Existe-t-il des barrières organisationnelles à l'accessibilité à la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque?

Louise Rousseau, PhD¹⁻³

Maryse Guay, MD, MSc, FRCPC⁴⁻⁶

Denis Archambault, MD²

Zahra El m'mala, MSc¹⁻³

Nadia Abdelaziz, MSc²

RÉSUMÉ

Contexte : Malgré l'instauration d'un programme québécois d'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque (PQIIP), les couvertures vaccinales demeurent faibles. On a beaucoup étudié les barrières personnelles à la vaccination, mais peu d'études se sont intéressées aux barrières d'autre nature.

Objectifs : Déterminer la présence de barrières liées à l'organisation du système de santé et formuler des recommandations pour augmenter les couvertures vaccinales.

Méthode : Dans le cadre d'un devis mixte, furent réalisées une enquête téléphonique auprès de 996 personnes de la population cible et une étude de cas impliquant le suivi du PQIIP auprès de toutes les catégories de sites et d'acteurs requérant 43 entrevues semi-structurées et 4 groupes de discussion. Les données du sondage ont été soumises à une analyse statistique descriptive. L'analyse qualitative a été faite selon l'approche de Miles et Huberman.

Résultats : Les résultats indiquent la présence de barrières à l'accès à l'information. Elles concernent l'accès à la recommandation du médecin, aux connaissances sur l'efficacité ou la sécurité des vaccins et sur l'admissibilité des clientèles au PQIIP. Le recours à la vaccination est aussi limité par des barrières organisationnelles restreignant, entre autres, le choix du lieu et du moment de vaccination. Les mécanismes de coordination et de recours aux incitatifs ne sont pas optimaux. La levée des barrières organisationnelles relève davantage de facteurs stratégiques que structuraux.

Conclusion : La prise en compte des barrières organisationnelles devrait être une composante importante des stratégies d'augmentation des couvertures vaccinales. Les autorités de santé publique devraient s'orienter en priorité vers une gestion stratégique de l'information et de l'environnement inter-organisationnel.

Mots clés : vaccination, influenza, pneumocoque, évaluation de programme, barrières organisationnelles.

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Équipe de recherche appliquée en santé (ÉRAS)

2. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

3. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal

4. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

5. Université de Sherbrooke

6. Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoyné

Correspondance et tirés à part : Louise Rousseau, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 1301 Sherbrooke Est, Montréal (QC) H2L 1M3, Tél. : 514-528-2400, Téléc. : 514-528-2452.

Remerciement : Les auteurs remercient le Fonds de la recherche en santé du Québec qui a subventionné cette recherche.

Le programme québécois d'immunisation contre l'influenza et le pneumocoque (PQIIP) ciblait en 2004 pour le pneumocoque les personnes de 65 ans et plus et celles de 2 à 64 ans atteintes de maladie chronique. Pour l'influenza, il ciblait en plus les personnes âgées de 60 à 64 ans, les travailleurs de la santé et les contacts domiciliaires des personnes à risque de complications. Les bienfaits de la vaccination contre ces agents pathogènes sont largement connus^{1,2}.

Malgré la disponibilité de vaccins efficaces, sécuritaires, et gratuits pour ces clientèles, les couvertures vaccinales restent faibles et inférieures à celles obtenues ailleurs au Canada³⁻⁶. Le phénomène des faibles couvertures est répandu et de nombreuses études décrivent les attitudes et croyances des non-vaccinés^{7,8}. Malgré la convergence de leurs résultats, on ne peut expliquer les couvertures variables obtenues dans des endroits appliquant des programmes conçus centralement, comme au Québec⁹. Ces programmes s'appuient pourtant sur des stratégies théoriquement efficaces issues de la recherche. Certaines études et revues systématiques de littérature commencent à discuter de barrières découlant de leur implantation, telles l'absence de diffusion des modalités d'accès ou la présence d'horaires peu adaptés aux besoins des clientèles¹⁰⁻¹³.

Aucune étude au Québec ne s'était intéressée aux barrières liées à l'organisation du système de santé, malgré qu'elles puissent compromettre l'implantation des programmes. La présente étude visait à combler cette lacune, en explorant la présence de barrières organisationnelles et en identifiant leur contribution relative à l'explication des résultats observés. Aussi, dans une optique de transfert de connaissances, des recommandations concernant le choix de stratégies pour augmenter les couvertures vaccinales ont pu être formulées.

MÉTHODE

Cette étude repose sur un devis mixte, basé sur une enquête téléphonique auprès de la population cible et une étude de cas. L'analyse systématique de la pertinence des modèles théoriques abordant la dimension de l'accessibilité a permis de retenir le modèle de Moss pour développer un cadre conceptuel qui stipule pour chacune des

TABEAU I**Cadre conceptuel construit autour des variables du Modèle de Moss***

Variables	Question soulevée pour le PQIIP	Pistes à explorer pour le PQIIP
Environnement externe		
Coût pour la population	Le programme est-il accessible et disponible?	Doit-on réorganiser les modalités de l'offre de service?
Ressources informationnelles	Le programme peut-il s'ajuster aux facteurs favorisant et défavorisant?	Doit-on organiser une meilleure gestion de l'information?
Légitimité	Le programme peut-il mobiliser les ressources requises en raison de sa priorité?	Doit-on assurer une meilleure promotion de la valeur du programme?
Groupes d'influence	Le programme bénéficie-t-il des appuis nécessaires à son implantation?	Doit-on mobiliser les acteurs clés de la communauté?
Prestige	L'adhésion au programme est-elle ponctuelle ou stable dans le temps?	Doit-on envisager la mise en place d'incitatifs?
Environnement interne		
Adhésion	La conception du programme est-elle cohérente?	Faut-il plus d'implication des acteurs locaux dans la prise de décision?
Attributs de l'organisation	Quels sont les attributs qui favorisent l'implantation du programme?	Cible-t-on les bonnes organisations pour mettre en œuvre le programme?
Gestion des conflits	Quelle est l'importance du leadership local?	Doit-on impliquer et mobiliser les leaders des organisations?
Buts et objectifs de l'organisation	Le programme peut-il s'insérer facilement dans les activités quotidiennes?	Doit-on repenser les processus et mettre en place des mécanismes de rétroaction?

* Modèle issu de la sociologie des organisations développé pour évaluer l'implantation des programmes de santé publique. Il conçoit les programmes comme des systèmes ouverts en transactions continues avec leur environnement interne et externe.

variables les questions auxquelles elles font référence et les pistes de solutions à considérer^{14,15} (Tableau I).

Les cas étaient l'application du PQIIP dans les régions de Laval et de la Montérégie. La stratégie échantillonnale visait le contraste. Ces régions furent choisies en raison de caractéristiques populationnelles et organisationnelles différentes et du fait que des études et des communications avec des informateurs clés révélaient la présence de barrières à la vaccination¹⁶ (Tableau II). À l'intérieur des cas, au total, 43 entrevues semi-structurées ont été réalisées couvrant chaque catégorie de sites et d'acteurs contribuant au PQIIP.

Pour le sondage, un échantillon d'une taille permettant de distinguer le point de vue des sous-groupes des personnes de 60 ans et plus, des adultes atteints de maladies chroniques et des travailleurs de la santé à un seuil de 5 %, a été constitué par génération aléatoire de numéros de téléphones dans les ménages privés. L'échantillon a été pondéré pour la non-réponse et stratifié pour permettre une représentation suffisante des zones urbaines par rapport aux zones semi-urbaines et rurales au même seuil. La construction du questionnaire a tenu compte de la complexité de la décision de vaccination en considérant que plusieurs facteurs l'influencent et ne sont pas mutuellement exclusifs. Il a été pré-testé auprès de 15 personnes. Avec 996 entrevues complétées, le taux de participation s'établit à 52,6 %.

TABEAU II**Stratégie échantillonnale****Caractéristiques distinctives des cas**

Région de Laval	région essentiellement semi-urbaine, avec un petit nombre d'établissements de santé répartis sur un territoire restreint
Région de la Montérégie	région à la fois urbaine, semi-urbaine et rurale, avec un nombre assez élevé d'établissements de santé répartis sur un vaste territoire

Échantillonnage à l'intérieur des cas

Catégories de sites où le PQIIP est implanté	directions de santé publique des agences régionales, centres locaux de services communautaires (CLSC), hôpitaux de courte durée, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), cabinets médicaux privés
Catégories d'acteurs susceptibles de contribuer à la mise en œuvre du PQIIP interrogées en 2004 (N=43)	directeurs généraux, directeurs de santé publique, responsables du programme, représentants du département régional de médecine générale, vaccinateurs, représentants de 11 groupes d'influence tels les ordres et associations professionnels, les associations d'établissements et de malades

Répartition de l'échantillon ayant répondu au questionnaire* du sondage réalisé en janvier 2004 selon les catégories de personnes admissibles et selon la zone de résidence (N = 996)

Travailleurs de la santé (n=218)	22 %
Parents d'enfants atteints de maladie chronique (n=111)	11 %
Adultes de moins de 60 ans atteints de maladie chronique (n=360)	36 %
Personnes de 60 ans et plus (n=311)	31 %
Région de Laval (n=483)	48 %
Sous-région de la Montérégie urbaine (n=217)	22 %
Sous-région de la Montérégie semi-urbaine (n=150)	15 %
Sous-région de la Montérégie rurale (n=146)	15 %

* Le questionnaire comprenait une section sur les connaissances sur la grippe; une sur les habitudes de vaccination des quatre dernières années; une sur les facteurs ayant justifié la décision de recourir ou non à la vaccination; une sur les intentions futures face à la vaccination et sur les incitatifs susceptibles d'influencer ces intentions et enfin, une sur les caractéristiques sociodémographiques. Les personnes institutionnalisées n'étaient pas admissibles. Pour le pneumocoque, seul le statut vaccinal fut considéré car il s'agit d'une vaccination à vie.

L'administration, l'analyse statistique des différences entre les proportions vérifiées à l'aide de l'approximation normale de la distribution binomiale et le recrutement des clientèles pour les groupes de discussion furent confiés à la firme de sondage CROP. En fin d'étude, deux groupes de discussion de 6 à 10 personnes ont été tenus dans chaque région, un auprès d'un

échantillon des clientèles cibles et l'autre auprès de vaccinateurs. Cette modalité de retour aux participants¹⁷ permet aux chercheurs d'obtenir des réactions aux résultats préliminaires et accroît la validité pragmatique.

Conformément à l'approche analytique de Miles et Huberman¹⁸, des matrices furent construites pour supporter le proces-

TABLEAU III

La couverture vaccinale selon les catégories des personnes cibles*

Catégorie de groupe cible	Vaccinés pneumocoque % (marge d'erreur +/- %)	Vaccinés influenza en 2003-2004 % (marge d'erreur +/- %)	Jamais vaccinés influenza % (marge d'erreur +/- %)	Vaccination irrégulière influenza depuis 2000 % (marge d'erreur +/- %)
Travailleurs de la santé (n=218)	13 (4,4)	38 (6,4)‡	41 (6,5)	21 (5,4)
Adultes de moins de 60 ans atteints de maladie chronique (n=360)	33 (4,5)†	46 (5,2)	43 (5,1)	11 (3,3)
Personnes de 60 ans et plus (n=311)	28 (5,0)	45 (5,5)	41 (5,6)	14 (3,9)
Enfants de plus de 23 mois atteints de maladie chronique (n=107)	19 (7,4)	23 (8,1)	70 (8,7)	7 (5,0)

* Les résultats concernant les régions et sous-régions ne sont pas rapportés en raison de l'absence de différence statistiquement significative.

† La couverture des adultes atteints de maladie chronique se distingue statistiquement à un seuil de 5 % de celle des autres pour la vaccination contre le pneumocoque.

‡ La couverture des travailleurs de la santé se distingue statistiquement à un seuil de 5 % de celle des autres pour la vaccination contre l'influenza. Par ailleurs, tel qu'attendu, ils sont moins vaccinés contre le pneumocoque n'étant pas ciblés par le PQIIP.

TABLEAU IV

Raisons jugées importantes de recourir ou non à la vaccination selon le statut vaccinal et importance des incitatifs

Statut vaccinal	Travailleurs de la santé % (marge d'erreur +/- %)	Adultes atteints de maladie chronique % (marge d'erreur +/- %)	Plus de 60 ans % (marge d'erreur +/- %)
Raisons évoquées par les personnes vaccinées (n=518)	(n=128)	(n=208)	(n=182)
Éviter la grippe	81 (6,9)	88 (4,4)	86 (5,1)
Éviter de transmettre la grippe	61 (8,5)	58 (6,7)	52 (7,3)
Avoir reçu une recommandation du médecin	33 (8,1)	67 (6,3)†	54 (7,2)
Avoir obtenu un rendez-vous facilement	51 (8,7)	47 (6,8)	52 (7,3)
Avoir un lieu de vaccination à proximité	54 (8,6)	59 (6,7)	56 (7,2)
Être vacciné à un moment qui convient	56 (8,6)*	49 (6,8)	41 (7,2)
Raisons évoquées par les personnes non vaccinées (n=366)	(n=90)	(n=147)	(n=129)
Ne pas avoir besoin du vaccin en raison d'un bon état de santé perçu	68 (9,7)	49 (8,1)	71 (7,9)
Ne pas avoir confiance au vaccin	47 (10,3)*	29 (7,3)	40 (8,4)
Craindre les effets secondaires	37 (9,9)	29 (7,4)	43 (8,6)‡
Avoir manqué d'information	17 (7,7)	23 (6,8)	8 (5,0)
Ne pas avoir obtenu facilement un rendez-vous	21 (8,4)	23 (6,8)	5 (3,9)
Ne pas avoir reçu de recommandation du médecin	15 (7,5)	15 (5,9)	12 (5,7)
Importance des incitatifs chez les personnes non vaccinées n'ayant pas manifesté spontanément leur intention de se faire vacciner lors de la prochaine campagne (n=317)	(n=79)	(n=121)	(n=117)
Recevoir le vaccin lors d'une visite de routine	28 (9,9)	39 (8,7)†	14 (6,2)
Recevoir le vaccin dans n'importe laquelle des cliniques	33 (10,4)	39 (8,7)†	12 (6,1)
Recevoir le vaccin sans devoir prendre rendez-vous	22 (9,1)	31 (8,2)	15 (6,5)
Recevoir le vaccin en début ou en fin de journée ou les fins de semaine	31 (10,1)	29 (8,1)	7 (4,6)

* Les travailleurs de la santé se distinguent statistiquement des autres à un seuil de 5 % en accordant plus d'importance à être vacciné à un moment qui convient et au manque de confiance envers le vaccin. Par ailleurs, de manière attendue, ils se distinguent statistiquement à un seuil de 5 % des autres en qualifiant la recommandation du médecin de sans importance (résultats non montrés). Cela met en évidence des barrières d'accès à la vaccination et à l'information.

† Les adultes atteints de maladie chronique se distinguent statistiquement à un seuil de 5 % des autres en accordant plus d'importance à la recommandation du médecin et à la possibilité de recevoir le vaccin lors d'une visite de routine ou dans n'importe laquelle clinique. Par ailleurs, ils se distinguent statistiquement à un seuil de 5 % des autres en qualifiant les éléments liés à l'attitude que sont le manque de confiance au vaccin et la crainte des effets secondaires, de raisons sans importance (résultats non montrés). Cela met en évidence leur sensibilité aux barrières organisationnelles.

‡ Les personnes de 60 ans et plus se distinguent statistiquement des autres à un seuil de 5 % en accordant plus d'importance à la crainte des effets secondaires. Par ailleurs, de manière attendue, ils se distinguent statistiquement à un seuil de 5 % des autres en qualifiant les dimensions touchant les horaires, l'accès à l'information, l'obtention facile d'un rendez-vous de raisons sans importance. Ils ont aussi qualifié l'ensemble des incitatifs de sans intérêt pour eux (résultats non montrés). Cela met en évidence le fait que l'offre de service convient davantage aux caractéristiques de cette clientèle et la rejoint mieux.

sus d'analyse itératif. L'analyse ligne par ligne des enregistrements des entrevues et des groupes de discussion, suivie du découpage des données en segments ensuite codifiés, et d'une analyse transversale des cas, ont ainsi été réalisés. Globalement, la stratégie a permis de créer les conditions facilitant la saturation théorique.

Les approbations des comités d'éthique et de la recherche de Cité de la Santé-CHARL et de l'Hôpital Charles LeMoyné ont été obtenues.

RÉSULTATS

Les couvertures vaccinales sont en-deçà des objectifs fixés pour le PQIIP, notamment chez les enfants (Tableau III). Les travailleurs de la santé, en plus d'avoir une faible couverture, sont particulièrement touchés par le phénomène de vaccination irrégulière et 24 % d'entre eux pensent que de travailler dans le secteur de la santé n'est pas une raison importante pour être vacciné.

Le sondage a révélé le poids accordé aux croyances, aux différentes barrières d'accès

aux services et à l'information, ainsi qu'aux incitatifs. Les raisons auxquelles les participants accordent davantage d'importance sont communes. Toutefois, il existe des variations statistiquement significatives (Tableau IV). Les adultes atteints de maladie chronique se distinguent, en accordant plus d'importance à la recommandation du médecin et aux incitatifs d'accès. Les personnes de 60 ans et plus signalent proportionnellement plus fréquemment une crainte des effets secondaires. Les questions d'horaire sont

TABLEAU V

Résultats de l'analyse qualitative en lien avec les variables du Modèle de Moss*

Environnement externe	Résultats
Coût pour le patient	Le système manque de réactivité, il y a des occasions manquées, des doublages de services, concomitamment à un manque d'accès pour certaines clientèles. On s'explique mal l'attitude des travailleurs de la santé face à la vaccination.
Ressources informationnelles	L'information ne tient pas compte des crises et opportunités. On n'interpelle pas uniformément les publics cibles. La promotion, au niveau des contenus, des approches, des modes de diffusion ne répond pas aux attentes des clientèles et des vaccinateurs où on mise davantage sur l'écrit.
Légitimité	Il n'y a pas de mécanismes de collaboration entre les paliers pour faciliter la cohérence et l'harmonisation du discours et des modalités d'offre de service.
Groupes d'enjeux	Les associations se disent ouvertes et intéressées mais déplorent de ne pas être davantage mises à profit. En fait, les actions sont initiées isolément.
Prestige	Il n'y a pas de reconnaissance de la contribution et les quelques incitatifs utilisés sont financiers et attribués sans lien direct avec la performance.
Environnement interne	
Adhésion	Les modalités de conception et de prises de décisions tout comme le niveau de centralisation du PQIIP sont peu problématiques.
Attributs de l'organisation	Toutes les organisations peuvent contribuer. On connaît peu ou pas les modalités déployées par les autres dispensateurs et on pense que la contribution de chacun pourrait être optimisée.
Gestion des conflits	Il n'y a pas de conflits à l'interne des organisations. C'est dans les relations externes qu'on retrouve une compétition génératrice de conflits et de préjugés.
Buts et objectifs de l'organisation	Les activités s'intègrent facilement. Un mécanisme de rétroaction et de partage d'information sur l'expérience acquise avec le PQIIP aiderait à stimuler l'intérêt.

* Les données ont été recueillies sous le sceau de la confidentialité par deux interviewers de formation différente pour contrer les biais de l'interviewer et de réactivité. Les facteurs susceptibles de mettre les acteurs sur la défensive ont été identifiés et clairement exposés avant l'entrevue afin que le consentement soit éclairé. À partir des résultats illustrés dans ce tableau, les suggestions émises par les acteurs ont été confrontées aux données probantes afin d'évaluer leur potentiel en tant que solutions théoriquement fondées pour établir les recommandations présentées aux autorités concernées.

pour elles sans importance. Les travailleurs de la santé y accordent cependant de l'importance et se distinguent en signalant davantage leur manque de confiance envers le vaccin.

L'analyse qualitative et documentaire révèle que la conception du PQIIP s'effectue au palier central avec une absence quasi-totale d'implication des dispensateurs ou des groupes d'influence. Parallèlement, la prise de décision concernant la mise en œuvre est décentralisée au palier local, conduisant à une très grande variabilité de l'offre de service, où la clientèle a de la difficulté à se retrouver.

Peu de dispensateurs tentent d'adapter le PQIIP à leur réalité locale et la disponibilité des services reflète leurs intérêts propres. Aussi, ils sont confrontés à un contexte de pénurie, qui en place plusieurs en position de devoir arbitrer entre les énergies à consacrer à la vaccination par rapport aux autres services. Les instances régionales de santé publique n'ont qu'une autorité morale. Pour l'essentiel, elles transmettent les directives nationales et les exigences de la reddition de comptes qui témoignent peu de la performance réelle des dispensateurs.

L'application du modèle de Moss illustre l'influence des composantes environnementales (Tableau V). Pour l'environ-

nement interne des organisations, les données montrent que le PQIIP s'insère assez facilement dans les activités régulières, que les attributs des organisations ont peu d'impact, car le programme est peu complexe. Si sa conception est compatible avec l'ensemble des missions des organismes, un leadership local se traduisant par la désignation d'un responsable facilite l'atteinte des objectifs. Parallèlement, la capacité ou la volonté des décideurs d'investir davantage se trouve réduite en l'absence de mécanismes de rétroaction externes et de preuves de la rentabilité du PQIIP.

Pour l'environnement externe, les données révèlent qu'il n'existe aucune structure de gestion stratégique de l'information. Les groupes d'influence, bien qu'ils soient favorables aux objectifs du PQIIP et interagissent avec la clientèle cible, ne sont pas mis à contribution. De plus, l'engagement tend à diminuer en l'absence de sollicitation et les acteurs notent le peu de mesures incitatives efficaces. Ils ont souligné l'absence de mécanismes de collaboration, de coordination ou de partage d'information, qui se traduit par une compétition et le maintien de préjugés entre les catégories de dispensateurs.

DISCUSSION

Les données de couverture recueillies dans la présente étude vont dans le sens de celles obtenues dans les enquêtes nationales^{3-6,19}, où le PQIIP reste peu performant pour les personnes atteintes de maladie chronique et les travailleurs de la santé. L'étude est la première à mettre au jour la présence de barrières liées à l'organisation du système de santé, capables d'altérer sa performance, sans toutefois menacer sa survie.

Tel que prédit par Moss, ce sont les variables de l'environnement externe qui expliquent davantage la présence de barrières susceptibles d'entraver l'implantation du PQIIP. Ainsi, en lien avec la variable coût pour le patient, les résultats obtenus par la triangulation des données indiquent la présence de barrières organisationnelles exerçant une certaine influence dans la décision de recourir ou non à la vaccination. Elle s'exprime cependant différemment selon les catégories de clientèles. Si les adultes atteints de maladie chronique sont plus sensibles aux incitatifs, les travailleurs de la santé sont sensibles aux barrières organisationnelles et, comme dans d'autres études²⁰, ont davantage une vaccination irrégulière. Les données révèlent que le peu de proactivité des dispensateurs et de souplesse de l'offre de service peuvent

affecter l'accessibilité pour ces deux catégories de clientèles. Ces résultats plaident en faveur de l'adoption de stratégies adaptées aux divers sous-groupes de clientèles.

En lien avec les variables ressources informationnelles et légitimité, on a vu que la stratégie de promotion ciblant la population est incomplète, autant par l'absence d'une approche marketing capable de la toucher que par l'absence d'un contenu répondant à ses interrogations. Pour les dispensateurs ou les partenaires, on mise davantage sur l'utilisation de matériel écrit que sur la communication directe. Or, aucune donnée probante ne garantit l'efficacité de ce type de matériel promotionnel comme stratégie unique¹¹. Cette faiblesse n'est pas compensée par des mesures incitatives efficaces. Les systèmes d'information dont dispose la santé publique ne permettent pas de faire le lien entre le financement accordé et les résultats obtenus. Ce problème réduit la portée du recours aux incitatifs financiers et limite leur efficacité, tel que prédit dans le modèle pour la variable prestige.

De plus, il n'existe pas de mécanismes de collaboration ou de reconnaissance de la contribution, pas plus que d'initiatives de support aux activités cliniques des dispensateurs qui auraient pu compenser^{21,22}. Les données témoignent de l'isolement des acteurs et de la dynamique de concurrence vis-à-vis la clientèle traditionnelle des aînés sont bien en lien avec la variable groupe d'enjeux du modèle. Cela explique les dédoublements, malgré un contexte de rareté de ressources et d'accès plus difficile pour les clientèles ayant les plus faibles couvertures.

Malgré la richesse des résultats générés par l'adoption d'un devis mixte, l'étude comporte certaines limites. Pour le sondage, les données auto-rapportées sont susceptibles au biais de mémoire. Cependant, plusieurs études ont montré que les résultats restent valides²³. On pourrait suspecter un biais de sélection ou de désirabilité. La triangulation de données de diverses sources résout en partie ce problème. Comme pour tous les devis qualitatifs, la principale limite concerne la généralisation. On y remédie par un échantillonnage suffisamment diversifié pour permettre une large application. Également, l'absence de différence statistiquement significative jumelée à une quasi-absence de

différence dans l'analyse qualitative des résultats entre les régions ou sous-régions permettent de croire que le potentiel de généralisation est important.

Malgré une description dense, d'autres travaux devront tester les implications de ces résultats. Également, les résultats indiquent la pertinence d'initier des recherches sur les facteurs qui influencent la décision de toutes les catégories de travailleurs et sur les modes optimaux de mise en œuvre du PQIP, notamment en ce qui concerne le partage optimal des rôles et responsabilités.

CONCLUSION

La présente étude a mis en lumière des barrières organisationnelles, qui sans être la principale cause de non-vaccination, ont une influence indéniable. L'intérêt de contrer ces barrières se justifie si on considère que près du quart des participants, dont la moitié n'avaient pas indiqué de barrières reliées aux croyances, étaient indécis quant à leur intention future de vaccination et que près des trois quarts des non-vaccinés avaient consulté un professionnel pendant la campagne de vaccination contre l'influenza.

L'étude a aussi permis d'identifier les variables d'influence permettant d'élaborer des recommandations adaptées au contexte. En cohérence avec le modèle de Moss, les facteurs explicatifs sont davantage stratégiques que structuraux. Ils sont trop souvent négligés alors qu'ils permettent d'envisager de nouvelles pistes de solutions. Ainsi, pour lever les barrières organisationnelles, les autorités de santé publique devraient considérer en priorité une gestion stratégique de l'information et de l'environnement. Cela implique autant la mise en place de mécanismes de coordination et de collaboration que de rééquilibrer le recours aux incitatifs en tablant davantage sur la rétroaction positive, tout en continuant de miser sur des incitatifs financiers dont l'efficacité devra être renforcée.

RÉFÉRENCES

- Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Coût-efficacité et coût-utilité d'un programme d'immunisation contre le pneumocoque au Québec. *CETS 98-4 RF* 1998;1-72.
- Nichol KL, Lind A, Margolis KL, Murdoch M, McFadden R, Hauge M et coll. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *N Engl J Med* 1995;333(14):889-93.
- Guay M, De Wals P. Vaccination contre la grippe dans Enquête sociale et de santé 1998. *Institut de la statistique du Québec* 2000; chapitre 23.
- Flores J, Douville-Fradet M, Côté L, Guay M, Haché M, Boulianne N et coll. Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2001-2002. *Rapport conjoint de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec* 2003;1-80.
- Guay M, Valiquette L, Boulianne N, Douville-Fradet M, Landry M, Paré L et coll. Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque 2003-2004. *Rapport conjoint de l'Institut de la statistique du Québec et de l'Institut national de santé publique du Québec* 2004;1-37.
- Johansen H, Nguyen K, Mao L, Marcoux R, Gao RN, Nair C. La vaccination contre la grippe. *Rapports sur la santé, Statistiques Canada* 2004;15(2):35-44.
- Centers for Disease Control and Prevention. Reasons reported by Medicare beneficiaries for not receiving influenza and pneumococcal vaccinations. *MMWR* 1996;48(39):886-90.
- Gene J, Espinola A, Cabezas C, Boix C, Comin E, Martin F et coll. Do knowledge and attitudes about influenza and its immunization affect the likelihood of obtaining immunization? *Fam Pract Res* 1992;12(1):61-73.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec. Bibliothèque nationale du Québec 2004; chapitre 11.
- Andrew MK, McNeil S, Merry H, Rockwood K. Rates of influenza vaccination in older adults and factors associated with vaccine use: A secondary analysis of the Canadian Study of Health and Aging. *BMC Public Health* 2004;4(36):1-8.
- Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR et coll. Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000;18(1S):97-140.
- Ndiaye SM, Hopkins DP, Smith SJ, Hinman AR, Briss PA, Task Force on Community Preventive Services. Methods for conducting systematic reviews of targeted vaccination strategies for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* 2005;28(5S):238-47.
- Willis BC, Ndiaye SM, Hopkins DP, Shefer A, Task Force on Community Preventive Services. Improving influenza, pneumococcal polysaccharide, and hepatitis B vaccination coverage among adults aged <65 years at high risk. *MMWR* 2005;54(RR-5):1-11.
- Doyle DM, Dauterive R, Chuang KH, Ellrodt AG. Translating evidence into practice: Pursuing perfection in pneumococcal vaccination in a rural community. *Respir Care* 2001;46(11):1258-72.
- Moss N. An organization-environment framework for assessing program implementation. *Evaluation and Program Planning* 1983;6:153-64.
- De Wals P, Drapeau J. Study of immunization promotion against influenza in nursing homes and long term care facilities in Québec. *Can J Public Health* 1996;87(5):305-7.
- Kurzer RA. *Focus Group. A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- SOM. Sondage sur la campagne de vaccination contre la grippe. *SOM recherches et sondages* 2004;1-50.
- Russell ML, Yau A, Baptiste B, Rowntree C, Robb J, Hill S. Improving the public health/physician partnership for influenza vaccination. *Can J Public Health* 2005;96(2):155-58.

21. Eisenhardt K. Agency theory: An assessment and review. *Acad Management Review* 1989;14(1):57-74.
22. Moe TC. The new economics of organisation. *Am J Pol Sci* 1984;28(4):739-77.
23. Zimmerman RK, Raymund M, Janosky JE, Norwalk MP, Fine MS. Sensitivity and specificity of patient self-report of influenza and pneumococcal polysaccharide vaccinations among elderly outpatients in diverse patient care strata. *Vaccine* 2003;(21):1486-91.

Reçu : 27 janvier 2006

Accepté : 21 août 2006

ABSTRACT

Context: Despite the implementation of a Quebec immunization program against influenza and pneumococcal disease (PQIIP), vaccine coverage has remained low. There have been many studies on personal barriers to vaccination, but few have explored other kinds of barriers.

Objectives: To explore the presence of barriers in relation to the organization of the health care system and to propose recommendations for increasing vaccine coverage.

Methods: Within a mixed protocol, a phone survey of 996 people in the target population and a case study implicating the follow-up of the PQIIP with all the site and actor categories via 43 semi-structured interviews and 4 focus groups were realized. Survey data underwent a descriptive statistical analysis. Qualitative analysis followed the Miles and Huberman approach.

Results: The results indicate the presence of barriers with regard to information accessibility. These include access to: the physicians' recommendation, knowledge of the efficacy or the security of vaccines, and admissibility of clients to the PQIIP. Organizational barriers were also found to limit access to vaccination, especially in terms of restricted choices of time and location. Coordination and incentives mechanisms are not optimal. Removal of organizational barriers depends more on strategic rather than structural factors.

Conclusion: Addressing organizational barriers should be an important component of strategies aimed at improving vaccine coverage. Public health authorities should focus on strategic management of the information and inter-organizational environment.

La santé publique au Canada à la croisée des chemins...

Depuis 1910, l'ACSP est l'unique porte-parole national de la santé publique au Canada. L'Association :

- ☑ encourage la participation des citoyens à l'élaboration des politiques et des programmes de santé publique;
- ☑ rassemble divers particuliers et organismes, qui peuvent ainsi s'exprimer à l'unisson sur les enjeux de la santé publique au Canada et dans le monde; et
- ☑ se fait le maître d'œuvre d'un accès universel et équitable aux conditions fondamentales pour atteindre l'objectif de la santé pour tous.

Les membres de l'ACSP sont sa force et lui donnent sa crédibilité, ses orientations et son pouvoir. Pour continuer à être le porte-parole de la santé publique, l'ACSP a besoin de votre savoir-faire et de votre appui.

Unissez votre voix aux nôtres.

Joignez-vous à l'ACSP dès aujourd'hui.

Téléphonez-nous en composant le (613) 725-3769, poste 118,
envoyez-nous un courriel à l'adresse membership@cpha.ca
ou visitez-nous en ligne sur le site <http://www.cpha.ca/adhesion>

**Association canadienne
de santé publique**

porte-parole de la santé
publique au Canada
depuis 1910.