation aux CSSS participants

Sources multiples.

4.4.2 AUTRES RETOMBÉES

En plus des retombées mentionnées ci-haut, plusieurs activités en lien avec la vaccination ont été réalisées en marge du projet de recherche ou avaient déjà cours pendant la conduite du projet. Bien que ces activités ne représentent pas des retombées directes de l'étude, le projet a pu s'y inscrire ou susciter un intérêt renouvelé à l'endroit de la vaccination. Ces activités comprennent :

- la réalisation d'un rapport annuel du directeur de santé publique d'une région portant sur la vaccination;
- la révision du *Programme national de santé publique* qui s'appuie sur certains constats découlant du projet de recherche;
- la réalisation d'un atelier portant sur les modes d'organisation des services de vaccination dans le cadre du Colloque provincial en maladies infectieuses, en avril 2014, utilisant l'approche préconisée dans le projet de recherche;
- l'attribution d'un prix d'excellence dans un CSSS attribué à un projet Lean touchant la vaccination, projet mis en place dans la foulée des travaux sur l'organisation des services de vaccination 0-5 ans;
- la révision du guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* qui intègre des recommandations découlant du projet de recherche relatives à la vaccination influenza;
- la révision des outils de promotion en vaccination du MSSS;
- plusieurs enquêtes réalisées par des groupes d'étudiants en médecine, en collaboration avec la DSP d'une région, portant sur l'organisation des services de vaccination;
- la publication, par l'INSPQ, d'un avis sur la vaccination contre l'influenza des enfants de 6-23 mois comportant des réflexions et des recommandations découlant du projet de recherche;
- la contribution à un modèle d'évaluation des programmes de vaccination au Canada;
- la contribution à une formation sur l'entretien motivationnel en vaccination;
- la réflexion entourant la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*.

4.4.3 SUITES DU PROJET ET PRÉOCCUPATIONS SOULEVÉES

Compte tenu des retombées positives du projet de recherche que les participantes perçoivent dans leur milieu, elles ont clairement affirmé leur volonté d'y donner suite. On prévoit ainsi poursuivre la réalisation des actions retenues lors de la phase d'expérimentation, assurer la pérennité de ces actions et mettre en place une deuxième phase d'implantation au cours de laquelle de nouveaux projets ou actions jugés pertinents et efficaces pourraient s'ajouter. On s'inscrit donc dans un processus d'amélioration continue qui se poursuivra au-delà du projet de recherche, gardant ainsi vivante la démarche d'amélioration amorcée.

Des plans d'action en matière de vaccination 0-5 ans sont maintenant disponibles dans les CSSS participants et indiquent clairement les étapes à venir, permettant ainsi aux équipes de continuer sur leur erre d'aller. On souhaite que le réseautage et les contacts établis dans le cadre du projet de recherche puissent se maintenir et se poursuivre. On souhaite également que le MSSS mette en œuvre des recommandations découlant du projet de recherche. Ces retombées concrètes du projet au plan provincial apporteraient une reconnaissance tangible des résultats déjà observés dans les régions participantes. Les membres de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses (TCNMI) avaient d'ailleurs exprimé le besoin qu'un accompagnement soit disponible afin que le

modèle soit implanté dans les régions n'ayant pas participé au projet. La voie est donc tracée pour un dynamisme renouvelé en ce qui a trait à l'organisation des services de vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec.

En terminant, bien que les participantes entendent avec optimisme la continuation des améliorations en vaccination 0-5 ans dans leur milieu, elles ont soulevé différentes préoccupations liées au contexte actuel dans le domaine de la santé et des services sociaux et à son impact potentiel sur l'organisation des services de vaccination 0-5 ans :

- Le déploiement prochain ou en cours du volet immunisation du SI-PMI dans les CSSS aura un impact important sur plusieurs aspects liés à la vaccination, incluant les tâches des vaccinatrices et des agentes administratives. Dans ce contexte, les travaux liés à l'organisation des services de vaccination 0-5 ans seront sans doute mis de côté pour quelques mois dans certains CSSS afin de faciliter l'adaptation des personnes concernées à ce nouveau système.
- Des préoccupations sont très présentes face aux répercussions éventuelles de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015) et aux changements qu'elle entraînera dans les structures et dans le rôle des gestionnaires en place. En ce sens, les représentantes du CSSS n'entendent pas de projets à long terme en vaccination, mais mettent davantage leurs énergies sur ce qui peut être porteur concrètement à court terme.
- Une inquiétude subsiste quant aux suites du projet OSV, considérant le contexte actuel de compressions budgétaires en santé publique. Il est souhaitable que le Ministère prenne en considération tout le travail réalisé depuis 5 ans, reconnaisse les améliorations que ces travaux ont apportées en vaccination et maintienne des orientations favorables à la vaccination.
- Enfin, une inquiétude est exprimée par certaines représentantes de CSSS par rapport à la possibilité que, suite au projet de recherche, une harmonisation régionale du modèle implanté soit exigée.

5 Discussion

Dans ce dernier chapitre du rapport, les résultats à l'égard du modèle optimal d'organisation des services de vaccination seront tout d'abord discutés. Plus loin, des réflexions relativement à la méthode mettant en jeu notamment l'Approche positive employée pour la réalisation de l'étude OSV seront amenées. Enfin, la discussion se terminera sur les forces et limites de l'étude. Conformément à ce qui a été mentionné à l'introduction, étant donné les modifications des structures du réseau de la santé survenues en avril 2015, les résultats seront discutés en les mettant en contexte des CISSS lorsque des enjeux potentiels les concernant seront anticipés.

Il faut comprendre que les éléments discutés le sont de manière globale, et ce, dans un souci de synthèse. De plus, il apparaît évident que le modèle proposé, objectif ultime de l'étude, est loin d'être arrêté et permanent. Au contraire, l'élaboration du modèle et sa construction tout au long de l'étude ont montré que celui-ci doit être vu comme un ouvrage en évolution qui devra, au fil du temps, s'adapter aux besoins changeants des enfants et de leurs parents ainsi qu'aux modifications qui s'opéreront dans les CISSS. Il faut donc voir en ce modèle les marqueurs des éléments à être pris en compte pour ultimement améliorer la prestation des services de vaccination. Cet aspect sera repris plus loin.

Par ailleurs, l'étude démontre que, dans le but de revoir l'organisation des services de vaccination, il est faisable de mobiliser les partenaires des paliers régional et local, les gestionnaires ainsi que les équipes en CSSS, et ce, sans nécessité de déployer ou de disposer de moyens extraordinaires. Il est également possible de procéder à des changements sur le terrain, changements qui semblent avoir diverses répercussions très concrètes. Enfin, malgré la fin de l'étude, tous les participants, tant du palier local que du palier régional, se sont donné les moyens de poursuivre le processus d'ajustement des services de vaccination sur une base permanente et durable. Ainsi, avec une réflexion continue sur l'offre de service, il sera possible d'apporter régulièrement les adaptations nécessaires et ainsi tendre encore davantage vers le modèle optimal.

5.1 Le modèle

L'étude a permis d'identifier le modèle d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans qui pourrait être qualifié d'optimal. Dans le mandat confié au départ, le MSSS souhaitait identifier le « meilleur » mode d'organisation sans que le sens précis donné au mot « meilleur » n'ait été rapporté. De plus, comme la littérature scientifique n'a donné que très peu de pistes sur ce que pourrait être ce futur modèle, sa forme finale n'était évidemment pas toute tracée. Au fil des échanges et des discussions avec les participantes chercheuses des CSSS et des DSP, le mot « meilleur » a pris tout son sens pour en arriver au modèle proposé ici. Le modèle s'avère donc le fruit d'un travail collectif produit selon une méthode développée conjointement. L'originalité du modèle repose sur ses diverses stratégies et actions qui peuvent être implantées et adaptées à la carte et selon les contextes spécifiques dans les CSSS. Cet attribut d'adaptabilité du modèle en constitue un attrait certain et en a probablement facilité son adoption en tant qu'innovation (Greenhalgh *et al.*, 2004). D'autres caractéristiques du modèle, comme le fait que les participantes à l'étude en ont vu la faisabilité, l'avantage relatif et les résultats concrets qui en ont résulté dès le début de leur participation, ont aussi fait en sorte qu'il soit mieux accueilli. De plus, les participantes à l'étude ont souhaité que le modèle reste « vivant » après la fin du projet. Cette observation constitue en soi une retombée importante du projet. Malgré les craintes possibles face à la proposition d'un modèle imposé et rigide auquel toutes devraient se conformer, le modèle proposé ici est tout au contraire adaptable et conciliable aux diverses réalités. La connaissance approfondie des spécificités locales

et régionales transmises par les participantes de l'étude et qui, dans la mesure du possible, a été traduite dans le modèle proposé, milite plutôt vers un modèle flexible et en évolution.

Comme le modèle n'est pas définitif, statique et immuable, des stratégies ou actions pourront être ajoutées, retirées ou reformulées selon les exigences et les besoins. L'expérience acquise en cours d'étude a bien montré que le modèle évolue. À preuve, le modèle proposé, qui ne comportait que 89 actions dans sa première version avant l'expérimentation, en contient maintenant 109. De plus, le modèle devra évoluer en ce qui a trait au partage des rôles et responsabilités (d'implantation ou de collaboration). Ce partage a été établi selon la configuration des établissements existant avant l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015). Il devra donc être revu selon la forme que prendront la 1^{re} et la 2^e ligne de prestation des services dans les nouveaux CISSS, ce qui semble tout à fait faisable étant donné ses caractéristiques et sa flexibilité.

Le modèle est composé de stratégies et actions diversifiées qui n'ont pas toutes la même valeur ni la même portée. Certaines sont plus pointues, d'autres plus génériques et même quelques-unes peuvent paraître évidentes. Cela tient du fait qu'il est apparu nécessaire pour certaines actions d'en préciser les modalités pour en assurer une bonne compréhension, alors que pour d'autres, seule l'idée générale a été donnée faisant en sorte que l'application concrète puisse prendre diverses formes selon les circonstances. Par exemple, l'action 2.3.6 *Utiliser toutes les occasions possibles pour promouvoir la vaccination lors de contacts avec les parents* peut signifier que, dans certaines localités, des liens sont faits avec les CPE pour promouvoir la vaccination, alors qu'ailleurs, on profitera d'activités s'adressant aux parents dans les CISSS.

Le modèle a aussi ses vertus réconfortantes du fait que plusieurs des stratégies et des actions qui s'y trouvent étaient déjà implantées ou réalisées dans la plupart des CSSS. Il faut cependant être prudent à l'égard de la précision de ce résultat étant donné l'interprétation du degré de réalisation de ces actions ou activités déjà en place et ayant pu être variable d'un CSSS à l'autre. Malgré tout, le constat que plusieurs des actions du modèle étaient déjà implantées a encouragé les participantes, car elles y ont vu alors la reconnaissance de tout le bon travail déjà accompli et la démonstration que les nouvelles stratégies et actions pouvaient s'appuyer sur une base solide. Ce besoin légitime de reconnaissance du travail des vaccinatrices est par ailleurs apparu important tout au long du déroulement de l'étude. Cela s'est traduit, entre autres, par le besoin exprimé d'obtenir plus de soutien au moyen d'une promotion soutenue en matière de programmes de vaccination (se référer aux actions 2.1.1 à 2.3.8 de la composante Promotion de la vaccination du modèle).

5.1.1 RÉFLEXIONS SUR CERTAINES ACTIONS DU MODÈLE

Toutes les actions à implanter en priorité (identifiées par une étoile dans le modèle) l'ont été en cours d'expérimentation ou étaient déjà en place dans les CSSS. Cela confirme la faisabilité de ces actions et leur pertinence. Ainsi, dans un contexte où les marges de manœuvre sont limitées, le fait de disposer de telles priorités permet d'orienter les choix à l'intérieur du modèle.

De toutes les actions qui concernent directement le palier local, celles qui touchent les services de proximité aux parents ont été implantées ou expérimentées dans l'un ou l'autre des CSSS à l'étude. Il reste cependant quelques actions qui n'ont pas été testées ou qui ne sont pas mises en œuvre actuellement dans les CSSS ayant participé au projet. Parmi ces actions orphelines, on retrouve les actions relatives à la vaccination hors CSSS (ex. : 8.2.2 *Évaluer de manière statutaire la qualité de l'acte vaccinal hors CSSS*; 7.3.3 *Diffuser régulièrement aux vaccinateurs hors CSSS l'information sur les résultats relatifs à la vaccination*). Il faut comprendre que cela ne concerne que quelques-uns des

CSSS à l'étude, étant donné que pour les autres, il n'y a pratiquement pas de vaccinateurs hors CSSS sur le territoire.

Autrement, dans les secteurs où des enfants sont vaccinés hors CSSS, la préoccupation d'inclure tous les acteurs du programme de vaccination aux 0-5 ans, dont les médecins vaccinateurs en cabinet ainsi que les infirmières en clinique privée, ne s'est pas souvent concrétisée. Au cours des travaux du projet OSV, la question d'une éventuelle complémentarité, dans une vision populationnelle de RLS, entre les vaccinateurs en CSSS et les vaccinateurs hors CSSS a toujours soulevé des débats. C'est plutôt un sentiment de compétition, voire de chasse gardée, qui s'est révélé face aux infirmières vaccinatrices ou aux médecins vaccinateurs hors CSSS. En effet, plusieurs PCC ont allégué que la qualité des services de vaccination offerts hors CSSS laissait à désirer et que les médecins devraient plutôt se consacrer particulièrement aux services curatifs dans un contexte de pénurie d'effectifs. Il a même été évoqué que la vaccination devrait être un acte infirmier exclusif. Il ne semble pas toujours acquis d'accepter la notion que certains parents puissent préférer recevoir des services de vaccination ailleurs qu'au CLSC/CSSS ou encore puissent exprimer des besoins différents qui trouvent réponse auprès de professionnels hors CSSS comme chez le médecin. Lorsque cela est acquis, on insiste toutefois sur l'importance de veiller à ce que la vaccination soit offerte en respect des normes du PIQ afin d'assurer la qualité de l'acte vaccinal. La responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte hors CSSS est apparue aussi comme un sujet controversé.

De plus, une telle attitude peut sembler paradoxale du fait que la plupart des collègues des CSSS ont manifesté leur grande préoccupation d'assurer la meilleure accessibilité géographique dans le cadre des services de vaccination qu'ils offrent aux parents. Des cliniques de vaccination sont en effet bien souvent offertes en plusieurs sites du territoire à couvrir, et ce, même au détriment de l'atteinte des cibles des ententes de gestion en vaccination. Ces cliniques de vaccination à l'extérieur des grands centres sont souvent offertes sur une base mensuelle faisant en sorte que la date effective de vaccination de certains enfants dépasse les 2 semaines fixées aux délais ciblés par le MSSS.

Malgré tout, le pari a été fait qu'avec le temps, en cours d'étude, des opportunités d'établir des ponts avec les vaccinateurs hors CSSS pourraient survenir étant donné le souci partagé de bien comprendre l'organisation des services de vaccination. Or ce pari a été partiellement gagné : des vaccinatrices hors CSSS ont participé à la réflexion lors des rencontres de groupes de la phase Découverte/Désir dans 2 CSSS où la présence de vaccinatrices hors CSSS était significative. On pourrait avancer qu'il faut atteindre une maturité organisationnelle, où la remise en question des pratiques doit être largement acceptée, pour arriver à composer avec les vaccinatrices hors CSSS. Il est à espérer que les CISSS pourront tendre vers cette mise en commun des pratiques en CSSS et hors CSSS et permettre ainsi, en toute complémentarité, de réelles collaborations, et ce, au plus grand bénéfice des parents et des enfants.

Dans la même veine, la contribution des infirmières auxiliaires à la prestation des services de vaccination a aussi soulevé des passions. Alors que dans certains CSSS la contribution de ces professionnelles fait partie de l'ordre des choses, ailleurs, il n'est pas question que les infirmières auxiliaires vaccinent, car on craint que la vaccination soit perçue comme un simple geste de piquer. L'action 3.1.1 *Embaucher et former/soutenir des infirmières auxiliaires pour administrer les vaccins* a malgré tout été incluse au modèle en précisant que l'évaluation vaccinale et le counseling doivent être faits par des infirmières. Il est fort à parier que l'implantation de cette action générera plusieurs discussions dans certains CISSS.

Parmi les actions du modèle, une autre mérite qu'on s'y attarde, soit l'action 4.13.3 ayant trait aux services combinés à la vaccination, c'est-à-dire aux services autres (ex. : dépistage ou suivi du développement) offerts en complément lors de la vaccination. Le bien-fondé de ces services combinés ne semble pas évident dans tous les cas et ne s'appuierait pas systématiquement sur des données probantes (ex. : dépistage de la dépression post-partum non recommandé (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2013)). On ne sait pas si certains de ces services, comme le suivi du développement, répondent vraiment aux besoins des parents, outre le fait qu'ils peuvent suppléer au manque d'accès aux médecins de première ligne. Ce qui est cependant clair, c'est que dans les CSSS où ces services sont offerts, les infirmières qui les dispensent lors des rencontres de vaccination y sont grandement engagées, y croient fermement et en tirent une grande fierté. Il faudra donc dans les suites du projet en CISSS s'attarder à cette question sensible. Le Programme national de santé publique dans sa version de consultation prévoit d'ailleurs « l'élaboration des orientations nationales en matière de dépistage ciblant les enfants nés ou à naître et les jeunes » (MSSS, 2015c).

Pour plusieurs actions, les modalités précises de mise en œuvre sont peu explicitées. C'est entre autres le cas de l'action 4.6.2 *Établir et appliquer un système de relance pour la vaccination 0-5 ans*. Avec un tel système, les parents sont contactés pour leur offrir un rendez-vous de remplacement lorsqu'un rendez-vous de vaccination a été manqué ou encore après avoir constaté un retard vaccinal au dossier de l'enfant. Cette relance peut donc prendre diverses formes selon les raisons ayant motivé l'absence au rendez-vous. Ainsi, un simple oubli peut facilement être réglé si une agente administrative contacte le parent pour offrir un autre rendez-vous. Cependant, dans le cas d'un parent hésitant qui a choisi ne pas se présenter pour la vaccination de son enfant, une relance faite par une infirmière pourrait être plus appropriée. Cette dernière pourrait alors en profiter pour accueillir les craintes ou les questions du parent et lui donner un counseling approprié, tout en planifiant une plage de rendez-vous adaptée. Il n'est donc pas possible de prescrire une modalité applicable à tous les cas, ce qui justifie alors que l'action de relance soit formulée de manière assez large pour mieux s'adapter aux besoins. La démonstration de l'efficacité de cette relance a été faite dans l'un des cas à l'étude (Gravel *et al.*, 2012) et, dans ce cadre, l'acceptation des parents d'être redirigés vers un autre point de service que leur lieu de prestation habituel, dans le but d'éviter de trop longs délais de vaccination, est parmi les retombées intéressantes de l'étude.

Une autre considération doit être discutée en ce qui a trait à la relance, et de manière plus large, en lien avec les communications requises auprès des parents concernant les rendez-vous de vaccination. Il s'agit du rôle crucial joué par les agentes administratives, lequel a été largement mis en évidence par les résultats de l'étude. Ces dernières représentent bien souvent le premier contact d'un parent avec les services de vaccination des CSSS, contact qui peut s'avérer déterminant pour la suite des choses, particulièrement pour un parent hésitant envers la vaccination. Comme dans bien des cas, les agentes administratives doivent planifier et offrir les rendez-vous selon le calendrier de vaccination, et ce, en respect des délais de vaccination. Elles doivent parfois donner des explications aux parents, ou du moins pouvoir identifier les parents qui requièrent une attention particulière. C'est la raison pour laquelle l'action 3.2.2 *Former le personnel de soutien impliqué en vaccination* revêt toute son importance. Par contre, lorsque la prise de rendez-vous de vaccination est centralisée pour les services du CSSS, ce qui risque d'arriver à plus ou moins long terme pour tous les services du CISSS, il faut s'assurer que les acquis d'une prise de rendez-vous personnalisée puissent être préservés et, surtout, ne pas être noyés parmi un ensemble de considérations organisationnelles de nature opérationnelle et de rendement.

Toujours en lien avec les modalités des actions ayant trait aux communications avec les parents, notamment pour la confirmation des rendez-vous de vaccination, plusieurs des collègues auraient bien souhaité que la piste des communications par messagerie texte puisse être explorée. Ce

nouveau moyen de communication auprès des parents des plus jeunes générations a déjà été étudié et utilisé avec succès aux États-Unis dans le cadre de la prestation des services de vaccination (Ahlers-Schmidt *et al.*, 2012; Stockwell *et al.*, 2012). Au cours du projet OSV, il n'a cependant pas été possible d'évaluer la faisabilité de telles pratiques en raison de contraintes technologiques et organisationnelles. Il vaudra certainement la peine de s'y pencher ultérieurement.

L'implantation d'actions plus novatrices exigera sans doute de prendre en compte plusieurs facteurs, comme des critères de cohérence à l'intérieur du modèle, ainsi que certaines considérations éthiques. Par exemple, la mise en œuvre de la prise de rendez-vous en ligne (action 4.5.5) doit permettre, par son côté pratique, de non seulement donner plus facilement des rendez-vous de vaccination, mais également de procéder au rappel de la vaccination (action 4.6.1), à la confirmation de rendez-vous (action 4.6.3) et à la relance (action 4.6.2). Pour ce faire, il faut alors connaître l'identité des enfants à vacciner et celle des parents qui prennent leur rendez-vous en ligne. Les fournisseurs des plates-formes électroniques pour la prise de rendez-vous en ligne doivent donc permettre de préserver la confidentialité des données personnelles de ces enfants et parents, et ce, de manière aussi rigoureuse que cela se ferait si la prise des rendez-vous était gérée par l'établissement lui-même. Les parents doivent savoir que leurs données personnelles sont entre les mains d'un tiers mandaté par l'établissement offrant la vaccination. Toujours pour cette action 4.5.5, bien que dans un souci de flexibilité il soit intéressant de pouvoir accommoder les parents, les rendez-vous fixés doivent l'être en respect des délais prévus aux ententes de gestion. Malheureusement, dans le CSSS où cette action a été expérimentée, le système offert par le fournisseur présentait au départ toutes les limites décrites ci-dessus, obligeant les responsables de ce CSSS à proposer des ajustements. Il sera donc important de rester vigilant et attentif à ce type de préoccupations pour l'avenir du modèle.

Bien que le modèle contienne surtout des stratégies et actions touchant plus directement la prestation des services au palier local, quelques-unes concernent les DSP. C'est entre autres ce que prévoit la stratégie 5.1 *Soutien au développement et à la mise à jour des compétences des vaccinatriceurs et des acteurs du palier régional* et les 6 actions et activités qui en découlent. Les pratiques actuelles en matière de formation des vaccinatriceurs varient d'une région à l'autre. En complément à la formation de base offerte en ligne, une formation supplémentaire est offerte par les professionnelles de certaines DSP, alors qu'ailleurs cette responsabilité relève du CSSS lui-même. En s'appuyant sur le modèle, cette apparence de chevauchement entre le rôle de 1^{re} et de 2^e ligne pourra sans doute être clarifiée dans les CISSS. Il est cependant très clair que toutes les vaccinatriceurs des RLS doivent avoir accès à de la formation de qualité, et ce, peu importe leur profession et leur lieu de pratique. Le modèle prévoit donc que les vaccinatriceurs hors CSSS, autant les médecins, les sages-femmes que les infirmières en clinique privée, puissent avoir accès à une formation qui pourrait être offerte par la DSP (action 5.1.2). Par ailleurs, d'autres retombées du projet ont été observées dans les DSP des 3 régions. Les DSP, en plus de leur contribution essentielle à l'élaboration du modèle, ont soutenu le réseautage et le partage d'outils entre les participantes au projet. Ce rôle continuera d'être indispensable dans la survie du modèle au sein des CISSS, de même que celui d'expertise-conseil en lien avec différentes facettes de l'immunisation (ex. : gestion des produits immunisants, utilisation des données de vaccination).

5.1.2 ENQUÊTE AUPRÈS DES PARENTS ET RÉFLEXIONS SUR CERTAINES ACTIONS LIÉES À LA POPULATION

En cours d'étude dans 6 des 14 CSSS, l'opportunité est apparue de sonder l'opinion des parents qui accompagnaient leur enfant en clinique de vaccination, et ce, en toute cohérence avec l'action 1.1.2 du modèle *Réaliser des études ou enquêtes périodiques* sur différents thèmes touchant la population. Les parents ont alors été interrogés sur la satisfaction des services reçus et, par la même occasion,

le phénomène d'hésitation à la vaccination a été exploré. Les données alors recueillies sont fort intéressantes et pertinentes, et elles devraient se répercuter sur la manière d'organiser et d'offrir les services de vaccination. De plus, une prise de conscience accrue a été perçue au sein des PCC quant à la pertinence et à l'importance de recueillir l'opinion des parents, ces derniers étant partie prenante dans les décisions organisationnelles touchant la vaccination des enfants. Tout cela justifie sans doute de consacrer, à la présente discussion, une section spécifique à l'enquête auprès des parents.

Ainsi, même parmi les parents qui font vacciner leur enfant, les résultats montrent que le tiers d'entre eux ont déjà hésité à le faire. L'hésitation est associée chez ces parents à la pression sociale qu'ils ressentent, à la perception que leur enfant reçoit un nombre trop élevé de vaccins, à la faible importance accordée aux vaccins et à leur doute quant à l'utilité et à la sécurité des vaccins.

L'hésitation peut être considérée jusqu'à un certain point comme faisant partie d'un processus de réflexion normal chez un parent. Cependant, cela devient plus préoccupant quand cette hésitation parentale se traduit par des comportements ayant un impact sur le statut vaccinal de leur enfant. Selon nos résultats, les parents hésitants ont retardé en plus grande proportion l'administration de certains vaccins chez leur enfant que ceux qui n'étaient pas hésitants, ce qui est corroboré par quelques données de la littérature (Larson *et al.*, 2014; Opel *et al.*, 2011; Gust *et al.*, 2008). Certains auteurs suggèrent même que la mesure du retard dans la vaccination des enfants au moment de l'entrée scolaire pourrait être un indicateur permettant de mesurer l'hésitation dans la population (Domachowske et Suryadevara, 2013).

Selon nos résultats, la pression sociale ressentie était associée à l'hésitation. En effet, les parents ressentant de la pression pour faire vacciner leur enfant avaient pratiquement 4 fois plus de chances d'être hésitants que ceux qui ne la ressentaient pas. La pression ressentie, qu'elle provienne par exemple de la famille ou des professionnels de la santé, est un facteur qui influence les choix en matière de vaccination (Larson *et al.*, 2014). Le counseling que peuvent apporter les vaccinatrices aux parents devrait être adapté afin qu'il ne soit pas perçu comme une pression induite, d'où l'importance de l'action 5.1.4 du modèle *Offrir aux vaccinateurs une formation sur les principes de l'entretien motivationnel, adapté à la vaccination, et sur le modèle de prise de décision*. Il va sans dire que ces formations devront répondre à diverses conditions de qualité. Cette action fait d'ailleurs écho sur le terrain, étant donné que plusieurs initiatives prenant diverses formes sont déjà en développement, notamment dans la région de l'Estrie et dans le cadre de la Phase II du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec* (Dubé, 2013).

Le doute sur la sécurité et l'utilité des vaccins est aussi associé à l'hésitation des parents. Des études font ressortir que de nombreux parents s'interrogent sur la sécurité des vaccins (Gust *et al.*, 2008; Bish *et al.*, 2011; Opel *et al.*, 2011), plusieurs conceptions erronées au sujet de l'innocuité des vaccins étant très médiatisées (Zimmerman *et al.*, 2005; Dubé, Laberge *et al.*, 2013). Selon nos résultats, en plus de leur doute sur la sécurité et l'utilité des vaccins, les parents hésitants accordaient moins d'importance aux vaccins que les parents non-hésitants, notamment face à certains vaccins introduits plus récemment dans le calendrier et qui sont souvent perçus comme étant offerts pour des maladies jugées plus bénignes (ex. : varicelle, influenza ou gastroentérite à rotavirus) (Gust *et al.*, 2008; Dubé *et al.*, 2012). De plus, les parents hésitants perçoivent que les enfants reçoivent un trop grand nombre de vaccins, ce qui va dans le même sens que ce qu'ont rapporté d'autres auteurs (Dubé, Laberge *et al.*, 2013; Kennedy *et al.*, 2011). Encore là, le counseling adapté aux inquiétudes des parents prend toute son importance.

5.2 La méthode et le processus de l'étude

Bien que de proposer un modèle d'organisation des services de vaccination aux 0-5 ans soit l'objectif ultime de l'étude, celle-ci a montré que le processus pour y arriver a été tout aussi important que le modèle lui-même, processus jugé déterminant dans la réussite du projet. Le processus de l'étude, par les échanges, les discussions de groupe et le travail individuel entre les rencontres, était aussi intéressant et porteur de motivation que les résultats obtenus, soit de disposer d'un portrait des services et des activités de vaccination dans les CSSS et les DSP et d'avoir un modèle à implanter. Ainsi, le processus a permis une introspection, voire une autoévaluation des services de vaccination par les PCC dans le but d'envisager les zones d'amélioration, tout en décrivant le portrait des services ou activités de vaccination et en contribuant à l'élaboration du modèle. Cette particularité de l'étude a exigé de définir dès le départ un cadre clair et des échéanciers précis, car le déroulement du projet et l'accomplissement visé ont pu sembler très abstraits et peu réalistes. Au final, l'étude a pu par elle-même constituer un vecteur de changement, notamment par le processus de transfert des connaissances qui y a été établi et par la préoccupation grandissante des PCC de vouloir mesurer l'impact de leurs actions et de bien comprendre les données des indicateurs de gestion et de couvertures vaccinales.

Le processus de l'étude s'est en plus développé à partir des grands paramètres de l'approche participative de l'Approche positive (Reed, 2007). L'application de cette approche s'est concrétisée de manière intuitive, mais appuyée et encadrée par des pratiques collaboratives de même que par la rigueur scientifique. Le modèle s'est en effet inspiré d'éléments provenant de la littérature scientifique et a été produit en mobilisant des acteurs impliqués en vaccination (décideurs, cliniciennes, personnel de soutien, gestionnaires, chercheurs, professionnels de santé publique, etc.) afin de permettre la coproduction de connaissances et d'outils de travail.

Le choix de l'Approche positive (Reed, 2007) pour guider les travaux du projet s'est avéré fort judicieux. À notre connaissance, elle n'avait pas été employée à ce jour pour étudier les services de vaccination. Ce type d'approche participative a certainement contribué à l'atteinte des objectifs de l'étude et à ses intéressantes retombées. Dans le cadre de l'étude, dès les premières rencontres des divers comités mis en place, le potentiel de l'approche et ses apports ont été perceptibles. Ainsi, en accord avec la méthode, même si c'est surtout pendant la phase d'expérimentation que les actions du modèle ont pu être testées sur le terrain, la possibilité d'apporter des changements à l'organisation des services dès le début de l'étude a été motivante et appréciée (ex. : correctifs apportés à la gestion des produits immunisants, transmission des résultats aux indicateurs de gestion et rétroaction aux agentes administratives et vaccinatrices, participation à un projet Lean).

Le climat établi et la confiance mutuelle qui s'est créée au fil du déroulement de l'étude ont vivement conforté ce choix. En évitant les échanges avec confrontation et en minimisant les jugements, les données nécessaires à l'avancement de l'étude ont été obtenues de manière respectueuse, sans rogner sur la rigueur. De plus, l'étape d'expérimentation qui s'est déroulée dans l'ensemble des CSSS et l'engagement qui s'est manifesté chez les participantes démontrent le climat de confiance qui s'est établi entre l'équipe de recherche et toutes les participantes cochercheuses.

Les changements proposés, tant en cours d'étude que lors de la phase d'expérimentation du modèle, ont pu parfois bousculer les habitudes et pratiques des membres du personnel en place dans les CSSS (ex. : changement de plages horaires, délestage de certaines tâches pour les remplacer par de nouvelles correspondant mieux aux compétences). De là l'avantage et l'importance de mobiliser l'ensemble des acteurs dès le début de la réflexion afin qu'ils soient partie prenante des

changements à implanter qu'ils ont d'ailleurs eux-mêmes demandés ou pour lesquels ils en ont compris et accepté le bien-fondé.

La méthode employée a exigé beaucoup de souplesse et de polyvalence de l'équipe de recherche qui a dû jouer parallèlement plusieurs rôles; certains ont pris plus d'importance selon les phases de l'étude : rôle d'accompagnateur, de gardien de la méthode, d'animateur, d'expert-conseil ou d'intervieweur. Cela a été nécessaire afin de mieux s'ajuster aux besoins très diversifiés des participantes cochercheuses des DSP et des CSSS. L'accompagnement personnalisé, indispensable particulièrement à la phase d'expérimentation, a demandé une grande capacité d'adaptation et de créativité de la part des membres de l'équipe de recherche. Mais le jeu en valait la chandelle, car cela a permis de connaître avec plus de justesse et d'acuité les diverses facettes du modèle et d'en explorer les dessous.

Le leadership régional assumé par les DSP s'est aussi avéré essentiel au bon déroulement et au processus de l'étude. Ce leadership sera probablement encore plus important pour assurer une pérennité au modèle et en suivre l'évolution.

Un dernier point relatif au processus de l'étude concerne les exigences du Comité d'éthique de la recherche en matière de respect de la confidentialité des données nominatives. Cela s'est traduit, dans la présente étude, par la non-divulcation de l'identité des CSSS dans les documents produits ou qui ont été mis en circulation en dehors du contexte de la recherche. Cela a exigé beaucoup de vigilance de la part des membres de l'équipe de recherche, car les PCC n'étaient pas toujours au même diapason que les premiers en ce qui a trait à l'application concrète et opérationnelle de ce respect de la confidentialité, souhaitant avant tout partager et utiliser les données produites afin d'optimiser la démarche de révision de l'organisation des services de vaccination dans leur région. Des mises au point à ce sujet ont donc dû être apportées occasionnellement, et ce, en insistant sur le fait que le respect de la confidentialité dans ce contexte s'appuie sur les mêmes bases que le respect de la confidentialité en milieu de soins.

5.3 Les forces et limites de l'étude

La présente étude a démontré plusieurs forces. Tout d'abord, la méthode a été appliquée avec beaucoup de détermination, de rigueur et de soin. Les critères de rigueur méthodologique des études qualitatives (Miles et Huberman, 1994) et des études de cas (Yin, 2009) ont été respectés avec précaution : 1) la fidélité (*dependability* et *auditability*), 2) la validité interne (crédibilité et authenticité), 3) la validité externe (transférabilité et *fittingness*), 4) l'objectivité/neutralité-conformation et 5) l'application et l'orientation vers l'action.

La fidélité a été maintenue par la cohérence et la relative stabilité de la méthode tout au long de l'étude. Elle a été préservée par la tenue de journaux de bord de l'équipe de recherche, par les comptes rendus validés par les participantes, par les rencontres préparatoires et de retour, ainsi que par les rencontres régulières du Comité d'orientation.

La validité interne s'est appuyée sur la crédibilité de l'étude pour les participantes et la communauté scientifique. Elle a été assurée par la triangulation des données provenant de sources diversifiées et nombreuses, la rigueur de l'analyse des données et la confirmation des interprétations par les membres des comités de pilotage et du Comité d'orientation. Les biais reliés à l'intervieweur ont pu être contrôlés par des activités de *debriefing* après les entrevues et la covalidation des données analysées.

La validité externe est assurée du fait que les résultats sont sans doute transférables dans d'autres contextes, particulièrement où on trouve relativement peu de vaccinateurs hors CISSS, et que les mêmes résultats ont été obtenus dans les divers cas. Cela a été garanti ici par les données recueillies dans les notes de terrain qui ont permis de décrire en profondeur le contexte des décisions et des changements entrepris, ainsi que les résultats qui en ont découlé. Par ailleurs, le modèle proposé sera utile pour l'ensemble des CISSS du Québec, voire même pour des services de vaccination offerts à d'autres groupes de population (vaccination scolaire ou des adultes) ainsi qu'à l'extérieur du Québec. La réplification de l'expérimentation dans 14 CISSS ajoute à la transférabilité des résultats.

L'objectivité a été obtenue en regroupant la subjectivité des divers acteurs qui ont participé au projet et qui ont présenté des enjeux différents, ainsi que par la vigilance du Comité d'orientation dont les membres étaient de disciplines diversifiées. Toutefois, tous considèrent la vaccination comme un pilier de la santé publique et ne remettent pas en question sa valeur.

Pour terminer sur le volet qualitatif, l'étude a été utile et pratique pour les participantes qui y ont investi temps et énergie. Dans cette étude, non seulement ont-elles décrit les composantes de leur organisation, mais elles ont pu aussi reconnaître les paramètres qui y fonctionnent bien et développer des processus qui ont permis de les améliorer. Par conséquent, les participantes ont été les premières bénéficiaires de cette application et orientation vers l'action.

En ce qui concerne le volet quantitatif de l'étude auprès des parents, il s'agissait, à notre connaissance, de la première étude de cet ordre menée dans des cliniques de vaccination au Québec qui visait à explorer les facteurs d'hésitation parentale. Parmi les forces de cette enquête, il faut noter la grande taille d'échantillon qui a assuré une bonne puissance statistique, le questionnaire employé qui était appuyé sur un modèle théorique (Dubé, Laberge *et al.*, 2013) et enfin les analyses statistiques multivariées qui ont été utilisées pour contrôler plusieurs facteurs de confusion.

Bien que l'étude ait été menée avec le plus de rigueur possible, elle n'est malheureusement pas exempte de limites. Tout d'abord, les cas à l'étude et les PCC dans chacun de ces cas ont volontairement accepté d'y contribuer. Sans déprécier l'évaluation enthousiaste de l'étude qui est décrite dans la section résultats, il ne faut pas oublier que cette autosélection et la motivation des participantes peuvent teinter positivement le jugement qu'elles ont porté sur l'étude. Il est également possible que le cadre imposé par l'Approche positive se traduise par une vision plus optimiste du projet OSV et de son déroulement. Cette force et cette énergie du groupe ont été mises à profit tout au long de l'étude, mais il faut garder en tête que le volontariat pourrait montrer un visage plus rose de l'étude que si elle avait été réalisée auprès de sujets dans des établissements où on y aurait imposé la participation.

Il ne faut pas non plus négliger que, dans la phase d'expérimentation, l'enthousiasme à implanter le modèle a été variable d'un CISSS à l'autre. Dans certains cas, ce sont des exploits qui ont été réalisés alors qu'ailleurs les changements apportés ont été plus modestes.

Tout au long de l'étude, plusieurs des participantes ont attribué directement au projet les améliorations observées dans l'atteinte des indicateurs de gestion. Il plaît à l'esprit de croire en un tel lien de causalité. Il faut cependant rester prudent et éviter une telle association, car le devis et les objectifs de l'étude ne visaient évidemment pas à faire une telle démonstration ni à mesurer l'impact du modèle, de ses composantes, de ses stratégies ou de ses actions.

Dans l'enquête aux parents, parmi les biais d'information qui ont pu entacher la validité interne de l'étude, un biais de mémoire est possible dans les réponses fournies par les parents. Un parent peut avoir oublié un événement du passé ou a pu confondre les événements s'il a plus d'un enfant.

Cependant, ce biais serait probablement minime dans la partie du sondage relative à la satisfaction des services de vaccination reçus, car les questions à ce sujet se référaient aux services qui venaient tout juste d'être rendus. Un biais de désirabilité pourrait également être possible si les parents ont eu tendance à répondre dans le sens qu'ils pensaient souhaité par les chercheurs, même s'il était demandé aux parents de répondre de manière sincère et qu'il était précisé qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse. Par ce biais, des parents hésitants ont pu répondre n'avoir jamais hésité, générant potentiellement une mauvaise classification du statut d'hésitation des parents, et faire en sorte que l'ampleur de l'hésitation a pu être sous-estimée. Quant aux facteurs de confusion, il reste possible que des facteurs inconnus n'aient pas été mesurés et qu'ils viennent embrouiller les associations mises en évidence par les analyses multivariées réalisées, étant donné que le phénomène d'hésitation a été relativement peu étudié.

En ce qui concerne la validité externe de l'enquête auprès des parents, un biais de sélection pourrait évidemment être possible étant donné le caractère non probabiliste de l'échantillon. Cependant, comme la collecte de données a été réalisée à divers moments dans plusieurs cliniques et dans plusieurs établissements, il est peu probable que les parents interrogés aient été très différents des parents qui font vacciner leur enfant en clinique publique de vaccination. Toutefois, la sélection des parents participants dans des cliniques publiques de vaccination milite à la prudence quant à la généralisation des résultats à d'autres contextes. En effet, les parents qui se sont présentés aux cliniques de vaccination des CSSS étaient peut-être plus favorables à la vaccination que ceux qui font vacciner dans d'autres endroits, mais certainement moins hésitants que ceux qui ne font pas du tout vacciner leur enfant.

6 Conclusion et pistes d'action

Les objectifs de l'étude ont été atteints. Un modèle d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans est maintenant disponible.

Au-delà de la disponibilité du modèle, de son implantation à la carte et du fait qu'il devrait continuer à évoluer dans les établissements à l'étude étant donné la ferme volonté manifestée de poursuivre son implantation, il est légitime d'aspirer à un ancrage plus large dans d'autres CISSS. À cet effet, plusieurs pistes méritent d'être suivies, pistes ayant émergé de l'expérience acquise au fil du déroulement de l'étude et dont certaines ont déjà été mentionnées dans le rapport. Elles sont détaillées au tableau 20.

La démarche de suivi du projet OSV dans les CISSS devrait s'appuyer, entre autres, sur un processus par étape débutant par une évaluation et un portrait rigoureux de la situation de départ. La mobilisation des équipes en place par divers moyens, ainsi que la participation de ressources d'expérience, engagées et stables ayant la capacité de poser un regard critique sur les façons de faire constituent d'autres conditions qui semblent essentielles.

Un accompagnement provenant, par exemple, d'instances régionales soutenues par des personnes ayant vécu l'expérience (ex. : l'équipe de recherche) pourrait aussi s'avérer gagnant. Il va sans dire que les rôles et responsabilités de chacun seraient clairement définis, les attentes mutuelles seraient énoncées dès le départ et la libre circulation de l'information serait permise. Le matériel développé dans le cadre de l'étude pourrait avantageusement être rassemblé dans un guide d'accompagnement. Tout cela devrait se réaliser dans une démarche transparente et prenant assise sur une relation de confiance.

Pour que le modèle puisse avoir une meilleure force d'impact, les stratégies, les actions et les activités relevant du palier provincial et du palier régional devront évidemment être mises en œuvre. Il s'agit par exemple de la promotion de la vaccination, ou encore de prises de position plus systémiques comme celle de la place de la vaccination hors CSSS/CISSS. Ainsi, la tenue d'États généraux, prévue au modèle, regroupant l'ensemble des acteurs impliqués en vaccination au Québec, pourrait tracer la voie à de telles prises de position et pourrait pallier une des limites de l'étude, soit la quasi-absence du point de vue des vaccinateurs hors CSSS. Le climat actuel de réorganisation dans le réseau des établissements de santé pourrait d'ailleurs représenter une opportunité intéressante et un terreau fertile pour apporter les ajustements nécessaires.

Boucler la boucle d'un tel projet remue beaucoup d'émotions. Ces quelques années passées avec les collègues de 14 CSSS et de 3 DSP ont permis de partager la passion et la conviction d'accomplir un travail indispensable et essentiel auprès des enfants et de leurs parents. Alors que le projet OSV s'est enclenché à l'aube d'une épidémie de rougeole qui a durement touché la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2011, soit l'une des régions à l'étude, il se termine au moment où une autre épidémie de rougeole sévit dans une communauté religieuse rejetant la vaccination dans l'une des autres régions à l'étude, soit la région de Lanaudière. Cela démontre encore une fois toute la pertinence du travail à accomplir, et justifie de persister à vouloir prévenir les maladies évitables par la vaccination par une organisation et une prestation de services de qualité dans le but d'améliorer la santé des enfants et de la population.

Tableau 20 Pistes de réflexion sur les conditions gagnantes pour l'implantation du modèle dans d'autres CSSS/CISSS

La démarche

- Une bonne évaluation de tous les éléments avant de s'impliquer dans la démarche d'implantation, l'analyse de ce qui existe déjà, une vision d'ensemble et l'identification des embûches possibles
- La participation d'accompagnateurs à l'étape de démarrage du projet dans les CSSS, soit par une présentation faite aux équipes locales ou encore en mettant à la disposition des équipes un document présentant la démarche
- Une démarche progressive, respectueuse et basée sur les besoins réels de l'équipe en vaccination
- L'élaboration du portrait de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans comme première étape incontournable
- La réalisation d'une entrevue de groupe avec l'équipe 0-5 ans du CSSS pour échanger et écouter les besoins du personnel, favoriser l'appropriation du projet et l'acceptation des changements éventuels
- La réalisation d'une expérimentation dans une période favorable de l'année et d'une durée adéquate
- La disponibilité d'un guide d'accompagnement décrivant le processus et comprenant des outils, tant pour la phase d'élaboration du portrait de l'organisation des services de vaccination que pour la phase d'expérimentation du modèle
- La disponibilité d'indicateurs permettant de rendre compte de résultats

L'approche et l'éthique

- L'utilisation d'une approche qui favorise l'écoute et la recherche de solutions (ex. : l'Approche positive)
- La clarification, dès le début du projet, des règles d'éthique et de confidentialité (ex. : utilisation et diffusion des documents produits dans le cadre du projet)
- Le développement et l'établissement d'une relation de confiance entre tous les participants
- Une bonne communication et une circulation efficace de l'information entre les différents acteurs du projet
- La prise en compte de la relation et des liens existant entre les CSSS et la DSP d'une région, ces rapports pouvant teinter le déroulement de la démarche

La participation

- La participation au projet, dans la mesure du possible, de l'ensemble des CSSS d'une région
- La participation au projet découlant d'un libre choix des représentants des établissements (CSSS et DSP)
- La participation de tous les acteurs à toutes les étapes du processus
- Des personnes de l'équipe du projet ayant une expérience terrain en vaccination
- L'ouverture et la capacité des participants à se remettre en question puisque la démarche suppose une réflexion critique sur les façons de faire en vaccination
- Une réelle volonté de la part des représentants des CSSS et de la DSP d'une région de revoir leur organisation des services de vaccination
- La reconnaissance du rôle important joué par les agentes administratives du CSSS dans la vaccination en les associant au processus d'expérimentation

Tableau 20 Pistes de réflexion sur les conditions gagnantes pour l'implantation du modèle dans d'autres CSSS/CISSS (suite)

Le soutien et la collaboration

- L'appui et l'engagement de la direction du CSSS de même que sa conviction du bien-fondé de la révision de l'offre de service en vaccination
- Le soutien et l'accompagnement de ressources externes (ex. : équipe de recherche) pour la planification et la réalisation de la démarche
- La collaboration des membres des équipes locales en vaccination à la réalisation des travaux, notamment lors de la phase d'expérimentation
- La sensibilisation des différentes directions et des partenaires des autres équipes du CSSS afin que le processus de changement soit compris et soutenu par tous

Les ressources financières et matérielles

- La disponibilité d'un budget permettant la libération de personnes pour le projet, incluant la phase d'expérimentation
- La disponibilité d'un budget permettant le développement d'outils de promotion (ex. : feuillet sur les services disponibles)
- L'utilisation de la visioconférence lorsque le contenu des rencontres le permet

Les ressources humaines

- L'allocation de temps de dégagement aux représentantes des CSSS pour se consacrer au projet
- La formation d'un tandem gestionnaire/clinicienne comme équipe de projet
- L'ajout au sein de l'équipe de projet d'une personne qui connaît bien la région et les membres du comité
- Un arrimage entre les secteurs santé publique et famille-enfance-jeunesse (FEJ) du CSSS
- La stabilité des membres de l'équipe en vaccination du CSSS et des représentants des CSSS participant au projet

Les rôles et responsabilités

- La clarification des rôles dans l'accompagnement des CSSS, particulièrement pour le soutien à offrir lors de la mise en œuvre d'actions novatrices

Des conditions pour assurer la pérennité des changements

- Des ressources financières adaptées à la situation démographique et qui évoluent en fonction des changements
- La formation des nouvelles infirmières
- La formation des agentes administratives et une mise à jour régulière, considérant le roulement élevé de personnel
- Le développement, le maintien ou la consolidation de liens avec différents partenaires, tant au sein du CSSS (autres directions et services du CSSS, pharmacie) qu'à l'extérieur du CSSS (commissions scolaires, directions d'école, cliniques externes de pédiatrie, CPE, organismes communautaires, Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP))
- Le développement d'outils communs en collaboration avec les autres CSSS de la région
- Le soutien de la Direction de santé publique pour assurer une continuité au projet et aux résultats obtenus (ex. : formation, questions/réponses pour les vaccinateurs, harmonisation entre les CSSS d'outils utilisés en vaccination, disponibilité du soutien-conseil)

Sources multiples.

Références

- Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (2008). *Vaccination de base. Plan d'action pour contrer les délais vaccinaux pour la première dose de Pentacel et de Prevnar à 2 mois ainsi que la vaccination contre l'infection à méningocoque de séro groupe C à 12 mois.* Joliette : Direction de santé publique et d'évaluation.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2011). *Optimisation des services de vaccination en petite enfance - Charte de projet proposée par la Table de concertation régionale en santé publique.* Longueuil : Direction de santé publique.
- Agence de la santé publique du Canada (2013, 2013-11-29). *Guide canadien d'immunisation.* [En ligne]. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p01-02-fra.php>]. (Repéré le 30 mars 2015).
- Agency for Healthcare Research and Quality (2011, Janvier 2013). 2010 National Healthcare Quality Report (NHQR). [En ligne]. [<http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr10/>] (Repéré 26 mai 2015).
- Ahlers-Schmidt, C. R., Chesser, A. K., Nguyen, T., Brannon, J., Hart, T. A., Williams, K. S. et Wittler, R. R. (2012). Feasibility of a Randomized Controlled Trial to Evaluate Text Reminders for Immunization Compliance in Kids (TRICKs). *Vaccine*, 30(36), 5305-9.
- Bish, A., Yardley, L., Nicoll, A. et Michie, S. (2011). Factors Associated with Uptake of Vaccination against Pandemic Influenza: A Systematic Review. *Vaccine*, 29(38), 6472-6484.
- Boulianne, N., Audet, D. et Ouakki, M. (2015). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014.* Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et Ouakki, M. (2011). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2010.* Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et Ouakki, M. (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012.* Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Briss, P. A., Rodewald, L. E., Hinman, A. R., Shefer, A. M., Strikas, R. A., Bernier, R. R., Carande-Kulis, V. G., Yusuf, H. R., Ndiaye, S. M. et Williams, S. M. (2000). Reviews of Evidence Regarding Interventions to Improve Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults. The Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med*, 18(1S), 97-140.
- Centers for Disease Control and Prevention (1999). Vaccine-Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults. A report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(RR-8), 1-15.
- Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (2007). *Vaccination de base. Plan d'action pour contrer les délais vaccinaux pour la première dose de Pentacel et de Prevnar à 2 mois ainsi que la vaccination contre l'infection à méningocoque de séro groupe C à 12 mois.*

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

Champagne, F., Brousselle, A., Contandriopoulos, A. et Hartz, Z. (2009). « L'analyse logique », dans A. Brousselle, F. Champagne, A. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes*, (p. 103-112). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z. et Contandriopoulos, A. (2009). « Modéliser les interventions », dans A. Brousselle, F. Champagne, A. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (p. 57-70). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé (2003). *Stratégie nationale d'immunisation - Rapport final 2003, rapport du Comité consultatif FPT sur la santé de la population et la sécurité de la santé (CCSPSS) à la Conférence des sous-ministres FPT de la santé*. Ottawa : Ministre de la Santé du Canada.

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

Direction de santé publique de Lanaudière (2013). *Doses distribuées de Menjugate (méningocoque) – RLS de Lanaudière-Nord, 2011-2012*. Compilations spéciales.

Direction de santé publique de la Montérégie (2012). *Proportion de doses distribuées par la DSP du vaccin contre le méningocoque C au secteur privé de janvier 2011 à décembre 2011*. Compilations spéciales.

Domachowske, J. B. et Suryadevara, M. (2013). Practical Approaches to Vaccine Hesitancy Issues in the United States : 2013. *Hum Vaccin Immunother*, 9(12), 2654-2657.

Donaldson, L. J. et Scally, G. (2009). *Donaldson's Essential Public Health, 3th Edition*. Radcliffe Publishing Ltd.

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

Dubé, E., Bettinger, J. A., Halperin, B., Bradet, R., Lavoie, F., Sauvageau, C., Gilca, V. et Boulianne, N. (2012). Determinants of Parents' Decision to Vaccinate their Children against Rotavirus: Results of a Longitudinal Study. *Health Educ Res*, 27(6), 1069-1080.

Dubé, E., Bradet, R., Audet, D., Sauvageau, C., Boulianne, N. et Guay, M. (2013). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination phase 1 : rapport d'évaluation*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R. et Bettinger, J. (2013). Vaccine Hesitancy: An Overview. *Hum Vaccin Immunother*, 9(8), 1763-1773.

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

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

- Farand, L. (2009). « L'analyse de la production », dans A. Brousselle, F. Champagne, A. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 113-159). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gagnon, D. et Dubé, E. (2014). *Promotion de la vaccination: agir pour maintenir la confiance*. Québec: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Gravel, F., Thibodeau, C., Ducharme, C., Poulin, P., Cadieux, E., Payette, J., Désilets, J., Lanthier, R., Chabot, K., Clément, P. et Guay, M. (2012). *Relance après un rendez-vous de vaccination manqué dans la MRC de Matawinie - Communication affichée*. Montréal, Québec : Journées annuelles de santé publique.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (2013). Recommendations on Screening for Depression in Adults. *CMAJ*, 185 (9) : 775-782.
- Groupe de travail pour la formation des professionnels du Comité canadien d'immunisation (2008). *Compétences en immunisation à l'intention des professionnels de la santé*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada.
- Guay, M., Blackburn, M., Clément, P., Tremblay, A., St-Hilaire, C., Clouâtre, A. M., Rousseau, L. et Pelletier, A. (2006a). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec*. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec.
- Guay, M., Blackburn, M., Clément, P., Tremblay, A., St-Hilaire, C., Clouâtre, A. M., Rousseau, L. et Pelletier, A. (2006b). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec - Annexe technique*. Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels, Institut national de santé publique du Québec.
- Guay, M., Clément, P., Vanier, C., Briand, S., Michaud, C., Boulet, C., Désilets, J., Guillemette, F., Dubé, E., Boulianne, N., Landry, M., Lemaire, J. et Baron, G. (2014). *Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois au Québec : pistes de réflexion*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Guay, M., Gallagher, F., Petit, G., Ménard, S., Clément, P. et Boyer, G. (2009). *Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales?* Sherbrooke : Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.
- Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A. et Schwartz, B. (2008). Parents with Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why. *Pediatrics*, 122(4), 718-725.
- Institut de la statistique du Québec (2015, 11 février 2015). Estimation de la population des régions administratives, 1^{er} juillet des années 1986, 1991, 1996, 2001, 2006 et 2011 à 2014 (découpage géographique au 1er juillet 2014). [En ligne]. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/ra_total.htm] (Repéré le 13 avril 2015).

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

- Institut national de santé publique du Québec (2015). E-formation de base en immunisation. [En ligne]. [<http://www.inspq.qc.ca/e-formation-de-base-en-immunisation>] (Repéré le 29 avril 2015).
- Jagosh, J., Pluye, P., Macaulay, A. C., Salsberg, J., Henderson, J., Sirett, E., Bush, P. L., Seller, R., Wong, G., Greenhalgh, T., Cargo, M., Herbert, C. P., Seifer, S. D. et Green, L. W. (2011). Assessing the Outcomes of Participatory Research: Protocol for Identifying, Selecting, Appraising and Synthesizing the Literature for Realist Review. *Implement Sci*, 6, 24.
- Kennedy, A., Lavail, K., Nowak, G., Basket, M. et Landry, S. (2011). Confidence About Vaccines in the United States: Understanding Parents' Perceptions. *Health Aff (Millwood)*, 30(6), 1151-1159.
- Landry, M. (2005). *Évaluation préliminaire des retards dans le calendrier de vaccination au Québec, rapport préparé pour le Groupe provincial sur les retards en immunisation*.
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. et Paterson, P. (2014). Understanding Vaccine Hesitancy Around Vaccines and Vaccination from a Global Perspective: A Systematic Review of Published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150-2159.
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis. Second Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013) et mises à jour. *Protocole d'immunisation du Québec, édition 6*. Dernière mise à jour avril 2015. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/6335dde40226af59852575cc0048804d?OpenDocument>] (Repéré le 16 juin 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015a). *Programme québécois d'immunisation*. Dernière mise à jour 20 mai 2015. [En ligne]. [<http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-d-immunisation/demarche/>] (Repéré le 12 juin 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015b). *Politique de gestion des vaccins du Programme québécois d'immunisation (PQI) – Circulaire 2015-020*. Québec : Direction de la protection de la santé publique. [En ligne]. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/533b88a105c4185285257e5800634d29?OpenDocument>] (Repéré le 21 juin 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015c). *Programme national de santé publique, révision 2015 – Synthèse du projet de PNSP 2015-2025 en un coup d'œil*. Québec : Direction générale adjointe de la santé publique.

- Northern Health - Public Health (2008). *Improving Public Health Infant-Preschool Immunization Services in Northern Health: Process and Results of a Program Review*. Prince George, British Columbia.
- Opel, D. J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Solomon, C., Zhao, C., Catz, S. et Martin, D. (2011). Validity and Reliability of a Survey to Identify Vaccine-Hesitant Parents. *Vaccine*, 29(38), 6598-6605.
- Québec (2015). *Projet de Loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 41^e législature, 1^{re} session, sanctionné.
- Québec (2002). *Projet de Loi no 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 36^e législature, 2^e session, chapitre 33.
- Reed, J. (2007). *Appreciative Inquiry: Research for Change*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Reed, J. et Turner, J. (2005). Appreciating Change in Cancer Services - An Evaluation of Service Development Strategies. *Journal of Health Organization and Management*, 19(2), 163-176.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2002). *Comité directeur de concertation et de coordination en santé publique. Mandat, membres, rencontres, fonctionnement*. Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. et Freeman, H. (2004). *Evaluation – A Systematic Approach – 7th Edition*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sauvageau, C., Vivion, M. et Dubé, E. (2014). *Opinion et formation des sages-femmes québécoises sur la vaccination*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Screening and Immunisations team - Health and Social Care Information Centre (2014). *NHS Immunisation Statistics, England 2013-14*. United Kingdom: Government Statistical Service.
- Stockwell, M. S., Kharbanda, E. O., Martinez, R. A., Vargas, C. Y., Vawdrey, D. K. et Camargo, S. (2012). Effect of a Text Messaging Intervention on Influenza Vaccination in an Urban, Low-Income Pediatric and Adolescent Population: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 307(16), 1702-8.
- Université de Montréal (2015). *L'ABCdaire du suivi de l'enfant de 0 à 5 ans*. [En ligne]. [\[http://www.cpass.umontreal.ca/formation/auto-apprentissage/outils-de-soutien-a-la-pratique/abccdaire-du-suivi-de-lenfant-de-0-a-5-ans.html\]](http://www.cpass.umontreal.ca/formation/auto-apprentissage/outils-de-soutien-a-la-pratique/abccdaire-du-suivi-de-lenfant-de-0-a-5-ans.html) (Repéré le 16 juin 2015).
- Université McGill (2015). *The McGill Model of Nursing*. [En ligne]. [\[https://www.mcgill.ca/nursing/about/model\]](https://www.mcgill.ca/nursing/about/model) (Repéré le 22 juin 2015).
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R. et de Koning, K. (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*, 5(23), iii-157.
- World Health Organization (2008a). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 1: Cold Chain, Vaccines and Safe-Injection Equipment Management*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization (2008b). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 2: Partnering with the Community*. Geneva: WHO Press.

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

World Health Organization (2008c). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 3: Immunization Safety*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2008d). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 4: Supportive Supervision*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2008e). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 5: Monitoring the Immunization System*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2008f). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 6: Making a Comprehensive Annual National Immunization Plan and Budget*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2008g). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 7: The Epi Coverage Survey*. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2008h). *Training for Mid-Level Managers (MLM) – Module 8: Making Disease Surveillance Work*. Geneva: WHO Press.

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications.

Zimmerman, R. K., Wolfe, R. M., Fox, D. E., Fox, J. R., Nowalk, M. P., Troy, J. A. et Sharp, L. K. (2005). Vaccine Criticism on the World Wide Web. *J Med Internet Res*, 7(2), e17.

Annexe 1

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

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

Membres du Comité d'orientation

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière (suite)

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

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

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

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

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

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

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

Annexe 2

Description du comité de pilotage pour une région

Description du comité de pilotage pour une région

	CSSS	DSP	INSPQ
Personnes désignées	Liste de noms	Liste de noms	Liste de noms
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'organisation des services de vaccination 0-5 ans au niveau local Revoir les pratiques organisationnelles, entre autres en fonction de celles retenues dans le <i>Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec</i> Réaliser la mise en œuvre des recommandations dans le cadre d'un processus de changement 	<ul style="list-style-type: none"> Revoir l'organisation des services de vaccination 0-5 ans au niveau régional Revoir les pratiques organisationnelles, entre autres en fonction de celles retenues dans le <i>Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec</i> Décrire le processus d'accompagnement réalisé par la DSP et l'INSPQ auprès des CSSS de la région XX 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagner les responsables de la DSP et des CSSS pour faire le portrait de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans Accompagner les responsables de la DSP et des CSSS dans la mise en œuvre d'un processus de changement pour améliorer l'OSV 0-5 ans au niveau local et régional Identifier, par un processus de recherche-action, et conjointement avec les membres de l'équipe DSP et des CSSS de la région, un ou des modèles d'OSV 0-5 ans qui tiennent compte du portrait de l'OSV et de la faisabilité d'application dans la région
Rôles et engagement	<ul style="list-style-type: none"> S'engager dans une réflexion globale sur les services de vaccination 0-5 ans offerts dans son RLS Collaborer avec l'équipe DSP à dresser un portrait de l'OSV 0-5 ans à l'échelle du RLS Proposer, si nécessaire, des modifications dans l'offre de service de son CSSS pour la vaccination 0-5 ans et soutenir l'implantation des pistes d'action identifiées Soutenir l'implantation des stratégies du <i>Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec</i> Identifier les facteurs facilitants et les obstacles à l'engagement dans un tel projet 	<ul style="list-style-type: none"> S'engager dans une réflexion globale sur l'OSV 0-5 ans incluant tous les acteurs en vaccination petite enfance de la région (tout en respectant le rythme et la réalité de chaque CSSS) Assumer le leadership du projet avec le soutien de l'équipe INSPQ Soutenir l'implantation des stratégies du <i>Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec</i> Partager les outils qui seront développés par le comité de pilotage avec d'autres régions qui souhaiteraient s'engager dans une démarche semblable En fonction de la disponibilité de l'équipe, travailler conjointement avec l'équipe INSPQ et d'autres régions au développement d'un ou de plusieurs modèles d'organisation des services de vaccination 0-5 ans au Québec 	<ul style="list-style-type: none"> Offrir un soutien auprès de la DSP et des CSSS à toutes les étapes du projet : <ul style="list-style-type: none"> soutien dans l'identification des paramètres de l'OSV qui doivent faire l'objet du portrait soutien à l'élaboration d'outils et de méthodes de collecte soutien aux collectes de données soutien aux analyses de données soutien à l'animation et à la mise en œuvre du processus de changement Partager avec le comité de pilotage les outils qui seront développés conjointement avec d'autres régions dans le cadre du projet provincial OSV 0-5 ans Utiliser de façon respectueuse et transparente les données qui seront colligées au cours du projet ainsi que l'expérience vécue en vue d'alimenter la réflexion provinciale sur l'OSV 0-5 ans

Description du comité de pilotage pour une région (suite)

	CSSS	DSP	INSPQ
Contribution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une à deux ressources libérées pour représenter le CSSS ▪ Rencontres avec le comité de pilotage (1/2 j/mois suggéré) ▪ Travail entre les rencontres (1/2 à 1 j/semaine suggéré) ▪ Participation à une entrevue de groupe à l'intérieur du CSSS pour élaborer le modèle optimal d'OSV 0-5 ans (décision à entériner par le comité) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un porteur de dossier (participation à toutes les étapes du projet et personne liaison avec les CSSS) ▪ Tandem libéré pour représenter la DSP (suggéré) ▪ Rencontres avec le comité de pilotage ▪ Rencontres avec l'équipe INSPQ ▪ Travail entre les rencontres (1 j/semaine suggéré) ▪ Contribution ad hoc des autres membres de l'équipe^a ▪ Rencontres avec le Comité d'orientation (1/2 à 1 j/3 mois) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une personne liaison pour faire le lien avec l'équipe DSP ▪ Rencontres avec le comité de pilotage ▪ Rencontres avec l'équipe DSP ▪ Travail entre les rencontres pour fournir le soutien nécessaire à l'équipe DSP ▪ Contribution ponctuelle, au besoin, pour des collectes de données particulières
Livrables	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portrait local (RLS) de l'OSV 0-5 ans ▪ Proposition de pistes d'action pour améliorer l'OSV 0-5 ans ▪ Plan d'action et échéanciers si désiré ▪ Début d'implantation si désiré 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portrait de l'OSV 0-5 ans au niveau régional ▪ Proposition de pistes d'action pour améliorer l'OSV 0-5 ans ▪ Plan d'action et échéanciers ▪ Début d'implantation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification d'un ou des modèles d'OSV 0-5 ans qui tiennent compte de l'expérience réalisée dans la région XX et dans d'autres régions participantes
Échéancier souhaité	À définir	À définir	À définir

^a Par exemple : ressources libérées au besoin pour traitement et analyse des données disponibles, collecte de données à l'interne, élaboration d'outils de collecte, entrevue de groupe avec tous les acteurs impliqués en immunisation à la DSP.

Annexe 3

Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude

Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude

DESCRIPTION DES COMPOSANTES ACTUELLES DE L'OSV DES 0-5 ANS POUR EN DRESSER UN PORTRAIT (phase Découverte)

Identification et description des composantes locales du portrait de l'OSV 0-5 ans

- Déterminants de la santé et besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans)
 - Variables indépendantes
 - caractéristiques sociodémographiques
 - croyances en l'utilité, la sécurité et l'efficacité des vaccins
 - importance accordée aux divers vaccins
 - craintes et inquiétudes concernant les vaccins
 - pression perçue de l'entourage pour la vaccination
 - consultation de professionnels de médecines alternatives
 - Variables dépendantes
 - hésitation à la vaccination
 - retard dans la réception de vaccins
 - statut vaccinal (pour un sous-échantillon)
 - Autre variable
 - satisfaction des services de vaccination reçus
 - Trajectoire lors de la prestation des services de vaccination 0-5 ans en CSSS
 - Déroulement des rencontres de vaccination 0-5 ans en CSSS
 - Modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans dans les CSSS
 - cadre (secteur) dans lequel les services sont offerts
 - modalités de prise de rendez-vous (RV) de vaccination
 - temps d'attente et durée des rencontres de vaccination
 - ressources humaines impliquées dans la vaccination 0-5 ans
 - Gestion des produits immunisants
 - Gestion des données de vaccination 0-5 ans et statistiques
 - consignation des données
 - vérification des données
 - utilisation des données
 - Accessibilité des services de vaccination 0-5 ans
 - accessibilité temporelle et géographique
 - moyens mis en œuvre pour favoriser l'accessibilité de la vaccination
 - Moyens agissant sur la demande en vaccination 0-5 ans
 - modalités de rappel
 - modalités de relance et de confirmation des RV
 - moyens de promotion et de sensibilisation utilisés
 - Moyens agissant sur l'offre de vaccination 0-5 ans
 - activités de formation des vaccinateurs (formation de base, formation continue)
 - discussions de cas
 - moyens pour rappeler aux vaccinateurs, aux autres employés et aux autres équipes l'importance du respect du calendrier vaccinal
 - rétroaction sur la performance
-

Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude (suite)

DESCRIPTION DES COMPOSANTES ACTUELLES DE L'OSV DES 0-5 ANS POUR EN DRESSER UN PORTRAIT (phase Découverte) (suite)

Identification et description des composantes locales du portrait de l'OSV 0-5 ans (suite)

- Facteurs externes (environnement) pouvant influencer la vaccination 0-5 ans en CSSS
 - facteurs liés à la population
 - facteurs liés aux ressources (ex. : vaccinateurs hors CSSS)
 - caractéristiques géographiques
 - liens avec la santé publique
 - médias
 - situations ou événements particuliers
 - Qualité de l'acte vaccinal
 - définition de la qualité de l'acte vaccinal et identification de ses différents aspects
 - réponse des CSSS aux besoins des vaccinateurs pour assurer la qualité de l'acte vaccinal
-

Identification et description des composantes régionales du portrait de l'OSV 0-5 ans

- Modalités de fonctionnement de l'équipe régionale en immunisation
 - Promotion de la vaccination au palier régional et soutien à l'implantation du *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*
 - Activités de formation en immunisation
 - Développement de l'expertise des membres de l'équipe
 - Activités liées à l'optimisation des services de vaccination 0-5 ans
 - Gestion des produits immunisants
 - Gestion du SI-PMI
 - Gestion du registre VAXIN
 - Activités de surveillance
 - MCI
 - indicateurs de gestion en vaccination
 - couvertures vaccinales
 - Activités de coordination régionale et de soutien
 - soutien aux activités de vigie
 - soutien aux vaccinateurs et au réseau (expertise-conseil)
 - soutien aux programmes du MSSS
 - Collaborations/parteneriat
 - communications aux partenaires
 - liens avec les collaborateurs et partenaires
 - communauté de pratique en immunisation
 - Facteurs pouvant influencer la mise en œuvre des programmes de vaccination
-

Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude (suite)

ÉLABORATION DU MODÈLE LOGIQUE ACTUEL DE L'OSV DES 0-5 ANS (phase Découverte) (parallèlement à la description des composantes de l'OSV des 0-5 ans pour en dresser un portrait)

- Composantes du modèle de l'OSV 0-5 ans existant dans les CSSS et liens entre les composantes du modèle
 - Composantes du modèle des activités de vaccination 0-5 ans existant dans les DSP et liens entre les composantes du modèle
 - Composantes du modèle actuel de l'OSV 0-5 ans aux paliers régional et local
-

EXPLORATION DES PARAMÈTRES QUI FONCTIONNENT BIEN (phase Découverte) ET DES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT ÊTRE MODIFIÉS (phases Désir et Design)

- Forces et aspects positifs des services de vaccination offerts aux enfants de 0-5 ans dans les CSSS
 - Aspects à améliorer dans les services de vaccination offerts aux enfants de 0-5 ans dans les CSSS et moyens pour y arriver
 - Forces et aspects positifs des activités de vaccination 0-5 ans dans les DSP
 - Aspects à améliorer dans les activités de vaccination 0-5 ans dans les DSP et moyens pour y arriver
 - Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude
 - âge
 - profession
 - durée d'exercice de la profession ou du métier
 - niveau de formation le plus élevé
 - nombre d'années depuis l'obtention du diplôme
 - milieu de travail
 - établissement ou organisation
 - poste ou fonction
 - durée d'occupation du poste
 - rôle joué dans la vaccination des enfants de 0-5 ans
 - années d'expérience en vaccination
-

ÉLABORATION D'UN MODÈLE D'OSV 0-5 ANS PROPOSÉ POUR EXPÉRIMENTATION (phase Design)

- Composantes du modèle d'OSV 0-5 ans proposé pour expérimentation
 - population
 - promotion de la vaccination
 - ressources
 - contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans
 - formation
 - gestion des produits immunisants
 - gestion et utilisation des données de vaccination, incluant les données sur les MCI
 - qualité de l'acte vaccinal
 - environnement
-

Liste détaillée des variables selon les objectifs de l'étude (suite)

IMPLANTATION DES CHANGEMENTS EN VUE DE SERVICES OPTIMAUX (phase Devenir)

- Description de l'expérimentation du modèle
 - nature et description des changements mis en œuvre
 - écart entre les changements prévus et ceux mis en œuvre
 - durée de l'expérimentation
 - description du contexte
 - ressources employées
 - collaboration/contribution des partenaires
- Facteurs ayant facilité l'implantation des changements et défis rencontrés
 - facteurs liés à la population
 - facteurs liés aux acteurs en vaccination
 - facteurs liés au contexte
 - facteurs liés à l'organisation
 - facteurs liés à l'innovation
 - autres facteurs
- Description et appréciation des retombées et des suites du projet
 - impact de l'expérimentation
 - facteurs à considérer pour assurer la pérennité des changements
 - facteurs à considérer pour l'implantation du modèle dans d'autres régions
- Description et appréciation du processus d'accompagnement dans le cadre de l'expérimentation du modèle
 - étapes et déroulement général de l'accompagnement auprès des responsables locaux
 - facteurs ayant facilité le processus d'accompagnement et obstacles rencontrés
 - appréciation de l'accompagnement offert
 - appréciation des outils développés
 - appréciation des rencontres de suivi

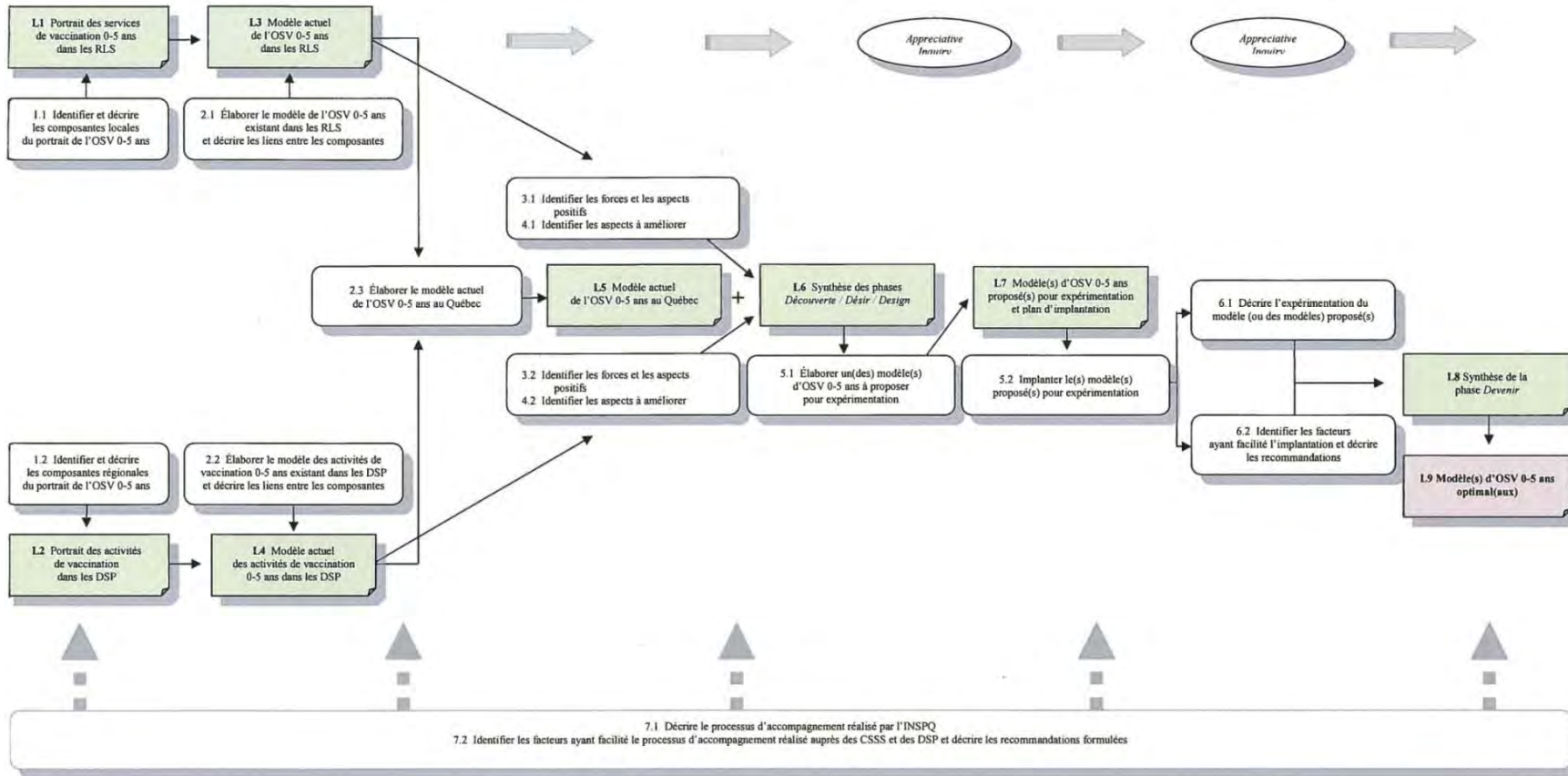
DESCRIPTION ET ÉVALUATION DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT RÉALISÉ DANS LE CADRE DU PROJET

- Description du processus d'accompagnement réalisé par l'INSPQ
 - Facteurs ayant facilité le processus d'accompagnement réalisé auprès des CSSS et des DSP, et défis rencontrés
 - Recommandations concernant le processus d'accompagnement auprès des CSSS et des DSP
 - Appréciation des entrevues réalisées dans les DSP et dans les CSSS
 - Appréciation des rencontres des comités de pilotage
-

Annexe 4

Plan de collecte et d'analyse des données

Plan de collecte et d'analyse des données



Annexe 5

**Liste des outils élaborés
pour le projet selon leur type, 2010-2015**

Liste des outils élaborés pour le projet selon leur type, 2010-2015

Type d'outils	Liste d'outils
Outils d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordre du jour pour chacune des rencontres ▪ Document <i>Offre d'accompagnement</i> ▪ Plan d'accompagnement pour chaque région à l'étude ▪ Document décrivant la composition du comité de pilotage, les objectifs, rôles et engagements de chacun ▪ Plan de travail et échéancier pour chacun des comités de pilotage ▪ Description du rôle de la personne désignée dans les CSSS ▪ Adaptation du schéma de départ de l'OSV 0-5 ans (deux versions : schéma RLS, schéma DSP) ▪ Guides d'animation personnalisés pour chaque rencontre des comités de pilotage ▪ Modèle d'un plan d'utilisation des services de vaccination 0-5 ans ▪ Lexique des termes utilisés lors des échanges en comité de pilotage ▪ Document <i>Pistes de réflexion</i> pour les CSSS ▪ Document <i>Perspectives locales : Enjeux en lien avec l'OSV 0-5 ans</i> pour les CSSS ▪ Document synthèse sur les stratégies reconnues efficaces pour améliorer les couvertures vaccinales ▪ Modèle de document pour dresser la liste des données disponibles afin d'amorcer le portrait des activités de vaccination au palier régional ▪ Modèle de lettre d'invitation pour les entrevues de groupe ▪ Liste des thèmes abordés lors des entrevues de groupe ▪ Aide-mémoire pour la préparation des entrevues de groupe ▪ Feuille de route pour le volet expérimentation ▪ Plan de mise en œuvre personnalisé du modèle optimal pour chacun des CSSS
Outils de suivi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tableau de suivi pour l'ensemble du projet ▪ Journal de bord/notes de terrain pour chaque région ▪ Tableau faisant état de l'avancement des travaux dans chaque comité de pilotage ▪ Comptes rendus des rencontres des divers comités ▪ Fiche de suivi pour chaque rencontre du volet expérimentation ▪ Fichier Excel pour le partage d'outils et de documents entre les CSSS ▪ Fichier Excel pour le suivi des actions implantées dans les CSSS
Instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grille de collecte pour faire la description sommaire de l'OSV dans les CSSS ▪ Questionnaire aux parents d'enfants de 0-5 ans ▪ Guides pour les entrevues de groupe utilisant l'Approche positive ▪ Questionnaire de renseignements sociodémographiques ▪ Questionnaire d'appréciation des rencontres
Outils d'analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de collecte et d'analyse des données (document et schéma) ▪ Grille de codification des données qualitatives

Annexe 6

**Références consultées pour
l'élaboration du modèle optimal**

Références consultées pour l'élaboration du modèle optimal

- Boulianne, N., Audet, D. et Ouakki, M. (2015). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et Ouakki, M. (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Community Preventive Services Task Force. (2015, 13/02/2015). *Guide to Community Preventive Services. Increasing appropriate vaccination*. [En ligne]. [<http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html>] (Repéré le 30 mars 2015).
- Dubé, E. (2013). *Proposition - Plan d'action pour la promotion de la vaccination phase II*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M. et Petit, G. (2010). *Plan québécois de promotion de la vaccination*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., Petit, G. et Audet, D. (2011). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, D. et Dubé, E. (2014). *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Gravel, F., Thibodeau, C., Ducharme, C., Poulin, P., Cadieux, E., Payette, J., Désilets, J., Lanthier, R., Chabot, K., Clément, P. et Guay, M. (2012). *Relance après un rendez-vous de vaccination manqué à la MRC de Matawinie - Communication affichée*. Montréal, Québec : Journées annuelles de santé publique.
- Guay, M., Clément, P., Vanier, C., Briand, S., Michaud, C., Boulet, C., Désilets, J., Guillemette, F., Dubé, E., Boulianne, N., Landry, M., Lemaire, J. et Baron, G. (2014). *Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois au Québec : pistes de réflexion*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (2015). *E-formation de base en immunisation* [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/e.formation-de-base-en-immunisation] (Repéré le 29 avril 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*. Québec : Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité.

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

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

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

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

Québec (2015). *Projet de Loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Québec : Éditeur officiel du Québec, 41^e législature, 1^{re} session, sanctionné.

Québec (2002). *Projet de Loi no 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 36^e législature, 2^e session, chapitre 33.

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

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

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

Annexe 7

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

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

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

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Octobre 2015

AUTEURES

Maryse Guay, M.D., M. Sc., F.R.C.P.C.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre/Direction de santé publique
Université de Sherbrooke
Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Paule Clément, M.O.A.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Carole Vanier, Ph. D.

Institut national de santé publique du Québec
Université de Sherbrooke

Sandie Briand, Ph. D.

Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS ET PARTICIPANTES COCHERCHEUSES*

Membres du Comité d'orientation

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

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

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

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

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

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

MISE EN PAGE

Francine Laroche-Savard

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

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

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

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

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

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

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

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

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

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	V
Introduction	1
1 Population	5
2 Promotion de la vaccination	7
3 Ressources	11
4 Contact avec les services de santé et modes de fonctionnement pour la vaccination 0-5 ans	13
5 Formation	21
6 Gestion des produits immunisants (GPI)	23
7 Gestion et utilisation des données de vaccination (incluant les données sur les MCI).....	25
8 Qualité de l'acte vaccinal	27
9 Environnement	29
Références	31
Annexe 1 Liste des collaborateurs et participantes cochercheuses ainsi que leur organisation d'appartenance au moment où ils ont contribué à l'étude.....	33
Annexe 2 Modèle optimal d'organisation des services de vaccination 0-5 ans Éléments inclus au modèle et justifications	39

Liste des sigles et acronymes

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

Introduction

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

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

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

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

En résumé,

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

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

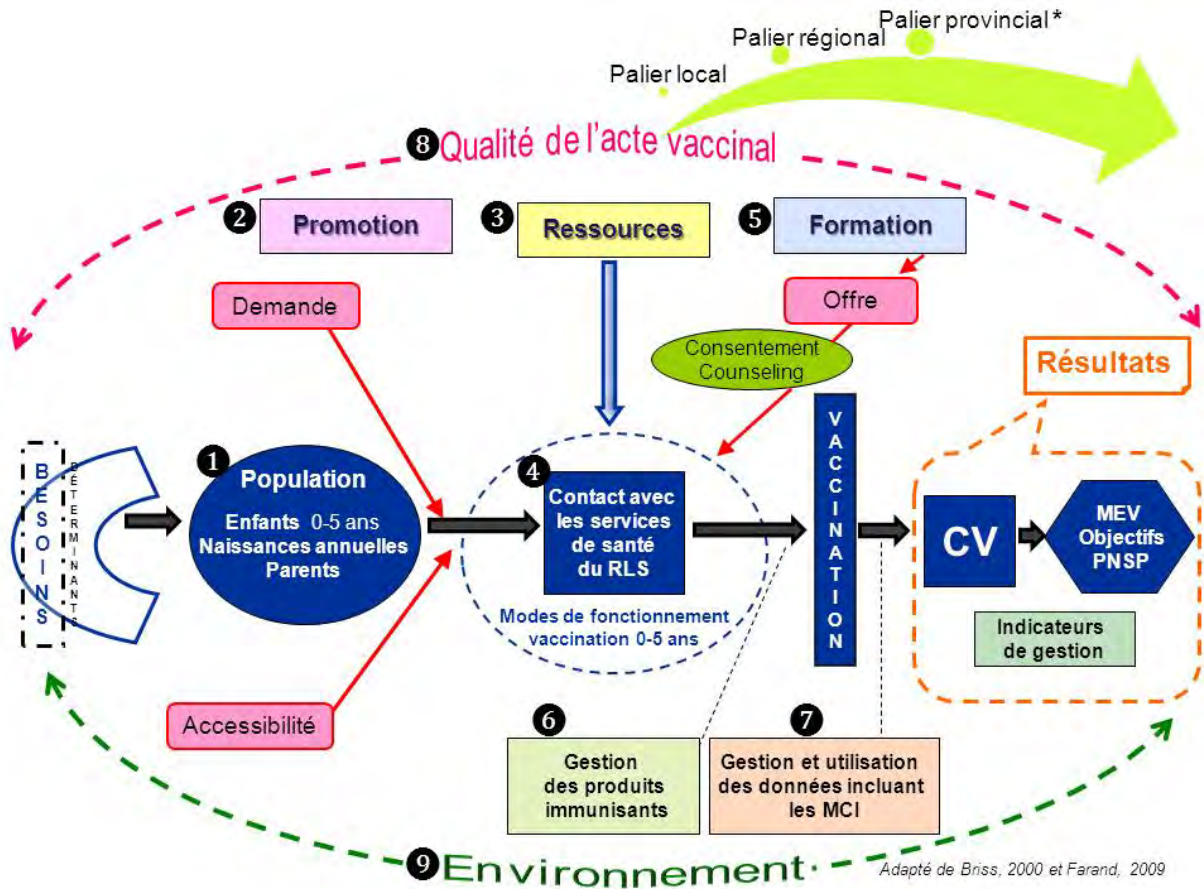
Dans la colonne « Catégorie », pour ce qui a trait aux actions dont l'implantation relève des CSSS, le plan de mise en œuvre précise :

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

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

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

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



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

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

1 Population

Stratégies	Actions / Activités ^a	Rôles et responsabilités ^b				Catégorie ^e
		CSSS	DSP	MSSS ^c	Autres ^d	
1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population (parents d'enfants de 0-5 ans) et les déterminants de la vaccination	1.1.1 Poursuivre l'analyse des déterminants de la vaccination par des enquêtes périodiques sur la couverture vaccinale des enfants au Québec		C	I		
	1.1.2 Réaliser des études ou enquêtes périodiques (ex. : par l'équipe en surveillance, par l'équipe en évaluation) portant, par exemple, sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ communautés ethniques/anglophones/autochtones et vaccination ▪ perception des parents d'un service idéal en vaccination ▪ refus ou hésitations des parents envers la vaccination ▪ moyens ou stratégies efficaces pour joindre les parents ▪ couvertures vaccinales au palier local 	C	I			
1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination	1.2.1 À titre d'étape préliminaire, réaliser des études ou enquêtes portant sur la participation des parents aux différents processus touchant la vaccination (ex. : intérêt des parents à participer, faisabilité et objet de leur participation)	C	C	I		

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

2 Promotion de la vaccination

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

^f Département régional de médecine générale (DRMG).

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

3 Ressources

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Manifestation clinique inhabituelle (MCI).

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

5 Formation

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

6 Gestion des produits immunisants (GPI)

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Système d'information en protection des maladies infectieuses (SI-PMI).

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

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI).

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

8 Qualité de l'acte vaccinal

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

[†] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);

[‡] Collège des médecins du Québec (CMQ).

9 Environnement

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

^a Les points précédés d'une étoile (★) correspondent à des actions à implanter en priorité.

^b I : Implantation; C : Collaboration.

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

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

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

Références

- Boulianne, N., Audet, D. et Ouakki, M. (2015). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D. et Ouakki, M. (2013). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Community Preventive Services Task Force. (2015, 13/02/2015). *Guide to Community Preventive Services. Increasing appropriate vaccination*. [En ligne].
[<http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html>] (Repéré le 30 mars 2015).
- Dubé, E. (2013). *Proposition - Plan d'action pour la promotion de la vaccination phase II*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M. et Petit, G. (2010). *Plan québécois de promotion de la vaccination*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., Petit, G. et Audet, D. (2011). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Gagnon, D. et Dubé, E. (2014). *Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Gravel, F., Thibodeau, C., Ducharme, C., Poulin, P., Cadieux, E., Payette, J., Désilets, J., Lanthier, R., Chabot, K., Clément, P. et Guay, M. (2012). *Relance après un rendez-vous de vaccination manqué à la MRC de Matawinie - Communication affichée*. Montréal, Québec : Journées annuelles de santé publique.
- Guay, M., Clément, P., Vanier, C., Briand, S., Michaud, C., Boulet, C., Désilets, J., Guillemette, F., Dubé, E., Boulianne, N., Landry, M., Lemaire, J. et Baron, G. (2014). *Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois au Québec : pistes de réflexion*. Québec : Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Guay, M., Clément, P., Vanier, C. et Briand, S. (2015). *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec? – Sous presse*. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec (2015). *E-formation de base en immunisation* [En ligne].
[www.inspq.qc.ca/e.formation-de-base-en-immunisation] (Repéré le 29 avril 2015).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de santé publique du Québec 2003-2012 - Mise à jour 2008*. Québec : Gouvernement du Québec.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 1

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

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

Membres du Comité d'orientation

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière

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

Membres du comité de pilotage de Lanaudière (suite)

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

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

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

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

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

Membres du comité de pilotage de la Montérégie

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

Annexe 2

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

Éléments inclus au modèle et justifications

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

Éléments inclus au modèle et justifications

1. Population

- 1.1 Études ou enquêtes périodiques sur les besoins de la population et les déterminants de la vaccination
 - Pour que les intervenants puissent mieux connaître les besoins de leur clientèle 0-5 ans (les enfants et leurs parents).
 - Pour bien comprendre les besoins des parents et ce qui les aide dans leur prise de décision sur la vaccination afin de mieux prendre en compte leurs préoccupations.
 - Pour que le counseling auprès de tous les parents (autant ceux qui acceptent que ceux qui hésitent ou refusent la vaccination) soit fait de façon adéquate.
 - Pour mieux connaître et décrire les communautés ethniques, autochtones et les clientèles vulnérables du RLS, l'estimation des couvertures vaccinales au palier local étant un moyen pour y arriver.
 - Pour prendre en considération les inégalités sociales de santé dans la planification et l'offre de service.
- 1.2 Participation citoyenne des parents aux différents processus touchant la vaccination
 - Pour permettre aux parents d'être partie prenante dans les décisions touchant la vaccination 0-5 ans, considérant que l'implication des usagers dans les services de santé est recommandée.
 - Pour permettre une meilleure appropriation du Programme québécois d'immunisation (PQI) (MSSS, 2015a) par la population.

2. Promotion de la vaccination

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

- 2.1 Activités continues de soutien au niveau provincial pour promouvoir la vaccination 0-5 ans
 - Pour mobiliser l'ensemble des acteurs en vaccination et favoriser la reconnaissance de la vaccination dans sa globalité comme une pratique clinique préventive efficace.
 - Pour tracer la voie à une meilleure appropriation du PQI (MSSS, 2015a).
 - Pour que les intervenants des CSSS se sentent soutenus dans leur travail de promotion et que leur expertise soit reconnue. Le besoin de campagnes médiatiques à grande échelle est mentionné par les intervenants de tous les paliers. Cependant, les données actuelles sont insuffisantes pour statuer sur l'efficacité d'une telle stratégie, utilisée seule, dans le but d'améliorer les couvertures vaccinales. Les campagnes médiatiques combinées à d'autres interventions sont toutefois efficaces.
 - Pour que les parents comprennent l'importance de faire vacciner leurs enfants dans les délais recommandés.

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

2.2 Soutien régional pour la promotion de la vaccination

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

2.3 Initiatives locales en promotion de la vaccination

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

3. Ressources

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

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

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

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

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

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

3.3 Infirmière pivot en vaccination dans chaque CSSS

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

3.4 Ressources matérielles adéquates pour la vaccination

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

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

3.5 Ajustement des ressources financières allouées à la vaccination

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

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

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

4.1 Services de vaccination en CSSS et hors CSSS

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Offre de vaccination mixte (avec et sans RV)

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

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

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

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

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

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

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

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

4.8 Accessibilité aux sites de vaccination

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

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

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

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

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

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

4.11 Services de vaccination adaptés pour des clientèles particulières

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

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

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

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

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

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

5. Formation

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

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

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

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

6. Gestion des produits immunisants (GPI)

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

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

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

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

7.1 Soutien à la gestion des données de vaccination

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

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

7.2 Maintien et développement des indicateurs de gestion en vaccination

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

7.3 Rétroaction auprès de tous les vaccinateurs du RLS

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

8. Qualité de l'acte vaccinal

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

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

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

8.2 Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal

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

9. Environnement

9.1 Collaboration avec les vaccinateurs hors CSSS du territoire

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

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

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

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

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

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

9.4 Politique de vaccination (de type Amis des bébés)

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

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

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

Annexe 8

**Nombre de rencontres dans les régions,
selon le type de rencontres, 2010-2015**

Nombre de rencontres dans les régions, selon le type de rencontres, 2010-2015

Type de rencontres	Nombre de rencontres								
	Montérégie			Lanaudière			Mauricie et Centre-du-Québec		
	En personne	Téléphoniques	Total	En personne	Téléphoniques	Total	En personne	Téléphoniques	Total
Comité de pilotage^a	13	5	18	13	-	13	10	-	10
Responsables régionales	46	8	54	10	15	25	3	21	24
Entrevues									
CSSS	7	-	7	2	-	2	8	-	8
DSP	3	-	3	3	-	3	2	-	2
Expérimentation									
Démarrage	5	-	5	1	-	1	1	-	1
Suivis	2	15	17	1	2	3	-	16	16
Entrevues bilan CSSS	3	1	4	-	1	1	-	8	8
Comité d'orientation									

- 7 rencontres en personne
- 4 rencontres téléphoniques / visioconférence

^a Rencontres d'une durée de 4 à 6 heures.

Annexe 9

**Caractéristiques des participants aux rencontres
des comités de pilotage et aux entrevues
dans les régions de la Montérégie, de Lanaudière
et de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 195)**

Caractéristiques des participants aux rencontres des comités de pilotage et aux entrevues dans les régions de la Montérégie, de Lanaudière et de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 195)

Caractéristiques des participants	n	% ^a
Âge		
Moins de 35 ans	31	16,0
35 à 44 ans	55	29,0
45 à 54 ans	65	34,0
55 à 64 ans	35	18,0
65 ans et plus	5	3,0
Total	191	100,0
Moyenne (ans)	45,8	-
Profession ou métier		
Infirmier clinicien/infirmière clinicienne ou ASI	145	74,0
Infirmier/infirmière auxiliaire	1	1,0
Agent administratif/Agente administrative	15	8,0
Archiviste médical(e)	3	2,0
Gestionnaire/chef de programmes	14	7,0
Médecin	9	5,0
Organisateur/organisatrice communautaire	2	1,0
Agent(e) de planification, de programmation et de recherche	1	0,5
Coordonnateur/coordonnatrice	1	0,5
Formateur/formatrice	1	0,5
Travailleur/travailleuse social(e)	1	0,5
Psychologue	1	0,5
Ingénieur	1	0,5
Total	195	100,0
Durée d'exercice de la profession ou du métier		
Moins de 1 an	1	1,0
1 à 5 ans	12	6,0
6 à 10 ans	26	13,0
11 à 20 ans	54	28,0
21 à 30 ans	55	28,0
Plus de 30 ans	46	24,0
Total	194	100,0
Niveau de formation le plus élevé		
Secondaire	10	5,0
Cégep	32	17,0
Certificat universitaire	20	10,0
Baccalauréat	98	51,0
Maîtrise	17	9,0
Doctorat	11	6,0
Autres : diplôme de deuxième cycle ou l'équivalent	6	3,0
Total	194	100,0
Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme		
Moins de 5 ans	26	14,0
5 à 14 ans	72	38,0
15 à 24 ans	45	24,0
25 à 34 ans	33	18,0
35 ans et plus	12	6,0
Total	188	100,0
Moyenne (ans)	15,8	-

Caractéristiques des participants aux rencontres des comités de pilotage et aux entrevues dans les régions de la Montérégie, de Lanaudière et de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 195) (suite)

Caractéristiques des participants	n	% ^a
Milieu de travail		
CSSS, Mission CLSC (n = 172)		
Famille-enfance-jeunesse	87	44,6
Santé publique	16	8,2
Secteur scolaire	4	2,1
Secteur multivocationnel	30	15,4
Archives médicales	2	1,0
Prévention et contrôle des infections	1	0,5
Non précisé	32	16,4
Clinique médicale/groupe de médecine familiale (GMF)	2	1,0
Direction de santé publique	19	10,0
Pharmacie	1	0,5
Centre hospitalier	1	0,5
Total	195	100,0
Établissement ou organisation		
ASSS	19	10,0
CSSS	173	89,0
Centre hospitalier régional	1	0,5
Clinique médicale	1	0,5
Pharmacie	1	0,5
Total	195	100,0
Poste ou fonction		
Infirmier clinicien/infirmière clinicienne ou ASI	124	64,0
Infirmier/infirmière auxiliaire	1	1,0
Gestionnaire	35	18,0
Agent administratif/Agence administrative	15	8,0
Archiviste médical(e)	2	1,0
Médecin	8	4,0
Agent(e) de planification	4	2,0
Conseiller(ère) en soins infirmiers	2	1,0
Formateur/formatrice	1	1,0
Conseiller amélioration	1	1,0
Total	193	100,0

Caractéristiques des participants aux rencontres des comités de pilotage et aux entrevues dans les régions de la Montérégie, de Lanaudière et de la Mauricie et du Centre-du-Québec (n = 195) (suite)

Caractéristiques des participants	n	% ^a
Durée d'occupation du poste		
Moins de 5 ans	87	46,0
5 à 14 ans	66	35,0
15 à 24 ans	18	10,0
25 à 34 ans	12	6,0
35 ans et plus	5	3,0
Total	188	100,0
Moyenne (ans)	8,4	-
Rôle joué dans la vaccination des enfants de 0-5 ans		
Vaccinatrice	91	48,0
Responsable ou répondante en vaccination	9	5,0
Rôle clérical	16	9,0
Rôle de gestion en vaccination	17	9,0
Gestionnaire archives	4	2,0
Gestionnaire santé publique	6	3,0
Gestion des produits immunisants	5	3,0
Organisation-coordination des services	20	11,0
Rôle conseil-soutien	16	9,0
Prévention-promotion	3	2,0
Formateur/formatrice saisie des données	1	1,0
Total	188	100,0
Années d'expérience en vaccination		
Moins de 5 ans	96	53,0
5 à 14 ans	67	37,0
15 à 24 ans	11	6,0
25 à 34 ans	7	4,0
35 ans et plus	2	1,0
Total	183	100,0
Moyenne (ans)	6,5	-

^a Les pourcentages n'arrivent pas toujours à 100 % à cause des arrondissements.

Source : Questionnaire sociodémographique aux participants des DSP et des CSSS.

Annexe 10

**Documents élaborés par l'équipe de recherche
lors de la phase d'expérimentation**

Documents élaborés par l'équipe de recherche lors de la phase d'expérimentation

- *Les bienfaits de la vaccination pour les enfants vulnérables ou vivant en contexte de vulnérabilité (août 2014)*
- *Interventions préventives qui pourraient être appliquées aux enfants lors des cliniques de vaccination (septembre 2014)*
- *Recension des écrits sur l'utilisation de la messagerie texte en lien avec la vaccination des enfants (septembre 2014)*
- *Pourquoi vacciner les enfants de 6-23 mois contre l'influenza? (août 2014)*
- *Quelques ressources Internet crédibles sur la vaccination (septembre 2014)*
- *Aménagement d'un local de vaccination (novembre 2014)*
- *Quelques ressources sur l'entretien motivationnel (novembre 2014)*
- *Impact de l'absence des parents chez les enfants de 4-6 ans lors d'une vaccination à l'école (janvier 2015)*

Annexe 11

**Bilan de la phase d'expérimentation réalisé
auprès des CSSS des 3 régions participantes**

Bilan de la phase d'expérimentation réalisé auprès des CSSS des 3 régions participantes

Ce document présente une synthèse du bilan de la phase d'expérimentation du projet *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?*. Le bilan a été réalisé sous forme d'entrevues au cours de la période allant du 28 octobre au 27 novembre 2014, auprès des représentantes de 13 des 14 CSSS participant au projet. L'entrevue n'a pu avoir lieu pour un CSSS étant donné que les représentantes de ce CSSS n'étaient plus disponibles à la date initialement prévue. Dix entrevues se sont déroulées par téléphone et regroupaient de 1 à 3 participantes, selon le CSSS. Trois entrevues se sont tenues dans les locaux du CSSS et regroupaient de 3 à 9 personnes.

Bien que l'entrevue portait principalement sur la phase d'expérimentation du projet, les participantes ont aussi abordé différents aspects touchant le déroulement du projet dans son ensemble. Nous rapportons ici tous ces résultats en faisant les distinctions nécessaires, lorsque possible.

A. Ce qui a facilité l'implantation des changements et le déroulement de la démarche

1. L'entrevue de groupe : l'élément déclencheur

- L'entrevue de groupe réalisée avec les membres des équipes en vaccination des CSSS représente un point tournant dans le déroulement du projet. Elle est perçue comme l'élément déclencheur qui a suscité une réponse positive des membres de l'équipe, favorisé la mobilisation des participantes et facilité l'implantation des changements. Plus particulièrement, la présentation du portrait des services de vaccination a facilité le choix des actions prioritaires à retenir pour l'expérimentation. Une dynamique nouvelle est apparue et la suite des travaux en a été facilitée, les infirmières faisant preuve d'accueil et d'ouverture, et se percevant désormais comme parties prenantes au projet.

2. La communication et l'approche participative

- La communication entre tous les acteurs impliqués constitue un important facteur ayant contribué à l'implantation des changements en vaccination. La communication à chaque étape du processus et l'information transmise sur les résultats des indicateurs de gestion ont suscité chez les membres des équipes une belle réceptivité et une adhésion réelle par rapport aux changements proposés.
- L'approche participative utilisée auprès des équipes en vaccination favorise la mobilisation et l'implication de tous les acteurs dans le processus de changement. Tant les infirmières que les agentes administratives sont consultées et participent activement à la recherche de solutions. Sachant qu'elles sont parties prenantes aux solutions et aux changements mis en œuvre, elles se sentent importantes et utiles et manifestent un sentiment de responsabilité accrue et un engagement véritable.
- La présence, au sein de l'équipe en vaccination, d'une culture orientée vers la solution de problèmes, plutôt que vers le blâme, constitue un atout qui facilite la mise en place de changements.

3. L'ouverture et l'appui de la direction et des gestionnaires du CSSS

- L'intérêt que porte la direction du CSSS à la vaccination de même que l'appui et le soutien qu'elle fournit sont indispensables au succès de la mise en œuvre de changements en vaccination. L'information et la sensibilisation de la direction, sa conviction et son adhésion au projet facilitent l'obtention des approbations nécessaires à l'implantation de changements et

des collaborations souhaitées des partenaires du CSSS (ex. : service informatique, pharmacie, soins infirmiers). D'autre part, la priorité accordée aux services de vaccination par les membres de la direction du CSSS est vécue comme une reconnaissance du travail des infirmières.

- L'ouverture, l'intérêt et la collaboration des gestionnaires contribuent au bon déroulement de la démarche.
- La relation de confiance avec les gestionnaires du CSSS et l'aide qu'ils apportent à la mise en œuvre de changements en vaccination (ex. : libération de l'assistante du supérieur immédiat - ASI) sont des éléments facilitants.
- La collaboration entre différents services (ex. : FEJ, archives) du CSSS a facilité l'implantation des changements touchant les tâches de l'agent(e) administrative.
- Les autres gestionnaires (coordonnateurs) du CSSS ont également fait preuve d'ouverture aux changements proposés, de confiance et de collaboration.
- Le sentiment de responsabilité et d'imputabilité par rapport aux indicateurs de gestion en vaccination est désormais partagé par les acteurs de différents secteurs de l'un des CSSS. Cette perspective nouvelle se manifeste par une collaboration et une implication accrues des différents services (ex. : archives, FEJ) dans l'implantation des changements prévus en vaccination.
- Dans un CSSS, le projet Lean en vaccination, considéré comme une retombée du projet de recherche, n'aurait pu se concrétiser sans la volonté et l'appui de la direction, et sans les responsables d'autres secteurs du CSSS qui ont suscité, appuyé et soutenu la réalisation de la démarche.

4. *Le rôle important des représentantes des CSSS*

- La participation au projet de recherche d'un tandem chef de programme/clinicienne terrain et la complémentarité de ces deux représentantes du CSSS sont un facteur aidant. Il aurait été difficile qu'une seule représentante du CSSS participe aux rencontres et porte l'ensemble du projet. La participation d'une gestionnaire se révèle par ailleurs indispensable et incontournable à toutes les étapes du projet.
- Une condition gagnante pour le succès de la démarche a trait au rôle important exercé par les représentantes du CSSS. Leur rôle comprend, entre autres, la coordination des tâches, la transmission de l'information aux différents acteurs et la formation des agentes administratives.
- L'expertise en vaccination des représentantes du CSSS, leur grande connaissance clinique et organisationnelle du dossier, leur expérience en santé publique (pour certaines), leur engagement volontaire dans le projet OSV, leur intérêt et leur enthousiasme par rapport au projet, le leadership qu'elles exercent, la rigueur dont elles font preuve dans la réalisation des travaux et leur conviction que la démarche aura un impact positif en vaccination représentent des atouts importants pour le bon déroulement de la démarche.
- La stabilité des représentantes du CSSS favorise une continuité et une cohérence dans les travaux réalisés dans le cadre du projet OSV. Les « non-changements » contribuent ainsi à une constance dans la philosophie et les orientations guidant les travaux.

5. *La collaboration, la motivation et l'engagement des membres de l'équipe en vaccination*

- Les infirmières vaccinatrices collaborent activement aux différents changements mis en œuvre. Cette collaboration est présente depuis le début du projet dans plusieurs CSSS et le fait que les infirmières aient été tenues au courant de la démarche a facilité les choses.
- L'implication de toutes les employées, tant les agentes administratives que les infirmières, contribue à offrir des services de vaccination de qualité à la population. Leur flexibilité et leur capacité à s'adapter, en dépit des nombreux changements survenus dans le milieu de travail, ainsi que leur engagement au travail sont remarquables. La fierté qu'elles ressentent face aux services qu'elles offrent à la population est pleinement justifiée.
- Une collaboration extraordinaire a été obtenue des agentes administratives dans la mise en œuvre de certains changements (ex. : donner les rendez-vous de vaccination en respectant les délais de 2 semaines). La sensibilisation des agentes administratives à l'importance du respect des délais vaccinaux a favorisé cette collaboration accrue.
- D'autres aspects ayant favorisé le bon déroulement de la démarche ont trait à l'ouverture démontrée par les membres de l'équipe en vaccination qui acceptent de sortir de leur zone de confort et d'assurer un suivi à la démarche Lean.
- La stabilité des membres de l'équipe en vaccination est une formule gagnante et facilitante, particulièrement dans le cas d'une petite équipe. Dans un CSSS, cette stabilité s'est révélée être une force pour le bon déroulement du projet.

6. *La satisfaction de la population*

- La réponse positive reçue des parents par rapport aux changements apportés en vaccination vient appuyer les choix faits par les représentantes du CSSS (ex. : ajout de cliniques de vaccination en début de soirée ou le samedi, possibilité d'obtenir le premier rendez-vous de vaccination lors de la visite postnatale). Les changements apportés dans l'organisation des services de vaccination 0-5 ans au CSSS sont très appréciés des parents qui expriment leur satisfaction à cet égard.

7. *Des actions simples à mettre en œuvre*

- La nature même des actions à implanter en vaccination a facilité la mise en œuvre des changements. Certaines de ces actions se sont avérées simples à instaurer, ce qui a permis de travailler d'autres actions plus rapidement. D'autres n'ont pas nécessité le développement de nouvelles habiletés chez les infirmières, requérant plutôt une adaptation de leur part.

8. *Le soutien financier*

- L'enveloppe budgétaire allouée par une direction de santé publique a permis de libérer l'une ou les deux représentantes du CSSS, soit l'équivalent d'une demi-journée par semaine, ce qui a favorisé une plus grande implication tout au long du projet.
- Un soutien financier a été accordé par la « fondation » de certains CSSS pour l'aménagement et la décoration des salles de vaccination. Ces améliorations contribuent à créer une expérience de vaccination plus agréable, autant pour les infirmières vaccinatrices que pour les parents et les enfants.

9. *Le projet Lean en vaccination : une meilleure compréhension du processus*

- Le projet Lean en vaccination, réalisé dans un CSSS, a permis de mieux comprendre le processus de vaccination en lien avec la prise de rendez-vous. Il a mis en lumière le fait que ce processus n'est pas uniquement centré sur la tâche liée à l'acte vaccinal, mais qu'il intègre un ensemble d'actions qui ne sont pas toujours prises en considération.

10. *La collaboration des partenaires*

- La collaboration des écoles pour l'envoi d'une lettre aux parents ainsi que le travail de l'agente administrative pour effectuer le rappel téléphonique ont facilité l'organisation de la clinique dédiée 4-6 ans.
- Les liens positifs établis entre les représentantes d'un CSSS et les partenaires du milieu communautaire facilitent la collaboration des organismes communautaires du territoire à l'égard de la promotion de la vaccination auprès de la population.
- La collaboration de la direction, du personnel d'un CPE du territoire et des parents à l'organisation d'une clinique de vaccination contre l'influenza des enfants de 6-23 mois a facilité l'implantation de ce projet pilote.

11. *Le projet de recherche : une structure et un encadrement aidants*

- La phase d'expérimentation et la mise en œuvre des changements en vaccination s'inscrivent dans le cadre d'un projet de recherche structuré. L'encadrement et les balises ainsi établis sont très aidants pour obtenir des collaborations extérieures ou influencer différents acteurs. Ils favorisent également une discipline personnelle des représentantes du CSSS dans la réalisation et le suivi des travaux reliés au projet.
- La réalisation du portrait détaillé de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans est jugée indispensable et pertinente. Cette étape de travail a permis de dresser l'état de la situation en vaccination au CSSS, d'obtenir un comparatif avec d'autres CSSS de la région et de mettre en lumière les bons coups et les lacunes. Elle a ainsi facilité l'identification des améliorations à apporter en vaccination et justifié les changements à mettre en œuvre.
- Le type de recherche proposé, soit une recherche-action, s'est avéré une formule gagnante. La recherche-action favorisait l'implication de tous les participants dans le projet de recherche. L'approche utilisée a permis d'explorer d'autres avenues de solution et d'autres pratiques. De l'avis des représentantes, le projet de recherche se révélait vivant, concret et dans l'action.
- Le projet de recherche a facilité l'accès aux données probantes en vaccination et a favorisé les échanges ainsi qu'un temps de réflexion sur le sujet, assurant ainsi une meilleure légitimité aux actions retenues pour expérimentation.
- La participation à un projet de recherche sous la responsabilité de l'INSPQ a facilité les échanges/demandes avec les différents gestionnaires interpellés du CSSS.
- Le temps alloué globalement au projet (préparation, collecte des informations, expérimentation et bilan) ainsi que le roulement de la cadence de travail étaient adéquats et le projet bien organisé.

12. La priorité accordée au projet OSV

- La priorité que la TCRSP accorde au dossier de l'optimisation des services de vaccination, dans l'une des régions à l'étude, crée une forme d'obligation pour les CSSS par rapport à leur implication dans le projet OSV. Cette situation est néanmoins perçue de façon positive et stimule les représentantes à investir le temps nécessaire dans ce qu'elles qualifient de « belle aventure ».
- Le fait que tous les CSSS d'une région aient participé au projet et à l'expérimentation a permis aux directeurs de santé publique des CSSS de se mobiliser vers un même objectif et d'en discuter lors des rencontres à l'Agence de la santé et des services sociaux.

13. L'accompagnement offert par l'équipe de recherche

- L'accompagnement offert par l'équipe INSPQ au cours du déroulement du projet et lors de la phase d'expérimentation représente un facteur facilitant et un élément de motivation. Cet accompagnement s'est effectué dans la rigueur, dans le respect des choix des CSSS et dans la compréhension des situations ou contraintes qui pouvaient influencer le déroulement des travaux. La capacité de l'équipe INSPQ à s'adapter à ces situations ainsi que les commentaires constructifs et respectueux sur le travail réalisé ont fait en sorte que les représentantes des CSSS ne se sentaient pas jugées et ne ressentaient pas de pression, ce qui a favorisé des rapports mutuels positifs.
- Le soutien adapté aux besoins offert par l'équipe INSPQ, la disponibilité des membres de l'équipe, la flexibilité des modalités de travail, le respect du rythme de travail, la rapidité des réponses aux demandes des représentantes du CSSS, le partage de documents entre les CSSS, la transmission de documents de qualité ou de différents outils sont très appréciés et jugés aidants.
- L'estimation réaliste du temps de travail requis pour le projet fourni par l'équipe INSPQ est appréciée et a facilité l'avancement des travaux.
- Les rencontres de suivi effectuées avec l'équipe INSPQ au cours de la phase d'expérimentation sont considérées importantes et aidantes, et leur fréquence est jugée adéquate. Le rythme de ces rencontres a aidé à garder le cap. On apprécie qu'une formule de rencontre téléphonique ait été retenue pour la phase d'expérimentation, évitant ainsi de longs déplacements aux représentantes des CSSS.

B. Les défis associés à l'implantation des changements et au déroulement de la démarche

1. La participation au projet de recherche ou à la phase d'expérimentation

- L'hésitation à participer

Dans l'une des trois régions, le projet de recherche a été initialement présenté comme une démarche dans laquelle les CSSS pouvaient s'inscrire de façon volontaire. La participation à ce projet a ensuite été fortement recommandée par la TCRSP, pour devenir par la suite presque obligatoire. Il en est résulté un peu d'hésitation et de confusion, et un certain ajustement est devenu nécessaire pour un CSSS afin de pouvoir se mobiliser dans le projet.

Par ailleurs, la participation à la phase d'expérimentation a fait l'objet de réflexion et de discussions avant que les représentantes de certains CSSS décident d'y adhérer. On considère que le projet n'aurait pas eu le même sens sans la phase d'expérimentation qui a permis d'intégrer et de concrétiser ce qui avait été discuté, exploré et partagé dans les étapes préalables du projet.

- La distance entre la culture du terrain et l'univers de la recherche

L'un des défis auxquels les représentantes d'un CSSS ont été confrontées a trait à la distance souvent observée entre la culture du terrain et l'univers de la recherche. L'élaboration de la feuille de route, la formulation des actions retenues, les ajustements demandés, la difficulté d'adaptation au langage de la recherche, le niveau de précision souhaité ou la compréhension mutuelle parfois difficile dans les échanges ont représenté plusieurs défis qui sont néanmoins perçus, au final, comme stimulants et positifs.

- Les contraintes de temps

Les représentantes des CSSS ont eu à composer avec plusieurs contraintes liées au temps qu'elles pouvaient consacrer au projet de recherche, aux délais à respecter dans les travaux ou encore à l'effort de concilier la participation aux rencontres du comité de pilotage avec leurs autres responsabilités de gestionnaire. Dans un CSSS, le projet a été fait au travers des tâches régulières de ses deux représentantes, sans libération de temps, bien qu'une enveloppe budgétaire de l'ASSS ait été allouée à cet effet.

- Un défi personnel

Au début du projet, une représentante du CSSS avait beaucoup d'appréhensions et avait peur de ne pas être à la hauteur pour participer au projet. Elle s'est investie entièrement et a su relever le défi haut la main. Ses paroles et les résultats obtenus démontrent une grande fierté de réussite personnelle et professionnelle.

2. *Les relations et les communications avec les parents*

- Les infirmières, les ASI et, dans une certaine mesure, les agentes administratives sont souvent confrontées à des limites dans leurs interventions auprès de parents hésitants face à la vaccination et au manque d'outils utiles à cet égard.

- Une meilleure connaissance des raisons pour lesquelles les parents ne se présentent pas aux rendez-vous de vaccination de leur enfant permettrait de mieux comprendre le phénomène et d'intervenir de façon appropriée.

- Les membres de l'équipe en vaccination se disent préoccupés par la perception que peuvent avoir certains parents à l'effet que l'on exerce une pression, lors de la relance téléphonique, pour qu'ils fassent vacciner leur enfant dans les délais appropriés et qu'ils obtiennent les rendez-vous requis à cet effet.

- La difficulté à joindre les parents par téléphone pour fixer les rendez-vous de vaccination de leur enfant représente un défi important pour les membres des équipes.

- Le désir d'instaurer un site web interactif afin d'optimiser l'utilisation des médias sociaux avec les jeunes parents est un grand défi en soi. La liste des avantages est grande, mais celle des enjeux est également importante, entre autres l'impact sur la charge de travail de l'infirmière assurant la réponse quotidienne, le remplacement de cette personne lors des maladies et des vacances et l'assurance d'une pérennité de cette action dans le temps.

3. *Les ressources financières et matérielles*

- L'un des défis que rencontre la mise en œuvre de changements souhaités concerne le peu de ressources financières disponibles pour sa réalisation. Dans un CSSS, on considère néanmoins qu'un important défi a été relevé, soit de réussir l'implantation de changements en vaccination sans que des ressources financières additionnelles soient obtenues.

- Un autre défi concerne le manque de locaux disponibles au CSSS pour la vaccination. Le souhait que des locaux soient dédiés à la vaccination demeure donc à réaliser.
- Le manque d'effectifs en personnel infirmier est et sera toujours un défi. Dans un CSSS, cette difficulté a été accentuée en raison de nombreux changements apportés au processus touchant la liste de rappel du personnel. Ces changements rendent plus difficile l'accès à du personnel pour la vaccination.

4. *La collaboration de l'équipe en vaccination*

- Bien que des changements apportés en vaccination (ex. : changement d'horaire pour un horaire de soir) aient initialement rencontré quelques résistances de la part des infirmières, certains ajustements et avantages sont venus compenser pour les inconvénients. Dans ce contexte, les vaccinatrices font preuve de flexibilité et apportent leur collaboration.
- Guider toutes les infirmières vers les mêmes objectifs est, en soi, un défi de taille. Il en est de même pour réussir à les convaincre, mais une fois convaincues, leur collaboration est assurée.
- Une résistance était anticipée chez les agentes administratives d'un CSSS face à certains changements (ex. : amélioration de la prise de rendez-vous et relance), mais elle ne s'est pas manifestée. Le recours à une stratégie donnant la parole aux agentes administratives a permis d'obtenir leur collaboration et leur satisfaction.

5. *La communication et la consultation*

- Bien que la communication soit un facteur aidant, elle représente néanmoins un réel défi dans un CSSS de taille importante où des efforts constants de communication doivent être maintenus.
- Bien que l'expérience de consultation ne fasse pas partie de la culture d'un CSSS, la chef de programme a relevé le défi de mener une consultation auprès des infirmières de l'équipe.

6. *Le contexte organisationnel*

Les équipes en vaccination des CSSS ont été confrontées à des situations ou changements au sein de leur organisation qui ont quelque peu bousculé leur fonctionnement, par exemple :

- le contexte actuel du CSSS axé sur la performance en contradiction avec les actions entreprises en vaccination et le maintien de la qualité de l'acte. Plusieurs actions en lien avec la vaccination sont des tâches qui demandent beaucoup de temps et qui ne sont pas comptabilisées. Le ratio coûts-client n'est donc pas avantageux;
- le déménagement du siège social du CSSS qui entraîne le regroupement de tous ses services sous un même toit, modifiant également les tâches de certains employés, notamment des agentes administratives;
- le déménagement prévu du CSSS qui rend difficile l'offre d'un rendez-vous vaccinal, le lieu et le moment du déménagement étant encore inconnus;
- différents changements de personnel au sein du CSSS, par exemple le départ du chef de programme et de l'infirmière ASI qui étaient également membres du comité de pilotage;
- les postes à remplacer suite aux départs à la retraite, à l'abolition de postes, à la perte d'infirmières séniors, à l'absence prolongée de la chef de programme;

- la nécessité pour une chef de programme de cumuler plusieurs fonctions et rôles en raison de difficultés importantes rencontrées au CSSS;
- le départ de l'agente administrative qui assurait l'ensemble des tâches en soutien à la vaccination, ce qui confirme l'importance d'assurer une relève qui soit formée.

7. *L'implantation de systèmes de données*

- Le déploiement prochain ou en cours du volet immunisation du SI-PMI dans les CSSS pose de nombreux défis, par exemple les ressources requises pour l'implantation de ce registre vaccinal et la période d'adaptation qui sera nécessaire pour assurer son bon fonctionnement, les disponibilités restreintes des services techniques du CSSS pour ce projet, l'absence de spécialistes en informatique au sein du CSSS et la possibilité de rendre accessible ce système dans les localités éloignées. La saisie des données de vaccination qui devra se faire dans ce registre aura un impact certain sur la tâche des infirmières vaccinatrices et celle des agentes administratives ainsi que sur leur temps de travail. Le SI-PMI est néanmoins perçu comme un outil qui sera très utile et aidant, notamment pour la GPI et la disponibilité des données de vaccination.
- Un défi que rencontre un CSSS dans l'implantation de changements en vaccination a trait à l'adoption du système *monvaccin.ca* pour les rappels, la relance et la confirmation des rendez-vous de vaccination que les responsables souhaitent implanter. Plusieurs questions demeurent à résoudre, notamment le financement de ce projet, le soutien administratif requis et la protection des données nominatives.

8. *Les procédures, les outils et les données probantes*

- Les représentantes d'un CSSS sont fières d'avoir développé et clarifié des procédures en vaccination et d'avoir élaboré différents outils qui sont des guides utiles et formateurs pour les agentes administratives. Il s'agit d'un défi relevé avec brio.
- Le peu de littérature existante a représenté un défi à relever pour les représentantes d'un CSSS (ex. : peu de données probantes sur l'aménagement des lieux de vaccination versus la sécurité physique et affective des enfants).

9. *La collaboration avec d'autres partenaires*

- Le travail avec des collaborateurs au sein du CSSS (ex. : service des communications, services techniques) ou externes au CSSS (ex. : CMDP) nécessite souvent des ajustements dans les étapes de réalisation et de l'échéancier. Ce qui est prioritaire pour un secteur n'est pas toujours prioritaire pour un autre. Ainsi, des délais surviennent parfois dans l'exécution de certains travaux (ex. : développement ou mise à jour d'une procédure de GPI, disponibilité de certains rapports) et entravent l'avancement de changements reliés à la vaccination.
- La collaboration entre les infirmières 0-5 ans et les infirmières en santé scolaire du secteur primaire a demandé beaucoup d'ajustements, d'efforts et de compromis pour permettre l'expérimentation des cliniques 4-6 ans en milieu scolaire dans un CSSS.
- La difficulté de joindre les parents par le biais des écoles pour les informer des changements apportés pour la vaccination des 4-6 ans, soit les cliniques de masse, représente également un défi important. L'information est arrivée tardivement dans les écoles, en raison principalement des démarches préalables nécessaires auprès des infirmières scolaires, de la direction et de la secrétaire de l'école. De plus, alors que l'inscription à la maternelle se faisait auparavant dans une période intensive, les inscriptions sont maintenant réparties sur plusieurs mois. Cette situation fait en sorte qu'il est désormais plus difficile de joindre les parents.

- Les représentantes d'un CSSS s'interrogent sur une possible résistance envers la vaccination chez des femmes enceintes ayant un suivi avec une sage-femme. Des données obtenues auprès de ces clientes suggèrent qu'elles auraient tendance à refuser la vaccination pour leur enfant, les causes de ce refus n'étant toutefois pas connues. Les représentantes du CSSS déplorent le fait que les sages-femmes n'abordent le thème de la vaccination qu'à la sixième semaine postnatale, soit à la dernière rencontre de suivi. D'autre part, on souhaiterait mieux connaître les façons de faire des sages-femmes face à l'enseignement concernant la vaccination.

10. Des défis relevés avec succès ou en réflexion

- L'importance d'avoir accès à des plages horaires plusieurs mois à l'avance, et ce, dans le but de donner des rendez-vous de vaccination dans les délais prévus est désormais mieux comprise au sein du CSSS.
- Les représentantes du CSSS se disent fières des changements qui ont été apportés, même si tout ce qui était prévu n'a pu être mis en place. On souligne notamment la disponibilité de portables dans les différents sites de vaccination permettant désormais aux vaccinatrices, qui apprécient grandement d'effectuer leurs recherches vaccinales ou encore d'inscrire les données de vaccination.
- L'ajout de la vaccination contre l'influenza pour les 6-23 mois aux cliniques régulières de vaccination fait actuellement l'objet de réflexion dans un CSSS. Bien que l'on y reconnaisse des avantages pour les parents et les enfants, on semble avoir plus de difficulté à voir ces avantages pour les vaccinatrices.
- L'implantation de cliniques de masse pour la vaccination des 4-6 ans n'a pas rencontré le succès escompté dans les petites municipalités d'un CSSS. Le nombre peu élevé de parents et d'enfants qui se sont présentés à ces cliniques amène les représentantes du CSSS à se questionner sur la pertinence de maintenir ces cliniques ou encore sur différents moyens à explorer pour mieux joindre les parents.
- La démarche Lean dans un CSSS a davantage impliqué des secteurs autres que l'équipe de vaccinatrices. Ces dernières souhaitent néanmoins avoir une meilleure compréhension de la démarche Lean et obtenir de l'information et un suivi plus régulier à ce sujet.

C. Les écarts entre les changements souhaités et les changements mis en œuvre

- Dans l'ensemble, la phase d'expérimentation s'est déroulée comme prévu initialement, bien que certaines actions aient pu être reportées et d'autres abandonnées en cours de route. Dans un CSSS, l'expérimentation s'est même déroulée mieux que prévu au départ, la grande collaboration d'une chef de programme du CSSS à l'implantation de changements touchant principalement les services sous sa responsabilité s'étant révélée un atout précieux et inattendu. Dans d'autres CSSS, l'échéancier de certaines actions mises en œuvre a été devancé.
- Pour assurer l'atteinte des résultats prévus selon les échéanciers souhaités, certaines ont choisi des actions concrètes et simples à réaliser. D'autres ont suivi, étape par étape, la feuille de route qu'elles avaient élaborée et qui leur a été très utile pour la mise en œuvre des actions.
- Le cas échéant, les écarts observés entre ce qui était initialement prévu et les changements mis en œuvre s'expliquent de différentes façons : importance de tenir compte d'enjeux et de règles présents au sein du CSSS, nécessité d'effectuer des vérifications, nécessité d'obtenir

des autorisations des gestionnaires ou de faire valider des décisions ou encore abandon d'une action qui était déjà implantée au CSSS. Ailleurs, le report de l'échéancier s'explique par des difficultés apparues durant la phase d'expérimentation et un contexte non favorable pour la mise en place des changements souhaités (ex. : manque de personnel, arrivée de nouvelles infirmières sans expertise en vaccination, départ à la retraite de vaccinatrices).

D. Les retombées perçues de l'expérimentation

1. La population

- Les parents reçoivent plus d'information avant de prendre la décision de faire vacciner leur enfant. Ils sont également davantage sensibilisés à l'importance d'obtenir un rendez-vous de vaccination pour leur enfant au moment approprié. Le message que leur transmettent les infirmières et les agentes administratives à ce sujet semble donc avoir un impact positif.
- Le taux de réponse concernant la vaccination des 4-6 ans en milieu scolaire a été un succès. Le fait « d'aller vers le client », comme c'est le cas pour la vaccination à l'école des 4-6 ans, est considéré comme une belle retombée du projet.

2. Les rendez-vous de vaccination

- Les changements mis en œuvre favorisent désormais un meilleur suivi des rendez-vous de vaccination manqués grâce à une relance régulière auprès des parents qui ne se sont pas présentés.
- On observe une diminution marquée du nombre d'absences aux rendez-vous de vaccination, sans doute attribuable aux rappels systématiques faits auprès des parents pour les inviter à aviser en cas d'absence prévue.
- La prise de rendez-vous informatisée à l'aide du logiciel I-CLSC est également considérée comme une belle retombée du projet.

3. L'équipe en vaccination

- La phase d'expérimentation, et le projet dans son ensemble, ont contribué au développement et au maintien d'une culture d'amélioration continue au sein de l'équipe en vaccination. L'amélioration visée concerne d'abord la clientèle, mais également la satisfaction des personnes dans la réalisation de leur travail. Elle contribue aussi à la qualité du travail et à la qualité de l'acte vaccinal.
- Une des retombées de l'expérimentation, et du projet dans son ensemble, s'observe au sein de l'équipe en vaccination qui a consolidé ses liens et qui se sent davantage impliquée dans le processus de décision.
- La mobilisation et la sensibilisation accrue des membres des équipes – infirmières, ASI et agentes administratives – par rapport à la vaccination et à l'importance du respect des délais vaccinaux, et l'ouverture dont elles font preuve par rapport au projet OSV et à sa continuité, représentent des retombées positives du projet.
- On observe au sein des équipes une meilleure compréhension commune des interventions à faire auprès des parents. Les infirmières exercent ainsi une influence positive auprès des parents pour faire vacciner leur enfant en temps opportun, ce qui est une source de fierté pour elles.

- Le projet OSV a permis aux infirmières de se sentir interpellées et « remotivées » à poursuivre leur travail. Elles ont revu leurs pratiques, les ont remises en question et tentent de les améliorer.
- Le mode de fonctionnement avec rendez-vous a contribué à une diminution du stress présent chez les infirmières lors de cliniques de vaccination sans rendez-vous très achalandées. Il a ainsi favorisé une meilleure concentration des vaccinatrices dans leur travail et favorisé une amélioration de la qualité de l'acte.
- Les changements apportés aux tâches de l'agente administrative ont favorisé un sentiment de valorisation de son rôle et un plus grand sentiment d'appartenance. De plus, la sensibilisation des agentes administratives à l'importance de respecter les délais vaccinaux les amène à prendre conscience de l'importance de leur rôle, de leur travail et de l'impact qu'il peut avoir sur les résultats en vaccination, ce qui suscite chez elles une plus grande implication professionnelle. Enfin, la participation de certaines d'entre elles aux rencontres régulières des infirmières est perçue comme une reconnaissance de leur travail.
- À moyen et long terme, on s'attend à une diminution de l'achalandage téléphonique pour les agentes administratives, puisque les nouvelles modalités de prise de rendez-vous font en sorte que les parents n'ont plus la responsabilité d'appeler au CSSS pour prendre rendez-vous et que les trois premiers rendez-vous sont donnés lors du même appel.

4. *La formation du personnel*

- Une ressource du CSSS formée en entretien motivationnel a reçu le mandat d'élaborer une formation abrégée pour les agentes administratives œuvrant en vaccination et une formation appliquée à la vaccination s'adressant aux infirmières.
- La formation donnée par les ASI aux agentes administratives fait en sorte que ces dernières se sentent moins seules et davantage soutenues dans leur travail. Cette formation contribue à simplifier la tâche des agentes administratives et à les conscientiser davantage à l'importance du respect des délais vaccinaux.

5. *La collaboration avec les médecins et les autres professionnels du CSSS*

- Un début de collaboration est observé entre l'équipe en vaccination et des médecins du CSSS qui suivent la clientèle SIPPE, ce qui pourrait faciliter l'accessibilité des services pour ces familles.
- Les travaux entourant l'élaboration d'une procédure de GPI et l'implantation prochaine du registre vaccinal favorisent les rencontres et les échanges avec d'autres professionnels du CSSS (ex. : archiviste, pharmacienne). Des liens interdisciplinaires se tissent et les travaux se font en ayant un but commun.

6. *Les ressources matérielles*

- Les résultats obtenus suite aux démarches pour l'aménagement de locaux fonctionnels dans les points de service et points de chute représentent des retombées concrètes observées sur le terrain.
- La relocalisation du bureau de l'agente administrative près des infirmières, ce qui facilite le travail et les échanges, est perçue comme une retombée concrète et positive pour toutes.

7. *Les résultats des indicateurs de gestion*

- Une retombée concrète de la phase d'expérimentation a trait à l'amélioration des résultats des indicateurs de gestion en vaccination. Plusieurs CSSS atteignent la cible pour l'indicateur de 2 mois, alors que l'on observe des améliorations notables pour l'indicateur de 1 an. On attribue cette amélioration à la combinaison de diverses interventions et aux nombreuses stratégies mises en place.
- L'amélioration des résultats des indicateurs de gestion est l'objet de fierté chez les membres de l'équipe en vaccination ainsi que chez les membres de la direction du CSSS. On est particulièrement fier de réussir à vacciner les enfants dans les délais appropriés.

8. *L'organisation*

- La participation au projet de recherche a aidé le CSSS à grandir comme organisation pour ce qui a trait aux services de vaccination offerts aux enfants de 0-5 ans.
- L'expérimentation a permis de mettre en évidence le rôle important de tous les acteurs dans le processus de vaccination. La vaccination n'est plus perçue comme relevant uniquement des infirmières. La phase d'expérimentation a ainsi suscité la mobilisation de tous.
- On observe de plus en plus au sein du CSSS une responsabilité partagée par rapport à la vaccination. La santé publique n'est plus seule à porter ce dossier, ce qui a permis de situer la préoccupation par rapport à l'immunisation au sein de l'établissement.

9. *Le projet de recherche*

- La participation au projet de recherche a fourni une structure à ce qui se faisait déjà en vaccination au CSSS, tout en favorisant le recours à des formules gagnantes s'appuyant sur des données probantes pour apporter les améliorations nécessaires.
- Les représentantes du CSSS témoignent de leur fierté d'avoir participé au projet de recherche. Cette participation leur a permis de s'attarder à cette portion importante de leur travail qui a trait à la vaccination. Elle a aussi permis des avancées certaines par rapport à l'organisation des services de vaccination.

E. Les suites prévues du projet

1. *Les suites de l'expérimentation et du projet*

- Dans l'ensemble des CSSS, les suites prévues du projet comprennent la réalisation des actions inscrites dans la feuille de route et le maintien de ces actions dans le temps. On prévoit également la mise en place d'une phase 2 au cours de laquelle de nouveaux projets ou actions jugés pertinents et efficaces pourraient s'ajouter, et ce, tout en veillant à maintenir la mobilisation des infirmières et la collaboration des partenaires. On s'inscrit donc dans un processus d'amélioration continue qui se poursuivra et où, une fois certaines actions réalisées, d'autres actions pourront s'ajouter, gardant ainsi vivante la démarche d'amélioration amorcée. Dans un CSSS, on prévoit évaluer prochainement les retombées des changements faits et, au besoin, apporter des ajustements. D'autre part, certaines participantes souhaitent poursuivre les travaux reliés à l'OSV 0-5 ans au sein du comité régional existant ou dans un sous-comité régional qui pourrait être mis en place à cet effet.
- On entrevoit par ailleurs la suite des travaux en vaccination avec optimisme puisque l'on peut désormais compter sur la collaboration de plusieurs secteurs du CSSS. Les membres de l'équipe en vaccination ne se sentent plus seules à porter ce dossier et obtiennent plus aisément la collaboration nécessaire.

- Dans plusieurs CSSS, l'exploration ou la mise en œuvre prochaine de diverses actions spécifiques sont clairement identifiées, par exemple :
 - poursuivre la formation des agentes administratives;
 - consolider et bonifier la procédure de prise de rendez-vous;
 - outiller les infirmières afin qu'elles puissent explorer les ambivalences des parents au sujet de la vaccination;
 - poursuivre l'exploration des possibilités d'utilisation de *monvaccin.ca*;
 - vérifier l'opinion des parents suite aux nombreux changements mis en œuvre concernant la vaccination;
 - explorer la possibilité d'ajouter des plages horaires de vaccination en soirée la semaine et le samedi;
 - sensibiliser davantage les vaccinatrices aux indicateurs de gestion et faire le point plus souvent avec elles à ce sujet;
 - explorer la possibilité de renouveler l'expérience d'organiser des cliniques de vaccination contre l'influenza pour les enfants de 6-23 mois dans des CPE;
 - prévoir de la formation sur l'entretien motivationnel pour les infirmières 0-5 ans et, dans certains cas, une formule adaptée pour les agentes administratives;
 - débiter la rédaction d'une politique de vaccination.

2. Le rôle des représentantes des CSSS

- Dans la suite des travaux en vaccination, les rôles respectifs des représentantes du CSSS demeureront sensiblement les mêmes. Elles veilleront à continuer de faire vivre le modèle optimal dans le CSSS et à maintenir active la feuille de route. Elles poursuivront également le travail en équipe et leur rôle de soutien et d'encadrement en veillant à la bonne réalisation des actions prévues ainsi qu'au maintien d'une structure et d'un rythme adéquats. Bien que des changements importants soient prévus dans le réseau de la santé, l'approche demeure orientée vers la clientèle, et on veillera à maintenir et à suivre ce qui a été implanté en s'assurant du recours à de bonnes pratiques.

3. Le soutien de la DSP et du MSSS

- De façon unanime, on réitère le souhait exprimé antérieurement concernant la promotion de la vaccination. On souhaite en effet que le MSSS et la DSP assument une plus grande part de responsabilité dans la réalisation d'activités de promotion de la vaccination, particulièrement pour la vaccination régulière en petite enfance, et en mettant l'accent sur les retombées positives de la vaccination.
- Différents souhaits sont aussi formulés par rapport à un soutien que pourrait offrir la DSP concernant, par exemple, la formation en vaccination, la formation sur l'entretien motivationnel, les questions/réponses pour les vaccinatrices et l'harmonisation entre les CSSS d'outils utilisés en vaccination. On souhaite qu'il y ait une suite à ces demandes.
- On souhaite également que la DSP assure une continuité au projet de recherche OSV et aux résultats obtenus.
- On souhaiterait par ailleurs obtenir des autorités de santé publique des directives claires concernant les recommandations qui découleront du rapport de recherche.

- On souligne enfin l'importance de maintenir la disponibilité du soutien-conseil et de l'expertise en santé publique au palier régional ainsi que la réponse téléphonique. Le soutien reçu de la DSP est très apprécié et jugé indispensable. Il en est de même du soutien de l'équipe surveillance dans une des régions participantes. Dans le contexte de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015), on exprime des craintes à cet égard ainsi que la peur d'être laissé à soi-même, sans le soutien constant et indispensable de personnes auxquelles se référer.

4. Des conditions pour assurer la pérennité des changements

Un défi important à relever dans les CSSS sera de maintenir et de consolider les améliorations apportées en vaccination. Différentes conditions susceptibles de favoriser la pérennité des changements sont mentionnées :

- des ressources financières adaptées à la situation démographique et qui évoluent en fonction de l'augmentation de la population du territoire;
- la formation des nouvelles infirmières;
- la formation des agentes administratives;
- la mise à jour régulière de la formation auprès des agentes administratives, considérant le roulement élevé de personnel;
- le développement, le maintien ou la consolidation de liens avec différents partenaires, tant au sein du CSSS (autres directions et services du CSSS, pharmacie) qu'à l'extérieur du CSSS (commission scolaire, directions d'école, cliniques externes de pédiatrie, CPE, organismes communautaires, CMDP);
- le développement d'outils communs en collaboration avec les autres CSSS de la région.

5. Des aspects à considérer pour l'implantation du projet dans d'autres CSSS

Différentes conditions devraient être prises en considération par les CSSS qui souhaiteraient éventuellement réaliser une démarche similaire en vaccination. Les conditions gagnantes identifiées sont les suivantes :

- une bonne évaluation de tous les éléments avant de s'impliquer dans le projet, l'analyse de ce qui existe déjà, une vision d'ensemble et l'identification des embûches possibles;
- le travail une étape à la fois;
- l'appui de la direction du CSSS;
- l'utilisation d'une approche qui favorise l'écoute et la recherche de solutions;
- une démarche progressive, respectueuse et basée sur les besoins réels de l'équipe;
- l'intégration aux discussions de tous les intervenants en vaccination du CSSS, et ce, à toutes les étapes de la démarche;
- l'élaboration du portrait de l'organisation des services de vaccination 0-5 ans comme première étape incontournable;
- la réalisation d'une entrevue de groupe avec l'équipe 0-5 ans pour échanger et écouter les besoins du personnel, favoriser l'appropriation du projet et l'acceptation des changements éventuels;

- la réalisation d'une expérimentation dans une période favorable de l'année et d'une durée adéquate;
- la disponibilité d'un budget permettant la libération de personnes pour le projet, incluant la phase d'expérimentation;
- la disponibilité d'un budget permettant le développement d'outils;
- du temps alloué au projet;
- des personnes de l'équipe projet ayant une expérience terrain en vaccination;
- la formation d'un tandem gestionnaire/clinicienne comme équipe projet;
- l'ajout au sein de l'équipe de recherche d'une personne qui connaît bien la région et les membres du comité;
- un arrimage entre les secteurs santé publique et FEJ du CSSS;
- la stabilité des membres de l'équipe en vaccination;
- l'utilisation de la visioconférence lorsque le contenu des rencontres le permet;
- la clarification, dès le début, des règles d'éthique et de confidentialité touchant l'utilisation et la diffusion des documents produits dans le cadre du projet;
- la clarification des rôles respectifs de la DSP et de l'équipe de recherche dans l'accompagnement des CSSS, particulièrement pour le soutien à offrir lors de la mise en œuvre d'actions novatrices;
- la participation de tous les acteurs à toutes les étapes du processus, incluant la présence des responsables régionaux aux entrevues dans les CSSS (cet aspect a été mentionné dans l'un des CSSS);
- l'implication de l'équipe de recherche à l'étape de démarrage du projet dans les CSSS, soit par une présentation faite aux équipes locales ou encore en mettant à la disposition des équipes un document présentant le projet de recherche (cet aspect a été mentionné dans l'un des CSSS).

6. Des préoccupations

En terminant, les participantes aux entrevues font part de différentes préoccupations reliées au contexte actuel dans le domaine de la santé et des services sociaux et de l'impact potentiel de ces préoccupations sur l'organisation des services de vaccination 0-5 ans :

- Le déploiement prochain ou en cours du volet immunisation du SI-PMI dans les CSSS aura un impact important sur plusieurs aspects liés à la vaccination, incluant les tâches des vaccinatrices et des agentes administratives. Dans ce contexte, dans certains CSSS, les travaux liés à l'organisation des services de vaccination 0-5 ans seront sans doute mis de côté pour quelques mois afin de faciliter l'adaptation des personnes concernées à ce nouveau système.
- Des préoccupations sont très présentes relativement aux répercussions éventuelles de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Québec, 2015) et aux changements qu'elle entraînera dans les structures et dans le rôle des gestionnaires en place. En ce sens, les représentantes du CSSS n'entrevoyent pas de projets à long terme en vaccination, mais mettent davantage leurs énergies sur ce qui peut être concrètement porteur à court terme.

Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?

- Une inquiétude subsiste quant aux suites du projet OSV, considérant le contexte actuel de compressions budgétaires en santé publique. On espère que le Ministère prendra en considération tout le travail réalisé depuis 5 ans, reconnaîtra les améliorations que ces travaux ont apportées en vaccination et maintiendra des orientations favorables à la vaccination.

Annexe 12

Caractéristiques des parents participants selon leur statut d'hésitation à la vaccination

Caractéristiques des parents participants selon leur statut d'hésitation à la vaccination

Caractéristiques	Total n = 938 ^a		Hésitants n = 301		Non-hésitants n = 608		Valeur de p ^b
	n	%	n	%	n	%	
Lien avec l'enfant vacciné							
Père	163	18	46	16	110	19	0,252
Mère	734	82	245	84	470	81	
Âge du participant							
Moins de 30 ans	360	39	97	32	253	42	0,006
30 ans et plus	571	61	203	68	352	58	
Scolarité du participant							
Aucun, primaire, secondaire	214	23	56	19	150	25	0,033
Cégep ou plus	715	77	245	81	452	75	
Langue d'usage du participant							
Français	794	85	264	88	509	84	0,152
Autre ou plus d'une langue	138	15	37	12	96	16	
Rang de l'enfant vacciné							
Ainé, plus vieux	400	45	102	36	286	50	<0,001
Deuxième et plus	484	55	182	64	288	50	
Âge de l'enfant vacciné							
2 mois	172	19	47	16	125	21	0,276
4 mois	139	16	41	14	98	16	
6 mois	156	17	56	19	100	17	
12 mois	162	18	58	20	104	17	
18 mois	163	18	62	21	101	17	
4-6 ans	103	12	33	11	70	12	
Statut d'hésitation							
Hésitant : a hésité au moins une fois	301	33					
Non-hésitant : n'a jamais hésité	608	67					

^a Les nombres totaux n'arrivent pas à 938 à cause de la non-réponse partielle.

^b Comparaison entre les parents hésitants et les parents non-hésitants pour chacune des caractéristiques.

Source : questionnaire aux parents.

Annexe 13

**Facteurs qui augmentent ou diminuent la chance
pour un parent d'être hésitant à la vaccination**

Facteurs qui augmentent ou diminuent la chance pour un parent d'être hésitant à la vaccination

Variables	RC ^a non ajusté	RC ^a ajusté
Français comme langue d'usage à la maison	1,35 (0,90 – 2,02)	1,27 (0,72 – 2,24)
Jeune âge du parent	0,67 (0,50 – 0,89)	0,81 (0,54 – 1,23)
Faible scolarité du parent	0,69 (0,49 – 0,97)	0,85 (0,53 – 1,38)
Rang de l'enfant vacciné-2 ^e et plus	1,77 (1,32 – 2,37)	1,41 (0,95 – 2,11)
Consultation d'un professionnel en médecine alternative	1,66 (1,19 – 3,31)	1,43 (0,90 – 2,27)
Faible importance accordée aux vaccins	3,97 (2,96 – 5,34)	1,99 (1,08 – 3,66)
Tétanos	1,57 (1,12 – 2,22)	0,91 (0,51 – 1,62)
Coqueluche	1,93 (1,39 – 2,68)	0,91 (0,38 – 2,20)
Rougeole	2,11 (1,53 – 2,91)	0,65 (0,27 – 1,54)
Rotavirus	3,54 (2,62 – 4,79)	1,45 (0,85 – 2,46)
Varicelle	2,54 (1,91 – 3,40)	1,10 (0,66 – 1,85)
Influenza	2,96 (2,14 – 4,10)	1,24 (0,74 – 2,10)
Vaccins perçus peu utiles en prévention ou pour renforcer l'immunité	3,92 (2,79 – 5,50)	2,26 (1,36 – 3,77)
Vaccins perçus peu sécuritaires	1,89 (1,40 – 2,55)	1,79 (1,13 – 2,83)
Vaccins perçus peu efficaces	1,57 (1,15 – 2,15)	0,90 (0,56 – 1,45)
Nombre de vaccins donnés aux enfants perçu trop élevé	6,06 (3,92 – 9,38)	3,58 (1,92 – 6,67)
Pression ressentie de l'entourage ou de la société pour faire vacciner son enfant	4,43 (3,28 – 5,99)	3,54 (2,40 – 5,21)

^a RC : rapport de cotes.

Source : questionnaire aux parents.

Annexe 14

**Enjeux identifiés et pouvant faire l'objet d'un dialogue
lors d' « États généraux sur la vaccination 0-5 ans »**

Enjeux identifiés et pouvant faire l'objet d'un dialogue lors d'éventuels « États généraux sur la vaccination des 0-5 ans au Québec »

L'étude *Quel est le meilleur mode d'organisation de la vaccination des enfants de 0-5 ans au Québec?* (c'est-à-dire l'étude, dans les lignes qui suivent) a mis en évidence plusieurs enjeux complexes liés à un modèle optimal d'organisation des services de vaccination pour lesquels plus de questions que de réponses sont soulevées. Les solutions qui pourraient émerger face à ces enjeux font ressortir le besoin d'une réflexion globale et d'un dialogue politique, ainsi que la nécessité d'accords socio-organisationnels mobilisant les acteurs québécois impliqués en vaccination et pouvant mener vers de grandes orientations structurantes à l'offre de service en vaccination. Ainsi, une dizaine d'enjeux sont identifiés pour discussion lors d'éventuels États généraux, lesquels seront présentés en détail dans les lignes qui suivent. Même si certains de ces enjeux ont déjà été décrits ailleurs dans le rapport de l'étude, ils seront tous traités ici pour assurer plus de clarté et dans le but de regrouper les justifications sur les enjeux identifiés. Enfin, bien que la méthode qui permettrait la tenue de ces états généraux ait été déjà proposée (forum délibératif précédé d'ateliers de travail), elle ne fera pas l'objet de cette annexe.

1. Place du « privé » en vaccination (vaccination hors CSSS)

Plusieurs des participantes de l'étude souhaitent que la vaccination soit offerte exclusivement en CSSS, justifiant ce souhait par la capacité des CSSS d'offrir le service à l'ensemble de la population, et ce, dans un souci d'assurer la qualité de l'acte vaccinal. Néanmoins, si ce souhait se concrétisait, la capacité réelle des organisations à répondre à la demande n'a pas été évaluée. De plus, pour préconiser la vaccination exclusive en CSSS, plusieurs s'appuient sur leur impression de mauvaise qualité des services vaccinaux offerts hors CSSS en rapportant, à cet effet, de nombreuses données anecdotiques.

L'étude n'avait pas pour objet de statuer sur ce sujet, bien que le souci d'inclure l'ensemble des acteurs en vaccination ait été maintes fois affirmé. Le devis et les méthodes employées dans l'étude ne permettaient pas non plus de s'avancer à cet égard. Ainsi, le modèle d'organisation des services de vaccination aux enfants de 0-5 ans, dans sa forme actuelle, propose que les services soient offerts autant en CSSS que hors CSSS (communément et injustement appelé « le privé »), et ce, dans une perspective de respect des normes de pratique et en s'assurant de la présence d'un processus continu d'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal.

Cette recommandation est cohérente avec le principe de partage de la responsabilité populationnelle préconisé depuis les dernières années au Québec. Elle permettrait, d'une part, de continuer à répondre aux besoins des parents qui souhaitent recevoir des services de vaccination et le suivi médical de leur enfant par le même prestataire de soins, notamment par leur médecin de famille ou leur pédiatre, assurant ainsi une continuité des soins. D'autre part, dans certains RLS, elle pourrait faciliter l'accès à la vaccination pour mieux répondre à certains besoins, par exemple dans le cas de l'augmentation du nombre des naissances.

Une collaboration qui pourrait éventuellement s'établir entre les vaccinateurs en CSSS et les vaccinateurs hors CSSS du territoire, toujours dans une perspective de responsabilité populationnelle, favoriserait l'adoption d'une vision RLS et une complémentarité des services entre les vaccinateurs. Elle pourrait également améliorer l'accessibilité, soutenir l'harmonisation des pratiques vaccinales et favoriser une meilleure connaissance, sans compter une plus grande confiance mutuelle entre les vaccinateurs en CSSS et hors CSSS.

2. Rôle des médecins et autres professionnels de la santé en vaccination

Plusieurs professionnels de la santé jouent un rôle essentiel en matière de vaccination. Par exemple, l'influence qu'exerce la recommandation du médecin ou d'un professionnel de la santé sur la prise de décision d'un parent pour faire vacciner son enfant est bien connue. Il faut donc continuer à pouvoir s'appuyer entre autres sur les médecins pour qu'ils fassent la juste promotion de la vaccination.

La contribution des infirmières auxiliaires à la vaccination des enfants de 0-5 ans fait par ailleurs l'objet de discussions dans les organisations et a même été expérimentée dans certains CSSS à l'étude. Les opinions sont divergentes sur ce sujet. Certains y voient une façon de rendre les services de vaccination plus efficaces (ex. : meilleure utilisation des ressources, possibilité de vacciner plus d'enfants dans une même période de temps). D'autres craignent que cette façon de faire minimise l'acte de vaccination en le réduisant au simple geste de donner une piqûre.

Le rôle des pharmaciens en vaccination est également à débattre, dans le contexte où certains vaccins, principalement le vaccin contre la grippe, sont disponibles et offerts dans plusieurs pharmacies du Québec, et que des pharmaciens vaccinent eux-mêmes dans d'autres provinces canadiennes. La vaccination des enfants de 0-5 ans est toutefois rarement offerte en pharmacie.

Le rôle des sages-femmes en lien avec la vaccination est un autre sujet qui mérite réflexion. Ces professionnelles, ainsi que d'autres professionnels de médecine dite « complémentaire », exercent une influence importante sur la décision de certains parents de faire vacciner ou non leur enfant. Les sages-femmes peuvent prescrire ou administrer certains vaccins dans l'exercice de leurs fonctions. Leur pratique est encadrée par une législation, mais elle est aussi guidée par la philosophie sage-femme dont l'un des principes fondamentaux est le choix éclairé incluant la responsabilisation des parents (empowerment), le respect de l'autonomie des parents et la relation d'égalité. Dans cette perspective, les sages-femmes présentent, de manière égale, le pour et le contre de la vaccination. Le counseling en matière de vaccination des jeunes enfants offert par les sages-femmes est donc un des enjeux à considérer dans la réflexion entourant leur rôle. Dans un même ordre d'idées, d'autres professionnels de la santé ou de « médecine complémentaire » comme des kinésithérapeutes, physiothérapeutes, ostéopathes, chiropraticiens ou homéopathes peuvent donner des conseils sur la vaccination. La réflexion sur le rôle de tous ces professionnels en lien avec la vaccination mériterait d'être faite.

Par ailleurs, certaines intervenantes en CSSS prétendent que la vaccination offerte exclusivement par des infirmières (en lien avec les arguments présentés plus haut) ferait en sorte que les médecins pourraient alors se consacrer à des actes médicaux jugés plus pertinents. Cela permettrait, selon les intervenantes, de réduire l'engorgement des soins de première ligne dans un contexte de pénurie de médecins, en plus de reconnaître l'expertise des infirmières en vaccination. D'autres affirment, comme cela a été avancé plus haut, que la vaccination offerte par des médecins répond aux besoins de certains parents qui souhaitent recevoir ce service au même moment que le suivi médical de leur enfant, en plus d'élargir l'accessibilité des services et d'assurer une meilleure continuité. L'exclusivité de la vaccination comme acte infirmier devrait donc faire partie d'une réflexion plus large en lien avec la place de la vaccination hors CSSS, et ce, de manière à obtenir le point de vue de tous les acteurs impliqués, dont les pharmaciens font bien sûr partie.

3. Formation

La question de la formation en vaccination mérite d'être discutée, particulièrement dans le contexte de la disponibilité et de l'implantation récente de la formation en ligne sur l'immunisation et des inquiétudes soulevées par des intervenantes en lien avec la qualité de l'acte vaccinal. Une formation de base est nécessaire aux nouveaux vaccinés pour leur permettre d'appliquer les normes du

PIQ, notamment en ce qui concerne l'obtention du consentement, et pour les outiller afin d'intégrer rapidement dans leur pratique les changements apportés au PIQ. Cette formation de base s'adresse à l'ensemble des vaccinateurs québécois, incluant les médecins, les infirmières hors CSSS et les sages-femmes.

Des besoins de formation continue ont également été exprimés par les participantes à l'étude, considérant la complexité grandissante du calendrier de vaccination, l'expertise que doivent développer les vaccinatrices qui travaillent auprès des enfants de 0-5 ans et l'importance de maintenir à jour leurs connaissances. Les nombreux changements qui surviennent au sein du personnel des CSSS (congé de maladie ou de maternité, départs à la retraite, etc.) renforcent le besoin de formation d'un nombre accru de vaccinatrices pour assurer la relève.

L'exigence d'une certification pour vacciner dans le cadre du PQI pourrait également être envisagée afin d'assurer la qualité de l'acte vaccinal.

Enfin, la formation initiale de niveau collégial et universitaire de tous les professionnels impliqués de près ou de loin en vaccination, et particulièrement de ceux qui poseront des actes vaccinaux, devrait également faire l'objet d'une réflexion. Autant l'acte d'administrer un vaccin que les activités de promotion et de counseling qui l'entourent exigent des connaissances, habiletés et compétences adéquates des professionnels impliqués. Certaines intervenantes rapportent des lacunes au niveau des compétences de base observées chez les nouvelles infirmières qui vaccinent (ex. : technique d'injection inadéquate). Par ailleurs, les professionnels qui font la promotion de la vaccination ou qui sont interrogés par des parents en cours de processus de décision (ex. : nutritionnistes, travailleurs sociaux, médecins de famille, pédiatres) doivent être formés adéquatement afin de transmettre une information scientifiquement juste et adaptée, de répondre aux questions des parents et de donner le counseling de manière appropriée. La formation initiale collégiale ou universitaire que les professionnels reçoivent devrait donc répondre à ces besoins.

4. Critères et méthode d'attribution des doses de vaccin

La nécessité de disposer de critères d'attribution des doses est reconnue par tous les acteurs ayant témoigné dans le cadre de l'étude. Une information claire et transparente doit être disponible pour savoir qui peut vacciner et quelle quantité de doses de vaccin peut être attribuée.

Les critères retenus devraient favoriser l'uniformité des pratiques et la qualité de la gestion des vaccins (ex. : formation en immunisation et utilisation du PIQ comme critères de base pour obtenir des vaccins), assurer la disponibilité des vaccins et favoriser l'offre de vaccination. Les critères devraient également permettre de subvenir aux besoins lors de situations particulières, par exemple lors d'ajout de plages horaires ou de cliniques de vaccination. Des commandes de vaccins plus fréquentes et plus souples sont souhaitables du point de vue des intervenantes et des responsables locales de gestion des stocks de vaccins.

Dans une perspective de responsabilité populationnelle, il serait également intéressant d'explorer la place et l'engagement que pourraient prendre les CSSS dans la gestion des ententes de vaccination. Par exemple, l'évaluation des besoins et les visites de suivi auprès des nouveaux vaccinateurs, qui sont généralement effectuées par les DSP, pourraient éventuellement être faites en collaboration avec les CSSS/CISSS.

5. Évaluation de la qualité de l'acte vaccinal

La nécessité de définir et de clarifier les nombreux angles que prend la qualité de l'acte vaccinal est mise en lumière par les résultats de l'étude. Ces aspects touchent entre autres l'évaluation du statut vaccinal par les professionnels qui vaccinent, l'évaluation de leurs compétences, la sécurité des clients, le counseling réalisé et l'obtention du consentement, la consignation des données de vaccination ou encore, bien sûr, les gestes techniques posés lors de l'administration des vaccins. Compte tenu de la complexité de l'acte vaccinal et des enjeux associés, l'adoption d'une définition commune de ce que représente la qualité de l'acte vaccinal permettrait de préciser le cadre de travail de la vaccination ainsi que les normes associées. Il semble toutefois qu'une certaine confusion existe autour de la définition de la qualité de l'acte vaccinal, laquelle a par ailleurs fait l'objet de travaux dans le cadre de l'étude.

L'importance de diffuser l'information sur les rôles et responsabilités respectifs en matière de qualité de l'acte vaccinal est également confirmée par l'étude; tous les vaccinateurs doivent avoir l'information juste concernant le cadre législatif, réglementaire, éthique et déontologique de l'acte vaccinal.

Par ailleurs, l'importance d'évaluer la qualité de l'acte vaccinal doit être reconnue par l'ensemble des acteurs concernés. L'étude a mis en évidence une certaine zone grise en matière de responsabilité de l'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal et, dans les faits, une quasi absence d'évaluation de la qualité de l'acte vaccinal au sein des organisations.

6. Vaccination jumelée à des interventions de dépistage et de suivi du développement des nourrissons

La vaccination offerte parallèlement à d'autres interventions est une stratégie recommandée dans le but d'améliorer les couvertures vaccinales. Cependant, à notre connaissance, l'impact de l'inverse, soit le fait d'ajouter, par exemple, des activités cliniques préventives aux rencontres de vaccination, n'aurait pas été étudié. L'étude a montré que certaines activités, par exemple l'administration d'un questionnaire sur l'allaitement lors des rencontres de vaccination, sont en place depuis plusieurs années dans les CSSS sans qu'on ne les ait jamais remises en question.

Par ailleurs, la présence d'une clientèle orpheline (sans médecin de famille) oblige les CSSS à adapter leurs services. Dans certains milieux, on profite des visites de vaccination pour offrir d'autres interventions préventives (ex. : dépistage de la dépression post-partum, évaluation du développement de l'enfant, mesure du poids et de la taille) et répondre aux questions des parents sur divers sujets touchant la santé périnatale.

Les infirmières sont quasi unanimes quant à l'importance de l'approche multidimensionnelle et globale (suivi du développement affectif, physique et moteur, social et moral, cognitif et langagier de l'enfant). Cependant, si d'autres services sont offerts durant les cliniques de vaccination (ex. : dépistage, évaluation du développement), ces services doivent s'appuyer sur des données probantes ainsi que sur l'utilisation d'outils standardisés et évalués. Ils doivent également être accompagnés de suivis et d'un système de référence appropriés. Il ne faut toutefois pas dédoubler les services, notamment en présence d'un suivi médical adéquat. Il importe donc que les intervenantes aient accès aux données probantes concernant les interventions et les types de suivi pour bien appliquer les recommandations. Les instances de santé publique régionales ou provinciales pourraient contribuer à assurer la disponibilité de ces données.

7. Pertinence, fondements et application du choix des indicateurs de gestion en vaccination

Les indicateurs de gestion sont perçus comme un levier considérable et devenu incontournable dans la plupart des organisations, et ce, malgré leurs limites inhérentes. La pertinence et les fondements du choix de ces indicateurs sont toutefois remis en question par certaines intervenantes, autant du palier local que du palier régional. La mise en place d'indicateurs ministériels, avec des cibles à atteindre pour la vaccination à 2 mois et à 12 mois, fait en sorte qu'on mise davantage sur des interventions qui visent l'atteinte de ces cibles, alors qu'on investit moins d'efforts sur les autres vaccins. Cela constitue un effet pervers potentiel de ces indicateurs.

Par ailleurs, diverses données administratives sont disponibles au palier local et mériteraient d'être exploitées davantage (ex. : données sur l'absentéisme aux rendez-vous de vaccination). Avec l'avènement du SI-PMI, des indicateurs de gestion spécifiques en vaccination pourraient éventuellement être mis en place, et ce, autant en CSSS que pour les vaccinataires hors CSSS. L'instauration de nouveaux indicateurs de gestion en vaccination pourraient répondre à des besoins, par exemple en fonction de l'évolution du calendrier de vaccination ou d'un problème observé sur le terrain.

8. Vaccination contre l'influenza des 6-23 mois

L'étude a permis de constater que la vaccination influenza des 6-23 mois est considérée de manière différente des autres vaccinations prévues au calendrier régulier, et ce, autant par les parents que par les intervenantes et les organisations. Le Programme de vaccination contre l'influenza aux paliers provincial et régional est lui-même géré distinctement de la vaccination des 0-5 ans.

L'étude a également permis d'identifier quelques pistes d'action dont on pourrait explorer la faisabilité dans le but d'améliorer la couverture vaccinale des 6-23 mois contre l'influenza. Des interventions devront probablement être mises en œuvre à différents niveaux, dont certaines sur une échelle plus systémique (c.-à-d. à tous les paliers du système de santé). Cependant, une réflexion plus large, impliquant les vaccinataires hors CSSS, permettrait d'approfondir la compréhension de la question et de proposer des recommandations plus durables si elles sont endossées par l'ensemble des acteurs.

Enfin, sans vouloir jeter de pavé dans la marre, certains diront que les données probantes relatives à la vaccination contre l'influenza des 6-23 mois devraient aussi faire partie de cette réflexion.

9. Politique de vaccination

Les résultats de l'étude révèlent qu'une nouvelle vision est observée dans certains CSSS où une responsabilité partagée s'exprime par rapport aux services de vaccination à rendre auprès de la population. Cette vision se manifeste notamment par une collaboration et un soutien des différents secteurs du CSSS par rapport aux changements à mettre en œuvre en vaccination. En permettant de sensibiliser les gestionnaires et le personnel des établissements à la vaccination, une politique de vaccination du type *Amis des bébés* viendrait appuyer le développement et le maintien de cette responsabilité partagée.

Par ailleurs, en lien avec le *Plan québécois de promotion en vaccination*, un engagement clair et affirmé de l'ensemble des CSSS du Québec sur le bien-fondé de la vaccination faciliterait la réalisation de changements organisationnels en faveur de l'amélioration des services de vaccination. Un établissement « provaccination » viendrait alors lancer un message clair auprès de la population et de ses employés en indiquant nettement et officiellement que la vaccination fait partie des interventions qui y sont préconisées et que les croyances anti vaccins sont à proscrire.

Enfin, une politique d'établissement en faveur de la vaccination permettrait de faire contrepoids au mouvement d'hésitation de plus en plus grandissant et présent autant chez les parents que chez les travailleurs de la santé au sein des établissements et hors des établissements. Dans le cas des établissements, l'adoption d'une politique en matière de vaccination viendrait camper fermement l'engagement en faveur de la vaccination. Des discussions sur la pertinence de l'adoption d'une telle politique de vaccination méritent donc d'être tenues.

10. Partage des responsabilités entre la 1^{re}, la 2^e et la 3^e ligne

L'étude a montré qu'il pouvait parfois exister des juxtapositions, voire des empiètements sans compter les zones grises dans l'actualisation de certaines responsabilités en matière de vaccination entre la 1^{re}, la 2^e ou la 3^e ligne. Cela fait en sorte qu'il existe, par exemple, des différences entre les DSP (2^e ligne) dans la manière d'offrir la formation aux vaccinatrices, dans la manière de promouvoir la vaccination ou encore dans la manière de distribuer les vaccins. Le besoin de mieux définir les rôles et responsabilités de chacun à tous les paliers est essentiel, particulièrement dans le contexte actuel de restructuration du réseau de la santé. On s'interroge aussi sur la pertinence de maintenir à la fois la 1^{re} ligne et la 2^e ligne. Cet enjeu mérite donc qu'on s'y attarde.

Conclusion

Les divers thèmes présentés ici correspondent aux concepts traités en cours d'étude ainsi qu'à ses résultats. Ils avancent les principaux éléments qui mériteraient mûre réflexion dans le cadre d'éventuels « États généraux sur la vaccination des 0-5 ans au Québec ». Il faudra également tenir compte, dans l'ensemble du dialogue, des changements qui découleront de l'application de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*⁸. Ces changements pourraient renforcer la pertinence de certains thèmes et amoindrir l'importance d'autres thèmes.

⁸ Québec (2015). *Projet de Loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Québec : Éditeur officiel du Québec, 41^e législature, 1^{re} session, sanctionné.

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca