

Rapport de recherche

# Les obstacles à la vaccination contre l'influenza au Québec : Impacts, déterminants et pistes de solutions

**Yanick Labrie, M. Sc**

Économiste, collaborateur du Pôle santé HEC Montréal

**Nadia Benomar, M. Sc**

Coordonnatrice, chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal

## AVEC LA COLLABORATION DE :

**Chênevert Denis, Ph. D.**

Professeur titulaire, Directeur Pôle santé HEC Montréal

**Émilie Bouffard**

Assistante de recherche, Pôle santé HEC Montréal

**Patrick Groulx, Ph. D.**

Assistant de recherche, Pôle santé HEC Montréal



## Table des matières

Sommaire exécutif.....	3
Mandat du Pôle santé HEC Montréal .....	6
Éléments de contexte.....	9
La couverture vaccinale contre la grippe au Québec et au Canada.....	9
Les programmes d’immunisation contre la grippe.....	10
Évolution de la situation au Québec et dans les autres provinces .....	10
Évaluation du programme universel de vaccination contre la grippe : le cas de l’Ontario .....	12
Fardeau de la grippe .....	14
La morbidité et la mortalité liée à la grippe .....	14
Les risques de décès liés à la grippe.....	15
L’utilisation des ressources en santé (consultations, hospitalisations) .....	16
L’absentéisme et les pertes de productivité du travail .....	17
Estimation des coûts directs de la grippe au Québec.....	17
L’avis des experts : freins à la vaccination et pistes de solution.....	21
Les freins à la vaccination contre la grippe saisonnière.....	21
L’efficacité du vaccin de l’influenza au cœur des réticences de la population à se faire vacciner .....	21
Les perceptions sur l’influenza : un virus sous-estimé.....	23
Les freins liés aux comportements des individus à l’égard de la vaccination .....	25
Défis logistiques de la campagne de vaccination .....	26
La communication.....	27
Les pistes de solutions.....	28
Pour répondre aux enjeux d’efficacité.....	28
Pour répondre aux enjeux de perception liée au virus.....	29
Pour changer les comportements des individus et répondre aux défis logistiques .	30
Pour répondre aux enjeux de communication .....	32
Conclusion .....	36
Bibliographie .....	38

## Sommaire exécutif

Malgré les recommandations des experts de la santé publique, les campagnes de sensibilisation et les programmes publics d'immunisation, les taux de vaccination contre la grippe au Canada demeurent inférieurs aux objectifs fixés par les gouvernements au pays. Les données comparatives à ce sujet montrent toutefois que la situation est pire au Québec que dans les autres provinces.

Dans cette deuxième phase du projet, l'équipe de recherche a réalisé une évaluation économique de l'ampleur du fardeau de la grippe au Québec, en tenant compte des coûts directs et des coûts indirects qui y sont associés. L'équipe a aussi recueilli les opinions de 13 experts du milieu de la santé quant aux barrières à la vaccination contre la grippe saisonnière au Québec ainsi qu'aux pistes de solution qui permettraient à la province de se rapprocher des cibles fixées par le gouvernement québécois.

### Fardeau de la grippe

Ainsi, on estime que les dépenses de santé liées aux consultations en cabinet de médecin et aux visites à l'urgence se sont élevées à 17,2 millions \$ pour le gouvernement du Québec en 2022 (hormis les médicaments). Les séjours hospitaliers en raison de complications liées à la grippe ont pour leur part entraîné des coûts en soins de santé estimés à 84,2 millions \$, soit près de 11 000 \$ par hospitalisation (excluant les médicaments).

L'équipe de recherche a également mené une évaluation de l'ampleur des coûts indirects de la grippe, notamment les pertes de productivité en raison de l'absence du travail pour les personnes qui détiennent un emploi et du renoncement aux activités de travail non rémunéré (les activités de bénévolat, de proche aidant, les tâches ménagères ou la garde d'enfants) pour toutes les personnes touchées par la grippe. En 2022, le coût associé aux pertes de temps de travail lié à la grippe a été estimé à 292,6 millions \$ au Québec.

### Freins

L'analyse des entrevues avec ces experts a permis de mettre en lumière cinq types de freins majeurs à la vaccination contre la grippe.

D'après les experts rencontrés, un premier facteur important d'hésitation à se faire vacciner découle de la **perception générale des gens sur l'efficacité des vaccins** contre la grippe. En

effet, une perception répandue au sein de la population québécoise semble être que l'efficacité des vaccins est très variable d'une année à l'autre et ne serait pas un moyen jugé utile pour se protéger adéquatement de la maladie.

Un deuxième frein à la vaccination contre l'influenza identifié par les experts est lié à la **méconnaissance de la maladie** et de ses conséquences. En effet, plusieurs personnes sous-estiment les risques qu'elles attrapent la maladie et les conséquences qui pourraient en résulter pour leur santé. Il est plus difficile de motiver la population à se faire vacciner lorsque la maladie dont on souhaite de protéger est jugée banale.

Une troisième catégorie de freins à la vaccination est reliée aux **comportements individuels**, qui peuvent engendrer des réticences à se faire vacciner. Ces comportements d'ordre individuel peuvent toucher la crainte des effets secondaires, la phobie des seringues, ou tout simplement l'estimation erronée des risques et bénéfices de la vaccination contre la grippe.

Un quatrième type de frein soulevé par les experts concerne les **aspects logistiques** de la campagne de vaccination. Le cadre de production du vaccin contre la grippe et le caractère variable de la période du pic d'infection compliquent très souvent la logistique entourant la mise à disposition des vaccins, ce qui peut dissuader certains professionnels de rendre disponible la vaccination dans leur pharmacie ou clinique médicale.

Le cinquième et dernier frein évoqué par les experts au cours des entrevues concerne les nombreux **défis liés à la communication**. Selon les experts interviewés, le flou qui subsiste quant à l'identité des bénéficiaires du programme d'immunisation contre la grippe et aux moyens d'obtenir le vaccin a pour effet de décourager un certain pan de la population de se faire vacciner, notamment des personnes considérées plus à risque de développer des complications liées à la maladie.

### **Pistes de solutions**

Les experts insistent sur l'importance d'un accès facile et convivial pour inciter les gens à aller se faire vacciner et augmenter le taux de vaccination. Ils suggèrent plusieurs initiatives qui pourraient être mises en place afin d'améliorer l'accès, notamment l'établissement de cliniques de vaccination dans divers lieux actuellement sous-utilisés. Ils suggèrent également une semaine annuelle dédiée à la promotion active de la vaccination et d'offrir un service de prise de rendez-vous pour la vaccination en ligne qui soit efficace et facile à utiliser.

Les experts soulignent le rôle fondamental que les professionnels de la santé doivent jouer afin d'informer et de sensibiliser les gens en matière de vaccination. À cet égard, il est essentiel que la communauté médicale appuie les recommandations des autorités de santé publique en matière de vaccination, et que ses principaux acteurs soient bien au fait du fonctionnement du programme d'immunisation contre la grippe.

En termes de communication, les experts sont d'avis qu'il faut porter une attention particulière à la fréquence, à la clarté, à la simplicité et à la justesse du message pour que les gens se sentent plus interpellés à aller se faire vacciner. Les experts insistent aussi sur l'importance de partager des informations fiables et véridiques basées sur des données scientifiques probantes et qui proviennent de sources crédibles.

De nombreux experts rencontrés ont salué l'initiative du gouvernement du Québec d'offrir gratuitement les vaccins contre la grippe à l'ensemble de la population lors de la saison grippale 2022 et souhaité que celle-ci soit pérennisée dans le futur. Selon ces experts, le financement du programme d'immunisation contre la grippe est important pour envoyer un message quant à l'importance de la vaccination et au sérieux de la démarche. En revanche, d'autres experts sont plutôt d'avis qu'il faudrait augmenter les efforts en santé envers les personnes pour qui cela a le plus d'impact, soit les personnes vulnérables et non pas l'ensemble de la population.

## Mandat du Pôle santé HEC Montréal

En 2020, le taux de vaccination contre la grippe au Québec s'élevait à 58,6 % pour les personnes âgées de plus de 65 ans, et à 30,9 % pour les adultes de 18 à 64 ans atteints de maladies chroniques (Trottier et Dubé, 2022). Ces taux de couverture vaccinale, bien qu'en légère amélioration, continuent d'être en dessous de l'objectif de 80 % pour les personnes jugées à risque fixé par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Qu'est-ce qui explique la réticence des Québécois à se faire vacciner ? Quel impact ce faible taux de couverture peut-il avoir, tant sur la santé de la population que sur l'économie québécoise ? Quelles solutions peuvent être mises en place pour améliorer ces taux de vaccination et permettre à la province d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés ? Voilà autant de questions sur lesquelles l'équipe de recherche du Pôle santé HEC Montréal s'est penché en mettant sur pied un projet de recherche en deux phases<sup>1</sup>.

Lors de la première phase du projet, l'équipe de recherche a réalisé une revue de littérature scientifique et a procédé à un sondage auprès des Québécois afin de bien saisir les barrières à la vaccination dans la province. Les résultats de cette première phase, intégrés dans un rapport de recherche publié en novembre 2022, ont permis de dresser plusieurs constats :

En premier lieu, les déterminants de la non-vaccination identifiés dans la littérature peuvent être répartis en trois catégories, à savoir :

- **Ceux liés aux caractéristiques démographiques** : l'âge et le niveau de scolarité ont ainsi une incidence sur la probabilité à se faire vacciner contre la grippe. Plus on est âgé et plus on est scolarisé, plus on est porté à se faire vacciner.
- **Ceux liés aux habitudes de vie** : le fait d'avoir reçu une recommandation d'un médecin de famille influence positivement la vaccination. À l'inverse, le recours à des solutions alternatives (naturopathes, etc.) influence négativement le recours à la vaccination.

---

<sup>1</sup> L'équipe de Pôle Santé HEC remercie les organisations qui ont supporté financièrement le projet, dont Sanofi, Seqirus et Pfizer. Aucune organisation n'a eu droit de regard sur les résultats de cette étude et les auteurs demeurent entièrement responsables du contenu, incluant de possibles erreurs ou omissions.

- **Ceux liés aux perceptions de l'individu** : plus on se pense vulnérable face à la maladie, plus on est porté à se faire vacciner ; moins on pense que le vaccin est efficace ou que le virus est sévère, moins on est porté à se faire vacciner.

En deuxième lieu, le sondage mené auprès de la population québécoise a permis de dresser trois profils bien différents de Québécois.

- **Ceux qui se font toujours vacciner** sont en règle générale des personnes de plus de 65 ans et ceux atteints d'au moins une maladie chronique. Ce profil de Québécois a généralement accès à un médecin de famille ou une forte confiance dans l'information provenant des scientifiques, des gouvernements et des médias concernant les vaccins. Les résultats du sondage ont en effet révélé que 76 % des répondants vaccinés chaque année ont confiance dans l'information transmise par les scientifiques et les autorités gouvernementales.

Pour ce profil de Québécois, la perception de la gravité de la maladie outrepassa la perception des obstacles (la douleur du vaccin, le temps que cela prend pour se faire vacciner et les effets secondaires). Finalement, les répondants ayant un revenu plus élevé sont davantage enclins à se faire vacciner chaque année.

- **Ceux qui ne se font jamais vacciner** sont en règle générale plus jeunes et affichent une plus grande méfiance à l'égard de l'information transmise par les scientifiques, les gouvernements et les médias quant à la vaccination. Ainsi, seuls 45 % des répondants qui refusent d'être vaccinés admettent avoir confiance dans l'information fournie par les scientifiques à l'égard des vaccins. Cette proportion chute à 41 % lorsque l'information provient des gouvernements et à 40 % lorsqu'elle est véhiculée par les médias. Ce profil de Québécois enregistre une forte perception des obstacles et une faible perception des avantages à la vaccination. C'est enfin le profil qui affiche une plus grande croyance aux méthodes alternatives plutôt qu'au vaccin.
- **Ceux qui ne se font vacciner qu'occasionnellement** constituent le troisième et dernier profil de Québécois. Ce profil demeure plus difficile à caractériser et se rapproche sensiblement du deuxième profil à un détail près : la perception des obstacles aux vaccins n'est pas un facteur significatif. En effet, pour ce profil, le fait d'être jeune et en bonne santé augmente les probabilités de se faire vacciner qu'occasionnellement. Ce profil de Québécois a par ailleurs davantage confiance en l'information que les

répondants qui ne se font jamais vacciner, mais moins que ceux/celles qui se font vacciner annuellement. Il en est de même pour les avantages du vaccin et leur perception de vulnérabilité. Ces répondants croient moins aux méthodes alternatives et perçoivent davantage la gravité de la maladie que ceux du deuxième profil. Il faut souligner que pour ce profil, la perception de la gravité des conséquences de la grippe est un déterminant significatif, lequel augmente les chances que les répondants se fassent vacciner occasionnellement.

À la suite de ces premiers constats, l'équipe de recherche a entamé la deuxième phase du projet, qui visait à obtenir l'avis d'experts du milieu de la santé quant aux barrières identifiées dans la phase 1 et voir comment celles-ci se rapportent à leur lecture de la situation du Québec. Nous avons donc identifié une liste de 34 experts québécois et leur avons soumis une invitation à participer à l'étude. Une mention du caractère confidentiel et volontaire de leur participation figurait dans l'invitation. Au total, 13 experts ont accepté l'invitation. Ces experts ont tous et toutes des compétences reconnues, en lien avec l'immunologie, la virologie, la pharmacie, la médecine générale ou la santé publique, et exercent leur profession au sein d'organisations gouvernementales ou privées, généralement sans but lucratif. Le recrutement des experts s'est fait par la méthode non probabiliste par réseaux (Fortin et Gagnon, 2016). L'envoi d'un courriel préalable à l'entrevue nous a permis d'obtenir le consentement des personnes interviewées et de leur assurer que leurs avis seraient recueillis dans un contexte d'anonymat plein et entier. Le protocole de recherche a également été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal.

Ces entrevues individuelles semi-dirigées de 40 à 60 minutes se sont déroulées entre les mois de février et avril 2023, via la plateforme de visioconférence TEAMS. Les propos des experts ont été enregistrés, lorsque nous avons obtenu le consentement, pour fins de retranscription et pour s'assurer d'exprimer le plus fidèlement possible les opinions émises.

Les constats, issus de l'analyse de ces entrevues, combinés à l'évaluation du fardeau économique de la grippe, font l'objet de ce deuxième rapport de recherche.

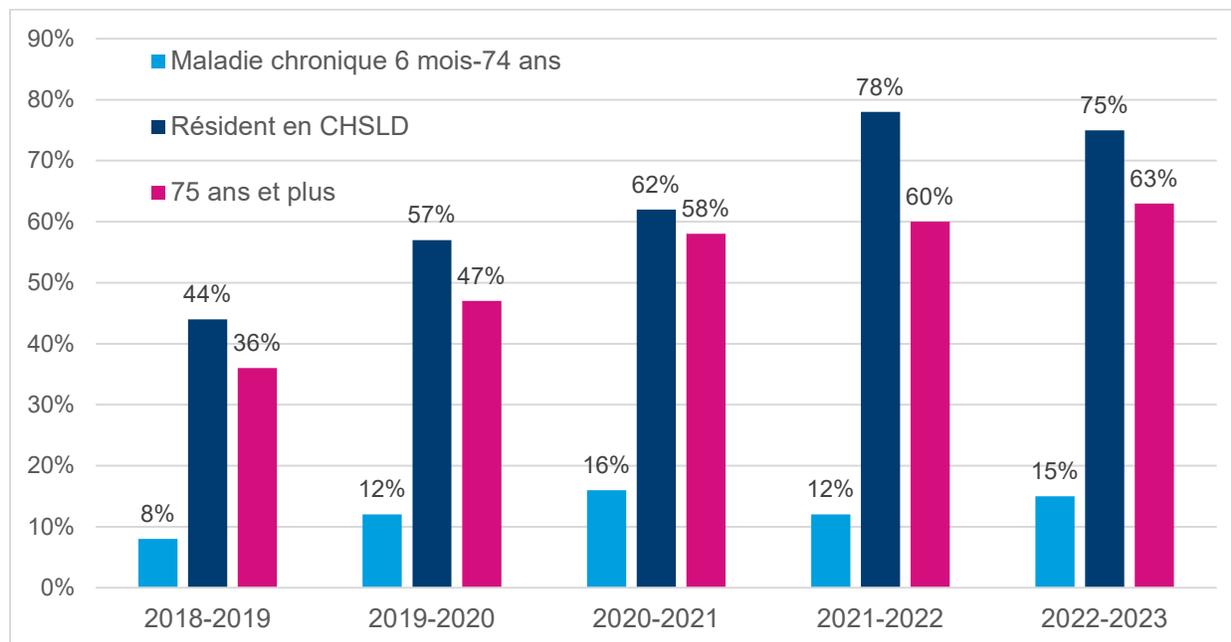
## Éléments de contexte

### La couverture vaccinale contre la grippe au Québec et au Canada

La vaccination antigrippale annuelle des groupes jugés à risque élevé de complication grave est recommandée dans le cadre des programmes de vaccination au Canada. C'est le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) qui émet les recommandations de vaccination antigrippale dans toutes les provinces canadiennes à l'exception du Québec. La vaccination antigrippale est recommandée et financée pour toute personne âgée de 6 mois et plus sans contre-indication dans l'ensemble des provinces hormis le Québec. Au Québec, c'est le Comité sur l'immunisation du Québec qui formule les recommandations de vaccination antigrippale pour la province sur une base annuelle. Ainsi, jusqu'à l'automne 2022, la vaccination antigrippale n'était financée que pour certains groupes à haut risque de complication grave liée à la grippe, comme les personnes âgées de 75 ans, ainsi que ceux susceptibles d'être des vecteurs de transmission de la grippe, tels que les travailleurs de la santé. Depuis, la province propose un programme universel sur une base annuelle.

Malgré la fourniture de vaccins antigrippaux financés par l'État et les avantages importants par rapport au faible risque de la vaccination, les taux de couverture vaccinale contre la grippe au Canada sont demeurés sous-optimaux pour les groupes à risque élevé de complications graves. Les données comparatives à ce sujet montrent toutefois que la situation est plus défavorable au Québec que dans le reste du Canada (Gravagna et coll., 2022). En effet, les taux de vaccination contre la grippe saisonnière au Québec demeurent nettement inférieurs aux objectifs fixés par le gouvernement depuis la mise en place du programme. On observe néanmoins une hausse des taux de couverture vaccinale ces dernières années (Figure 1). C'est surtout chez les personnes âgées de 75 ans et plus et celles hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) que les taux de vaccination contre la grippe ont le plus progressé depuis cinq ans. Alors que seulement 36 % des personnes de 75 ans et plus avaient choisi de se faire vacciner en 2018-2019, ce taux s'est élevé à 63 % en 2022-2023. Pour les résidents des CHSLD, le taux de couverture vaccinale contre la grippe est passé de 44 % à 75 % durant cette période. En ce qui concerne les personnes de moins de 75 ans atteintes de maladies chroniques, le taux de vaccination (15 % en 2022-2023) reste bien en deçà des cibles fixées par le gouvernement, malgré la lente progression des dernières années.

**Figure 1 — Taux de couverture vaccinale contre l’influenza - au moins une dose - selon la raison d’administration et l’année de vaccination, certains groupes de la population du Québec ciblés par le PIIQ, 2018-19 à 2022-23.**



Source : Registre de la vaccination du Québec, Infocentre de santé publique du Québec

## Les programmes d’immunisation contre la grippe

### Évolution de la situation au Québec et dans les autres provinces

Au Canada, il n’existe pas de programme harmonisé d’immunisation contre la grippe, étant donné que la santé est une compétence de responsabilité provinciale. De ce fait, depuis leur création, les programmes de vaccination ont varié d’une province à l’autre, en termes d’étendue et de générosité (Andrew et McNeil, 2021). Ce contexte unique a tendance à entraîner des variations interprovinciales dans les calendriers de vaccination et les produits vaccinaux financés. Ainsi, jusqu’à la campagne de vaccination de l’automne 2022, toutes les provinces et tous les territoires recommandaient et finançaient publiquement la vaccination antigrippale universelle pour toutes les personnes âgées de 6 mois et plus en l’absence de contre-indications, à l’exception du Québec.

En effet, le gouvernement du Québec a instauré son programme de vaccination contre la grippe en 1971. Initialement, seules les personnes de 65 ans ou plus, celles souffrant de maladies

chroniques ou vivant en centres d'hébergement de longue durée, et le personnel médical œuvrant auprès de ces patientèles pouvaient recevoir un vaccin gratuit contre la grippe. En 2000, le programme fut élargi pour offrir gratuitement la vaccination aux personnes de 60 ans et plus et à celles vivant avec des personnes plus à risque de complications liées à l'influenza. En 2004, les jeunes enfants de 6 à 23 mois ont été ajoutés au programme, étant considérés comme plus à risque d'être infectés par le virus et d'être hospitalisés (Guay et coll., 2007).

À l'automne dernier, alors que le gouvernement du Québec avait annoncé une couverture restreinte pour la saison 2022-2023 — la vaccination contre l'influenza n'était alors plus recommandée par l'INSPQ pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et pour les adultes de 60 à 74 ans en bonne santé (Brousseau et coll. 2020) —, il a été décidé au cours de la campagne de vaccination (le 25 novembre 2022) d'étendre exceptionnellement la couverture gratuite à l'ensemble de la population qui en faisait la demande dans la mesure où l'automne 2022 constituait un contexte particulier avec une propagation intensive des virus respiratoires hivernaux. En effet, le gouvernement du Québec cherchait à limiter le fardeau sur le système de santé à la suite de l'identification de trois facteurs de risques : « *L'élargissement de la vaccination sera exceptionnel pour cette année et réévalué l'année prochaine. Cette décision a été prise dans le contexte actuel particulier de la circulation d'un trio de virus et de l'achalandage important dans nos urgences. La croissance marquée de l'influenza, la présence du virus respiratoire syncytial (VRS) et celle encore importante de la Covid-19, combinée à l'arrivée imminente de la période des Fêtes, justifiait l'élargissement de l'accès au vaccin contre l'influenza.* » (Gouvernement du Québec, 2022). Il en est de même pour la saison 2023-2024 (Gouvernement du Canada, 2022).

Il semble donc que le programme universel de vaccination contre la grippe (PUVG) prenne graduellement de l'ampleur au sein des différentes juridictions canadiennes. Rappelons que l'Ontario a été la première à recommander et à financer publiquement le vaccin antigrippal pour tous les résidents d'une province au Canada ; il s'agissait même d'une première à l'échelle mondiale. Avant l'an 2000, la politique ontarienne en matière de vaccination contre la grippe consistait à ne financer que les groupes à haut risque, tels que les personnes de plus de 65 ans et celles souffrant de maladies chroniques, conformément aux recommandations traditionnelles. Ce programme, qui fut lancé davantage dans un souci de désengorgement des salles d'urgence que comme réponse au fardeau élevé de la grippe (Ward, 2014), semble avoir touché certaines cordes au sein des différentes juridictions, y compris le Québec, dans un contexte Covid-19 où les ressources sont utilisées au maximum et mises à rude épreuve.

## Évaluation du programme universel de vaccination contre la grippe : le cas de l'Ontario

Comme nous l'avons souligné précédemment, le programme ontarien de vaccination universelle — Universal Influenza Immunization Program (UIIP) — fut un programme novateur au moment de sa mise en place, au début des années 2000. Il offre l'accès gratuit à la vaccination contre la grippe à tout individu : « ... [de] 6 mois et plus, habitant, travaillant ou étudiant en Ontario [trad. libre] ». (Ontario Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care; 2022). Le programme identifie, par ailleurs, un ensemble de groupes à risque de complications de la grippe. Ces groupes sont similaires à ceux du Québec (après le 25 novembre 2022) ainsi que les travailleurs essentiels et ceux de l'industrie avicole (Ontario Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care; 2022). Dans le cadre de ce programme, les avantages de la vaccination sont promus par de vastes campagnes médiatiques et des vaccins antigrippaux sont offerts gratuitement dans les cabinets de médecins, les cliniques, les pharmacies, par les bureaux de santé publique locaux et en milieu de travail.

Plusieurs études ont examiné les effets du programme universel ontarien et les données probantes sur ses bénéfices sont ambiguës. Si les premières études se sont montrées davantage critiques du programme, celles qui ont suivi (utilisant une méthodologie plus robuste) ont conclu que ses retombées sur les plans clinique et économique étaient globalement positives. Il semble ainsi s'être dégagé au fil du temps un consensus selon lequel le programme universel méritait d'être maintenu en Ontario.

En effet, les premières études ayant examiné l'impact du PUVG en Ontario au cours de ses cinq premières années de mise en œuvre ont conclu qu'il n'avait pas mené à une diminution de l'incidence de la grippe ni des visites à l'urgence, malgré l'augmentation des ressources financières consacrées à la promotion et à la distribution de vaccins au sein de la population (Groll et Henry, 2002 ; Groll et Thomson, 2006). Parmi ces études, Moran et coll. (2009) ont constaté que les taux de vaccination contre la grippe parmi les enfants à haut risque étaient en deçà des cibles fixées par la province (70 %) et, pour les enfants de 6 à 23 mois, inférieurs à ceux dans la moyenne des autres provinces (en 2007). Dans une autre étude, Polesina et ses collaborateurs (2012) ont montré que l'Ontario affichait globalement des taux plus élevés de vaccination contre la grippe en 2007-2008 par rapport aux autres provinces, après la prise en compte de divers facteurs dont la présence de maladie chronique, l'âge, le revenu, le sexe, l'usage du tabac, le fait d'avoir un médecin régulier et l'état de santé perçue. Cependant, leurs

résultats ont également révélé que les personnes âgées de 65 ans ou plus atteintes d'une maladie chronique dans les autres provinces étaient plus susceptibles d'avoir été vaccinées contre la grippe en 2007-2008 que les personnes vivant avec les mêmes conditions en Ontario. Selon les auteurs, ces résultats s'expliqueraient par le fait que les personnes plus jeunes (12 à 24 ans) et moins à risque se sont fait davantage vacciner en Ontario que dans les autres provinces canadiennes sans programme universel en 2007-08.

Toutefois, d'autres chercheurs qui ont évalué le PUVG en utilisant des échantillons de données et des méthodologies différentes de leurs prédécesseurs ont pour leur part constaté qu'il générerait des résultats globalement positifs. Ainsi, Kwong et ses collègues (2008) ont montré qu'après l'introduction du programme universel d'immunisation contre la grippe en Ontario, la mortalité, les hospitalisations et les visites à l'urgence ont diminué davantage dans cette province que dans le reste du Canada. Après l'introduction du programme, la mortalité associée à la grippe pour l'ensemble de la population a diminué de 74 % en Ontario, comparativement à 57 % dans les autres provinces. Notons cependant que, dans les analyses par âge, seules les baisses de mortalité chez les personnes âgées de plus de 85 ans se sont avérées statistiquement significatives. L'étude a également révélé que dans l'ensemble, l'utilisation des soins de santé associés à la grippe a diminué davantage en Ontario (baisse de 75 %) que dans les autres provinces (baisse de 56 %) pour les hospitalisations, le recours aux urgences (baisse de 69 % contre 30 % dans les autres provinces), et les visites chez le médecin (baisse de 79 % contre 47 % dans les autres provinces), et ce, principalement pour les groupes d'âge inférieurs à 65 ans. Si pour cette étude, la majeure partie de ces diminutions est vraisemblablement attribuable à des saisons grippales moins graves au Canada au cours de la période suivant la mise en œuvre du programme, les auteurs indiquent que de tels résultats seraient également en partie attribuables aux bénéfices indirects découlant de l'immunité de masse rendue possible par la vaccination de vastes groupes de population. Ils notent cependant que la méthodologie de leur étude ne permet malheureusement pas de distinguer les avantages directs par rapport aux avantages indirects de la vaccination universelle (Kwong et coll., 2008).

Sander et ses collègues (2010) ont mené, quant à eux, une étude visant à évaluer l'impact du programme sur la mortalité associée à la grippe, les hospitalisations ainsi que les visites à l'urgence et en cabinets de médecins à partir de données allant de 1997 à 2004 (3 ans avant et 4 ans après la mise en œuvre du PUVG) comparativement au scénario hypothétique d'un programme ciblé — tel qu'en vigueur à l'époque dans les autres provinces. Cette étude a ainsi révélé que les taux d'événements de santé associés à la grippe ont globalement diminué de

40 % à 60 % de plus en Ontario que dans les autres provinces. Ces réductions étaient particulièrement importantes chez les groupes d'âge de moins de 65 ans. De plus, malgré des augmentations plus importantes des taux de vaccination chez les personnes âgées dans les autres provinces par rapport à l'Ontario, les événements associés à la grippe chez les personnes âgées étaient soit moins prononcés en Ontario, soit identiques aux autres provinces.

Plus récemment, Ward (2014) a montré, à l'aide d'une base de données et d'une méthodologie qui contourne les problèmes d'endogénéité des études précédentes, que la vaccination contre la grippe dans le cadre du programme universel ontarien générait des bénéfices indirects significatifs pour les personnes non vaccinées. Les résultats de cette étude montrent que les personnes de 65 ans et plus bénéficient d'une hausse de la vaccination parmi les groupes plus jeunes, et ce, même si les taux de vaccination sont déjà relativement élevés. L'économiste souligne que la vaccination des jeunes produit des avantages indirects plus élevés par rapport aux effets directs de la vaccination pour ce groupe.

De plus, les résultats de l'étude montrent une diminution de 14 % des absences du travail en raison de la mise en place du programme universel en Ontario, représentant six absences de moins par tranche de 1 000 travailleurs par semaine. Ils montrent une diminution de 48 % des consultations de médecins de famille (impliquant une réduction de 8,6 des consultations pour 100 000 par semaine). Selon l'économiste, « les avantages globaux implicites du programme, y compris les avantages indirects pour les personnes âgées, sont substantiels par rapport aux coûts du programme. En ne considérant que les hospitalisations et les pertes de productivité, l'impact de la campagne de vaccination se traduit par des économies de coûts dans le meilleur des cas de 241 millions \$ lors d'une saison où l'efficacité vaccinale est élevée ou des économies attendues de 171 millions \$ lors d'une saison où l'efficacité vaccinale est moyenne. Pendant ce temps, les coûts du programme sont d'environ 33 millions \$ par an. (Traduction libre) » (Ward, 2014 : 40).

## Fardeau de la grippe

### La morbidité et la mortalité liée à la grippe

Chaque année, entre 10 et 20 % des Canadiens en moyenne déclarent avoir été infectés par le virus de la grippe (Ting, Sander et Ungar, 2017). Chez les personnes âgées de plus de 50 ans, cette proportion se situerait autour de 20 à 25 % (Waite et coll., 2022). Ces infections peuvent mener à des complications et envenimer les problèmes de santé préexistants des personnes

atteintes, en particulier les personnes plus âgées et celles qui vivent avec des maladies chroniques. De récentes études ont notamment mis en lumière le lien qui existe entre l'infection de la grippe et les risques accrus d'événements cardiovasculaires, tels les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Par exemple, des chercheurs canadiens ont trouvé que le risque d'infarctus du myocarde est de 5 à 10 fois plus élevé dans les 7 jours suivants l'infection de différentes souches de grippe (Kwong et coll., 2018). En outre, d'autres recherches ont montré que la grippe est associée à une hausse de près de 20 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Tous ces événements sont plus susceptibles de survenir chez les groupes de personnes souffrant de maladies cardiovasculaires existantes ou de comorbidités (Macias et coll., 2021).

Pour les personnes âgées, la grippe augmente le risque d'entraîner une hospitalisation et un alitement prolongé, accélérant dans certains cas leur déclin fonctionnel. Dans une enquête canadienne menée auprès de 5 014 adultes âgés de 65 ans et plus, 21,5 % d'entre eux ont déclaré avoir eu la grippe ou un syndrome grippal au cours de la saison précédente. Parmi ceux-ci, 40 % ont indiqué qu'ils avaient mis plus de deux semaines à récupérer, et la moitié d'entre eux ont admis avoir vu leur santé et leurs fonctions motrices décliner durant cette période. En outre, un peu plus de 3 % ont indiqué qu'ils ne s'étaient jamais complètement rétablis (Andrew et McNeil, 2021). Selon Macias et ses collaborateurs (2021), il s'agit de conséquences importantes, mais fréquemment sous-estimées, de la grippe.

### **Les risques de décès liés à la grippe**

Des chercheurs canadiens ont estimé le taux brut de mortalité attribuable à la grippe, calculé en moyenne sur 17 saisons grippales avant la pandémie A/H1N1 de 2009. Ils ont estimé à 3 500 le nombre de décès annuels attribuables à la grippe saisonnière au Canada, soit un taux de 11,3 décès pour 100 000 habitants par an (Schanzer, Sevenhuysen, Winchester et Mersereau, 2013).

Au Québec, pour les saisons grippales 2011-2012 à 2015-2016, l'INSPQ a estimé que le nombre de décès attribuables à la grippe s'est élevé en moyenne à 417 par année, représentant un taux de 5,2 par 100 000 personnes. Les personnes atteintes de maladies chroniques et celles de 75 ans et plus sont les plus à risque de décéder de la maladie, alors que le taux de décès par 100 000 personnes se situait à 40,3 décès lors de ces années au Québec (CIQ, 2018 : 30).

## L'utilisation des ressources en santé (consultations, hospitalisations)

Même si la plupart des cas ne sont pas mortels, il est bien connu que la grippe et ses complications peuvent entraîner de nombreuses consultations médicales, ainsi que des visites aux urgences et des hospitalisations. Durant les pics de saisons grippales, les ressources professionnelles du réseau de la santé sont davantage sollicitées, entraînant des difficultés accrues à répondre aux besoins de la population.

Plusieurs études se sont penchées sur l'impact de la grippe sur l'utilisation des ressources dans le domaine de la santé ces dernières années. Au Québec, l'INSPQ a réalisé diverses enquêtes au fil du temps afin de brosser un portrait du fardeau de l'influenza au Québec. Les données d'enquête les plus récentes évaluent à près de 6 200 le nombre d'hospitalisations annuelles attribuables à la grippe dans la province, soit un taux de 76 par 100 000 personnes. Plus de 75 % de ces hospitalisations surviennent chez des personnes souffrant de maladies chroniques, les plus à risque de complications liées à la grippe (CIQ, 2018 : 21).

Dans la même lignée, un groupe de chercheurs associés au Réseau canadien de recherche sur l'immunisation (RCRI) a mesuré l'ampleur des ressources utilisées et des dépenses liées à l'influenza pour les patients canadiens qui ont dû être hospitalisés durant les saisons grippales 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013. Pour ce faire, le groupe a mené une surveillance active de la grippe confirmée en laboratoire parmi les patients âgés de 16 ans et plus admis au sein de 17 hôpitaux participants dans six provinces canadiennes. Pour chaque cas, des informations démographiques détaillées, les antécédents chirurgicaux, les comorbidités médicales, les détails des soins hospitaliers, les complications et les résultats de la grippe ont été recueillis par entretien et examen du dossier médical. Le groupe a également recueilli des données sur l'utilisation des ressources avant l'admission à l'hôpital, durant l'hospitalisation et les 30 jours suivant la sortie. Pour le Québec, les résultats ont montré que 20 % des patients ayant contracté la grippe ont dû consulter un médecin en cabinet avant d'être admis à l'hôpital, et 11 % durent visiter l'urgence avant d'être hospitalisés. L'hospitalisation a nécessité la prise d'antibiotiques pour 85 % des patients. Parmi les patients hospitalisés, 28 % ont subi des complications et 14 % ont dû être admis aux soins intensifs pour une durée moyenne de 6 jours, étant donné la détérioration de leur état de santé. En moyenne, la durée de séjour à l'hôpital s'est étendue sur une période de 12,4 jours et le coût moyen d'hospitalisation s'est élevé à 15 186 \$, ce qui est légèrement au-dessus de la moyenne canadienne (Ng et coll., 2018).

## L'absentéisme et les pertes de productivité du travail

Si l'impact de la grippe sur l'utilisation des ressources du système de santé est assez bien documenté, celui sur les capacités des personnes infectées à maintenir leurs activités au quotidien (travail, bénévolat, aide-soignant, etc.) reste relativement méconnu. Seulement quelques études ont brossé un portrait de l'ampleur de cet impact chez divers groupes de la population au Canada.

Schanzer et ses collègues (2011) se sont penchés sur les effets de la grippe sur le taux d'absentéisme au travail et le nombre d'heures de travail perdues durant la période 1999-2000 à 2009-2010 au Canada. Selon leurs estimations, en moyenne, 12 % des Canadiens se sont absentés du travail annuellement en raison de la grippe saisonnière durant cette période. Leur absence due à la grippe a duré en moyenne 14 heures, ce qui représente 20 jours de travail par 100 employés.

Plus récemment, d'autres chercheurs ont trouvé qu'une proportion importante de Canadiens de plus de 50 ans ayant contracté la grippe ont été contraints de s'absenter du travail, de réduire leur nombre d'heures consacrées à des activités de bénévolat ou en tant que proche aidant. En effet, un peu plus de la moitié des personnes à l'aube de la retraite (âgées de 50 à 64 ans) qui a attrapé la grippe au cours des saisons 2018-2019 et 2019-2020 ont admis avoir dû s'absenter du travail ; cette absence s'est prolongée sur une période de 4,4 jours en moyenne. Chez les personnes de 65 ans et plus, le taux d'absentéisme en raison de la grippe a été légèrement inférieur, à 47 % en 2018-2019 et à 40 % en 2019-2020. L'étude rapporte également que la grippe a contraint ces Canadiens à diminuer le nombre d'heures de bénévolat de 7,8 heures pour les 50-64 ans et de 25,3 heures en moyenne chez les 65 ans et plus en 2019-2020 (Waite et coll., 2022).

## Estimation des coûts directs de la grippe au Québec

Nous avons voulu, mesurer l'ampleur du fardeau de la grippe au Québec, à partir de données plus récentes (lorsque disponibles), cette fois en considérant les coûts directs et les coûts indirects qui y sont associés.

En ce qui concerne les coûts directs, nos calculs ont porté uniquement sur le nombre de consultations, de visites aux urgences et d'hospitalisations liées à la maladie de la grippe. Les coûts directs rattachés au déploiement des campagnes d'immunisation, à l'achat et à

l'approvisionnement des différents sites en vaccins et à la mobilisation des ressources professionnelles dédiées à la vaccination ont été exclus.

### *Les consultations, les visites aux urgences et les hospitalisations*

À partir des données d'enquête antérieures de l'INSPQ (CIQ, 2018) et des données démographiques de l'ISQ, nous avons estimé que 118 058 consultations (en cabinet et à l'urgence) ont lieu en raison de la grippe en 2022 au Québec, soit 1 358 par 100 000 de population. Les dépenses de santé liées à ces consultations en cabinet de médecin et aux visites à l'urgence se sont élevées approximativement à 17,2 millions \$ pour le gouvernement du Québec (excluant les médicaments).

Le nombre d'hospitalisations en raison de complications liées à la grippe a pour sa part été estimé à 7 693 en 2022, soit 88,5 par 100 000 habitants. Ces séjours hospitaliers ont entraîné des coûts en soins de santé estimés à plus de 84,2 millions \$, soit près de 11 000 \$ par hospitalisation (excluant les médicaments).

### *Estimation des coûts indirects de la grippe au Québec*

Les entrevues avec les experts, de même que notre revue de littérature, ont mis en lumière l'importance de mesurer les effets indirects de la grippe. Par exemple, des bénéfices indirects sont obtenus lorsque la vaccination engendre une immunité collective : d'autres personnes non vaccinées deviennent moins à risque d'attraper la maladie et d'en tomber malade. De l'avis d'experts rencontrés, ces bénéfices sont plus difficiles à mesurer et seules quelques études sont parvenues à les incorporer dans leur analyse (voir notamment Loeb et coll., 2010 ; Ward, 2014).

Des experts nous ont ainsi mentionné que l'évaluation économique devrait pouvoir tenir compte de bénéfices plus larges associés à la vaccination contre la grippe, qu'ils concernent la diminution du risque de contagion et la meilleure santé de la population (White, 2022; Sevilla, Bloom, Salmon et Bashai, 2023), la participation accrue au marché du travail et à l'économie (Jit et coll., 2015), ou encore les incitations des entreprises à investir dans le développement de nouveaux vaccins plus efficaces (Finkelstein, 2004). De manière spécifique, ils ont aussi donné en exemple les bénéfices sur le plan de la réduction des risques d'événements cardiovasculaires qu'entraînaient les vaccins contre la grippe. Ces bénéfices ont été mis en lumière par des études récentes (Behrouzi et coll., 2022 ; Holodinsky et coll., 2022).

En parallèle, les experts ont aussi déploré que des coûts indirects tels que l'absentéisme au travail, l'engorgement dans les urgences, les délais prolongés dans les chirurgies en raison de la mobilisation du personnel hospitalier ne soient pas pris en considération dans l'évaluation des coûts-bénéfices du programme de vaccination contre la grippe. Lorsque des patients malades de la grippe sont hospitalisés, on doit souvent reporter des chirurgies planifiées étant donné les contraintes de capacité actuelles du réseau hospitalier au Québec. Ces reports peuvent comporter des coûts pour les patients concernés, qui seraient évitables par la vaccination (Brassel, Neri, Schirmacher, et Steuten, 2023).

Afin de demeurer prudents dans nos calculs du fardeau de la grippe, nous ne nous en sommes tenus qu'aux pertes de productivité liées à l'absentéisme au travail, et nous avons choisi d'ignorer les pertes de productivité liées au présentéisme.

### *Les pertes de productivité*

Les coûts indirects associés aux pertes de productivité du travail ont été considérés d'un point de vue sociétal en utilisant la méthode dite du capital humain (Zhang, Bansback et Anis, 2011). Ainsi, ces pertes de productivité tiennent compte de l'absence du travail pour les personnes qui détiennent un emploi et du renoncement aux activités de travail non rémunéré (les activités de bénévolat, de proche aidant, les tâches ménagères ou la garde d'enfants) pour toutes les personnes touchées par la grippe. La valeur des pertes de productivité dues à l'absentéisme a été estimée à partir des données canadiennes sur la durée de l'absence du travail en raison de la grippe, telles que compilées par Schanzer et coll. (2011), multipliée par le salaire horaire moyen au Québec en 2022<sup>2</sup>. La perte de travail a été évaluée en considérant un salaire horaire moyen brut de 30,96 \$, excluant les avantages sociaux. La valeur du temps de travail sacrifié par les parents qui doivent demeurer au chevet d'un enfant malade de la grippe a aussi été mesurée au salaire horaire moyen d'un travailleur québécois (excluant les avantages sociaux). En ce qui concerne les coûts de la perte de travail non rémunéré, nous avons utilisé le salaire horaire moyen des préposés aux services de garde en milieu familial et de soutien à domicile au dernier trimestre de 2022, selon Statistique Canada (20,95 \$)<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Cette hypothèse prudente pourrait sous-estimer la valeur réelle de la perte de productivité due à l'absentéisme (en particulier pour les emplois qui requièrent du travail d'équipe) selon Zhang, Sun, Woodcock et Anis (2017).

<sup>3</sup> Statistique Canada, Tableau 14-10-0356-01 : Postes vacants et moyenne du salaire horaire offert selon la profession (grande catégorie professionnelle), données trimestrielles non désaisonnalisées.

Le calcul des pertes de productivité a pris en compte le fait que les personnes ayant contracté la grippe et ceux demeurant à leur chevet ne sont pas tous actifs sur le marché du travail. À cette fin, les taux d'emploi par groupe d'âge, tirés des bases de données de Statistique Canada<sup>4</sup>, ont été utilisés.

À partir des données sur l'emploi, le taux d'absentéisme (11,5 %) et la durée d'absence moyenne (14 heures) compilés par Schanzer et coll. (2011), il a été possible d'estimer le coût associé aux pertes de temps de travail liées à la grippe annuellement au Québec. En 2022, ces pertes de productivité sont estimées à 292,6 millions \$. Ce résultat est conforme à d'autres études qui ont estimé que ces coûts indirects représentaient entre 70 % et 90 % du fardeau global de la grippe (De Courville, Cadarette, Wissinger, et Alvarez, 2022).

---

<sup>4</sup> Statistique Canada, Tableau 14-10-0327-01 : Caractéristiques de la population active selon le sexe et le groupe d'âge détaillé, données annuelles.

## L'avis des experts : freins à la vaccination et pistes de solution

Compte tenu de l'impact majeur que la grippe peut avoir tant sur la santé des individus que sur l'économie de la province, l'équipe de recherche s'est entretenue avec 13 experts québécois qui ont accepté d'échanger sur les constats tirés de la phase 1 de l'étude et de nous partager leur vision des **freins à la vaccination** contre la grippe saisonnière au Québec ainsi que **les pistes de solution** qui permettraient à la province de se rapprocher des cibles fixées par le gouvernement québécois en matière de vaccination antigrippale.

### Les freins à la vaccination contre la grippe saisonnière

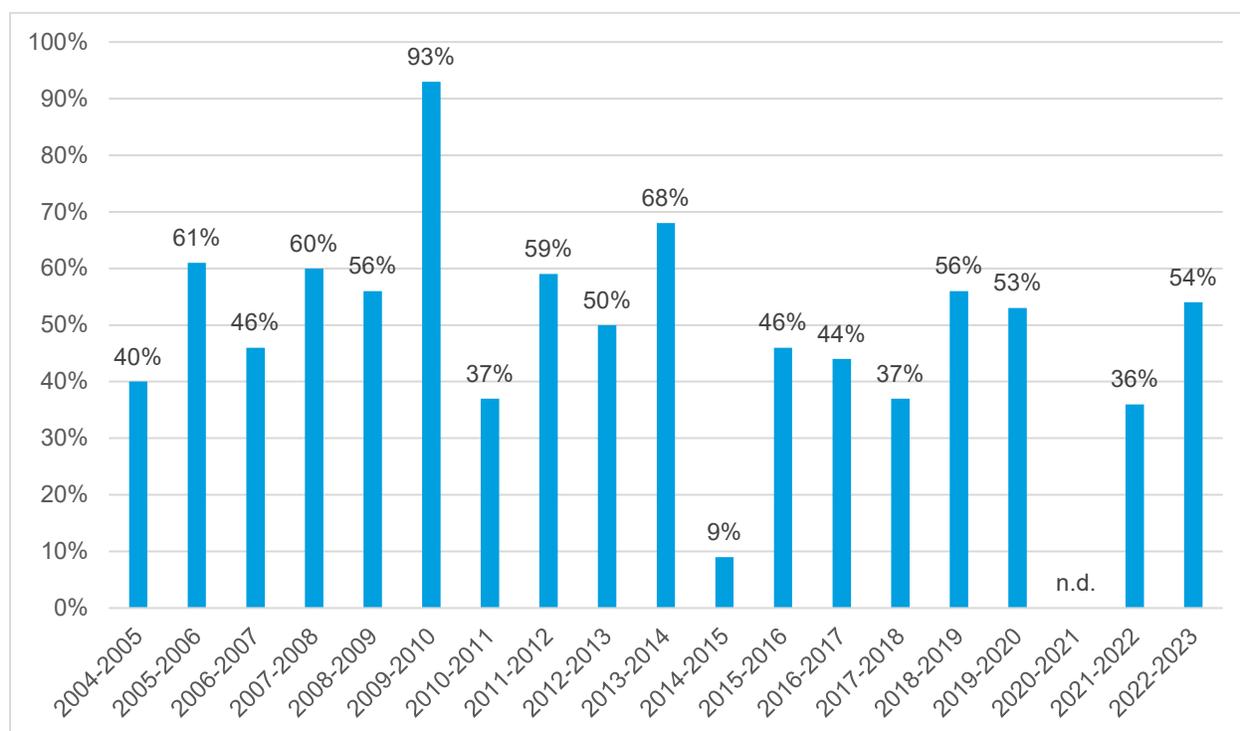
L'analyse des entrevues des experts en lien avec les freins à la vaccination a permis d'identifier cinq types de freins majeurs. Ceux-ci sont présentés de manière explicite dans la section qui suit.

### L'efficacité du vaccin de l'influenza au cœur des réticences de la population à se faire vacciner

D'après les experts rencontrés, la perception des gens sur l'efficacité des vaccins contre l'influenza constitue un facteur important d'hésitation à se faire vacciner. En effet, une perception répandue au sein de la population québécoise semble être que l'efficacité des vaccins contre l'influenza est très variable et qu'il a de « bonnes années » ainsi que de « moins bonnes années ». Malgré les innovations récentes, les données nous montrent que l'efficacité vaccinale peut effectivement varier sensiblement au fil des saisons grippales en passant, par exemple, de 50 % une année à 8 % l'année suivante (voir Figure 2).

Faire correspondre adéquatement les souches de candidats vaccins aux virus grippaux en circulation pose des défis importants pour les fabricants, nous ont mentionné des experts rencontrés. Les prédictions sur les souches virales susceptibles de circuler doivent être faites bien avant chaque saison grippale, étant donné que le processus de production des vaccins antigrippaux s'étend généralement une période pouvant aller jusqu'à six mois. Bien qu'il y ait eu des progrès dans la génération de modèles prédictifs de l'évolution du virus de la grippe ces dernières années, de même que dans le développement de nouvelles techniques de fabrication des vaccins (Villanueva, 2023), il reste beaucoup de défis à relever (Gouma, Anderson et Hensley, 2020). De l'avis d'experts rencontrés, cela peut expliquer, en partie, les taux aussi grands de la variabilité de l'efficacité des vaccins contre la grippe d'une année à l'autre.

**Figure 2 : Taux d'efficacité vaccinale contre l'influenza au Canada de 2004-2005 à 2022-2023.**



Source : Canadian Sentinel Practitioner Surveillance Network (SPSN)

Du fait de la volatilité de l'efficacité du vaccin, la population québécoise serait, selon les experts, moins encline à se faire vacciner de manière constante puisqu'elle n'en verrait pas toujours la pertinence. On le voit d'ailleurs dans les résultats du sondage de la population québécoise puisque ceux qui se font toujours vacciner ou ceux qui se font vacciner occasionnellement croient davantage que les vaccins sont efficaces pour prévenir les maladies que ceux qui ne se font jamais vacciner.

Les experts sont toutefois d'avis que ce manque de constance dans les taux d'efficacité d'une année à l'autre peut donc donner l'impression que les vaccins ne sont pas si efficaces et enlever la motivation ou le sentiment de pertinence de la vaccination contre l'influenza. Ainsi, les « mauvaises années » auraient pour effet de créer un certain cynisme chez certaines personnes et même parfois, donner la fausse impression de s'être fait berné en étant allé se faire vacciner « pour rien ». Cela crée un cercle vicieux puisque la déception peut mener à un manque d'engouement les années suivantes.

Pour les experts rencontrés, la manière dont l'efficacité des vaccins est communiquée peut aussi donner l'impression que ceux-ci ne sont pas efficaces. En effet, le vaccin contre l'influenza est quelque peu unique comparativement à d'autres et ces particularités influencent aussi son taux d'efficacité. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir d'autres types de vaccins avec une efficacité de 90 % en comparaison avec celle du vaccin contre l'influenza qui peut être seulement de 50 % par exemple. Lorsque les Québécois entendent parler d'une efficacité à 50 %, ils sont plus hésitants à se faire vacciner. Ainsi, il y a une mécompréhension de ce que signifie un taux d'efficacité vaccinale au sein de la population. Un expert a donné l'exemple suivant : « c'est comme si, dans la conception des gens, le taux d'efficacité d'un vaccin se traduisait selon la même logique qu'une note de passage de 60 % pour un examen ». Cependant, le fonctionnement de la vaccination est tout autre, et se faire vacciner demeure toujours un moyen plus efficace de prévenir l'hospitalisation et le décès que s'en abstenir (Chen et coll., 2010).

Certains experts soulèvent également que cette mauvaise compréhension du fonctionnement du vaccin de l'influenza peut à l'inverse exagérer le sentiment de protection et susciter chez certains des comportements à risque, comme une diminution du lavage des mains ou une augmentation de l'exposition à la maladie. Là aussi, les analyses poussées du sondage des Québécois confirment l'avis des experts, puisqu'il montre que ceux qui se font toujours vacciner croient moins qu'ils peuvent attraper la grippe malgré le vaccin contre la grippe que ceux qui se font occasionnellement vacciner et que ceux qui ne se font jamais vacciner.

Enfin, des experts ont fait valoir que l'efficacité vaccinale varie sensiblement d'une personne à l'autre en raison de divers facteurs individuels tels que l'âge, l'état de santé, le statut immunitaire et le risque d'infection auquel chacun est exposé. L'estimation précise de l'efficacité vaccinale reste un défi, en raison de ces facteurs confondants et d'autres sources de biais statistiques (Ainslie, Haber et Oreinstein, 2019). Pour les experts interviewés, les études sur l'efficacité des vaccins contre la grippe saisonnière ne sont pas menées dans le but d'influencer la prise de décision individuelle des gens, mais sont d'abord et avant tout conçues pour informer les décisions de santé publique (Zhao, Stirling, et Young, 2019).

### **Les perceptions sur l'influenza : un virus sous-estimé**

Le deuxième frein à la vaccination contre l'influenza est lié à la maladie elle-même. Pour les experts, il y a une véritable méconnaissance de la maladie et de ses conséquences. Parce qu'il n'existe pas de dépistage de la grippe, et que les symptômes peuvent être confondus avec le

rhume ou tout autre virus respiratoire, il n'est pas rare que la population sous-estime la maladie et sa vulnérabilité face à la maladie.

Concernant le sentiment de vulnérabilité, les résultats du sondage révèlent le même constat que celui des experts : plus on se perçoit vulnérable, plus on est enclin à se faire vacciner de manière régulière. Ainsi, selon les résultats du sondage, ceux qui se font toujours vacciner se perçoivent davantage vulnérables que ceux qui ne se font jamais vacciner et que ceux qui se font occasionnellement vacciner. Ceux qui se font occasionnellement vacciner se perçoivent également plus vulnérables que ceux qui ne se font jamais vacciner. Par ailleurs, si les experts ont souligné que les jeunes ne se sentent pas nécessairement concernés par cette maladie, et que ce sentiment est souvent accentué par les campagnes de santé publique qui ciblent principalement les personnes âgées ou vulnérables, il ressort du sondage de la population qu'il existe d'autres mythes bien ancrés qui peuvent avoir un impact majeur sur la protection que l'on peut retirer du vaccin. Tous ces mythes contribuent à une méconnaissance globale de la maladie et peuvent avoir un effet pervers sur les taux de couverture. Ainsi, sans doute du fait du message ciblé de la santé publique, les répondants se faisant toujours vacciner croient davantage que seules les personnes âgées de plus de 65 ans attrapent la grippe. Ils sont également plus enclins à penser que le vaccin les empêchera d'attraper le virus, ce qui peut contrebalancer l'effet positif de la vaccination en les incitant à adopter plus de comportements à risque.

Par ailleurs, les campagnes de vaccination mettent souvent en garde les personnes vulnérables contre les effets négatifs de la maladie ; néanmoins, certains experts soulignent que la notion même de vulnérabilité peut-être mal comprise et qu'outre certaines maladies chroniques évidentes comme l'asthme, certains malades chroniques peuvent avoir une méconnaissance de leur propre vulnérabilité et ne pas se sentir concernés par les campagnes de sensibilisation. De la même manière, les parents peuvent éprouver des difficultés à entrevoir tous les risques liés à l'influenza que cela soit les risques d'hospitalisation ou des complications en lien avec des surinfections bactériennes pour leurs enfants en bonne santé. Ainsi, parce que les risques reliés à la maladie de l'influenza sont difficiles à appréhender, il est plus ardu de motiver la population à se faire vacciner, celle-ci ayant parfois tendance à prioriser la vaccination pour d'autres virus jugés plus graves.

## Les freins liés aux comportements des individus à l'égard de la vaccination

Les experts interviewés ont également mentionné que de nombreuses réticences peuvent être d'ordre individuel. En effet, ils indiquent que la crainte des effets secondaires ou la phobie des seringues, même si la sécurité des vaccins est bien établie (Harris, Wong, Nair, Fediurek et Deeks, 2016), peuvent mener à une estimation erronée des risques-bénéfices reliés à la vaccination. Ces biais de perception quant aux risques de la maladie sont corroborés par la littérature scientifique. Des études antérieures ont en effet démontré qu'une proportion non négligeable de personnes ont tendance à surestimer les risques et sous-estimer les bénéfices individuels associés aux vaccins. Elles seraient, en raison de divers biais de perception, moins susceptibles d'accepter de se faire vacciner contre la grippe (DaCosta DiBonaventura et Chapman, 2008). Les analyses poussées du sondage vont d'ailleurs dans le même sens, puisque le profil des répondants qui ne se fait jamais vacciner perçoit davantage les inconvénients liés à l'acte de vaccination (douleur, effets secondaires, etc.) que les deux autres profils de répondants.

Les experts notent également que les gens se font vacciner d'abord pour eux et pas pour les autres. Ainsi, ils n'ont pas nécessairement le souci de protéger les autres par la vaccination et ne s'attardent bien souvent qu'aux impacts qu'ils peuvent subir individuellement. Les résultats du sondage révèlent toutefois une nuance à ce constat. Les profils de répondants qui se font toujours vacciner et ceux qui ne se font jamais vacciner semblent effectivement peu enclins à baser leur décision sur l'impact que la vaccination peut avoir sur les autres (facteur de protection). En revanche, le profil se faisant vacciner de manière occasionnelle semble plus disposé à prendre en considération la santé des autres dans leur processus de prise de décision. Les experts signalent, par ailleurs, un aspect culturel associé à ce type de comportement : les cultures anglo-saxonnes étant plus axées sur la vie civique, le collectif, le respect de l'autre et l'ordre, il est alors plus fréquent d'observer un meilleur taux de couverture contrairement aux cultures francophones qui favorisent davantage l'indépendance d'esprit et d'action.

Selon des experts rencontrés, les caractéristiques et les expériences individuelles des personnes auraient une influence significative sur leur propension à se faire vacciner ou non. L'un d'eux a même mentionné qu'il avait lui-même choisi de se faire vacciner après avoir vécu un épisode de grippe particulièrement virulent dans le passé. Ce comportement est aussi conforme à ce que des chercheurs ont pu constater sur un échantillon de la population

américaine. Par exemple, une étude récente a montré que le fait d'attraper la grippe chez les non vaccinés avait pour effet de les inciter à aller chercher leur dose de vaccin l'année suivante. À l'inverse, les gens vaccinés qui attrapaient malgré tout la grippe avaient tendance à moins se faire vacciner lors de la prochaine année (Jin, Zhe, et Koch, 2021).

### Défis logistiques de la campagne de vaccination

Le quatrième frein soulevé par les experts concerne les aspects logistiques de la campagne de vaccination. Compte tenu du cadre de production du vaccin contre la grippe (prédiction en début d'année à partir de souches existantes dans d'autres juridictions) et du caractère variable de la période du pic d'infection, la production du vaccin et sa mise à disposition peuvent connaître certains délais. Or la commande des vaccins doit se faire plusieurs mois à l'avance (en juin pour une utilisation en octobre). Cette réalité rend complexe l'estimation des quantités nécessaires ainsi que la planification des ressources matérielles (entreposage, maintien de la chaîne de froid, etc.) et humaines pour gérer la demande cyclique de vaccination, ce qui peut dissuader certains professionnels de rendre disponible la vaccination dans leur pharmacie ou clinique médicale. À cela s'ajoute également la variation dans les programmes de couverture vaccinale qui exacerbe les incertitudes pour les populations concernées (et donc les volumes de vaccins).

Certains experts sondés ont également soulevé des difficultés accrues à rendre accessible la vaccination en cliniques médicales depuis la loi interdisant les frais accessoires, entrée en vigueur en janvier 2017. En effet, comme le gouvernement ne rembourse plus que le vaccin et que les cliniques ne peuvent plus charger ces frais, il en découle qu'elles doivent supporter financièrement divers coûts, notamment ceux associés à la réfrigération et à l'administration. En l'absence de soutien financier complet de la part du gouvernement pour favoriser la vaccination dans ces milieux plus près des communautés, des experts ont souligné que certains médecins omnipraticiens préfèrent tout simplement cesser d'offrir ce service à leurs patients.

L'abolition des frais accessoires a par ailleurs eu pour effet de modifier le processus de vaccination en rajoutant des étapes supplémentaires pour les Québécois : alors que par le passé il était possible d'avoir la prescription et le vaccin au même endroit, il faut à présent obtenir la prescription puis, dans un deuxième temps, prendre rendez-vous pour se faire vacciner dans un autre point de services lorsque le médecin n'offre plus la vaccination. Or, l'ajout d'étapes supplémentaires constitue une entrave à la vaccination pour les patients, selon les experts sondés. Le processus est d'autant plus ardu pour un certain pan de la population qui n'a pas accès à un médecin de famille.

## La communication

Le cinquième et dernier frein mis de l'avant par les experts au cours des entrevues concerne les nombreux défis liés à la communication. En effet, parmi les experts sondés, il existe un certain consensus sur les efforts à fournir en vue de sensibiliser la population de manière plus adéquate non seulement sur le vaccin — son efficacité, les conséquences de la vaccination, les bénéfices de la vaccination sur soi et sur les autres — mais aussi sur les comportements de protection à adopter en complément à la vaccination — isolement préventif à l'apparition de symptômes, lavage fréquent des mains, etc. — car se faire vacciner n'est pas la panacée et les efforts de protection peuvent être réduits à néant lorsqu'une personne vaccinée adopte des comportements à risque.

En outre, la communication en lien à la campagne de vaccination doit également englober de l'information juste, précise et concise sur le processus de vaccination et les populations ciblées qui peuvent bénéficier d'une vaccination gratuite. Or, selon les experts interviewés, il subsiste bien trop de flous sur les bénéficiaires et les moyens d'obtenir le vaccin, ce qui peut susciter un désengagement de la population en général, mais aussi des populations ciblées par le programme d'immunisation contre la grippe.

Pour certains experts, la stratégie de communication actuelle peine également à véhiculer de manière adéquate à la population toutes les nuances liées à l'efficacité du vaccin et l'impact d'un faible taux de couverture pour la société. Il faut reconnaître qu'il peut être difficile de promouvoir efficacement un produit à efficacité variable et qu'il est d'autant plus difficile de développer une stratégie de communication efficace lorsque les données sur la valeur des vaccins ou sur l'impact de la vaccination sont manquantes ou parcellaires. En effet, en cas d'infection, il n'y a pas de test réalisé systématiquement pour déterminer s'il s'agit d'une grippe ou d'un autre virus respiratoire. Par conséquent, comme l'influenza n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, il est plus difficile de déterminer la proportion de gens malades au sein de la population et ces effets sur la société dans son ensemble. Il y a effectivement très peu de données sur les impacts sociaux tels que l'absentéisme ou le présentéisme. Ces éléments ne rentrent d'ailleurs pas en compte dans le développement des directives en matière de vaccination, contrairement à d'autres juridictions.

Ces lacunes en termes de données font également en sorte que les informations erronées ou approximatives prennent une place bien plus importante, notamment sur les réseaux sociaux, que les données officielles compilées par les autorités de santé publique. Selon les experts

sondés, la surabondance des sources d'information, la multiplication de « faux experts » et la reprise d'information parcellaire par les médias ou les réseaux sociaux contribuent à la confusion de la population qui peut avoir du mal à s'y retrouver. Par ailleurs, pour les experts, les professionnels de santé et le gouvernement ajoutent souvent à cette confusion en ne fournissant pas de directives claires et stables dans le temps. En effet, les recommandations quant à la vaccination peuvent changer annuellement, ce qui ne donne souvent pas suffisamment de temps à la population pour bien les comprendre et s'y ajuster.

De plus, certains experts soulignent que l'absence de consensus entre les professionnels de santé contribue au manque de confiance que peuvent éprouver certains à l'égard de la vaccination. En effet, il peut y avoir une divergence d'opinions entre professionnels du fait notamment de certaines incohérences dans les messages transmis. Ces incohérences peuvent mener à des recommandations divergentes selon le professionnel de la santé sondé, qui peuvent à leur tour éroder la confiance de la population envers les professionnels. Or, la littérature démontre que la relation de confiance entre professionnels de santé et patients est un des déterminants clés de la vaccination.

Enfin, un certain nombre d'experts ont suggéré que le financement du programme d'immunisation contre la grippe est important pour envoyer un message quant à l'importance de la vaccination et au sérieux de la démarche. En effet, certains des experts ont mentionné qu'il est beaucoup plus difficile de mettre en place des campagnes de vaccination efficaces, de communiquer et de promouvoir l'importance de la vaccination lorsque l'accès n'est ni facile ni gratuit. De l'avis d'un expert rencontré : « si ce n'est pas une priorité pour le gouvernement [la vaccination contre la grippe], pourquoi la serait-elle pour la population ? » L'absence de financement public mène donc beaucoup de gens à croire erronément que la vaccination contre la grippe n'est pas importante pour eux (Scheifele, Ward, Halperin et McNeil, 2014). Le manque de financement public est d'ailleurs associé à une moindre vaccination contre la grippe chez les adultes âgés de 18 à 64 ans sans maladie chronique au Québec par rapport à d'autres juridictions (Farmanara, Sherrard, Dubé, et Gilbert, 2018).

## Les pistes de solutions

### Pour répondre aux enjeux d'efficacité

Pour répondre aux enjeux en lien avec la question de l'efficacité des vaccins contre l'influenza, les experts interviewés identifient deux leviers importants.

Le premier levier relève de l'industrie pharmaceutique elle-même qui doit s'employer à fournir des solutions de rechange probantes aux vaccins proposés à l'heure actuelle. Les experts sont d'avis que pour augmenter l'agilité des campagnes de vaccination et fournir à la population des vaccins dont l'efficacité est à la fois élevée et stable dans le temps, il faudra éventuellement migrer vers de nouveaux types de vaccins plus adaptés aux risques épidémiologiques actuels. Par ailleurs, l'idéal serait de développer un vaccin universel contre l'influenza, c'est-à-dire qui n'aurait pas besoin d'être modifié en fonction des souches en circulation, mais qui serait efficace contre toutes les souches de la maladie. De telles innovations simplifieraient non seulement le processus de développement des vaccins, qui ne nécessiterait pas d'être renouvelé chaque année, mais aussi le travail des professionnels de la santé et de la santé publique, qui n'auraient pas à faire l'arbitrage chaque année entre les différents choix qui s'imposent à eux. Des essais cliniques sont d'ailleurs en cours (Arevalo et coll., 2022) et il serait important pour le bien-être de la population de redoubler les efforts en ce sens afin d'en faire rapidement une réalité.

Le second levier relève davantage de la santé publique et des scientifiques qui étudient le phénomène. En effet, selon les experts, il faut redoubler d'efforts pour mieux évaluer l'efficacité et la valeur des vaccins. Or, comme il a été précédemment mentionné, les données réelles sur l'influenza, bien qu'existantes, sont limitées dans la mesure où le diagnostic n'est pas systématique. Les modes actuels de collecte de données sous-estiment donc le nombre véritable de cas d'influenza en circulation chaque année (McCarthy et coll., 2020). Ainsi, pour améliorer l'exactitude des données sur la grippe, les experts ont mentionné plusieurs mécanismes pertinents pour récolter des données probantes : des cliniques sentinelles, des prélèvements par les équipes soignantes pour les personnes hospitalisées, ou encore des stations mobiles dans les centres de personnes âgées.

### **Pour répondre aux enjeux de perception liée au virus**

En ce qui concerne la question de la perception liée au virus, les experts estiment que cela passe principalement par la sensibilisation de deux auditoires spécifiques.

En premier lieu, les professionnels de la santé qui sont jugés comme étant les personnes de confiance envers qui la population se tourne pour obtenir de l'information pertinente au sujet de la vaccination. Ainsi, il faut qu'un travail en profondeur soit réalisé en amont de la campagne de vaccination, pour comprendre pourquoi certains médecins ou autres professionnels de la santé sont hésitants à recommander la vaccination. Il faut être en mesure de bien saisir leurs interrogations, de répondre à leurs craintes et *in fine* de les outiller adéquatement pour être en

mesure de fournir des conseils de qualité en matière de vaccination. Il est donc très important qu'ils soient bien informés par rapport au programme de vaccination et qu'ils sachent à quel public il convient de recommander la vaccination en priorité.

En second lieu, les personnes qui se font vacciner elles-mêmes. En effet, nous l'avons mentionné, l'étape de la vaccination seule ne suffit pas éviter la propagation. Or de nombreux mythes entourant le virus et le vaccin persistent, y compris chez ceux qui se font vacciner. Ainsi, pour les experts, il serait pertinent d'inclure la sensibilisation à même le processus de vaccination. Les résultats de la littérature révèlent des retombées positives de telles initiatives (Maisonneuve, Wilson, Witteman, Brehaut et Dubé, 2018). En particulier, il pourrait être utile de profiter des 15 minutes d'observation obligatoire pour rappeler les consignes sanitaires complémentaires comme l'importance du lavage des mains ou de l'isolation en cas d'infection, par exemple, et revenir sur les mythes les plus courants en lien avec la maladie et les démystifier.

### **Pour changer les comportements des individus et répondre aux défis logistiques**

Nous l'avons vu dans le sondage mené auprès de la population québécoise, il existe différents profils d'individus en rapport à la vaccination et chaque profil présente des comportements ou croyances spécifiques. Pour les experts, peu importe le profil, leurs craintes et interrogations sont légitimes et il convient d'y répondre avec honnêteté et transparence.

Certains experts ont mentionné qu'il n'est pas rare de voir certains préjugés envers ceux qui choisissent de ne pas se faire vacciner qui laissent entendre que ces derniers ne comprennent simplement rien. Les personnes qui admettent ne pas se faire vacciner se font même souvent qualifier de « complotistes ». Ce type de préjugé peut être néfaste dans la mesure où l'on ne déploie pas alors de réels efforts pour répondre adéquatement à leurs craintes qui peuvent dès lors se cristalliser en résistances. Oui, la question de la vaccination est complexe et nécessite des réponses nuancées, mais aucune partie prenante ne peut faire l'économie de cet exercice de sensibilisation si l'on souhaite accroître les taux de couverture de la province et atteindre nos cibles.

Par ailleurs, pour les experts, il convient également de trouver des solutions aux irritants de ceux qui se font toujours vacciner ou qui se font vacciner occasionnellement. Pour ces derniers, la question de l'accessibilité est primordiale, ce qui est intimement lié aux défis logistiques de la campagne de vaccination. À cet effet, les experts estiment qu'il serait bénéfique de multiplier

les sites de vaccination et la diversité des vaccinateurs pour améliorer l'accès aux vaccins. Outre les centres de vaccination, les pharmacies et les cabinets de médecins de famille, les experts ont évoqué d'autres options alternatives qui gagneraient à être étudiées plus en profondeur. Ainsi, pour rejoindre les personnes âgées, il serait intéressant d'offrir de manière systématique la vaccination au sein des centres pour personnes âgées de plus de 50 personnes. Pour éviter les complications auprès des populations les plus jeunes, un programme de vaccination au sein des écoles et des garderies, comme il en existe dans certaines provinces canadiennes, permettrait de rejoindre les jeunes tout en facilitant la coordination pour les parents. Une autre solution alternative serait d'organiser dans les communautés vulnérables des cliniques de vaccination mobiles à la manière des cliniques de dons du sang. En allant directement à eux par le biais de telles cliniques, on s'assurerait ainsi de rejoindre les personnes vulnérables dans les milieux où elles vivent. Chaque option offre des avantages et des inconvénients, mais, en diversifiant la nature des sites et en rendant accessibles les vaccins en temps opportun, il est évident qu'il serait possible de mieux répondre aux besoins des individus et ainsi réduire la perturbation de leurs activités quotidiennes (Champredon et coll. 2018).

Nous l'avons vu, le changement des comportements des individus passe aussi par les échanges étroits qu'ils peuvent avoir avec les professionnels de la santé en qui ils ont confiance. Il convient donc de mettre à profit l'ensemble des professionnels de la santé et de susciter une plus grande collaboration entre eux. Entre autres, outre les médecins de famille, les experts sondés étaient nombreux à mentionner l'importance d'un rôle accru de la part des pharmaciens dans la vaccination du fait de leur proximité avec les populations et de leur capacité à prendre le temps pour éduquer la population sur ce sujet. Depuis l'adoption du projet de loi 31 en mars 2020, des vaccins peuvent être administrés par des pharmaciens. Ainsi, la vaccination par les pharmaciens est venue bonifier celle offerte dans le reste du réseau de la santé, notamment dans les cabinets de médecins et les CLSC. Avant la mise en œuvre de cette nouvelle loi, la délégation des services de vaccination à des infirmières était le seul moyen de les offrir en pharmacie en toute légalité (Chadi et coll., 2022). Il reste cependant un rattrapage à faire par rapport aux autres provinces, qui autorisent depuis plus longtemps cette pratique. En mettant davantage à contribution les pharmaciens, il est possible d'augmenter la fréquence de la diffusion du message en lien avec l'importance ainsi que les avantages et inconvénients de la vaccination.

Enfin, pour les experts, l'investissement demandé aux professionnels de la santé en général et aux pharmaciens en particulier ainsi que le besoin d'une collaboration étroite passent

indubitablement par la mise en place d'incitatifs justes et cohérents avec l'effort demandé et la simplification du processus d'approvisionnement. Ainsi, outre l'aspect monétaire — la couverture des frais autre que la dose de vaccin afin de rendre l'expérience identique pour le patient quel que soit le site de vaccination de son choix —, certains experts estiment qu'il serait pertinent pour le gouvernement de se pencher sur la question de la révision de la chaîne d'approvisionnement des vaccins pour que celle-ci soit la même quel que soit le professionnel responsable de la vaccination.

### **Pour répondre aux enjeux de communication**

Nous l'avons vu, la communication est une question transversale qui nécessite des mesures concomitantes.

#### *Une vision à long terme clairement partagée*

En premier lieu, les experts sont d'avis qu'avant de doubler les efforts en matière de stratégie de promotion de la vaccination, il convient pour le gouvernement d'avoir une vision stratégique à long terme et de s'assurer que cette vision soit diffusée et partagée par tous les acteurs, y compris la population générale. En effet, jusqu'à la campagne de vaccination passée — automne 2022 — le Québec s'inscrivait à contre-courant d'autres juridictions canadiennes. Depuis, le gouvernement a annoncé un élargissement du programme, mais cette décision demeure une décision ponctuelle, réévaluée chaque saison. Les experts rencontrés considèrent que la constance dans la prise de décisions est cruciale pour envoyer un message clair et cohérent à la population sur l'importance de la vaccination contre la grippe.

Pour certains experts, cette politique de réévaluation saisonnière s'explique par le fait que l'évaluation de la valeur du programme de vaccination contre la grippe se fait sur la seule base de sa capacité à éviter des dépenses de santé pour le gouvernement. Pour certains, ce type d'évaluation est trop réductrice puisque la vaccination confère, selon eux, des bénéfices qui vont au-delà de la diminution du recours au système public de santé (consultations, hospitalisation, etc.), en permettant à un plus grand nombre de personnes de demeurer en santé et actifs au travail et au sein de leur communauté. En prenant en compte les bénéfices plus larges et en les évaluant de manière adéquate, il serait peut-être plus aisé de défendre l'adoption d'un programme de vaccination élargi sur le long terme et non comme simple solution ponctuelle. Plusieurs experts rencontrés sont d'avis qu'une telle position aurait un effet positif sur le taux de vaccination en envoyant un signal fort à la population quant à l'importance de la

vaccination. Soulignons que ce point ne fait pas nécessairement consensus et que la deuxième école de pensée privilégierait davantage de mettre l'accent sur les personnes vulnérables et non pas l'ensemble de la population. Pour les experts appartenant à cette école, augmenter le taux de couverture uniquement dans ces groupes réduirait les risques de développement de maladies graves et d'hospitalisations et éviterait de mobiliser des professionnels de la santé pour vacciner des personnes en bonne santé en contexte de pénurie de main-d'œuvre. La focalisation, selon eux, éviterait d'engendrer un coût de renonciation : ces professionnels ne seraient plus disponibles pour soigner d'autres groupes de la population dont les besoins sont plus criants.

Toutefois, une chose est sûre ; quelle qu'elle soit, la décision du gouvernement doit être axée sur le long terme afin de permettre d'arrimer la contribution et les efforts de l'ensemble des acteurs impliqués dans les campagnes de vaccination et de développer une stratégie de communication pour promouvoir son importance qui s'inscrit dans la durée.

### *Une promotion réinventée de la campagne de vaccination*

En deuxième lieu, les experts sont d'avis que les outils de promotion de la campagne doivent s'adapter aux réalités d'aujourd'hui. Certains ont ainsi mentionné l'importance de réinventer le lexique de communication qui entoure la vaccination et de mettre davantage de l'avant l'aspect de la protection. D'autres ont réitéré l'importance de redoubler les efforts en matière de communication et de revoir la fréquence, la clarté, la simplicité et la justesse du message véhiculé. Pour beaucoup, la stratégie de communication doit être adaptée à l'audience cible et un effort particulier doit être mis pour répondre à leurs interrogations selon le profil auquel ils appartiennent. La communication ne doit, par ailleurs, pas uniquement se concentrer sur qui doit se faire vacciner, mais aussi sur le pourquoi et le comment : à l'heure actuelle, l'information est encore bien trop floue pour bon nombre de Québécois. À noter que les analyses poussées du sondage des Québécois ont montré qu'il est tout aussi important de communiquer sur les avantages de la vaccination que sur les conséquences de contracter la grippe. En effet, la perception des conséquences de contracter l'influenza a seulement un effet positif sur l'intention de se faire vacciner si les individus perçoivent les avantages du vaccin. Autrement, la perception des conséquences de contracter l'influenza a un effet négatif sur l'intention de se faire vacciner.

À cet effet, une des idées proposées par plusieurs experts pour stimuler la vaccination auprès de la population québécoise serait d'organiser un événement annuel en amont de la campagne de vaccination. Cette semaine thématique en faveur de la vaccination serait l'occasion pour les

différents acteurs de communiquer l'ensemble des informations importantes en lien avec la saison grippale et de rappeler l'impact que la grippe peut avoir aux plans individuel et sociétal afin de sensibiliser la population à l'importance de la vaccination.

### *Le recours à des parties prenantes sous-estimées*

Enfin, si les professionnels de santé de proximité (médecins de famille, pharmaciens, etc.) jouent un rôle crucial pour convaincre la population de se faire vacciner, il demeure important de ne pas sous-estimer le rôle d'influence que peuvent jouer d'autres acteurs, selon les experts. Selon eux, pour être efficace, le discours doit provenir de plusieurs sources d'influence en complémentarité.

Ainsi pour les experts, il faut mettre à contribution le premier cercle d'influence que peut être la famille, les amis et toute personne ayant un ascendant sur les décisions personnelles, car ils auront plus d'impact que de grands joueurs comme le gouvernement. C'est dans ce contexte que le message visant la vaccination doit être plus global que les éléments clés généralement communiqués dans les campagnes traditionnelles à savoir la population cible et les dates de début de la campagne. Plus le message diffusé est complet, plus ces ambassadeurs seront outillés pour relayer la bonne information. Notons que les résultats d'analyse poussée de notre sondage nuancent cette perception puisque ce facteur semble avoir une faible influence sur l'intention de se faire vacciner comparativement à d'autres facteurs. Ainsi, pour ceux qui se font occasionnellement vacciner, le soutien des membres de la famille a moins d'influence sur l'intention de se faire vacciner que l'efficacité du vaccin, la recommandation d'un expert ou encore la durée de la protection du vaccin (les trois facteurs avec le plus d'effet sur l'intention de se faire vacciner). Toutefois, ce facteur a plus d'impact que les opinions sur les réseaux sociaux. De la même manière, pour ceux qui ne se font jamais vacciner, l'efficacité du vaccin, les effets secondaires et la durée de protection ont plus d'influence sur l'intention de se faire vacciner que le soutien des membres de la famille ; mais il demeure que ce dernier a plus d'effet que les réseaux sociaux et le nombre de personnes déjà vaccinées.

Le deuxième cercle d'influence, que les experts identifiaient, est les employeurs. En effet, les employeurs ont un rôle pertinent à jouer en matière de vaccination, et ce, à plusieurs chapitres. Outre la sensibilisation des employés sur le virus et son impact sur la santé et la productivité, les employeurs pourraient en effet être des acteurs essentiels dans la compilation des données sur le présentéisme et l'absentéisme au travail liés à la grippe, ainsi que sur les coûts reliés à la maladie. Soulignons cependant que pour les experts, les employeurs ne peuvent jouer ce

rôle seuls, sans quoi ils pourraient se faire taxer d'opportunistes. Ce type de contribution doit être envisagé en concertation avec plusieurs parties prenantes pour avoir le plus d'effet et de crédibilité possible.

Enfin, le dernier cercle d'influence identifié par les experts est constitué des différents médias. En effet, pour les experts, dans le contexte actuel où la désinformation est en recrudescence, notamment sur les réseaux sociaux, les médias doivent assumer adéquatement leur rôle et leur responsabilité de transmission d'une information scientifiquement juste à la population. Les experts reconnaissent que leur rôle est complexe et qu'ils doivent souvent naviguer entre deux impératifs : divertir leur lectorat et maintenir leur mission d'informer la population. Dans des contextes aussi complexes, il convient de faire preuve de nuance dans les propos même lorsqu'on rend compte de faits divers : il faut s'assurer de les remettre dans leur contexte et d'offrir une vision générale, sans quoi le message véhiculé peut être contre-productif par rapport à tous les efforts de communication menés en lien avec la vaccination. Même si les journalistes au pays soutiennent généralement le consensus scientifique selon lequel la vaccination contre la grippe est une intervention très positive, certains articles peuvent parfois mettre l'accent sur la faible efficacité vaccinale, sans mentionner la valeur contributive de la vaccination (Murdoch et Caufield, 2018). De ce fait, la santé publique a également la responsabilité de rectifier le tir par rapport à l'information qui est transmise par les médias.

## Conclusion

Au Québec, les taux de vaccination contre la grippe sont sensiblement inférieurs à ceux des autres provinces canadiennes depuis de nombreuses années, tant pour l'ensemble de la population que pour les personnes âgées. Ces taux de vaccination, nous l'avons vu, restent en deçà de l'objectif fixé par les instances gouvernementales. La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière **est pourtant cruciale pour la santé globale des citoyens, la productivité des organisations, et le bon fonctionnement de l'économie dans son ensemble.** À partir de données canadiennes d'enquête provenant de la littérature scientifique et de données officielles de l'INSPQ, nous avons ainsi estimé que les pertes de productivité dues à l'absence du travail en raison de la grippe se sont élevées à **292 millions \$ en 2022.** Ce montant s'ajoute aux coûts directs rattachés aux consultations médicales, aux visites aux urgences et aux hospitalisations en raison de la grippe qui ont représenté un fardeau économique de **101 millions \$ en 2022.**

Cette étude nous a par ailleurs permis de faire ressortir plusieurs constats.

Tout d'abord, le sondage de la population québécoise a permis de dresser **trois profils bien différents de Québécois** qui ont des croyances et des interrogations différentes. Les experts ont souligné l'importance de **développer des stratégies de communication personnalisées** pour mieux répondre à leurs attentes et craintes, dans l'espoir de les convaincre de se faire vacciner, tout en **renforçant les efforts de sensibilisation, car de nombreux mythes liés au virus et à la vaccination perdurent.**

Ensuite, **la logistique de la campagne de vaccination est complexe** et il convient de redoubler d'efforts pour la simplifier. Cela suppose la contribution conjointe de plusieurs acteurs clés. En effet, d'un côté, **l'industrie pharmaceutique doit s'employer à élaborer des vaccins universels** qui limitent la saisonnalité de l'épidémie et qui accroissent l'efficacité face à la maladie. De l'autre côté, le gouvernement doit **simplifier le processus d'achat des vaccins** et s'efforcer **d'identifier des solutions collaboratives qui facilitent la vaccination de proximité** dans les communautés.

Enfin, gardons à l'esprit que pour atteindre la cible que la province s'est donnée, il est nécessaire de **mettre à contribution l'ensemble des acteurs et d'arrimer leurs efforts.** Or, cet arrimage ne pourra se faire sans une **vision stratégique à long terme du gouvernement** qui envoie un signal fort et clair aux différentes parties prenantes et à la population. L'évaluation du fardeau

économique global de la grippe — 394 millions \$ au total en 2022 — invite à ouvrir la réflexion sur la **nécessité d'élargir les critères de prises de décision en mettant l'accent autant sur l'impact sociétal que sur le coût pour le réseau de la santé et des services sociaux.**

## Bibliographie

Ainslie, Kylie E. C., Michael Haber, et Walt A. Oreinstein (2019). « Challenges in estimating influenza vaccine effectiveness », *Expert Review of Vaccines* 18, 6: 615-628.

Andrew, Melissa K. et Shelly A. McNeil (2021). « Influenza vaccination and the evolution of evidence-based recommendations for older adults: A Canadian perspective », *Vaccine* 39: A36-A41.

Arevalo, Claudia P. et al. (2022). « A multivalent nucleoside-modified mRNA vaccine against all known influenza virus subtypes », *Science* 378, 6622: 899-904.

Behrouzi, Bahar et al. (2022). « Association of Influenza vaccination with cardiovascular risk: A meta-analysis », *JAMA Network Open* 5, 4: e228873.

Brassel, Simon, Margherita, Neri, Hannah Schirmacher, et Lotte Steuten (2023). « The value of vaccines in maintaining health system capacity in England », *Value in Health* 26, 7: 1067-1072.

Brousseau, Nicholas et coll. (2020). *Maintien des groupes ciblés dans le cadre du Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec (PIIQ) dans le contexte de la Covid-19*. Avis court du Comité sur l'immunisation du Québec au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Institut national de santé publique du Québec, 19 juin.

Chadi, Alexandre, Morgane Gabet, Andréanne Robitaille, et Pierre-Marie David (2022). « Assessment of community pharmacists' engagement in pharmacy-delivered influenza vaccination: a mixed-method study », *International Journal of Pharmacy Practice* 30: 36-44.

Champredon, David, et al. (2018). « Assessing the benefits of early pandemic influenza vaccine availability: a case study for Ontario, Canada », *Scientific Reports* 8:6492.

Chen, Yue, Juan Wu et Qui-long Yi (2010). « Reduced risk of hospitalization with influenza vaccination in Canada », *Vaccine* 28: 2290-2295.

Comité sur l'immunisation du Québec [CIQ] (2018). *Révision du Programme d'immunisation contre l'influenza au Québec*. Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, avril.

Commission de la Santé et des Services sociaux [CSSS] (2022). *Étude des crédits 2022-23, MSSS, Réponses aux questions particulières — Troisième groupe d'opposition*, volume 1. Gouvernement du Québec.

Commission de la Santé et des Services sociaux [CSSS] (2023). *Étude des crédits 2023-2024 — MSSS. Réponses aux questions particulières — Troisième groupe d'opposition*, volume 1. Gouvernement du Québec.

DaCosta DiBonaventura, Marco, et Gretchen B. Chapman (2008). « Do decision biases predict bad decisions? Omission bias, naturalness bias, and influenza vaccination », *Medical Decision Making* 28, 4: 532-539.

De Courville, Caroline, Sarah M. Cadarette, Erika Wissinger, et Fabian P. Alvarez (2022). « The economic burden of influenza among adults aged 18 to 64: A systematic literature review », *Influenza and Other Respiratory Viruses* 16: 376-385.

Farmanara, Noushon, Lindsey Sherrard, Ève Dubé, et Nicolas L. Gilbert (2018). « Determinants of non-vaccination against seasonal influenza in Canadian adults: findings from the 2015–2016 Influenza Immunization Coverage Survey », *Canadian Journal of Public Health* 109: 369-378.

Finkelstein, Amy (2004). « Static and dynamic effects of health policy: Evidence from the vaccine industry », *Quarterly Journal of Economics* 119, 2:527–564.

Gouma, Sigrid, Elizabeth M. Anderson et Scott E. Hensley (2020). « Challenges of making effective influenza vaccines », *Annual Review of Virology* 7: 495-512.

Government of Canada. (2022). *Public Funding for Influenza Vaccination by Province/Territory (as of October 2022)*. Récupéré de <https://www.canada.ca/en/public-health/services/provincial-territorial-immunization-information/public-funding-influenza-vaccination-province-territory.html>

Gouvernement du Canada. (2022). *Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2022-2023*. Récupéré de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vaccins-immunisation/guide-canadien-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-2022-2023.html>

Gouvernement du Québec (a). (2022). *Programme québécois d'immunisation*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/programme-quebécois-d-immunisation>

Gouvernement du Québec (b). (2022). *Programme de vaccination contre la grippe*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/programme-de-vaccination-contre-la-grippe>

Gouvernement du Québec (c). (2022). *Vaccination contre la grippe*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccination-contre-la-grippe>

Gouvernement du Québec (d). (2022). *Vaccin injectable contre la grippe*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-grippe-injectable>

Gouvernement du Québec (e). (2022). *Vaccin intranasal contre la grippe*. Récupéré de <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-grippe-intranasal>

Gouvernement du Québec (f). (2022). *Élargissement de l'offre de vaccination gratuite contre l'influenza à l'ensemble de la population québécoise*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/elargissement-de-loffre-de-vaccination-gratuite-contre-linfluenza-a-lensemble-de-la-population-quebécoise-44261>

Gravagna, Katie et al. (2022). « Influenza vaccine coverage and factors associated with non-vaccination among adults at high risk for severe outcomes: An Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging », *PLoS ONE* 17, 9: e0275135.

Groll, Dianne, et Bonnie Henry (2002). « Can a universal influenza immunization program reduce emergency department volume? », *Canadian Journal of Emergency Medicine* 4, 4: 245-251.

Groll, Dianne L. et David J. Thomson (2006). « Incidence of influenza in Ontario following the Universal influenza Immunization Campaign », *Vaccine* 24: 5245-5250.

Guay, Maryse et coll. (2007). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination contre l'influenza au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

Harris, T., K. Wong, J. Nair, J. Fediurek, et S.L. Deeks (2016). « Assessing vaccine safety within Ontario's universal influenza immunization program, 2012–2013 to 2014–2015 », *Canada Communicable Disease Report* 42: 181-186.

Holodinsky, Jessalyn K. et al. (2022). « Association between influenza vaccination and risk of stroke in Alberta, Canada: a population-based study », *Lancet Public Health* 7: e914-922.

Immunize BC. (2022). *Influenza (Flu) vaccine*. Récupéré de <https://immunizebc.ca/influenza#Everyone%206%20months%20and%20older>

Jin, Ginger Zhe, et Thomas G. Koch (2021). « Learning by suffering? Patterns in flu vaccination take-up », *American Journal of Health Economics* 7, 1: 68-94.

Jit, Mark et al. (2015). « The broader economic impact of vaccination: reviewing and appraising the strength of evidence », *BMC Medicine* 13:209.

Kwong, Jeffrey C. et al. (2008). « The effect of universal influenza immunization on mortality and health care use », *PLOS Medicine* 5, 10:1440–1452.

Kwong, Jeffrey C. et al. (2018). « Acute myocardial infarction after laboratory-confirmed influenza infection », *New England Journal of Medicine* 378, 4: 345-353.

Immunize BC. (2022). *Influenza (Flu) vaccine*. Récupéré de <https://immunizebc.ca/influenza#Everyone%206%20months%20and%20older>

Loeb, Mark et coll. (2010). « Effect of influenza vaccination of children on infection rates in Hutterites communities: A randomized trial », *JAMA* 303, 10: 943-950.

Macias, Alejandro E. et al. (2021). « The disease burden of influenza beyond respiratory illness », *Vaccine* 39: A6-A14.

Maisonneuve, Alexander R., Kumanan Wilson, Holly Witteman, Jamie Brehaut et Ève Dubé (2018). « Educating children and adolescents about vaccines: A review of current literature », *Expert Review of Vaccines* 17, 4: 311-321.

McCarthy, Zachary et al. (2020). « Quantifying the annual incidence and underestimation of seasonal influenza: A modelling approach », *Theoretical Biology and Medical Modelling* 17, 11.

Moran, Kathy et al. (2009). « Influenza vaccination rates in Ontario children: implication for universal childhood vaccination policy », *Vaccine* 27:2350–2355.

Murdoch, Blake et Timothy Caufield (2018). « Influenza vaccination discourse in major Canadian news media, 2017-2018 », *Heliyon* 4: e00970.

Ng, Carita et al. (2018). « Resource utilization and cost of influenza requiring hospitalization in Canadian adults: A study from the serious outcomes surveillance network of the Canadian Immunization Research Network », *Influenza and Other Respiratory Viruses* 12:232–240.

Ontario Government. (2022). Flu Vaccine Fact Sheet. Récupéré de <https://www.ontariofamilyphysicians.ca/respiratory-syncytial-virus-rsv/flufactsheet-french.pdf>

Ontario Ministry of Health, Ministry of Long-Term Care. (2022). *2022/2023 Universal Influenza Immunization Program (UIIP)*. Government of Ontario. Récupéré de <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/flu/uiip/>

Polesina, Julie, Yue Chen, et Douglas Manuel (2012). « The proportion of influenza vaccination in Ontario, Canada in 2007/2008 compared with other provinces », *Vaccine* 30: 1981-1985.

Régie de l'assurance maladie Québec. (2022). *Campagne de vaccination 2022-2023 : le vaccin contre l'influenza désormais gratuit*. Récupéré de <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/actualites/2022-11-25/campagne-vaccination-2022-2023-vaccin-contre-influenza-desormais-gratuit>

Sander, Beate et coll. (2010). « Economic appraisal of Ontario's universal influenza immunization program: A cost-utility analysis », *PLoS Medicine* 7,4: e1000256.

Schanzer, Dena L., Hui Zheng, et Jason Gilmore (2011). « Statistical estimates of absenteeism attributable to seasonal and pandemic influenza from the Canadian Labour Force Survey », *BMC Infectious Diseases* 11:90.

Schanzer, Dena L., Claire Sevenhuysen, Brian Winchester, et Teresa Mersereau (2013). « Estimating influenza deaths in Canada, 1992–2009 », *PLoS ONE* 8, 11: e80481.

Schanzer, Dena L., et Brian Schwartz (2013). « Impact of Seasonal and Pandemic Influenza on Emergency Department Visits, 2003–2010, Ontario, Canada », *Academic Emergency Medicine* 20:388–397.

Schanzer, Dena L., Allison McGreer, et Kathleen Morris (2013). « Statistical estimates of respiratory admissions attributable to seasonal and pandemic influenza for Canada », *Influenza and Other Respiratory Viruses* 7, 4:799–808.

Schanzer, Dena L., Myriam Saboui, Liza Lee, Andrea Nwosu et Christina Bancej (2018). « Burden of influenza, respiratory syncytial virus, and other respiratory viruses and the completeness of viral respiratory identification among respiratory inpatients, Canada, 2003–2014 », *Influenza and Other Respiratory Viruses* 12:113–121.

Scheifele, David W., Brian J. Ward, Scott, A. Halperin, et Shelly A. McNeil (2014). « Approved but non-funded vaccines: Accessing individual protection », *Vaccine* 32:766–770.

Sevilla, J.P., David Bloom, Dan Salmon, et David Bashai (2023). « Vaccination as investment in human capital », dans D. Bishai et coll. (eds.), *Handbook of Applied Health Economics in Vaccine*. Oxford University Press, pp. 47–66.

Trottier, M. et È. Dubé. (2022). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque, le zona et sur les déterminants de la vaccination : 2020*, Institut national de santé publique du Québec. Récupéré de <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/2840-enquete-vaccination-grippe-pneumococque-zona.pdf>

Ting, Eon E. K., Beate Sander, et Wendy J. Ungar (2017). « Systematic review of the cost effectiveness of influenza immunization programs », *Vaccine* 35:1828-1843.

Villanueva, M. Teresa (2023). « An mRNA universal vaccine for influenza », *Nature Reviews Drug Discovery* 22: 95-99.

Waite, Nancy M., Jennifer A. Pereira, Sherilyn K.D. Houle, Vladimir Gilca, and Melissa K. Andrew (2022). « The impact of influenza on the ability to work, volunteer and provide care: results from an online survey of Canadian adults 50 years and older », *BMC Public Health* 22:2119.

Ward, Courtney J. (2014). « Influenza vaccination campaigns: Is an ounce of prevention worth a pound of cure? », *American Economic Journal: Applied Economics* 6, 1:38–72.

White, Corey (2021). « Measuring social and externality benefits of influenza vaccination », *Journal of Human Resources* 56, 3:749–785.

Zhang, Wei, Nick Bansback, and Aslam H. Anis (2011). « Measuring and valuing productivity loss due to poor health: A critical review », *Social Science & Medicine* 72:185–192.

Zhang, Wei, Huiying Sun, Simon Woodcock, and Aslam H. Anis (2017). « Valuing productivity loss due to absenteeism: firm-level evidence from a Canadian linked employer-employee survey », *Health Economics Review* 7, 3.

Zhao, L., R. Stirling, and K. Young (2019). « Should individuals use influenza vaccine effectiveness studies to inform their decision to get vaccinated? », *Canadian Communicable Diseases Report* 45, 6:156–158.