

Trousse de promotion de la vaccination

Rapport d'évaluation



Direction de
santé publique

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec 
Montérégie

TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION
RAPPORT D'ÉVALUATION

Mars 2004

Rédaction

Marie Saint-Amour
Maryse Guay
Paule Clément
Lina Perron
Geneviève Baron
Geneviève Petit

Collaboration

Anne-Marie Clouâtre
Monique Letellier

Secrétariat

Francine Laroche-Savard

Conception et réalisation de la page couverture

Bernard Lafleur
Zeste graphique

Responsable de la publication

Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie du document, adressez-vous à :

Services documentaires

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de
la Montérégie

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec)

J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

*Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et
uniquement dans le but d'alléger le texte.*

SANTÉCOM (<http://santecom.qc.ca>) : 16-2004-004

Dépôt légal - 1^{er} trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-280-2

Prix : 16,00 \$

REMERCIEMENTS

Ce document a été réalisé grâce au travail des professionnelles et professionnels de la Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie au moment où l'étude a été réalisée, œuvrant au sein du Programme maladies transmissibles et du secteur Évaluation-recherche.

Nous remercions de leur collaboration et de leur aide précieuse madame Anne-Marie Clouâtre, agente de planification et de programmation sociosanitaire du Programme maladies transmissibles de la Direction de santé publique de la Montérégie, ainsi que madame Monique Letellier, médecin-conseil de l'équipe des maladies infectieuses de la Direction de santé publique de Montréal-Centre.

Nous soulignons la participation de près de 900 parents et vaccinateurs qui ont accepté de répondre au questionnaire d'enquête. Un gros merci également à plus de trente parents et vaccinateurs pour leur généreuse implication lors de la validation des questionnaires d'enquête. De même, nous adressons nos remerciements à tous les professionnels des directions de santé publique du Québec qui ont répondu à nos nombreuses questions.

Nous désirons remercier monsieur Jean Beaudry, agent de recherche au secteur Évaluation-recherche de la Direction de santé publique de la Montérégie, et monsieur Jacques Lemaire, statisticien au Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, pour leurs judicieux conseils.

Nous soulignons l'aide, à diverses étapes, de madame Manon Blackburn, médecin-conseil au secteur Évaluation-recherche de la Direction de santé publique de la Montérégie.

Nous exprimons notre reconnaissance à madame Éveline Savoie, technicienne de recherche, madame Louise Couture et madame Francine Laroche-Savard, secrétaires, pour l'excellence de leur travail.

Finalement, un gros bisou à Dorothée et Mathilde, les nouvelles recrues de l'équipe de rédaction du rapport, nées respectivement le 14 juillet 2003 et le 21 janvier 2004.

La réalisation de cette enquête a été possible grâce à une subvention de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE

La vaccination, une des pierres angulaires en prévention, demeure toujours au centre des préoccupations de santé publique. À preuve, le Programme national de santé publique en fait largement état en l'inscrivant comme une des cibles d'actions prioritaires. De plus, il prévoit doter le Québec d'un plan de promotion de la vaccination qui se réalisera tant au niveau provincial que régional et local.

En 2001, le MSSS diffusait une « Trousse de promotion de la vaccination » dans le but de sensibiliser les vaccinateurs et les parents à l'importance de la vaccination. Compte tenu que cette trousse pourrait être un outil important du plan de promotion de la vaccination, il importait d'évaluer la portée de sa première diffusion. La présente évaluation a été réalisée à la suite d'une enquête menée auprès de parents et de vaccinateurs de la Montérégie, ainsi qu'auprès de professionnels des directions de santé publique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce travail méticuleux a permis de bien cerner la pertinence de la trousse.

En plus d'analyser de manière très complète la diffusion et l'utilisation de la trousse, ce rapport présente de nombreuses données d'intérêt pour la planification de futures interventions en promotion de la vaccination. Grâce à l'apport de ces données, ces interventions seront encore mieux ciblées auprès des populations, ce qui ne peut que concourir à l'atteinte des objectifs de santé publique en la matière.

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

RÉSUMÉ

La «Trousse de promotion de la vaccination», qui comprend une affiche et un boîtier contenant lui-même trois feuillets d'information sur la vaccination (un feuillet d'information générale, un feuillet sur le vaccin DCaT-Polio-Hib et un feuillet sur le vaccin RRO), a été élaborée par le Groupe de travail sur la promotion de la vaccination de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses. Ce matériel visait, entre autres, à sensibiliser les vaccinateurs et les parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans à l'importance de l'immunisation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) l'a diffusé, en 2001, à ces publics cibles à travers la province, et ce, en transitant par les directions de santé publique (DSP). L'étude actuelle vise à évaluer l'atteinte des objectifs de communication de la trousse.

Une évaluation de l'implantation a été effectuée par la description des activités de diffusion, des populations rejointes et des ressources investies. Elle a été réalisée en 2002-2003 par des entrevues téléphoniques auprès de la responsable au MSSS et des responsables des DSP, ainsi que par des enquêtes postales auprès des vaccinateurs et des parents de la Montérégie. Le choix des vaccinateurs et des parents de cette région pour évaluer la pénétration de la trousse a semblé raisonnable, puisque les activités de diffusion y ont été particulièrement intenses. Des analyses descriptives quantitatives et qualitatives, des analyses de contenu, ainsi que des analyses de régression logistique ont été faites.

L'ensemble du matériel a été largement diffusé par les DSP aux vaccinateurs, dans les établissements de santé (p. ex. départements de périnatalité des CH) ou dans d'autres lieux fréquentés par les parents de jeunes enfants (p. ex. garderies), et ce, dans la plupart des régions. La diffusion a parfois été accompagnée de publicité spécifique. Le coût de conception, impression et diffusion de la trousse a été estimé à 137 000 \$ au niveau de la province. En Montérégie, la pénétration du matériel a été importante chez les infirmières (RC = 58), mais beaucoup moindre chez les médecins. Le matériel plaît à la plupart des vaccinateurs, et ces derniers ont plus de chances de l'utiliser s'ils sont peu expérimentés ou s'ils vaccinent un grand nombre d'enfants. Bien que la plupart des vaccinateurs remettent le matériel à tous les parents des enfants qu'ils vaccinent, certains choisissent de l'utiliser en préférence auprès de parents plus réticents à faire vacciner leur enfant. Les vaccinateurs trouvent les feuillets plus utiles pour répondre aux questions des parents (92 %) que pour obtenir le consentement à la vaccination (74 %). Tous les vaccinateurs ont une opinion favorable à la vaccination (98 % ou plus en accord avec les énoncés d'opinion relatifs à la vaccination).

Relativement peu de parents de la Montérégie connaissent le matériel; seulement 42 % d'entre eux ont reçu au moins un des feuillets d'information. Cependant, une fois qu'ils l'obtiennent, ils l'apprécient (99 % se disent satisfaits des feuillets) et le jugent une bonne source d'information, mais pas supérieure aux autres sources connues d'information sur la vaccination. Ils trouvent les feuillets utiles dans le but d'être informés sur les maladies évitables par la vaccination (95 %) et sur les vaccins à recevoir (99 %), mais une plus faible proportion de parents estiment les feuillets utiles pour prendre une décision éclairée (63 %). Il faut demeurer prudent dans l'interprétation de ces données, car un biais de sélection des parents participants est probable. En effet, presque tous les enfants des parents participants sont vaccinés (99 %), et ces derniers ont une opinion favorable à la vaccination (au moins 92 % de parents sont en accord avec les énoncés d'opinion relatifs à la vaccination). Même si la plupart des parents ont un préjugé favorable envers la vaccination, plusieurs d'entre eux affirment se poser beaucoup de questions sur les vaccins et leurs effets secondaires possibles.

Les résultats montrent que le modèle de diffusion de la trousse a probablement une limite importante, et qu'il faudra en améliorer le mode de distribution si on juge essentiel de rejoindre plus de médecins vaccinateurs et de parents. Cependant, le modèle semble adéquat pour la diffusion aux infirmières en CLSC. Les vaccinateurs et les parents sont tous sensibilisés à l'importance de la vaccination, mais la contribution de la trousse à cette sensibilisation reste probablement modeste.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
MOT DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	5
RÉSUMÉ	7
TABLE DES MATIÈRES	9
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	13
LISTE DES ANNEXES	15
GLOSSAIRE.....	17
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	19
LISTE DES RÉGIONS	21
INTRODUCTION.....	23
1. CONTEXTE	25
2. ÉTAT DES CONNAISSANCES	29
2.1 Études américaines.....	29
2.2 Études québécoises	32
2.3 Transposition des constats des écrits pour l'évaluation de la « Trousse de promotion de la vaccination »	33
3. CADRE CONCEPTUEL	35
3.1 Modèle de diffusion.....	35
3.2 Modèle comportemental	36
4. OBJECTIFS	39
5. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	41
5.1 Stratégie d'évaluation	41
5.2 Populations à l'étude.....	41
5.2.1 Taille des échantillons	42
5.3 Variables à l'étude.....	44
5.4 Collecte de données et instruments de mesure.....	44
5.4.1 Collecte de données auprès de la responsable au MSSS.....	44
5.4.2 Collecte de données auprès des responsables des DSP	45
5.4.3 Collecte de données auprès des vaccinateurs	46
5.4.4 Collecte de données auprès des parents	47
5.4.5 Méthode d'évaluation des coûts	48
5.4.5.1 Sources de données.....	48
5.4.5.2 Coûts des ressources utilisées par le MSSS et en Montérégie ...	48
5.4.5.3 Coûts pour l'ensemble des régions.....	51
5.5 Analyses et traitement des données.....	52
5.5.1 Analyses et traitement des données obtenues auprès des responsables du MSSS et des DSP	52
5.5.2 Analyses et traitement des données obtenues auprès des vaccinateurs et des parents.....	52

5.5.2.1	Analyses factorielles	53
5.5.3	Analyses et traitement des données pour l'évaluation des coûts	54
5.5.3.1	Analyse de sensibilité	54
5.6	Considérations éthiques.....	55
6.	RÉSULTATS.....	57
6.1	Diffusion de la trousse par le ministère de la Santé et des Services sociaux	57
6.2	Diffusion de la trousse par les directions de santé publique (DSP)	57
6.2.1	Groupes ciblés	57
6.2.2	Moment du lancement	59
6.2.3	Publicité lors du lancement.....	60
6.2.4	Lettre d'introduction	60
6.2.5	Relance publicitaire	61
6.2.6	Envoi aux nouveaux vacinateurs.....	61
6.2.7	Mode de distribution	62
6.2.7.1	Diffusion de la trousse en Montérégie	62
6.2.8	Commandes de matériel	63
6.2.9	Autre matériel de promotion régional.....	64
6.2.10	Facteurs facilitants et difficultés	65
6.2.11	Diffusion de la trousse par les DSP en résumé	68
6.3	Pénétration et utilité de la trousse pour les vacinateurs.....	68
6.3.1	Participation à l'étude	68
6.3.1.1	Utilisation du carton-réponse.....	69
6.3.1.2	Comparaison des participants et des non-participants.....	69
6.3.2	Caractéristiques personnelles	70
6.3.3	Réception du matériel.....	71
6.3.4	Utilisation du matériel.....	74
6.3.5	Occasions d'utilisation.....	76
6.3.5.1	Modes d'utilisation des feuillets.....	77
6.3.6	Besoin de matériel supplémentaire.....	78
6.3.7	Satisfaction par rapport aux feuillets d'information	79
6.3.8	Opinion sur l'utilité du matériel	80
6.3.9	Opinion sur divers sujets relatifs à la vaccination	81
6.3.10	Commentaires	83
6.3.11	Pénétration et utilisation de la trousse pour les vacinateurs en résumé.	84
6.4	Pénétration et utilité de la trousse pour les parents.....	84
6.4.1	Participation à l'étude	84
6.4.1.1	Utilisation du carton-réponse.....	85
6.4.1.2	Comparaison des participants et des non-participants.....	85
6.4.2	Caractéristiques personnelles	86
6.4.3	Réception et utilisation du matériel.....	88
6.4.3.1	Feuillets sur la vaccination	88
6.4.3.1.1	Lieux de réception des feuillets.....	91
6.4.3.1.2	Conservation des feuillets	91
6.4.3.2	Affiche et boîtier	92
6.4.3.3	Utilisation du matériel.....	93
6.4.4	Appréciation des feuillets	93
6.4.5	Sources d'information en vaccination.....	95

6.4.6	Intention de vaccination	96
6.4.7	Opinion des parents sur la vaccination.....	96
6.4.8	Expérience antérieure en vaccination	98
6.4.9	Estimation de l'impact du biais de désirabilité.....	98
6.4.10	Commentaires et demandes des parents.....	101
6.4.11	Pénétration et utilité de la trousse pour les parents en résumé	102
6.5	Coûts.....	102
6.5.1	Coûts pour le MSSS	102
6.5.2	Coûts de diffusion en Montérégie	103
6.5.3	Coûts pour les DSP	104
6.5.4	Coûts selon la perspective du réseau de santé publique.....	105
6.5.5	Analyse de sensibilité	105
7.	DISCUSSION.....	107
7.1	Réception du matériel	107
7.2	Utilisation du matériel.....	108
7.3	Occasions d'utilisation.....	110
7.4	Satisfaction et utilité.....	111
7.5	Besoin de matériel supplémentaire	113
7.6	Comparaison entre les professions des vaccinateurs	114
7.7	Opinion sur la vaccination.....	115
7.8	Groupes ciblés pour la diffusion de la trousse.....	116
7.9	Évaluation des coûts.....	117
7.10	Limites de l'étude	118
7.10.1	Validité interne	118
7.10.1.1	Biais lié à la non-réponse.....	118
7.10.1.1.1	Comparaison des participants aux non-participants	118
7.10.1.1.2	Analyse de sensibilité.....	119
7.10.1.2	Biais de mémoire.....	120
7.10.1.3	Erreurs de classification.....	121
7.10.1.4	Biais de désirabilité.....	121
7.10.1.5	Limites de l'analyse de coûts.....	122
7.10.2	Validité externe	123
7.10.2.1	Comparaison des participants à la population de la Montérégie	123
7.10.2.2	Comparaison des participants à ceux des autres régions du Québec	125
7.10.2.3	Comparaison de la Montérégie par rapport aux autres régions.....	126
7.10.3	Autres remarques concernant certains aspects de l'étude.....	127
8.	RECOMMANDATIONS.....	131
	CONCLUSION	133
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	199

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1 :	DÉFINITION DES POPULATIONS À L'ÉTUDE ET DESCRIPTION DES SUJETS INTERROGÉS	43
TABLEAU 2 :	POPULATIONS À L'ÉTUDE, MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES, INSTRUMENTS DE MESURE ET ANNEXES CORRESPONDANTES	44
TABLEAU 3 :	RESSOURCES UTILISÉES POUR LE PROJET DE LA TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION (CONCEPTION, PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA TROUSSE).....	49
TABLEAU 4 :	QUESTIONS UTILISÉES ET VALEURS NUMÉRIQUES ATTRIBUÉES DANS L'ÉLABORATION DES INDICES DE SATISFACTION, D'UTILITÉ ET D'OPINION DES PARENTS ET DES VACCINATEURS.....	54
TABLEAU 5 :	ÉNUMÉRATION DES RÉGIONS OÙ LES OUTILS DE LA TROUSSE ONT ÉTÉ DISTRIBUÉS SELON LES GROUPES CIBLÉS.....	58
TABLEAU 6 :	ACTIVITÉS ENTOURANT LA DIFFUSION DE LA TROUSSE SELON LES RÉGIONS	61
TABLEAU 7 :	COMMANDES DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE SELON LES RÉGIONS	63
TABLEAU 8 :	COMPARAISON DES VACCINATEURS PARTICIPANTS ÉLIGIBLES ET DES VACCINATEURS NON-PARTICIPANTS ÉLIGIBLES SELON LA PROFESSION	70
TABLEAU 9 :	CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION	71
TABLEAU 10 :	RÉCEPTION PAR LES VACCINATEURS DES FEUILLETS, DE L'AFFICHE ET DU BOÎTIER SELON LA PROFESSION	72
TABLEAU 11 :	CHANCES (RC) D'AVOIR REÇU LES FEUILLETS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS.....	73
TABLEAU 12 :	RÉCEPTION DE LA TROUSSE PAR LES OMNIPRATICIENS SELON LE TYPE DE PRATIQUE	74
TABLEAU 13 :	CHANCES (RC) D'UTILISER LES FEUILLETS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS.....	75
TABLEAU 14 :	UTILISATION DE L'AFFICHE ET DU BOÎTIER PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION.....	76
TABLEAU 15 :	OCCASIONS D'UTILISATION DES FEUILLETS PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION	77
TABLEAU 16 :	MODES D'UTILISATION DES FEUILLETS PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION.....	78
TABLEAU 17 :	COMMANDES DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION.....	79
TABLEAU 18 :	SATISFACTION DES VACCINATEURS PAR RAPPORT À L'INFORMATION CONTENUE DANS LES FEUILLETS SELON LA PROFESSION	80
TABLEAU 19 :	OPINION DES VACCINATEURS SUR L'UTILITÉ DES FEUILLETS SELON LA PROFESSION	81
TABLEAU 20 :	OPINION DES VACCINATEURS SUR LA VACCINATION SELON LA PROFESSION.....	82
TABLEAU 21 :	COMPARAISON DES PARENTS PARTICIPANTS ÉLIGIBLES ET DES PARENTS NON-PARTICIPANTS ÉLIGIBLES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES	86
TABLEAU 22 :	CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS.....	87
TABLEAU 23 :	RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS	89
TABLEAU 24 :	RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS SELON LE LIEU DE VACCINATION DE LEUR ENFANT	90
TABLEAU 25 :	LIEU DE RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS	91
TABLEAU 26 :	LECTURE, UTILISATION ET CONSERVATION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS	92
TABLEAU 27 :	EXPOSITION DES PARENTS À L'AFFICHE ET AU BOÎTIER	92
TABLEAU 28 :	SATISFACTION DES PARENTS PAR RAPPORT AUX FEUILLETS	93
TABLEAU 29 :	UTILITÉ DES FEUILLETS POUR LES PARENTS	94

TABLEAU 30 :	UTILITÉ DES FEUILLETS POUR PRENDRE UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE SELON CERTAINES VARIABLES	95
TABLEAU 31 :	UTILITÉ DE DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATION SUR LA VACCINATION	96
TABLEAU 32 :	OPINION DES PARENTS SUR LA VACCINATION DES ENFANTS	97
TABLEAU 33 :	MAUVAISE EXPÉRIENCE DE VACCINATION RAPPORTÉE PAR LES PARENTS	98
TABLEAU 34 :	RÉCEPTION ET UTILISATION DES FEUILLETS, OPINION SUR L'UTILITÉ DES FEUILLETS ET AUTRES SOURCES D'INFORMATION, ET OPINION SUR LA VACCINATION SELON L'ÉNONCÉ « LES FEUILLETS VOUS ONT PERMIS D'ÊTRE INFORMÉ SUR LE RHUME ET LES COLIQUES »	100
TABLEAU 35 :	COÛTS DE LA CONCEPTION, PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA TROUSSE POUR LE MSSS	103
TABLEAU 36 :	COÛTS DE DIFFUSION DE LA TROUSSE EN MONTÉRÉGIE.....	104
TABLEAU 37 :	PROPORTION DES COÛTS SELON LES PERSPECTIVES ET LES ÉTAPES DU PROJET DE LA TROUSSE	105
TABLEAU 38 :	ANALYSE DE SENSIBILITÉ SELON DEUX SCÉNARIOS EXTRÊMES ET PERSPECTIVES ADOPTÉES	106
TABLEAU 39 :	COMPARAISON DES PARENTS PARTICIPANTS À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE	124
FIGURE 1 :	MODÈLE DE DIFFUSION PRÉVUE DE LA TROUSSE	36
FIGURE 2 :	SCHÉMA DE PARTICIPATION DES VACCINATEURS	69
FIGURE 3 :	SCHÉMA DE PARTICIPATION DES PARENTS	85

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	FEUILLETS SUR LA VACCINATION	135
ANNEXE 2 :	NOTE DE LA RESPONSABLE DU MSSS AUX COORDONNATEURS DE MALADIES INFECTIEUSES DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE CONCERNANT LA « TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION ».....	137
ANNEXE 3 :	MODÈLE COMPORTEMENTAL DE LA « TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION »	143
ANNEXE 4 :	VARIABLES À L'ÉTUDE.....	147
ANNEXE 5 :	GRILLE D'ENTREVUE POUR LES RESPONSABLES DES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE	151
ANNEXE 6 :	QUESTIONNAIRE POUR LES VACCINATEURS DES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS DE LA MONTÉRÉGIE	157
ANNEXE 7 :	QUESTIONNAIRE POUR LES PARENTS DES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS DE LA MONTÉRÉGIE	171
ANNEXE 8 :	LETTRÉ D'INTRODUCTION DU QUESTIONNAIRE AUX VACCINATEURS	187
ANNEXE 9 :	COÛTS DES DIFFÉRENTES RESSOURCES UTILISÉES ET SOURCES D'INFORMATION UTILISÉES	191
ANNEXE 10 :	ANALYSE DE SENSIBILITÉ.....	195

GLOSSAIRE

Feuillelet général :	Feuillelet de la trousse intitulé <i>La vaccination, une bonne protection</i> .
Feuillelets spécifiques :	Feuillelets de la trousse intitulés <i>Vaccin RRO</i> , vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, et <i>Vaccin DCaT-Polio-Hib</i> , vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et les infections à Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> de type b).
Non-vaccinateurs :	Professionnels de la santé ou organismes impliqués dans les soins des enfants âgés de 0 à 5 ans qui n'administrent pas de vaccins à cette clientèle.
Trousse :	Matériel de promotion de la vaccination comprenant un boîtier, des feuillelets et une affiche. Au moment de l'évaluation de la trousse, trois feuillelets étaient contenus dans la trousse, soit le feuillelet général et les deux feuillelets spécifiques définis ci-haut.
Vaccinateurs :	Médecins (omnipraticiens et pédiatres) et infirmières qui administrent des vaccins à des enfants âgés de 0 à 5 ans. Les médecins administrent les vaccins dans une clinique médicale et les infirmières au CLSC.
Volet coûts :	Évaluation des coûts reliés à la conception, production et diffusion de la trousse.
Volet DSP :	Enquête auprès des personnes responsables de la trousse dans chacune des directions de santé publique des 18 régions du Québec.
Volet parents :	Enquête auprès des parents de la Montérégie.
Volet vaccinateurs :	Enquête auprès des vaccinateurs de la Montérégie.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
DSP	Direction de santé publique
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
VIP	Vaccine Information Pamphlets
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires

LISTE DES RÉGIONS

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie et Centre-du-Québec
- 05 Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

INTRODUCTION

Dans le contexte où le Québec doit se doter d'un plan de promotion de la vaccination, il semble pertinent de connaître l'efficacité des mesures qui existent déjà en matière de promotion de la vaccination afin de guider l'élaboration de ce futur plan. Le présent document s'inscrit donc dans cette perspective, et rend compte de l'évaluation de la « Trousse de promotion de la vaccination ».

Le rapport présente tout d'abord le contexte ayant amené la production de cette trousse et définit les outils qui la composent, ses objectifs de communication, et le mode de diffusion initialement proposé. Les éléments pertinents à la revue de la littérature sont ensuite présentés, suivis du modèle de diffusion et du modèle comportemental de la « Trousse de promotion de la vaccination », modèles élaborés pour les besoins de l'étude. Par la suite, les objectifs de l'évaluation et l'ensemble des aspects méthodologiques sont expliqués. Viennent ensuite les résultats détaillés de tous les volets de l'étude ainsi que la discussion. Finalement, des recommandations sont faites pour optimiser l'atteinte des objectifs de communication de la « Trousse de promotion de la vaccination ».

1. CONTEXTE

L'impact des programmes d'immunisation sur la réduction de la morbidité et mortalité causées par les maladies faisant l'objet d'une vaccination universelle est remarquable. Au Québec, il semble toutefois que nous soyons encore loin de l'atteinte de l'objectif national de 95 % de couverture vaccinale, tant à 2 ans qu'à 15 ans, alors fixé pour 2002 (MSSS, 1997). Des études réalisées au Québec ont identifié des facteurs reliés à un calendrier de vaccination incomplet. Dans la population, on souligne notamment l'attitude négative des parents face à certaines recommandations (Boulianne et autres, 2000; Valiquette et autres, 1998). Chez les vaccinateurs, une étude de Dionne et autres (1999) a montré notamment une remise en question inquiétante des infirmières face à la vaccination, une grande préoccupation face aux effets secondaires des vaccins, des failles dans la compétence des vaccinateurs et de grandes carences dans l'application des lignes directrices. Les vaccinateurs ont également déploré le manque de documents vulgarisés à remettre aux parents. Ces données suggèrent qu'il faut prévoir une stratégie de promotion pour, d'une part, maintenir les acquis et l'adhésion de la population et des professionnels de la santé au regard de la vaccination et, d'autre part, instaurer de nouveaux programmes. Il s'agit d'ailleurs d'une des cibles d'action prioritaire du Programme national de santé publique selon lequel un plan de promotion de la vaccination doit être défini, tant au niveau provincial que régional (MSSS, 2003a). Pour être efficace et parvenir à améliorer la couverture vaccinale, la stratégie de promotion doit reposer sur des interventions à multiples composantes, incluant un volet d'éducation à la population (CDC, 1999; Task Force on Community Preventive Services, 2000).

C'est dans cette perspective qu'une « Trousse de promotion de la vaccination » a été élaborée, dans un premier temps, par le Groupe de travail sur la promotion de la vaccination, groupe émanant de la Table de concertation nationale en maladies infectieuses, puis produite par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Préalablement à la création de ce matériel, un sondage avait été réalisé auprès de 180 vaccinateurs et 62 professionnels des directions de santé publique du Québec afin de connaître les besoins en promotion de la vaccination. Selon eux, du matériel de promotion de la vaccination devrait contenir des dépliants pour les parents comprenant les informations suivantes : description des maladies évitables par l'immunisation, des vaccins et de leurs effets secondaires, en plus d'explications sur les succès des programmes de vaccination. Quant aux qualités que devrait posséder ce matériel, les personnes interrogées ont mentionné : un langage simple et accessible, une information claire et précise, une présentation attrayante.

La « Trousse de promotion de la vaccination » comprend un boîtier pouvant contenir des feuillets d'information destinés aux parents et aux vaccinateurs ainsi qu'une affiche. Cette trousse s'adresse à deux groupes, soit les parents des enfants âgés de 0 à 5 ans et les vaccinateurs.

À l'égard des parents, les objectifs de communication de la trousse sont :

- de les sensibiliser à l'importance de faire vacciner leur enfant;
- de les sensibiliser à l'importance du respect du calendrier vaccinal;
- de les informer sur les maladies évitables par l'immunisation de base;
- de les informer sur les vaccins du calendrier régulier de vaccination.

À l'égard des vaccinateurs, les objectifs de communication sont :

- de renforcer l'importance de la vaccination comme mesure de prévention;
- de sensibiliser à l'importance du respect du calendrier vaccinal;
- d'actualiser leurs connaissances sur les maladies évitables par l'immunisation de base (p. ex. présentation clinique, complications).

Trois feuillets ont été initialement élaborés en versions française et anglaise. Ils s'intitulent *La vaccination, une bonne protection*, *Vaccin DCaT-Polio-Hib* et *Vaccin RRO*. Seuls ces feuillets étaient disponibles au moment de l'évaluation de la trousse. La trousse a été prévue de façon à pouvoir insérer des feuillets supplémentaires si de nouveaux vaccins étaient inclus au calendrier régulier d'immunisation. Ainsi, le feuillet *Vaccin méningocoque* a été ajouté en décembre 2002. Les trois feuillets évalués sont présentés à l'annexe 1 (version française).

Les trousse ont été envoyées dans les directions de santé publique pour que le matériel soit ensuite distribué dans chaque région. Avant la diffusion de la trousse de vaccination, le MSSS a fait parvenir aux coordonnateurs en maladies infectieuses des directions de santé publique de l'information relative aux outils contenus dans la trousse (Annexe 2), ainsi que le mode de distribution prévu du matériel. On suggérait de distribuer le boîtier aux vaccinateurs seulement. Les feuillets *Vaccin DCaT-Polio-Hib* et *Vaccin RRO* étaient prévus comme des outils d'information à être remis aux parents par les vaccinateurs. Le contenu de ces deux feuillets a d'ailleurs été approuvé par le Comité d'immunisation du Québec dans la perspective de l'utiliser auprès des parents comme information écrite pour faciliter l'obtention d'un consentement éclairé. L'affiche et le feuillet *La vaccination, une bonne protection* étaient prévus comme outils de promotion de la vaccination destinés aux parents et devant être distribués plus largement (p. ex. cliniques médicales, pharmacies, départements d'obstétrique des centres hospitaliers, garderies). De plus, lorsque les outils ont été envoyés dans les régions, le Ministère a spécifié que les feuillets *Vaccin DCaT-Polio-Hib* et *Vaccin RRO* étaient destinés à être remis de main en main, alors que le feuillet général *La vaccination, une bonne protection* pouvait être distribué à un plus large public. Un

montant de 6 \$ par boîtier a été accordé par le Ministère aux directions de santé publique afin de soutenir les frais de diffusion du matériel.

Plusieurs autres éléments relatifs à la diffusion de la trousse n'ont cependant pas été spécifiés aux responsables des directions de santé publique. Ces éléments sont : le moment du lancement, la publicité lors du lancement et ultérieurement, l'utilisation et le contenu de la lettre d'introduction accompagnant les envois, l'utilisation d'un bon de commande, l'envoi systématique de la trousse aux nouveaux vaccinateurs, l'utilisation concomitante de matériel promotionnel régional.

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Avant de procéder à l'évaluation de la trousse de promotion de la vaccination, il est pertinent de réviser les écrits relatifs à ce sujet. Bien que les publications scientifiques sur la vaccination soient nombreuses, celles concernant du matériel de promotion de la vaccination sont relativement peu fréquentes. Nous n'en avons trouvé que quelques-unes venant des États-Unis et du Québec.

2.1 ÉTUDES AMÉRICAINES

À la suite de l'instauration d'un programme d'indemnisation des personnes ayant eu des effets secondaires reliés à l'immunisation, le Congrès américain a décrété en 1986 que des dépliants d'information sur les bénéfices et les risques de l'immunisation (« Vaccine Information Pamphlets » ou « VIP ») devaient dorénavant être remis aux représentants légaux de chaque enfant lors de l'administration de chaque dose de vaccin (Fitzgerald et Glotzer, 1995). En 1992, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont distribué une première version de ces dépliants. Trois dépliants de huit pages chacun ont été élaborés, soit un pour le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO), un pour le vaccin contre la poliomyélite (Polio), et un pour le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DCT). Chacun devait contenir dix éléments d'information spécifiques portant sur les différentes maladies et leur vaccin, incluant une description détaillée des effets secondaires, et le calendrier vaccinal recommandé. Les vaccinateurs pouvaient utiliser des dépliants maison contenant les mêmes informations, mais la majorité utilisaient ceux produits par les CDC. Ils étaient remis lors de l'immunisation, et les parents devaient donner un consentement écrit à la vaccination. Une controverse concernant les informations à y inscrire, ainsi que sur leur efficacité, a donné lieu à la réalisation de quelques évaluations (Woodin et autres, 1993; Clayton et autres, 1994; Lieu et autres, 1994; Melman et autres, 1994; Fitzgerald et Glotzer, 1995; Esernio-Jenssen et Turow, 1996; Davis et autres, 1996; Davis et autres, 1998).

Woodin et autres (1993) ont interrogé 169 parents, 275 médecins de la région de Rochester (NY) afin de connaître leur opinion à l'égard des VIP. Les parents se sont dits généralement satisfaits. La presque totalité (94 %) d'entre eux ont jugé les VIP très ou assez efficaces comme outils d'information, et 84 % ont mentionné qu'ils avaient amélioré grandement leur compréhension des vaccins. Un peu plus du quart des parents (28 %) ont indiqué qu'ils contenaient trop d'information. L'opinion des médecins était moins favorable. Seulement 40 % d'entre eux ont jugé les VIP très ou

assez efficaces, et 76 % ont mentionné qu'ils contenaient trop d'information. Fitzgerald et Glotzer (1995) se sont également attardés à la satisfaction des parents face aux VIP. Deux cent vingt trois (223) parents d'enfants âgés de 1 à 18 mois ont été interrogés alors qu'ils se trouvaient dans la salle d'attente de leur médecin lors d'une visite de routine, et ce, dans trois sites de la région de Boston. Près de la moitié (43 %) des personnes interrogées connaissaient le dépliant. Dans ce groupe, 94 % ont trouvé le dépliant utile et, comme pour l'étude précédente, un peu plus du quart (29 %) le trouvaient trop long.

Deux autres études se sont intéressées à l'impact des VIP sur les connaissances des parents (Clayton et autres, 1994; Esernio-Jenssen et Turow, 1996). Clayton et autres (1994) ont évalué le changement au niveau des connaissances et des craintes face à la vaccination, ainsi qu'au niveau de la vigilance à l'égard des effets secondaires. Des parents de la région de Nashville (TN), recrutés lors de visites de vaccination, ont répondu à un questionnaire téléphonique avant (groupe témoin, n = 169) et après (groupe intervention, n = 156) la diffusion des VIP. Les parents ayant reçu les dépliants ont rapporté avoir bénéficié d'apprentissages nouveaux en ce qui a trait aux bénéfices de la vaccination et aux effets secondaires mineurs. Les VIP ne semblent pas avoir augmenté les craintes des parents face à la vaccination, car ceux les ayant reçus avaient davantage l'intention de faire vacciner leur enfant. Les auteurs ne rapportent pas non plus de différence significative quant à la fréquence des effets secondaires rapportés par les parents des deux groupes. Plus récemment, Esernio-Jenssen et Turow (1996) ont évalué la compréhension et la rétention de l'information contenue dans les VIP, et ce, auprès de parents très scolarisés dont l'enfant était suivi au département de pédiatrie du North Shore University Hospital (Great Neck, NY). Un groupe de 81 parents ayant reçu les dépliants DCT et Polio lors de la première visite postnatale de leur nouveau-né, a été comparé à un groupe de 82 parents ne les ayant pas reçus. Les parents des deux groupes ont rempli un questionnaire auto-administré. Tous les parents du groupe expérimental ont trouvé les dépliants faciles à comprendre, et la quasi-totalité (98 %) les ont trouvés utiles. Dix questions « Vrai ou Faux » portant sur la vaccination DCT-Polio ont servi à l'élaboration d'un score global de connaissances. Le score des parents du groupe expérimental était meilleur que celui du groupe témoin, sauf pour une question portant sur le report de la vaccination en cas de maladie bénigne, et une autre sur la contre-indication à la vaccination dans le cas d'un enfant ayant fait de la fièvre à la suite d'une dose antérieure. Les résultats ont aussi montré que les parents ayant reçu les VIP étaient plus inquiets face à la vaccination (35 % c. 15 %), mais que presque tous les parents (91 %) avaient l'intention de faire vacciner leur enfant.

Une autre étude américaine sur les VIP a été réalisée par Lieu et autres (1994) auprès de parents d'enfants âgés de 2 à 8 mois, de niveau socio-économique favorisé, et ayant fait vacciner leur enfant à l'Alamo Medical Group en Californie. L'objectif de l'étude était de décrire l'utilisation des VIP et leurs effets sur l'attitude des parents à l'égard de la vaccination. Deux groupes de parents ont été comparés : des parents témoins

interrogés avant l'introduction des VIP (n = 167), et des parents du groupe d'intervention interrogés après l'introduction des VIP (n = 140). Un questionnaire postal a été envoyé aux parents des deux groupes deux semaines après la visite de vaccination. La plupart des parents n'ont pas lu les dépliants au complet, les ont trouvés utiles et non inquiétants, quoiqu'une minorité non négligeable d'entre eux (39 %) ont trouvé le contenu un peu inquiétant. Même avant l'introduction des dépliants, plus de 90 % des parents disaient avoir assez d'information sur la vaccination. Notons qu'à l'Alamo Medical Group, la pratique a toujours été de réserver du temps pour une discussion sur la vaccination lors des visites d'immunisation. Dans cette étude, peu d'effet a été noté sur l'attitude des parents face à la vaccination : plus de la moitié des parents des deux groupes se sentaient plus confortables par rapport à la vaccination après avoir reçu de l'information, mais leur attitude était légèrement plus favorable dans le groupe témoin.

Melman et autres (1994), dans une étude menée auprès de 157 parents de milieu socio-économique défavorisé, ont montré cependant que la capacité de lecture de 80 % de ces parents était insuffisante pour pouvoir comprendre les VIP. Les auteurs ont aussi estimé, auprès d'étudiants en médecine, que le temps médian nécessaire pour lire les VIP était de 24 minutes (étendue de 12 à 39 minutes). Cette période de temps a été jugée beaucoup trop longue pour que les VIP puissent être lus par les parents lors d'une consultation médicale.

Enfin, Davis et autres (1996; 1998) ont étudié deux dépliants. Le dépliant VIP des CDC portant sur la vaccination contre la polio a été comparé à un dépliant maison sur le même sujet, mais plus simple, facile à lire et attrayant. Dans une première étude auprès de 522 parents, on a intégré autant une approche qualitative que quantitative. La compréhension du contenu du dépliant des CDC a été évaluée moins bonne, et les parents, peu importe leur niveau socio-économique, ont préféré le dépliant maison plus simple (Davis et autres, 1996).

Dans une deuxième étude, les auteurs ont évalué ces mêmes dépliants auprès de 610 parents randomisés pour recevoir l'un ou l'autre des dépliants en comparant, dans un premier temps, leur compréhension du contenu et, dans un deuxième temps, leur préférence après leur avoir montré les deux dépliants. Les parents interrogés préféraient le dépliant plus simple, mais cela ne se reflétait pas sur leur compréhension testée par un questionnaire portant sur les connaissances acquises à la seule lecture des dépliants. En effet, les connaissances des deux groupes étaient faibles et à peu près équivalentes, peu importe si les parents avaient été exposés ou non à l'un ou l'autre des dépliants. Le fait d'avoir pris connaissance de l'un ou l'autre des dépliants ne permettait pas non plus aux parents de mieux se préparer à discuter avec leur médecin (Davis et autres, 1998).

À la lumière des études rapportées, on comprend bien que l'utilisation des VIP soit controversée. Bien que ces études permettent d'explorer les difficultés rencontrées, elles n'apportent pas de réponse définitive quant à leur utilité.

2.2 ÉTUDES QUÉBÉCOISES

Au Québec, trois évaluations d'outils promotionnels pour la vaccination ont été recensées. La première a eu lieu dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean (Lapierre, 1997). L'outil évalué est une pochette contenant cinq feuillets d'information sur la vaccination et une camisole portant l'inscription « La vaccination, un plus pour la santé ». Un premier feuillet contient la définition du consentement libre et éclairé, le calendrier vaccinal, ainsi que les numéros de téléphone des CLSC du territoire. Les quatre autres feuillets contiennent diverses informations (modes de transmission, prévalence, symptômes, complications, efficacité vaccinale, calendrier vaccinal, effets secondaires possibles et conduite à tenir) sur les maladies suivantes et leurs vaccins respectifs : poliomyélite, rougeole-rubéole-oreillons, infections à Hib et diphtérie-coqueluche-tétanos. Les outils ont été produits par les professionnels de la DSP, et ont été distribués aux parents de nouveau-nés par les intervenants des hôpitaux de la région, et ce, à partir du mois de novembre 1995. À des fins d'évaluation, un questionnaire auto-administré a été remis à tous les parents d'enfants âgés de 2, 4 et 6 mois se présentant au CLSC pour faire vacciner leur enfant en octobre et novembre 1996. Au total, 741 personnes ont rempli le questionnaire. Les résultats ont montré que la diffusion des outils était satisfaisante. La presque totalité (95 %) des parents avaient reçu la pochette d'information. Le matériel était apprécié des parents. En effet, la majorité (70 %) de ces derniers ayant reçu la pochette avaient lu les feuillets en totalité, et 80 % ont dit les avoir beaucoup appréciés. L'initiative de la camisole a été un peu moins appréciée (66 % ont dit l'avoir beaucoup appréciée). Plus de la moitié des participants ont considéré que les feuillets les ont beaucoup aidé à prendre une décision éclairée à l'égard de la vaccination. À la suite de cette évaluation encourageante, la campagne d'information s'est poursuivie, mais en simplifiant les feuillets d'information pour respecter le besoin exprimé en ce sens par les parents. D'ailleurs, les feuillets étaient moins lus par les familles faiblement scolarisées.

Une autre évaluation a été réalisée dans la région de Lanaudière (Goneau, 1999). Les outils évalués dans cette région sont une pochette contenant un livret d'information de dix-sept pages et un bavoir pour bébé. Le livret reprend essentiellement les mêmes informations que celles des feuillets distribués au Saguenay-Lac-St-Jean, en plus d'une section présentant les situations qui ne sont pas des contre-indications à la vaccination et celles qui le sont. Les outils ont été produits par les professionnels de la DSP, et ont été distribués par les CLSC de la région lors des cours prénataux et visites postnatales à domicile, et ce, de 1997 à 1999. L'évaluation a pris la forme de deux groupes de discussion de sept femmes sélectionnées parmi celles ayant reçu les outils. La majorité des participantes ont consulté le dépliant d'information. Certaines d'entre elles l'ont trouvé facilitant pour la prise de décision à l'égard de la vaccination et comme aide-mémoire. Des suggestions ont été faites, soit l'ajout de détails sur les effets secondaires des vaccins, l'ajout de couleur au livret, et la pose d'affiches dans les pharmacies et les chambres des hôpitaux. Le bavoir pour bébé a connu moins de

succès. La plupart des participantes ne l'ont utilisé qu'à quelques reprises car il était peu pratique. Le mode de diffusion a été jugé adéquat, mais le moment de la visite postnatale a été davantage apprécié. À la suite de cette évaluation, les auteurs ont recommandé de réviser le texte du livret et de remplacer le bavoir pour bébé par un autre objet de rappel.

La troisième évaluation a été réalisée en Montérégie en mars 2002 (Beudet et autres, 2002). Une enquête a été faite dans des garderies pour évaluer l'implantation de la « Trousse de promotion de la vaccination », ainsi que les connaissances et attitudes des parents à la suite de sa distribution dans ce milieu. En Montérégie, deux éléments de la trousse ont été distribués dans les garderies du territoire, soit l'affiche et le feuillet *La vaccination, une bonne protection*. Ce feuillet présente de l'information générale sur la vaccination, telle que les bienfaits de l'immunisation, le mode d'action des vaccins, le calendrier vaccinal recommandé, et certaines fausses croyances. Des entrevues téléphoniques ont été faites auprès de 77 responsables de milieux de garde de la région et, dans 24 de ces milieux sélectionnés, des parents ont été questionnés lors d'une entrevue face à face. Les résultats ont montré que la trousse a été reçue dans 80 % des garderies. Dans 93 % d'entre elles, les affiches ont été exposées et, à l'exception d'un centre, les feuillets ont été distribués partout. Bien que l'affiche ait été installée dans la majorité des milieux, elle n'a été vue que par 54 % des parents, le plus souvent à la garderie ou au cabinet du médecin. De plus, seulement 42 % des parents interrogés ont reçu le feuillet. Cet outil de promotion est perçu de façon très favorable par la majorité des parents, et 90 % de ceux qui l'ont reçu l'ont lu.

Les études québécoises, quoique moins nombreuses que les études américaines, semblent donc plus favorables à l'égard du matériel de promotion de la vaccination.

2.3 TRANSCRIPTION DES CONSTATS DES ÉCRITS POUR L'ÉVALUATION DE LA « TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION »

On constate donc qu'il existe peu d'études ayant fait l'évaluation d'outils promotionnels pour la vaccination. De plus, leurs résultats sont difficilement transposables à la « Trousse de promotion de la vaccination » en raison de différences importantes quant à la nature des outils, à leur contexte ou à leur mode de diffusion.

En ce qui a trait aux études américaines, l'outil évalué et son contexte d'application sont très différents de la situation qui nous intéresse. Les VIP sont des dépliants de huit pages chacun, visant une description exhaustive des effets secondaires possibles, et leur distribution est obligatoire. Quant aux outils québécois produits régionalement, ils contiennent plus d'information que les dépliants de la trousse sur des maladies spécifiques et leur vaccin, mais ne présentent pas certains des éléments d'information générale sur la vaccination que l'on retrouve sur le feuillet *La vaccination, une bonne protection*. La présentation graphique de la trousse est également très différente des

deux autres outils québécois. En effet, la trousse et ses composantes paraissent plus attrayantes en raison d'un design accrocheur, de l'utilisation de plusieurs couleurs, d'une présentation plus succincte de l'information, et de l'existence d'une affiche et d'un boîtier promotionnels en plus des feuillets. La trousse ne compte toutefois pas d'objet d'usage courant (camisole ou bavoir) pouvant servir de rappel de la vaccination. Enfin, la diffusion de la trousse a été plus large puisque faite à l'échelle de la province.

Dans le contexte où la trousse deviendrait l'outil privilégié pour la promotion de la vaccination au Québec, qu'elle serait améliorée par l'ajout de feuillets sur les nouveaux vaccins au fur et à mesure de leur intégration au programme québécois, et que le Programme national de santé publique définit un plan de promotion de la vaccination qui repose sur des études démontrant l'efficacité des outils proposés, ces dernières recherches, quoique très intéressantes, ne rendent pas moins pertinente l'évaluation de la « Trousse de promotion de la vaccination ».

3. CADRE CONCEPTUEL

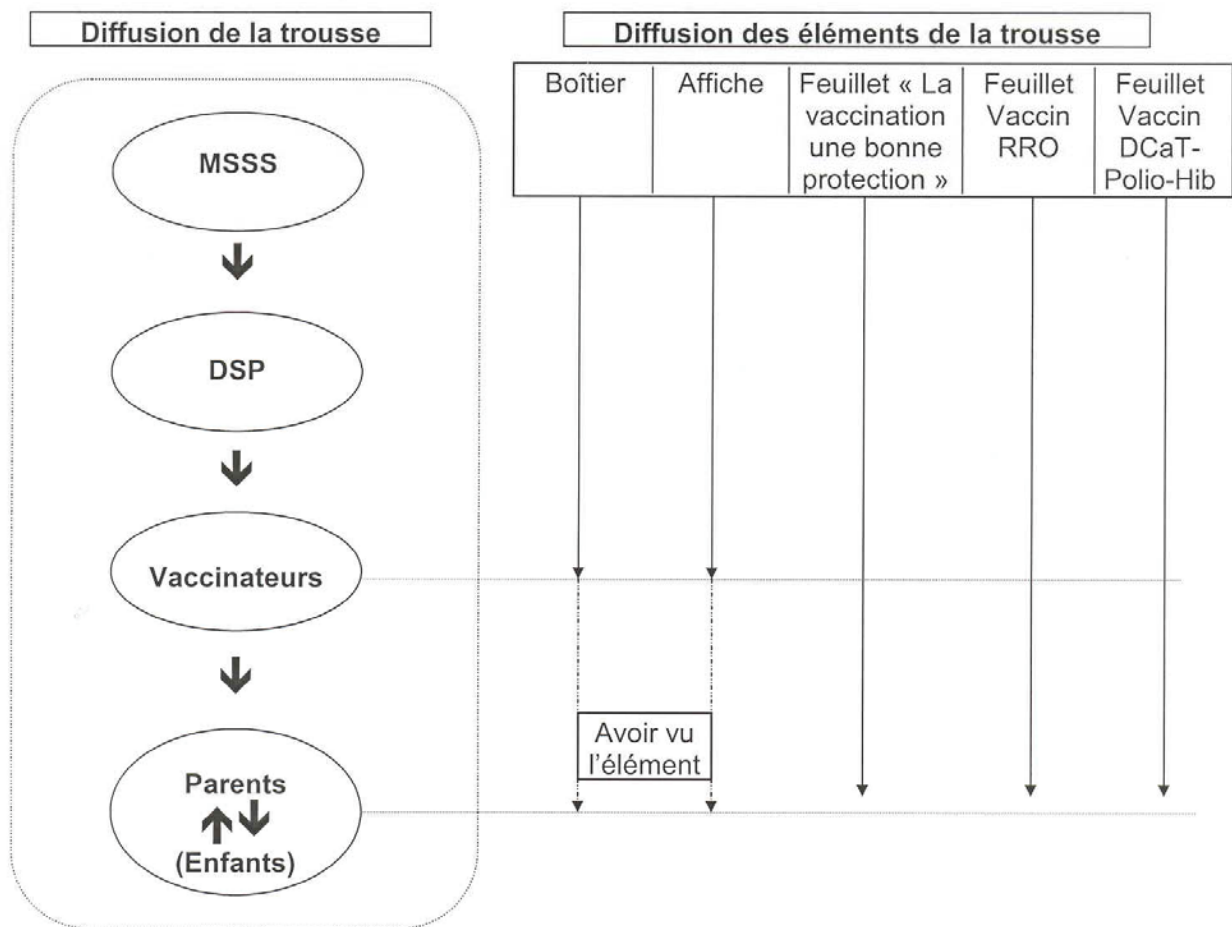
Aucune des publications sur les recherches évaluatives présentées à la section précédente ne mentionne de cadre conceptuel pour l'intervention. Or, la conceptualisation du modèle sur lequel se base l'intervention est une étape importante et primordiale lors de l'évaluation, particulièrement à l'égard des variables à mesurer (Rossi et autres, 1999). L'utilisation déficiente de modèle théorique a d'ailleurs été déplorée, particulièrement dans les études traitant de l'immunisation (Skowronski et autres, 2002).

Au moment de l'élaboration de la trousse, aucun modèle d'intervention n'a été explicitement utilisé. Comme on le constate très souvent (Rossi et autres, 1999), la trousse a été élaborée en utilisant, de manière implicite, un modèle théorique tacite qu'il a été possible de faire émerger. Des discussions avec des membres de l'équipe de conceptualisation de la trousse ont donc permis de constater que le concept de cet outil repose sur des éléments présents dans le modèle des croyances relatives à la santé (MSSS, 1990). Deux cadres conceptuels ont été élaborés a posteriori pour guider son évaluation : un modèle de diffusion et un modèle comportemental (Petit, 2002).

3.1 MODÈLE DE DIFFUSION

Le premier modèle présente la diffusion des éléments de la trousse (Figure 1). On retrouve, à gauche, les intervenants/organismes impliqués à chaque étape de sa diffusion. L'enfant est représenté dans le schéma, non pas parce qu'il est la cible directe de l'information, qui demeure les parents, mais parce qu'il est au cœur de l'intervention. La partie de droite du modèle présente les éléments de la trousse destinés à chaque intervenant/organisme.

FIGURE 1 : MODÈLE DE DIFFUSION PRÉVUE DE LA TROUSSE



3.2 MODÈLE COMPORTEMENTAL

Le second cadre conceptuel intègre deux modèles comportementaux : le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model) et le modèle systémique de médecine clinique préventive (Systems Model of Clinical Preventive Care) de Walsh et McPhee. Le modèle des croyances relatives à la santé (MSSS, 1990) est celui qui est à la base de l'intervention, tel que décrit précédemment. Celui de Walsh et McPhee est plus récent et présente une perspective plus large (Walsh et McPhee, 1992) en intégrant certaines notions du modèle des croyances relatives à la santé ainsi que plusieurs éléments influençant la relation entre les professionnels de la santé et les patients (ici les vaccinateurs et les parents). Parmi ces éléments, on retrouve des facteurs inspirés du modèle de Green et Kreuter (1991), soit des facteurs qui prédisposent, facilitent et renforcent l'adoption du comportement préventif ciblé, et ce, tant pour les professionnels de la santé que pour les patients. Cette vision plus large

permet de mieux situer la trousse parmi l'ensemble des éléments qui déterminent et influencent le choix à l'égard de la vaccination.

Le modèle proposé (Annexe 3) pour la présente évaluation inclut l'ensemble des déterminants des modèles des croyances relatives à la santé (Health Belief Model), et le modèle systémique de médecine clinique préventive de Walsh et McPhee. Le modèle des croyances relatives à la santé se trouve dans l'encadré central. Ces éléments ne sont pas tous touchés par la trousse, mais le modèle fournit une vue d'ensemble des déterminants du comportement qu'est la vaccination. La trousse fait partie d'un ensemble d'interventions possibles visant la vaccination adéquate des enfants. Le modèle suggère d'autres initiatives pour promouvoir la vaccination. Les éléments en caractères gras sont ceux qui sont directement influencés par la trousse. Ils ont guidé le choix des objectifs d'évaluation et des variables étudiées.

L'objectif visé, auquel on s'attarde dans la présente évaluation, a été longuement discuté avec l'équipe de conceptualisation de la trousse. L'objectif principal de la trousse est de soutenir la capacité décisionnelle des parents face à la vaccination de leurs enfants. Des objectifs plus éloignés, tels que la vaccination des personnes ciblées, au bon moment et avec le bon vaccin, ainsi que l'augmentation des couvertures vaccinales combinée aux objectifs de santé, comme la diminution de la morbidité et de la mortalité des maladies évitables par l'immunisation, demeurent bien entendu une préoccupation. Ces derniers objectifs ne peuvent toutefois être atteints uniquement à l'aide de la trousse. L'évaluation de leur atteinte, soit l'intention de vaccination et le statut vaccinal des enfants dans le cadre de l'actuelle étude, doit donc être vue à titre exploratoire.

4. OBJECTIFS

Il s'agit d'une évaluation ayant un but formatif (Rossi et autres, 1999) d'amélioration de la trousse et de son mode de diffusion. À partir des modèles conceptuels à la base de la trousse, les objectifs d'évaluation suivants ont été établis :

- décrire la diffusion des éléments de la trousse en lien avec le modèle de diffusion;
- décrire l'utilisation de la trousse par les vaccinateurs et les parents;
- vérifier l'utilité de la trousse comme outil de communication auprès des vaccinateurs et des parents et s'assurer qu'elle répond à leurs besoins;
- vérifier les connaissances, croyances et attitudes des vaccinateurs et des parents à l'égard des maladies évitables par l'immunisation et des vaccins à la suite de la distribution de la trousse;
- décrire la perception des parents et des vaccinateurs à l'égard de l'utilité de la trousse pour faire un choix éclairé de vaccination;
- décrire la perception des parents à l'égard de l'influence de la trousse sur l'intention de vaccination;
- décrire la perception des parents et des vaccinateurs à l'égard de l'utilité de la trousse comme aide-mémoire pour le respect du calendrier vaccinal;
- décrire la perception des parents et des vaccinateurs à l'égard de l'utilité de la trousse pour sensibiliser à l'importance du respect du calendrier vaccinal;
- connaître la satisfaction des parents et des vaccinateurs à l'égard de la trousse;
- vérifier l'importance relative de la trousse parmi les principales sources d'information des parents sur la vaccination, ainsi que sa crédibilité;
- estimer les coûts de conception, production et diffusion de la trousse.

5. ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

5.1 STRATÉGIE D'ÉVALUATION

Cette étude est une évaluation d'implantation effectuée selon la méthode décrite par Rossi et autres (1999). Plus précisément, le monitoring de l'implantation de l'intervention s'est attardé à décrire les activités de diffusion réalisées, ainsi que les ressources investies pour élaborer et diffuser les outils de la trousse de promotion de la vaccination. Une description de la population rejointe est exposée afin d'évaluer la pénétration de la trousse auprès de son public cible. L'utilisation et l'appréciation de la trousse par ce même public cible sont aussi évaluées. Finalement, les conditions ayant facilité et fait obstacle à la diffusion de la trousse sont décrites.

Pour cette évaluation, plusieurs méthodes de collecte de données furent utilisées. Elles seront décrites de façon exhaustive un peu plus loin. Notons simplement que des entrevues semi-structurées et structurées furent conduites auprès de la responsable de la Direction générale de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des responsables des directions de santé publique (DSP) du Québec, et que deux études descriptives transversales furent réalisées auprès des vaccinateurs et des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie.

5.2 POPULATIONS À L'ÉTUDE

Dans cette évaluation, les populations à l'étude correspondent aux populations ayant élaboré, diffusé et utilisé les outils de la trousse.

MSSS → DSP → Vaccinateurs → Parents

Une première population à l'étude est formée de la personne répondante du projet de la trousse de promotion de la vaccination au MSSS. Cette personne participait au Groupe de travail sur l'élaboration de la trousse, et était responsable de la diffusion de la trousse à travers la province.

La seconde population à l'étude est composée de l'ensemble des personnes responsables des activités de diffusion et de distribution de la trousse dans chacune des DSP des 18 régions du Québec.

Les vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans du Québec constituent une troisième population étudiée. Cette population était responsable de distribuer les outils de la

trousse aux parents, mais est aussi susceptible d'avoir utilisé ces outils auprès des parents.

Finalement, les parents des enfants âgés de 0 à 5 ans du Québec constituent la quatrième population ciblée par cette étude. Cette population était celle visée ultimement par le matériel promotionnel.

Notons que pour des raisons de faisabilité, parmi l'ensemble des vaccinateurs et des parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans du Québec, seuls ceux de la région de la Montérégie ont été retenus aux fins de cette étude.

La région de la Montérégie était un choix logique. En effet, les caractéristiques démographiques de cette région, et les caractéristiques de l'organisation des services de vaccination qu'on y retrouve, font en sorte qu'elle représente bien la réalité de l'ensemble de la province. La Montérégie comprend des territoires urbains, semi-urbains et ruraux, et une proportion d'enfants d'âge préscolaire comparable à celle de la moyenne provinciale (Payette, 2000). On y dénombre environ 860 naissances par mois. En ce qui a trait aux lieux d'immunisation, l'ensemble des 20 CLSC¹ de la région offre des services de vaccination (170 infirmières vaccinatrices). De plus, 244 omnipraticiens et 60 pédiatres offrent des services d'immunisation de base aux enfants. Comme pour l'ensemble du Québec, la Montérégie comprend des secteurs où la vaccination se fait strictement en CLSC, d'autres où elle a lieu essentiellement en cabinet privé, et finalement certaines zones où les deux pratiques se côtoient.

5.2.1 TAILLE DES ÉCHANTILLONS

À l'exception d'une des populations à l'étude, les tailles raisonnables de ces populations ont fait en sorte que tous leurs sujets ont été inclus dans le cadre de cette évaluation (Tableau 1).

Ainsi, en ce qui a trait à la population de la responsable du projet de la trousse de promotion au MSSS, la seule personne concernée fut questionnée (n = 1). Il en va de même des responsables régionaux de la diffusion de la trousse (n = 18) et des vaccinateurs montérégiens (n = 474).

¹ En fait, on compte 19 CLSC dans la Montérégie et une réserve autochtone. Pour simplifier le texte, on parle de 20 CLSC.

TABLEAU 1 : DÉFINITION DES POPULATIONS À L'ÉTUDE ET DESCRIPTION DES SUJETS INTERROGÉS

Populations à l'étude	Sujets interrogés
Responsable du projet de la trousse de promotion au MSSS	Responsable du projet de la trousse de promotion au MSSS
Responsables de la diffusion de la trousse dans chacune des 18 DSP du Québec	Ensemble des 18 responsables de la diffusion de la trousse dans les DSP du Québec
Vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie	Ensemble des 474 vaccinateurs d'enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie
Parents des enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie	Échantillon probabiliste de 1 100 parents d'enfants de 0 à 5 ans de la Montérégie

En ce qui concerne la population des parents des enfants âgés de 0 à 5 ans, un échantillon aléatoire a été constitué à partir du fichier des naissances de la Montérégie construit à partir des formulaires SP-1 transmis par les hôpitaux. Ce fichier comprend notamment l'adresse de la mère de chacun des enfants nés en Montérégie. Les mères dont l'adresse se situait à l'extérieur de la Montérégie lors de la naissance de leur enfant ont été exclues préalablement à la constitution de l'échantillon.

Il a été déterminé qu'avec un niveau de confiance de 95 %, une précision de 4 %, et en considérant les proportions attendues à 50 %, soit le scénario le plus défavorable, un échantillon de 600 mères était nécessaire aux fins de l'étude. Étant donné que le taux de réponse obtenu lors d'une enquête similaire fut d'environ 65 %² (De Wals et autres, 1999), 1 100 parents ont fait partie de l'échantillon initial, et tout en considérant que certains parents auraient possiblement déménagé depuis la naissance de leur enfant. Cela permettait notamment de s'assurer qu'un nombre suffisant de parents exposés au matériel seraient rejoints par l'étude.

L'échantillon des 1 100 mères a donc été constitué à partir du fichier des enfants nés en mars 2001, avril 2001 et avril 2002. Ces mères ont été choisies pour deux raisons. Premièrement, il s'agissait des mères qui avaient la plus grande probabilité d'avoir été exposées au matériel promotionnel, en tenant compte du moment où il a été diffusé en Montérégie (mai 2001 et mai 2002). Deuxièmement, il s'agissait des mères qui avaient pu être exposées à l'ensemble du matériel promotionnel (vaccination de 2, 4, 6, 12 ou 18 mois pour les mères des enfants nés en mars ou avril 2001) ou à la majorité du matériel, tout en étant minimalement susceptibles au biais de mémoire (vaccination de 2, 4 ou 6 mois pour les mères des enfants nés en avril 2002).

Au moment de la constitution de l'échantillon, le fichier des naissances de la Montérégie comprenait respectivement 899, 914 et 872 naissances pour les mois de mars 2001, avril 2001 et avril 2002. Le nombre de sujets échantillonnés fut donc proportionnel au nombre de naissances pour chacun de ces trois mois : 33 % (n = 368) en mars 2001, 34 % (n = 375) en avril 2001 et 33 % (n = 357) en avril 2002, pour un grand total de 1 100 sujets.

² Ce taux de réponse a été obtenu lors d'une enquête postale québécoise sur la varicelle, réalisée en 1998, auprès de 3 333 parents d'enfants de 12 ans ou moins.

En outre, il fut décidé lors de la constitution de l'échantillon, que toutes les mères identifiées dans les trois mois déterminés, et dont la langue maternelle inscrite au fichier était autre que le français, seraient retenues aux fins de l'étude (n = 121). Cette décision fut prise afin d'assurer une représentativité adéquate de cette sous-population qui est peu nombreuse en Montérégie. Les autres sujets de l'échantillon (n = 979) ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi l'ensemble des mères francophones.

5.3 VARIABLES À L'ÉTUDE

Les variables à l'étude correspondent aux modèles présentés précédemment et sont présentées à l'annexe 4. Elles sont divisées selon les objectifs poursuivis, la population visée, et l'instrument de mesure où on peut les retrouver.

5.4 COLLECTE DE DONNÉES ET INSTRUMENTS DE MESURE

La méthode de collecte de données, les populations auprès desquelles elles ont été recueillies, ainsi que les instruments de mesure utilisés, sont énumérés au tableau 2. Le tableau indique aussi à quelle annexe ces instruments peuvent être consultés.

TABLEAU 2 : POPULATIONS À L'ÉTUDE, MÉTHODES DE COLLECTE DE DONNÉES, INSTRUMENTS DE MESURE ET ANNEXES CORRESPONDANTES

Populations à l'étude	Méthodes de collecte	Instruments de mesure	Annexe
Responsable du projet de la trousse de promotion au MSSS	Entrevue semi-structurée Revue documentaire	Grille d'entrevue	---
Responsables de la diffusion de la trousse dans chacune des 18 DSP du Québec	Entrevues structurées Revue documentaire	Grille d'entrevue Grille de collecte de données documentaires	Annexe 5
Vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie	Enquête postale	Questionnaire postal anonyme	Annexe 6
Parents des enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie	Enquête postale	Questionnaire postal anonyme	Annexe 7

5.4.1 COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DE LA RESPONSABLE AU MSSS

Une entrevue semi-structurée a été conduite par téléphone auprès de la responsable de la trousse au MSSS. La grille utilisée pour cette entrevue a été élaborée pour les besoins spécifiques de l'étude.

Afin de compléter la collecte de données sur les coûts, une revue de la documentation pertinente a été réalisée. Les documents recueillis pour cette revue comprenaient :

- un rapport des dépenses pour la conception de la « Trousse de promotion de la vaccination »;

- une note envoyée aux coordonnateurs en maladies infectieuses décrivant les outils de la trousse, expliquant comment le soutien financier serait accordé aux DSP pour la diffusion de la trousse, et fournissant un formulaire d'évaluation des besoins de matériel;
- un plan de diffusion provincial de la trousse décrivant les demandes de matériel et les quantités distribuées dans chacune des régions;
- un tableau présentant le montant du soutien financier alloué à chaque région;
- un communiqué de presse du MSSS pour informer la population sur la « Trousse de promotion de la vaccination ».

L'entrevue semi-structurée auprès de la responsable de la trousse au MSSS a eu lieu en juillet 2003. Les réponses ont été prises en notes par l'intervieweuse, et des appels subséquents ont été faits pour compléter ou préciser l'information lorsque cela s'est avéré nécessaire.

La revue documentaire s'est déroulée aussi au cours du mois de juillet 2003. Les documents utilisés ont été obtenus par courrier électronique.

5.4.2 COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DES RESPONSABLES DES DSP

Des entrevues structurées ont été conduites auprès des responsables de la diffusion de la trousse dans chacune des 18 DSP du Québec. La grille d'entrevue utilisée pour ces entrevues (Annexe 5) a été élaborée pour les besoins spécifiques de l'étude, et en accord avec le modèle théorique de diffusion. Cette grille a été construite par versions successives, en collaboration avec l'équipe qui avait préparé le matériel promotionnel de départ, afin de vérifier la validité de contenu. L'élaboration des questions, le choix des réponses pour les questions fermées, et la présentation de l'ensemble de la grille ont été faits en s'inspirant de la méthode décrite par Dillman (2000). Cette grille d'entrevue a été prétestée auprès de la responsable régionale de la Montérégie afin de s'assurer de sa clarté et de sa bonne compréhension.

Afin de compléter la collecte de données sur certains éléments plus particuliers (p. ex. consignes aux vaccinateurs), une revue de la documentation pertinente a été effectuée. Les documents recueillis pour cette revue comprenaient les lettres d'introduction et les outils régionaux de promotion de la vaccination. Une grille de collecte des données documentaires a été élaborée afin de ne recueillir que les éléments d'information pertinents à l'étude. Cette grille a été conçue expressément aux fins de cette étude. En ce qui a trait à l'estimation des coûts associés à la trousse, des données plus spécifiques ont été obtenues de la responsable régionale de la Montérégie.

Les entrevues structurées auprès des responsables des 18 DSP se sont déroulées du mois de juillet au mois de décembre 2002. Un premier contact a d'abord été effectué par courriel en juillet 2002 auprès des personnes responsables des DSP afin de solliciter leur participation, leur exposer les buts de l'étude et la méthode de collecte de données

retenue. À cette occasion, un rendez-vous a été sollicité pour une entrevue téléphonique future. La grille d'entrevue a ensuite été envoyée par courrier électronique aux responsables qui ont accepté de participer à l'étude afin qu'ils puissent préalablement en prendre connaissance et qu'ils aient en main toutes les données pertinentes lors de l'entrevue. Les réponses des participants ont été prises en notes par l'intervieweuse, et des appels subséquents ont été faits pour compléter ou préciser l'information lorsque cela s'est avéré nécessaire.

La revue documentaire s'est déroulée du mois de juillet au mois de décembre 2002. Lors des entrevues auprès des responsables des DSP, une copie des lettres d'introduction et des outils régionaux de promotion de la vaccination utilisés par les responsables était demandée. Les grilles de collecte des données documentaires ont ensuite été complétées, à l'aide des documents, par la responsable de l'étude.

5.4.3 COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DES VACCINATEURS

Un questionnaire postal anonyme et auto-administré avec enveloppe-réponse préaffranchie a été envoyé aux vaccinateurs de la Montérégie. Le questionnaire (Annexe 6) a été élaboré spécifiquement pour les besoins de l'étude. Celui-ci a été conçu par versions successives, en collaboration avec l'équipe qui avait préparé le matériel promotionnel de départ, afin de vérifier la validité de contenu. L'élaboration des questions, le choix des réponses et la présentation de l'ensemble du questionnaire ont été faits en s'inspirant de la méthode décrite par Dillman (2000). Lorsque cela s'est avéré possible, des questions déjà éprouvées, parce qu'elles avaient été utilisées lors d'études antérieures, ont été employées (Duval et autres, 2002; Boulianne et autres, 2000; Dionne et autres, 1999). Le questionnaire a été prétesté auprès de 14 vaccinateurs de la région de Montréal, infirmières, omnipraticiens et pédiatres, afin de s'assurer de sa clarté et de sa bonne compréhension. Il a ensuite été ajusté en fonction des commentaires émis lors du prétest.

La collecte de données s'est déroulée selon la méthode proposée par Dillman (2000). Un premier envoi postal a été fait les 1^{er} et 4 novembre 2002. Le questionnaire a été envoyé en français aux 474 vaccinateurs de la Montérégie (170 infirmières, 244 omnipraticiens, 60 pédiatres). Il était accompagné d'une lettre d'introduction personnalisée expliquant les objectifs de l'étude et la participation attendue (Annexe 8).

Afin d'assurer l'anonymat des répondants, tout en gardant la possibilité de relancer les non-participants, un carton-réponse préaffranchi identifié au participant, mais indépendant du questionnaire, était inclus à la dernière page. Le participant était alors invité à signifier sa participation en remplissant et en retournant ce carton-réponse dans un envoi différent de celui du questionnaire. Les participants qui ont retourné le carton-réponse n'ont pas reçu de relance. En outre, les vaccinateurs qui le souhaitaient avaient la possibilité de recevoir le matériel promotionnel par la poste (soit la trousse

complète ou des éléments de la trousse) en cochant une case prévue à cette fin sur ce même carton-réponse.

Un rappel par carte postale a été fait les 13 et 14 novembre 2002, soit deux semaines après l'envoi initial, auprès de 444 vaccinateurs (162 infirmières, 234 omnipraticiens, 48 pédiatres). Une dernière relance postale a été effectuée les 27 et 28 novembre 2002 auprès de ceux qui n'avaient pas retourné le carton-réponse, soit 273 vaccinateurs (64 infirmières, 176 omnipraticiens, 33 pédiatres). Ce dernier envoi consistait en une nouvelle lettre explicative, le questionnaire, un carton-réponse préaffranchi, de même qu'une enveloppe de retour préaffranchie. La période de collecte de données a pris fin le 17 janvier 2003. Les questionnaires reçus après cette date n'ont pas été retenus ($n = 3$).

Le 8 novembre 2002, soit quelques jours après l'envoi postal initial, une erreur impliquant un saut de question erroné a été constatée dans le questionnaire. À ce moment, quatre questionnaires avaient déjà été remplis et retournés à l'équipe de recherche. Cette erreur a été immédiatement signalée par télécopieur à tous les vaccinateurs qui n'avaient pas encore retourné leur carton-réponse. Les quatre questionnaires déjà remplis et retournés ont en outre été vérifiés et, comme aucune incohérence dans les réponses liée à l'erreur n'a été notée, ils ont été inclus dans l'étude. Finalement, le questionnaire, envoyé lors de la dernière relance postale du 27 novembre, a été corrigé pour éliminer cette erreur.

5.4.4 COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DES PARENTS

Un questionnaire postal anonyme et auto-administré avec enveloppe de retour préaffranchie a été envoyé aux mères faisant partie de l'échantillon (Annexe 7). L'élaboration du questionnaire s'est faite de manière tout à fait semblable à celle décrite ci-haut, en s'inspirant de questions déjà éprouvées lorsque possible (Soto, 1994; 1995). Par contre, une version anglaise du questionnaire a également été produite. Le questionnaire a été prétesté auprès de treize parents des régions de la Montérégie et de Montréal-Centre afin de s'assurer de sa clarté et de sa bonne compréhension. Étant donné les modifications requises à la suite de ce premier prétest, un deuxième prétest a été effectué auprès de cinq mères. Le questionnaire a été ajusté une seconde fois en fonction des commentaires émis lors de ce dernier prétest.

La collecte de données s'est déroulée de la même façon que celle effectuée auprès des vaccinateurs. Un premier envoi postal, comprenant un questionnaire, une lettre d'introduction, un carton-réponse préaffranchi et une enveloppe de retour préaffranchie, a été réalisé les 31 octobre, 1^{er} et 4 novembre 2002. Il est à noter que la langue du questionnaire correspondait à la langue maternelle inscrite au fichier des naissances. Pour les participantes qui le désiraient, un questionnaire supplémentaire dans l'autre langue officielle pouvait être envoyé. En outre, comme pour les vaccinateurs, les parents qui le souhaitaient pouvaient recevoir le matériel promotionnel

par la poste en cochant la case prévue à cette fin sur le carton-réponse décrit précédemment.

Le rappel par carte postale a été fait le 13 novembre 2002, soit deux semaines après l'envoi initial. Le 27 novembre 2002, une dernière relance postale a été effectuée auprès de celles qui n'avaient pas retourné le carton-réponse. Dans ce dernier envoi, on retrouvait une nouvelle lettre explicative, une copie du questionnaire, le carton-réponse préaffranchi ainsi qu'une enveloppe de retour préaffranchie. La période de collecte de données a pris fin le 17 janvier 2003. Les questionnaires reçus après cette date n'ont pas été retenus (n = 9).

5.4.5 MÉTHODE D'ÉVALUATION DES COÛTS

La méthode utilisée pour l'analyse de coûts est grandement inspirée des recommandations de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (1996). Trois grandes étapes ont été réalisées : 1) l'identification des ressources utilisées qui consiste à cerner les ressources à évaluer (les variables ou éléments de coûts), 2) la mesure des quantités ressources utilisées et 3) la valorisation financière qui consiste à attribuer un prix aux ressources utilisées.

Pour l'analyse principale de coûts, la perspective du réseau de santé publique a été utilisée (Drummond et autres, 1997). Une analyse distincte selon la perspective du MSSS et des régions (DSP) a également été réalisée.

5.4.5.1 SOURCES DE DONNÉES

L'estimation de la quantité de ressources utilisées a été réalisée à partir de la collecte de données auprès de la responsable au MSSS, décrite à la section 5.4.1, ainsi que celle réalisée auprès des responsables des DSP, décrite à la section 5.4.2.

Les sources utilisées pour l'identification du coût par unité de ressources, sont également les collectes de données effectuées auprès de la responsable au MSSS, de la responsable de la trousse en Montérégie, ainsi que de plusieurs compagnies de livraison de courrier. Les listes de prix des achats en commun de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont été utilisées pour les coûts du matériel de bureau. L'annexe 9 présente plus en détail les sources pour chacune des ressources évaluées dans l'analyse.

5.4.5.2 COÛTS DES RESSOURCES UTILISÉES PAR LE MSSS ET EN MONTÉRÉGIE

Les ressources utilisées par le MSSS et les régions sont présentées au tableau 3.

TABLEAU 3 : RESSOURCES UTILISÉES POUR LE PROJET DE LA TROUSSE DE PROMOTION DE LA VACCINATION (CONCEPTION, PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA TROUSSE)

Pour le MSSS	Ressources utilisées
1) Conception/production de la trousse	<ul style="list-style-type: none"> a) Révision linguistique b) Groupes de discussion c) Traduction d) Graphisme (conception et mise en pages) e) Impression, reliure et assemblage
2) Envoi du matériel aux DSP	<ul style="list-style-type: none"> a) Ressources humaines pour faire l'envoi b) Matériel pour l'envoi : boîtes c) Envoi de boîtes contenant 40 boîtiers d) Envoi de boîtes contenant 50 tablettes de feuillets (feuillelet général, feuillelet RRO et feuillelet DCaT-Polio-Hib en français et anglais) e) Envoi de boîtes de 225 affiches
3) Envoi d'exemplaires de la trousse aux coordonnateurs régionaux (cinq par coordonnateur régional) et au responsable du Programme canadien de promotion de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> a) Ressources humaines pour faire l'envoi b) Matériel pour l'envoi : enveloppes matelassées c) Papier à lettre (pour la présentation de la trousse) d) Étiquette d'identification e) Envoi d'exemplaires de la trousse
Pour la Montérégie	Ressources utilisées
Envoi des outils de la trousse aux différents publics ciblés : <ul style="list-style-type: none"> 1) Pédiatres et cliniques d'omnipraticiens vaccinant des > 5 ans 2) CMDP des CLSC 3) Coordonnateurs des CLSC 4) CH en périnatalité 5) Pharmacies et garderies 6) Vaccinateurs privés de 0-5 ans 	Six types d'unités d'envoi selon l'enveloppe matelassée utilisée et le matériel envoyé <p>Pour chaque unité d'envoi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ressources humaines pour faire l'envoi b) Matériel pour l'envoi : enveloppes matelassées c) Papier à lettre (lettre de présentation) d) Étiquette d'identification e) Envoi – selon le matériel envoyé
Transfert de ressources	
Soutien aux régions par le MSSS	Transfert de ressources du MSSS vers les régions accordé selon l'estimation des besoins en nombre de boîtiers

Conception et production de la trousse

Les coûts engendrés pour la conception et production de la trousse représentent les coûts réels selon les copies des factures transmises par le MSSS pour chacun des éléments. Mis à part les coûts d'impression, de reliure et d'assemblage, ces coûts sont fixes, c'est-à-dire qu'ils ne varient pas selon la quantité de matériel utilisé ou le nombre d'envois effectués (Haddix et autres, 1996).

Ressources humaines

En ce qui a trait aux ressources humaines nécessaires pour préparer et faire les envois postaux, un estimé a été réalisé à partir du relevé du temps consacré par le personnel de la Montérégie à cette tâche. Un nombre total d'envois a été établi en fonction du nombre d'enveloppes différentes envoyées. Le temps nécessaire au personnel de secrétariat pour effectuer le total des envois à un salaire de 18 \$ l'heure de travail (correspondant au tarif horaire selon la convention collective) a permis de calculer, pour les ressources humaines, un coût unitaire par envoi. Cet estimé de coût unitaire a également été utilisé pour les envois faits à partir du MSSS, puisque les données permettant d'évaluer le coût réel des ressources humaines n'étaient pas disponibles.

Matériel utilisé pour l'envoi

Les envois postaux du MSSS aux DSP ont été faits dans des boîtes. Le coût d'envoi de ces boîtes a été estimé auprès de compagnies de transport. Les envois faits par la DSP en Montérégie aux différents publics cibles ont quant à eux été faits dans des enveloppes matelassées. Selon la quantité de matériel envoyé, trois types d'enveloppes ont été utilisés. Un coût unitaire par type d'enveloppes a été déterminé selon les listes de prix des achats en commun de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Pour l'envoi d'exemplaires de la trousse que le MSSS a fait aux coordonnateurs régionaux et au responsable du Programme canadien de promotion de la vaccination, nous avons également considéré que l'envoi avait été fait dans des enveloppes matelassées.

Pour la Montérégie, chaque envoi comprenait aussi une feuille de papier pour la lettre de présentation, ainsi qu'une étiquette identifiant le destinataire. Cette même liste de prix d'achats en commun a permis d'établir les prix pour des paquets de feuilles 8½ X 11 et des paquets d'étiquettes. En divisant les coûts pour l'ensemble des envois postaux faits par la Montérégie, des coûts unitaires par envoi ont été estimés pour ces deux ressources. L'envoi d'une feuille supplémentaire pour le bon de commande a été considéré dans l'analyse de sensibilité décrite plus loin.

Envoi du matériel

Pour le Ministère, les boîtes de matériel reçues en Montérégie portaient la mention d'une compagnie de courrier. L'existence d'un compte ouvert dans cette compagnie a été vérifiée, et le coût d'envoi de boîtes, en tenant compte de ce critère, a été utilisé pour l'analyse principale. L'utilisation en 2003 de cette même compagnie de courrier pour les envois dans toutes les régions a été confirmée par le MSSS, mais n'a pu l'être

pour 2001 et, de ce fait, une vérification a été effectuée auprès de deux autres compagnies de courrier. La moyenne des coûts des autres compagnies a été utilisée dans l'analyse de sensibilité.

Pour les régions, à partir de la liste de distribution de la trousse en Montérégie, six types d'envois différents ont été identifiés, variant selon la taille des enveloppes utilisées et le contenu de l'envoi. Le contenu était adapté aux divers publics ciblés (p. ex. aux vaccinateurs, on a envoyé une affiche, un boîtier et six tablettes; aux médecins non-vaccinateurs, on a envoyé deux affiches et trois tablettes). Une évaluation des frais postaux associés à chacun de ces envois a été faite auprès de compagnies de courrier. Les frais de Postes Canada ont été utilisés dans l'analyse principale, car la distribution a été faite par cette voie en Montérégie.

Aide apportée aux régions

Comme soutien financier à la diffusion de la trousse, le MSSS a alloué un montant de 6 \$ par boîtier commandé par les régions. Comme il ne s'agit pas d'un coût en soi mais plutôt d'un transfert de coûts des régions vers le MSSS, cette ressource n'est pas considérée dans l'analyse principale. Elle a cependant été ajoutée à l'analyse selon la perspective du MSSS, et soustraite de l'analyse selon la perspective des régions.

5.4.5.3 COÛTS POUR L'ENSEMBLE DES RÉGIONS

Pour estimer le coût de la distribution dans l'ensemble des régions du Québec, certaines estimations ont été faites. En effet, la collecte de données auprès des responsables régionaux a été menée postérieurement à l'envoi des trousse, et certains d'entre eux n'ont pas été en mesure de fournir des données complètes. Pour cette raison, il n'a pas été possible d'établir avec précision les quantités et les coûts unitaires des envois. Les données de coûts de la Montérégie ont donc été utilisées pour extrapoler aux autres régions. Les coûts de distribution en Montérégie ne correspondent pas aux coûts pour la plupart des régions, notamment en raison des envois faits aux garderies et pharmacies, et parce qu'il y a, en Montérégie, un nombre plus élevé de vaccinateurs que dans la majorité des régions, et ce, dû à la présence d'un grand nombre de vaccinateurs privés.

Pour tenir compte de cette différence entre la Montérégie et les autres régions, le coût de la distribution en Montérégie a été réévalué en retirant le coût des envois faits aux pharmacies et garderies. De plus, un ajustement a été fait pour tenir compte des variations dans le nombre de vaccinateurs selon les régions. Pour chaque région, le nombre d'envois d'éléments de la trousse a été estimé en fonction du nombre total de vaccinateurs en 2001 (MSSS, 2003b), et en considérant que le nombre total d'envois s'établissait comme suit : six envois par CLSC vaccinateur, un envoi par vaccinateur privé, et un envoi par centre hospitalier vaccinateur. La proportion d'envois aux vaccinateurs montérégiens, par rapport à l'ensemble des vaccinateurs québécois, a été utilisée pour pondérer le coût estimé dans l'analyse de base pour les régions.

5.5 ANALYSES ET TRAITEMENT DES DONNÉES

5.5.1 ANALYSES ET TRAITEMENT DES DONNÉES OBTENUES AUPRÈS DES RESPONSABLES DU MSSS ET DES DSP

En ce qui concerne les données recueillies auprès des responsables du MSSS et des DSP, une analyse descriptive qualitative (Patton, 1987) des réponses des participants aux entrevues a été effectuée. Le matériel documentaire recueilli auprès des DSP (p. ex. lettres d'introduction et outils régionaux de promotion) a fait l'objet d'une analyse de contenu (Patton, 1987). Les idées et concepts retrouvés dans ces documents ont été codés et catégorisés, et les principaux thèmes émergeant de ces documents ont été identifiés.

5.5.2 ANALYSES ET TRAITEMENT DES DONNÉES OBTENUES AUPRÈS DES VACCINATEURS ET DES PARENTS

Les questionnaires destinés aux vaccinateurs et aux parents ont été saisis et les données analysées à l'aide du progiciel SPSS-8.

L'ensemble des variables présentes dans les questionnaires a fait l'objet d'analyses descriptives univariées. Les analyses bivariées ont été effectuées en comparant les variables pertinentes à l'étude (réception et utilisation des éléments de la trousse, satisfaction par rapport aux éléments de la trousse, perception de l'utilité des éléments de la trousse, opinion par rapport à la vaccination) aux variables sociodémographiques (âge, sexe, scolarité), ainsi qu'aux variables liées à la pratique dans le cas particulier des vaccinateurs (type de pratique, expérience de vaccination, nombre d'enfants vaccinés par mois). Afin de faciliter les analyses, les données des omnipraticiens et des pédiatres ont toujours été regroupées par rapport à celles des infirmières qui ont fait l'objet d'analyses distinctes. Le seuil de signification a été établi à $\alpha < 0,05$.

Des analyses de régression logistique ont été effectuées à l'aide de SAS version 8.02³ afin d'estimer les chances, pour les vaccinateurs, d'avoir reçu des feuillets d'information (Q1) ou d'avoir utilisé les feuillets (Q4). Chacune de ces deux variables dépendantes a donc été traitée en variable dichotomique. Dans les modèles, on a tenu compte séparément (analyse bivariée) et simultanément (analyse multivariée) de l'effet des variables suivantes : la profession, le type de pratique pour les médecins omnipraticiens, le sexe, l'expérience en vaccination, l'âge des vaccinateurs et le nombre d'enfants vaccinés par mois. Cinq des variables indépendantes ont été traitées en variables dichotomiques : profession = médecin ou infirmière; sexe = homme ou femme⁴; type de pratique = de groupe ou solo; expérience = moins de 10 ans ou

³ SAS Institute Inc, Cary NC USA.

⁴ Cette variable a été utilisée uniquement dans les analyses relatives au type de pratique des médecins omnipraticiens.

10 ans ou plus; âge = moins de 50 ans ou 50 ans ou plus. La variable « nombre d'enfants vaccinés » a été transformée en variable numérique en utilisant la médiane de l'intervalle. La mesure d'association entre une variable indépendante et la réception ou l'utilisation du matériel, a été estimée par le rapport de cotes (RC, « odds ratio ») et l'intervalle de confiance à 95 % de ce paramètre.

5.5.2.1 ANALYSES FACTORIELLES

Afin de synthétiser les données liées à la satisfaction face aux éléments de la trousse, à la perception de l'utilité des différents éléments de la trousse, ainsi qu'aux opinions sur la vaccination, trois indices mesurés sous forme de scores furent élaborés (Streiner et Norman, 1995) : un indice de satisfaction, un indice d'utilité et un indice d'opinion.

Les détails se rapportant à l'élaboration de ces indices sont énumérés dans le tableau 4.

Des analyses factorielles furent effectuées afin de vérifier si les questions sélectionnées pour faire partie de chacun de ces indices étaient au moins modérément, mais pas excessivement, corrélées entre elles. Les items faiblement corrélés aux autres, tout comme ceux excessivement corrélés, ont été retirés.

Lors de ces analyses, l'attribution des valeurs numériques aux éléments de réponse possible pour chacun des items s'est faite de façon intuitive par l'équipe de recherche, et ce, en se basant sur les connaissances et la compréhension du domaine à l'étude (Tableau 4). Chacun des items formant chacun des scores s'est vu attribuer le même poids, exception faite de l'item « question 14 » faisant partie du score de satisfaction des parents à cause du libellé des choix de réponse.

Finalement, une fois que les items faisant partie de chacun des trois scores ont été sélectionnés, l'homogénéité interne des scores finaux ainsi obtenus a été testée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach.

TABEAU 4 : QUESTIONS UTILISÉES ET VALEURS NUMÉRIQUES ATTRIBUÉES DANS L'ÉLABORATION DES INDICES DE SATISFACTION, D'UTILITÉ ET D'OPINION DES PARENTS ET DES VACCINATEURS

Indice	Parents		Vaccinateurs	
	Questions	Valeurs attribuées	Questions	Valeurs attribuées
Satisfaction	Questions 11, 12, 13	pas du tout = 0 peu = 1 assez = 2 très = 3	Questions 11, 12, 13, 14, 15	pas du tout = 0 peu = 1 assez = 2 très = 3 NSP = donnée manquante
	Question 14	trop d'information = 0 pas assez d'information = 0 juste assez d'information = 3		
Utilité	Questions 15, 16, 17, 19, 20	pas du tout = 0 peu = 0 assez = 1 beaucoup = 1	Questions 16, 17, 18, 19	pas du tout = 0 peu = 0 assez = 1 très = 1 NSP = donnée manquante
Opinion	Questions 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 41	très en désaccord = 0 plutôt en désaccord = 1 plutôt en accord = 2 très en accord = 3 NSP = donnée manquante	Questions 26, 27, 29, 30	très en désaccord = 0 plutôt en désaccord = 1 plutôt en accord = 2 très en accord = 3 NSP = donnée manquante

5.5.3 ANALYSES ET TRAITEMENT DES DONNÉES POUR L'ÉVALUATION DES COÛTS

Les analyses pour l'évaluation des coûts ont été faites sur des chiffriers à l'aide du logiciel Excel 7,0.

Pour chaque variable de coût, le nombre d'unités utilisées a été multiplié par le prix d'une unité de ressources. Selon les différentes perspectives, le coût de chaque variable de ressources utilisées a ensuite été additionné pour donner le coût total.

L'analyse principale a été réalisée selon la perspective du réseau de santé publique. Deux analyses secondaires ont été réalisées, une correspondant à la perspective du MSSS et la seconde à celle des régions (DSP).

5.5.3.1 ANALYSE DE SENSIBILITÉ

Une analyse de sensibilité a également été réalisée en faisant varier les quantités de ressources ou les coûts unitaires pour lesquels des estimations avaient été faites. Les variables sur lesquelles a porté l'analyse de sensibilité, ainsi que les valeurs utilisées pour les différents scénarios, sont décrites à l'annexe 10. Deux scénarios ont été

vérifiés, un premier où les valeurs minimales ont été attribuées aux coûts de l'ensemble des variables, et un second où les valeurs maximales ont été attribuées aux coûts de ces mêmes variables. Cette analyse permet de vérifier la robustesse des résultats.

Certaines variables incluses dans l'analyse de sensibilité ont un impact important sur les coûts totaux. Étant donné le caractère relativement modeste de l'actuelle étude, seule une analyse de sensibilité univariée a été réalisée pour identifier l'impact de ces variables prises une à une.

5.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les participants n'ont tiré aucun bénéfice de l'étude, outre le fait que les vaccinateurs ou les parents qui le demandaient ont reçu le matériel. Toutes les personnes sollicitées étaient libres de participer.

Les données nominatives nécessaires à la réalisation de l'étude ont été traitées dans la plus stricte confidentialité : engagement par écrit des membres de l'équipe au respect de la confidentialité, données conservées sous clé, accès informatique limité et protégé par mot de passe.

Le protocole de l'étude a été soumis et approuvé par le comité de déontologie de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoine en septembre 2002.

6. RÉSULTATS

6.1 DIFFUSION DE LA TROUSSE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le matériel a été envoyé dans les DSP selon les besoins exprimés, à l'exception de la région 17. Dans cette région, le matériel a été envoyé localement à partir du MSSS, sans transiter par la DSP.

6.2 DIFFUSION DE LA TROUSSE PAR LES DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE (DSP)

6.2.1 GROUPE CIBLÉS

Le tableau 5 présente la diffusion de la trousse selon les différents groupes ciblés. Les cinq outils ont été envoyés à l'ensemble des vaccinateurs de la province, sauf pour les réserves autochtones de deux régions (02, 11). Dans une de ces régions, on n'a pas envoyé l'affiche dans la réserve parce qu'on jugeait qu'elle n'aurait pas été lue par la population anglophone. Dans l'autre région, le boîtier n'a pas été fourni en raison du très faible nombre de feuillets envoyés.

TABLEAU 5 : ÉNUMÉRATION DES RÉGIONS¹ OÙ LES OUTILS DE LA TROUSSE ONT ÉTÉ DISTRIBUÉS SELON LES GROUPES CIBLÉS

Groupes ciblés	5 outils	3 feuillets ± boîtier	Affiche et 3 feuillets	Affiche et feuille général	Affiche ou feuille général	Aucun outil	Non applicable
Vaccinateurs							
CLSC	Toutes						
Pédiatres vaccinateurs	03, 05 ² , 06, 07 ² , 12, 13, 14, 15, 16						01, 02, 04, 08- 11, 17, 18
Omnipraticiens vaccinateurs enfants < 5 ans	03-07, 12-16						01, 02, 08-11, 17, 18
Autres ³	03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 16	11	02				
Non-vaccinateurs							
Pédiatres non-vaccinateurs	04, 06, 08, 12		02 ² , 11 ²	16	09 ⁴	01, 05, 07, 13, 14, 15	03, 10, 17, 18
Omnipraticiens vaccinateurs enfants > 5 ans	07		02 ⁵ , 11 ⁵	06 ⁶ , 09 ⁷ , 16		01, 03-05, 08, 12-15	10, 17, 18
Départements de périnatalité des CH	02, 04, 06, 07, 12, 15			09, 16		01, 03, 05, 08, 10, 11, 13, 14, 17 ⁸	18
Autres départements des CH	06					toutes sauf 06	
Pharmacies			02	16	09	01, 03-05, 06 ⁹ , 07, 08, 10-15	17, 18
Garderies	07			06, 16		01-05, 08-15, 17, 18	
Équipes petite enfance des DSP		13		16		01-07, 11, 12, 15	08-10, 14, 17, 18
Autres ¹⁰	02, 06, 07		02		09		

¹ Régions pour lesquelles l'information était disponible.

² Comprend seulement les pédiatres qui pratiquent en clinique privée.

³ Ces groupes (réserves autochtones, clinique externe de pédiatrie où il y a de la vaccination, centres hospitaliers pédiatriques, unités de médecine familiale) ne figuraient pas au questionnaire mais ont été mentionnés spécifiquement par certains responsables régionaux.

⁴ Les pédiatres qui pratiquent en clinique privée ont également reçu l'affiche.

⁵ Inclut tous les omnipraticiens qui pratiquent en clinique privée, y compris les non-vaccinateurs.

⁶ Inclut tous les omnipraticiens de la région.

⁷ Feuillelet général envoyé à tous les omnipraticiens, affiche envoyée seulement à ceux qui pratiquent en clinique privée avec une clientèle 0-5 ans.

⁸ Trousse envoyée à un centre de santé régional, et il est possible que la trousse ait été diffusée au département de périnatalité.

⁹ Envoi du feuillelet général prévu, mais preuve de sa distribution non retrouvée.

¹⁰ Ces groupes (maisons des naissances, organismes communautaires en périnatalité, gynécologues-obstétriciens) ne figuraient pas au questionnaire mais ont été mentionnés spécifiquement par certains responsables régionaux.

Dans certaines régions, des non-vaccinateurs, tels pédiatres et omnipraticiens qui n'administrent pas de vaccins, centres hospitaliers, pharmacies, garderies, équipes petite enfance des DSP, maisons des naissances, gynécologues-obstétriciens, organismes communautaires en périnatalité ou vaccinateurs des personnes âgées de plus de 5 ans, ont reçu les outils dans un envoi comprenant soit l'ensemble de la trousse, l'affiche et les trois feuillets ou les trois feuillets.

En plus de l'envoi aux vaccinateurs d'enfants âgés de 0 à 5 ans, l'affiche et le feuillet général ont fait l'objet d'une diffusion plus large selon les régions du Québec. Au moins un de ces deux outils a été envoyé :

- aux pédiatres non-vaccinateurs;
- aux omnipraticiens non-vaccinateurs d'enfants de 0-5 ans;
- aux départements de périnatalité des centres hospitaliers;
- aux autres départements des centres hospitaliers de courte durée;
- aux pharmacies;
- aux garderies;
- aux équipes petite enfance des DSP;
- aux maisons des naissances;
- aux organismes communautaires en périnatalité;
- aux gynécologues-obstétriciens.

Mentionnons que dans une région (02), on a exprimé avoir particulièrement privilégié les intervenants ayant des contacts avec les parents avant le premier vaccin administré à l'âge de 2 mois, tels ceux du département d'obstétrique des hôpitaux et les organismes communautaires en périnatalité.

6.2.2 MOMENT DU LANCEMENT

La responsable au Ministère a envoyé la trousse aux DSP en mai 2001. L'envoi initial s'est fait en mai et juin 2001 dans la majorité des régions. Dans certaines régions (06, 07, 08), l'envoi s'est poursuivi jusqu'en juillet 2001, alors que dans une autre (03), la totalité de l'envoi initial ne s'est fait qu'à ce moment. Dans une région du Nord du Québec (18), la remise de la trousse de main en main, lors des visites des villages, s'est déroulée de juillet à septembre 2001. Dans une autre région (14), afin d'éviter de surcharger les vaccinateurs, la responsable a choisi de reporter l'envoi de la trousse à janvier 2002, car des outils maison déjà produits par la DSP pour la vaccination des enfants avaient été réédités au printemps 2001.

6.2.3 PUBLICITÉ LORS DU LANCEMENT

Le lancement de la trousse a fait l'objet d'une publicité dans six régions (Tableau 6). Dans trois d'entre elles, diverses activités visant la population générale ont été réalisées peu avant ou pendant la Semaine nationale de promotion de la vaccination tenue du 13 au 19 mai 2001. Les activités réalisées dans ce contexte ont pris la forme d'émissions de télévision (04, 07), d'entrevues téléphoniques avec les médias (04), de communiqués (04, 06) et de conférence de presse (07).

Dans quatre régions, des activités promotionnelles ont été faites auprès des membres du réseau de la santé et de ses partenaires, incluant les vaccinateurs. Les activités tenues dans ce contexte ont pris la forme de lettres ou de courriels aux CLSC (06, 09, 17), d'une présentation aux représentants des milieux cliniques de la région (17), d'un kiosque tenu à la Direction de santé publique pour faire connaître la trousse au personnel qui y travaille (06), et d'un numéro spécial du bulletin d'information produit par la DSP et diffusé dans le réseau de la santé (06, 16). Les responsables d'une région (06) ont également réalisé un sondage, auprès des vaccinateurs, annonçant la venue prochaine de la trousse et recueillant de l'information en prévision du nombre d'outils à envoyer.

6.2.4 LETTRE D'INTRODUCTION

Dans seize régions, on a utilisé une lettre d'introduction lors de l'envoi de la trousse aux vaccinateurs (Tableau 6). Dans une région (18), une telle lettre n'a pas été nécessaire, puisque la trousse était remise en mains propres aux vaccinateurs par une professionnelle de la DSP. Les responsables de deux autres régions (01, 13) ont aussi utilisé ce dernier mode de distribution pour certains de leurs vaccinateurs. Pour une région (17), il n'a pas été possible de savoir si une lettre avait été utilisée ou non.

Le contenu de cette lettre d'introduction était variable. On pouvait indiquer le mode suggéré de distribution des feuillets et la mention que les outils pouvaient servir d'aide au consentement. Pour quatre régions, le contenu de la lettre d'introduction sur le mode de distribution des feuillets est conforme aux suggestions quant au public cible, c'est-à-dire remise de main en main pour les feuillets spécifiques et distribution libre pour le feuillet général. Pour trois autres régions, on y a indiqué que les trois feuillets devaient être distribués de main en main. Dans huit régions, la lettre ne fait aucune mention du mode de distribution des feuillets. Dans l'une de ces dernières (09), on ne fait aucune mention du mode de distribution aux groupes où les trois feuillets ont été envoyés, alors que pour les groupes où seul le feuillet général était fourni, on a indiqué qu'il devait être remis de main en main. Dans huit régions, on a inscrit que les feuillets spécifiques pouvaient être utilisés comme outil pour soutenir l'obtention d'un consentement éclairé à la vaccination.

TABLEAU 6 : ACTIVITÉS ENTOURANT LA DIFFUSION DE LA TROUSSE SELON LES RÉGIONS

Activités	Régions ¹
Publicité lors du lancement	
Population générale	04, 06, 07
Réseau de la santé et partenaires	06, 09, 16, 17
Utilisation d'une lettre d'introduction	01 à 16
Contenu de la lettre d'introduction	
Remise de main en main pour les feuillets spécifiques et distribution libre pour le feuillet général	06, 07, 11, 16
Remise de main en main pour les trois feuillets	04, 14, 15
Mode de distribution des feuillets non mentionné	01, 02, 03, 05, 08, 09, 10, 12, 13
Mention d'outil d'aide au consentement	02, 05, 08, 09, 10, 12, 13, 14, 15
Utilisation d'un bon de commande	01, 03, 06, 16
Relance publicitaire	06, 07, 12, 14
Envoi aux nouveaux vaccinés privés	04, 05, 06, 12, 13, 14, 15, 16

¹ Régions pour lesquelles l'information était disponible ou applicable.

6.2.5 RELANCE PUBLICITAIRE

Dans quatre régions, une relance publicitaire de la trousse auprès d'acteurs du réseau de la santé incluant les vaccinés, et de quelques acteurs hors du réseau (p. ex. garderies), a été faite après son lancement (Tableau 6). Dans deux d'entre elles, on a profité de l'envoi du bulletin d'information produit par la DSP, soit par la rédaction d'un article sur la trousse (07) ou par l'envoi concomitant d'un bon de commande et des feuillets (06). Cette dernière stratégie a été utilisée à deux reprises dans une région (06). Dans une région (07), on a fait un sondage auprès des vaccinés en décembre 2001 pour connaître leur opinion à l'égard de la trousse et, selon la responsable régionale, cela a indirectement servi de rappel publicitaire. Dans deux régions (12, 14), quelques minutes d'une journée de formation sur l'immunisation auprès des infirmières de CLSC ont été consacrées pour rappeler l'existence de la trousse, et des exemplaires étaient disponibles sur place.

6.2.6 ENVOI AUX NOUVEAUX VACCINÉS

Dans huit régions, on prévoyait envoyer la trousse systématiquement aux nouveaux vaccinés privés (Tableau 6), ce qui a été fait seulement pour cinq d'entre elles car il n'y avait pas de nouveaux vaccinés dans les trois autres (05, 12, 14). Pour huit régions (01, 02, 08, 09, 10, 11, 17, 18), cette pratique n'est pas applicable car il n'y a aucun vacciné privé pour les enfants âgés de 0 à 5 ans.

6.2.7 MODE DE DISTRIBUTION

La majorité des DSP ont distribué la trousse par la poste aux différents groupes ciblés. Dans une région (06), on a profité de l'envoi d'un bulletin d'information de la DSP pour distribuer le feuillet général et l'affiche à tous les omnipraticiens et pédiatres. Dans deux régions sans vaccinateurs privés (01, 18), la trousse a été remise en mains propres lors d'une tournée, soit dans tous les CLSC du territoire (18) ou dans plusieurs d'entre eux (01). Dans une autre région (13), ce mode de distribution a été privilégié pour les CLSC, alors que les vaccinateurs privés ont reçu la trousse par la poste.

6.2.7.1 DIFFUSION DE LA TROUSSE EN MONTÉRÉGIE

Afin de mieux comprendre dans quel contexte s'inscrivent les résultats de l'enquête auprès des vaccinateurs et parents de la Montérégie, il semble pertinent de présenter une description plus détaillée des activités entourant la diffusion de la trousse en Montérégie.

La trousse a été reçue du MSSS en mai 2001 et envoyée le même mois aux différents groupes ciblés. Un numéro spécial du bulletin d'information en maladies infectieuses produit par la DSP et portant sur la trousse a été distribué en juin 2001. Ce bulletin est envoyé dans tous les établissements du réseau (CLSC, centres hospitaliers, CHSLD), aux médecins qui en font la demande, aux pharmaciens, ainsi qu'à d'autres interlocuteurs (infirmière en maladies infectieuses de la réserve autochtone, institutions d'enseignement, représentants des tables sous-régionales de concertation en maladies infectieuses, etc.). La lettre d'introduction accompagnant l'envoi de la trousse précisait qu'une remise en mains propres aux parents était prévue pour les feuillets spécifiques, alors que le feuillet général et l'affiche étaient prévus en distribution libre. On y indiquait également que les feuillets spécifiques pouvaient être utilisés comme information écrite pour l'aide à l'obtention d'un consentement éclairé.

Au moment du lancement de la trousse, les cinq outils de la trousse ont été envoyés aux vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans, CLSC, omnipraticiens et pédiatres vaccinateurs, réserve autochtone et unité de médecine familiale. Les non-vaccinateurs suivants ont reçu le feuillet général et l'affiche : départements de périnatalité des centres hospitaliers, pharmacies, omnipraticiens et pédiatres non-vaccinateurs, garderies, équipe petite enfance de la DSP.

À la suite de la diffusion initiale de la trousse, il n'y a pas eu de relance publicitaire, mais la trousse était envoyée aux nouveaux vaccinateurs privés. Des commandes de matériel supplémentaire sont venues de quelques personnes dans tous les groupes ciblés au départ, et ce, pour chacun des outils reçus. De plus, certains ont demandé des outils qu'ils n'avaient pas reçus lors de la diffusion initiale de la trousse. Ainsi, les feuillets spécifiques ont été commandés par plusieurs départements de périnatalité des centres hospitaliers et par des garderies. Des boîtiers ont été demandés par des

pédiatres non-vaccinateurs. Cependant, la représentante régionale a mentionné avoir reçu peu de commandes de matériel malgré l'utilisation d'un bon de commande.

Un second envoi massif de la trousse a eu lieu en mai 2002. Cet envoi reprenait la stratégie du premier envoi, sauf pour le boîtier qui n'a pas été envoyé de nouveau et les feuillets spécifiques qui ont été distribués plus largement. Cette distribution élargie des feuillets spécifiques résulte de l'enquête citée précédemment (Beudet et autres, 2002) effectuée dans des garderies en mars 2002 qui indiquait qu'une minorité de parents avaient eu connaissance du feuillet général, lequel avait pourtant été distribué dans les garderies de la région. Lors de l'envoi initial, les feuillets spécifiques avaient été distribués uniquement aux vaccinateurs. Lors du second envoi, ils ont été distribués également à des professionnels qui ne vaccinent pas les enfants âgés de 0 à 5 ans, tels les pédiatres non-vaccinateurs, les omnipraticiens vaccinant des personnes âgées de plus de 5 ans et les responsables des départements de périnatalité des centres hospitaliers.

6.2.8 COMMANDES DE MATÉRIEL

Dans quatre régions, un bon de commande a été joint à l'envoi de la trousse (Tableau 6) afin de faciliter les commandes de matériel supplémentaire. Dans une région (03), le bon de commande n'a été utilisé que pour les vaccinateurs privés, les commandes des CLSC ayant été reçues par téléphone. Dans une autre région (08), aucun bon de commande n'a été envoyé, mais un bon de commande aurait été fourni par Santé Canada aux infirmières des réserves autochtones. À la suite de la diffusion initiale, des commandes d'au moins un outil de la trousse ont été reçues dans toutes les régions du Québec, à l'exception d'une seule (08) (Tableau 7).

TABLEAU 7 : COMMANDES DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE SELON LES RÉGIONS¹

	Commandes reçues	Aucune commande
Boîtier	03, 06, 07, 09, 11, 12, 15, 16	01, 02, 04, 05, 08, 10, 13, 14
Affiche	05, 06, 07, 16	01-04, 08-15
Feuillet général <i>La vaccination, une bonne protection</i>	01 ² , 02, 04, 05, 06, 07 ² , 10, 11, 12, 13, 14, 15 ² , 16, 18	03, 08, 09
Feuillet <i>Vaccin DCaT- Polio-Hib</i>	01 ² , 02, 03, 04, 05, 06, 07 ² , 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ² , 16, 18	08
Feuillet <i>Vaccin RRO</i>	01 ² , 02, 03, 04, 05, 06, 07 ² , 10, 11, 12, 13, 14, 15 ² , 16, 18	08, 09

¹ Régions pour lesquelles l'information était disponible ou applicable.

² L'information disponible n'a pas permis de retracer quels feuillets avaient été commandés.

Des commandes des différents feuillets de la trousse ont été faites dans la majorité des régions, et ce, avec ou sans l'utilisation d'un bon de commande. Le feuillet général a été demandé dans onze régions, le feuillet *RRO* dans douze régions et le feuillet *DCaT-Polio-Hib* dans treize régions. Le boîtier et l'affiche ont été commandés par un plus petit nombre de régions, soit huit régions pour le boîtier et quatre pour l'affiche. À l'exception des demandes pour l'affiche qui provenaient de groupes divers, les outils de la trousse ont surtout été commandés par les CLSC.

Dans la région où des boîtiers ont été envoyés aux centres de la petite enfance, on a reçu de nombreuses commandes de boîtiers additionnels de leur part pour distribution dans chacun des milieux familiaux reliés. La DSP n'a pu donner suite à ces demandes car elles ne correspondaient pas à l'usage initial prévu du boîtier.

Dans trois régions (02, 09, 16), certains groupes ont demandé des outils qu'ils n'avaient pas reçus lors de la diffusion initiale de la trousse. Ainsi, les feuillets spécifiques ont été demandés par les responsables de plusieurs départements de périnatalité des centres hospitaliers d'une région (16) et par des garderies de deux régions (02, 16). Des boîtiers ont également été demandés par un gynécologue-obstétricien d'une région (09) et des pédiatres non-vaccinateurs d'une autre région (16). Dans toutes ces régions, on a acquiescé à ces demandes.

Cependant, bien que des besoins en matériel supplémentaire aient été manifestés pour l'ensemble des éléments de la trousse, les responsables régionaux ont mentionné que, globalement, peu de demandes ont été faites, et ce, même dans les régions où l'utilisation de bons de commande était privilégiée.

6.2.9 AUTRE MATÉRIEL DE PROMOTION RÉGIONAL

Avant la venue de la trousse, des outils de promotion de la vaccination avaient été élaborés dans cinq régions. Dans quatre régions, on continue de les utiliser en complémentarité des outils de la trousse.

Le matériel promotionnel utilisé dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean a été décrit à la section 2.2; il s'agit d'un ensemble comprenant une camisole et cinq feuillets d'information contenus dans une pochette du format du carnet de santé qui y est aussi inclus. Cette pochette est remise à tous les parents à l'hôpital à la naissance des enfants. Le responsable de la DSP n'a eu aucun commentaire comparant la trousse au matériel régional. La distribution de la trousse n'a pas diminué les demandes pour le matériel régional, même si la trousse a aussi été distribuée dans les départements d'obstétrique des hôpitaux. Par contre, dans certains milieux, les CLSC, la réserve autochtone et les garderies, des commandes des feuillets de la trousse ont été faites.

Du matériel semblable, soit cinq feuillets contenus dans une pochette servant à inclure le carnet de vaccination, a aussi été conçu dans la région de la Côte-Nord. Ce matériel est distribué aux parents dans les départements d'obstétrique lors des naissances. Les

cinq feuillets ont un contenu semblable à celui du matériel de la région du Saguenay-Lac-St-Jean. Cependant, le matériel de la Côte-Nord diffère par la présence d'un formulaire de consentement inséré dans la pochette distribuée.

Dans deux autres régions, on a produit des outils beaucoup plus élaborés que la trousse. Dans la région de Chaudière-Appalaches, une brochure de 32 pages a été élaborée. Elle contient de l'information sur tous les vaccins du calendrier régulier, incluant celui contre l'hépatite B. Elle est distribuée dans les départements d'obstétrique des hôpitaux à la naissance des enfants et par les CLSC. Cette brochure n'a pas été conçue pour être utilisée comme outil de consentement. Elle se divise en plusieurs sections : questions-réponses (information semblable à celle contenue dans le feuillet général de la trousse), définition du consentement libre et éclairé, maladies évitables par l'immunisation (symptômes, mode de transmission, complications, effet de l'introduction du vaccin sur leur incidence), vaccins contre ces maladies (historique, efficacité, effets secondaires, conduite en cas d'effets secondaires), références, coordonnées des CLSC et notes personnelles. Comme la trousse a été jugée comparable à cet outil et que les frais de production de la première étaient assurés par le MSSS, la brochure a cessé d'être distribuée en septembre 2002. Le nombre de commandes de la trousse, qui avait été faible avant cette date, a augmenté par la suite.

Dans la région de Lanaudière, une brochure a été produite (voir description à la section 2.2) pour distribution de main en main lors des visites postnatales et au moment de la vaccination en CLSC ou en cabinet privé. Une affiche a également été conçue pour compléter cet outil. La brochure comprend essentiellement les mêmes informations que celle de la région de Chaudière-Appalaches, mais quelques éléments la distinguent de cette dernière : information sur le traitement des maladies, effets secondaires des vaccins plus détaillés, explications sur la présence ou non de particule vivante dans les vaccins, mention des contre-indications à la vaccination et des situations qui ne sont pas des contre-indications, ajout d'un formulaire de consentement. Comparativement à cette brochure, la responsable régionale considère que la trousse de promotion de la vaccination est moins intéressante.

Au Nunavik, un dépliant général sur la vaccination a été produit en inuktitut. Ce dépliant est beaucoup moins élaboré que les feuillets de la trousse et n'aborde pas le détail de chacune des maladies et de leurs effets secondaires. Même si ce dépliant a continué d'être utilisé après le lancement de la trousse, il ne semble pas qu'il y ait eu compétition entre les deux outils puisque la trousse a été très appréciée des infirmières vaccinatrices de la région.

6.2.10 FACTEURS FACILITANTS ET DIFFICULTÉS

Plusieurs éléments ont été identifiés par les responsables régionaux comme ayant facilité la diffusion de la trousse :

- un nombre limité de sites de vaccination dans les régions où la vaccination a lieu uniquement en CLSC;
- l'existence d'une liste de vaccinateurs déjà prête et à jour;
- l'existence d'un lien établi et de canaux de communication déjà en place entre les vaccinateurs et la DSP;
- le financement de 6 \$ par boîtier fourni par le MSSS lors du lancement de la trousse – bien que le représentant d'une région ait exprimé que le financement n'était probablement pas suffisant pour couvrir les coûts des relances publicitaires -;
- la qualité du matériel;
- la remise de la trousse en personne aux vaccinateurs;
- l'intérêt du responsable de la trousse à la DSP à l'égard des outils;
- le moment de son lancement, soit tout juste après la Semaine nationale de promotion de la vaccination et, pour une région en particulier, peu après la publication d'un article sur la résistance à la vaccination dans le bulletin produit par la DSP;
- la publicité faite par le MSSS lors du lancement de la trousse;
- l'envoi des outils par le MSSS dans des boîtes bien identifiées pour chaque outil;
- l'aide d'un commis pour la préparation des envois;
- l'intérêt des vaccinateurs à l'égard de la vaccination en raison de la fréquence élevée de certaines maladies évitables par l'immunisation.

De plus, de nombreux commentaires positifs sur la trousse ont été formulés par la majorité des responsables régionaux notamment à l'égard de :

- l'appréciation de la trousse par les intervenants de santé publique, par les vaccinateurs et par les parents;
- l'adaptation à la clientèle;
- l'attrait des outils;
- la pertinence de l'information;
- la traduction en anglais;
- l'aspect pratique du boîtier permettant le rangement des feuillets tout en les gardant à la portée de la main;
- le souhait des vaccinateurs d'inclure dans la trousse des feuillets pour les autres vaccins administrés au Québec;
- la trousse étant la réponse à un besoin des vaccinateurs puisque ces derniers remettaient aux parents les feuilles, pourtant non destinées à cet usage,

« Renseignements aux usagers » du *Protocole d'immunisation du Québec*, en soulignant toutefois que le passage des feuilles à la trousse a été difficile.

Un représentant régional a cependant formulé des réserves importantes à l'égard de la trousse en la comparant au matériel régional : information insuffisante pour le consentement, graphisme peu attrayant, information insuffisante pour les parents réticents à la vaccination, format qui porte moins à la conservation de l'outil.

Pour les responsables de plusieurs régions, la diffusion de la trousse s'est déroulée sans difficulté particulière. Pour d'autres, certaines difficultés ont été identifiées :

- le moment de la diffusion de la trousse en raison de la coïncidence avec la recrudescence de l'infection à méningocoque et le début de la période des vacances des vaccinateurs et du personnel de la DSP;
- les ressources importantes nécessaires à la préparation de l'envoi étant donné la présence de vaccinateurs privés et le nombre important de sites de vaccination;
- l'impression que les vaccinateurs privés ne pensent pas à utiliser la trousse ou qu'ils ne la retrouvent pas, et qu'il est impossible de vérifier si elle est utilisée par les médecins;
- le manque d'effectifs et la rotation du personnel en santé publique;
- la grande rotation parmi les vaccinateurs a été considérée à la fois comme une difficulté et un facteur facilitant : une difficulté en raison de la moins bonne connaissance des outils de la trousse chez les nouveaux vaccinateurs, mais un facteur facilitant étant donné leur expérience moins grande les portant à utiliser davantage les outils pour les sécuriser;
- l'absence de traduction des feuillets et de l'affiche en inuktitut, car une proportion importante de parents ne parlent ni le français ni l'anglais, ce qui constitue alors une barrière à leur diffusion, et il a été difficile d'en évaluer la pénétration. Cependant, pour les parents avec qui la communication était impossible en français ou en anglais, les feuillets étaient souvent traduits verbalement au parent par une travailleuse sociale en présence de l'infirmière. Dans deux régions à prédominance autochtone, la langue n'a pas représenté une difficulté puisque presque tous les parents parlent l'anglais ou le français;
- les ressources nécessaires plus importantes que prévu afin de réaliser un sondage, auprès des vaccinateurs, en prévision du nombre d'outils à leur envoyer avant le lancement de la trousse;
- l'existence d'outils régionaux de promotion de la vaccination;
- le coût des relances publicitaires;
- l'absence d'un modèle de bon de commande fourni par le MSSS;
- l'absence d'un onglet supplémentaire au boîtier indiquant les auteurs de la trousse afin d'étayer sa crédibilité;

- la distribution restreinte de boîtiers par le MSSS peu après l'envoi initial;
- l'envoi de boîtiers dans les centres de la petite enfance ayant donné lieu à des commandes supplémentaires pour lesquelles on n'a pu donner suite.

6.2.11 DIFFUSION DE LA TROUSSE PAR LES DSP EN RÉSUMÉ

Le matériel de la trousse, et particulièrement les feuillets sur la vaccination, ont été largement diffusés dans la plupart des régions. Dans certains cas, on a lancé officiellement la trousse à l'aide d'activités publicitaires. Dans quelques régions, la remise des feuillets spécifiques de main en main a été précisée aux vaccinateurs comme mode de distribution.

Très peu de matériel supplémentaire a été réclamé par les différents groupes où il a été diffusé au départ, de telles demandes émanant surtout des CLSC.

6.3 PÉNÉTRATION ET UTILITÉ DE LA TROUSSE POUR LES VACCINATEURS

Bien que la plupart des résultats rapportés concernant les vaccinateurs soient présentés dans les tableaux insérés au texte, les résultats sur le nombre de participants et les fréquences obtenues à chacune des réponses aux questions sont indiqués à même les copies du questionnaire utilisé pour l'enquête auprès d'eux (Annexe 6). À moins d'indication contraire, les résultats sont donc détaillés dans les tableaux de l'actuelle section ou dans l'annexe 6.

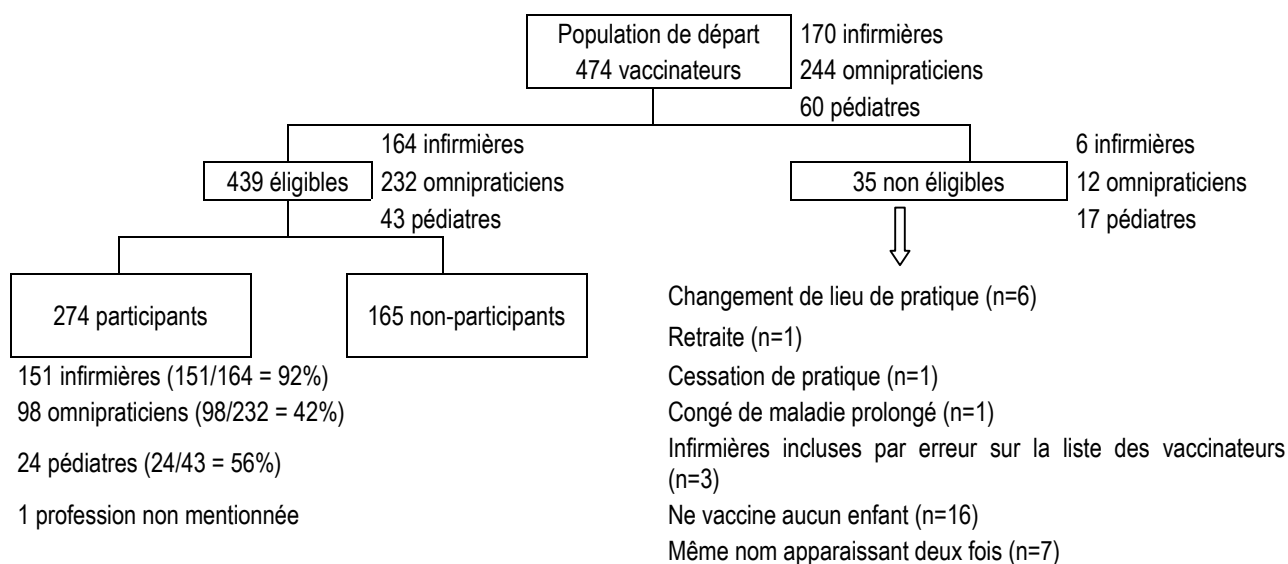
6.3.1 PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Parmi les 474 vaccinateurs⁵ visés par l'enquête, 35 (6 infirmières, 12 omnipraticiens, 17 pédiatres) étaient non éligibles (changement de lieu de pratique, retraite, cessation de pratique, etc.) (Figure 2).

Parmi les 439 vaccinateurs éligibles, 274 ont retourné le questionnaire, pour un taux de réponse global de 62 %, soit 92 % pour les infirmières, 42 % pour les omnipraticiens et 56 % pour les pédiatres. Lorsqu'on regroupe les omnipraticiens et les pédiatres, le taux de réponse des médecins est de 44 %. Au total, 165 vaccinateurs éligibles n'ont pas participé à l'étude, dont trois pour qui le questionnaire a été reçu après la date de fin de collecte de données.

⁵ Ce nombre inclut des participants non éligibles qui ont été exclus des autres analyses car ils ont indiqué au questionnaire qu'ils ne vaccinaient pas d'enfants. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été possible de retirer les cartons-réponse de ces non éligibles.

FIGURE 2 : SCHEMA DE PARTICIPATION DES VACCINATEURS



6.3.1.1 UTILISATION DU CARTON-RÉPONSE

Au total, 284 participants⁵ (142 infirmières, 113 omnipraticiens, 29 pédiatres) ont retourné le carton-réponse indiquant qu'ils avaient répondu au questionnaire. Chez les infirmières, le nombre de questionnaires reçus est supérieur au nombre de cartons-réponse reçus (9 infirmières ont retourné le questionnaire rempli mais n'ont pas retourné le carton-réponse). Pour les omnipraticiens et les pédiatres, le nombre de questionnaires reçus est inférieur au nombre de cartons-réponse reçus (15 omnipraticiens et 5 pédiatres ont retourné le carton-réponse mais n'ont pas retourné le questionnaire). À noter que seulement quatre vaccinateurs ont placé le carton-réponse directement dans l'enveloppe retour avec le questionnaire. Par ailleurs, deux vaccinateurs ont envoyé deux cartons-réponse, mais dans les deux cas on s'est assuré auprès d'eux qu'un seul questionnaire avait été retourné.

6.3.1.2 COMPARAISON DES PARTICIPANTS ET DES NON-PARTICIPANTS

Comme aucune donnée sociodémographique n'est disponible sur les vaccinateurs non-participants à l'enquête, outre leur profession (Tableau 8), il n'a pas été possible de vérifier la comparabilité des participants aux non-participants en dehors de cette variable.

TABLEAU 8 : COMPARAISON DES VACCINATEURS PARTICIPANTS ÉLIGIBLES ET DES VACCINATEURS NON-PARTICIPANTS ÉLIGIBLES SELON LA PROFESSION

Profession	Participants éligibles (n = 273) ¹		Non-participants éligibles (n = 166) ¹	
	n	%	n	%
Infirmière	151	55,3	13	7,8
Omnipraticien	98	35,9	134	80,7
Pédiatre	24	8,8	19	11,5

¹ Un participant a été inclus dans les non-participants car il n'a pas spécifié sa profession dans le questionnaire.

En corollaire de la participation, on retrouve une proportion d'omnipraticiens nettement plus importante chez les non-participants.

6.3.2 CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Des 273 personnes qui ont répondu au questionnaire et qui ont indiqué leur profession, un peu plus de la moitié sont des infirmières (151/273; 55 %), les autres étant des pédiatres (24/273; 9 %) ou des omnipraticiens (98/273; 36 %) (Tableau 8). Parmi ces derniers, la majorité a une pratique de groupe (84 %). Comme plusieurs des résultats obtenus auprès des infirmières diffèrent de ceux obtenus auprès des médecins (pédiatres et omnipraticiens), ils seront présentés de manière distincte pour ces deux types de vaccinateurs.

Toutes les infirmières sont des femmes, alors que c'est le cas de 43 % des médecins ($p < 0,001$) (Tableau 9). La plupart des vaccinateurs (42 %) se retrouvent dans le groupe d'âge des 40-49 ans, et la majorité (83 %) a une clientèle francophone. Il n'y a pas de différence, selon la profession, quant à l'âge du vaccinateur ou la langue parlée avec la clientèle. Une plus grande proportion de médecins, soit 73 %, a une longue expérience de vaccination (de 10 ans ou plus) en comparaison avec seulement 37 % des infirmières. Par contre, les infirmières vaccinent un plus grand volume d'enfants : 85 % d'entre elles vaccinent 20 enfants ou plus par mois en comparaison avec 74 % des médecins qui vaccinent moins de 20 enfants par mois ($p < 0,001$ pour les deux dernières variables). À l'exception de trois infirmières, tous les vaccinateurs font vacciner leurs propres enfants.

TABLEAU 9 : CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION (N = 273)

Variable ¹	Médecin (n = 122)		Infirmière (n = 151)		p ²
	n	%	n	%	
Sexe					
Féminin	52	42,6	151	100,0	< 0,001
Masculin	70	57,4	0	0,0	
Âge					
49 ans ou moins	86	70,5	101	66,9	0,524
50 ans ou plus	36	29,5	50	33,1	
Langue maternelle					
Français	106	86,9	145	96,0	0,015
Anglais	7	5,7	4	2,6	
Autre	9	7,4	2	1,4	
Langue parlée le plus souvent avec la clientèle					
Français	103	84,4	125	82,8	0,935 ³
Anglais	1	0,8	4	2,6	
Autant le français que l'anglais	16	13,1	22	14,6	
Autre	2	1,6	0	0,0	
Expérience de vaccination					
9 ans ou moins	33	27,0	94	62,7	<0,001
10 ans ou plus	89	73,0	56	37,3	
Nombre d'enfants vaccinés par mois					
Moins de 20 enfants	90	73,8	23	15,4	< 0,001
20 à 49 enfants	21	17,2	75	50,3	
50 à 99 enfants	5	4,1	42	28,2	
100 enfants ou plus	6	4,9	9	6,0	
Fait vacciner ses enfants					
Oui	102	100,0	137	97,9	0,265 ⁴
Non	0	0,0	3	2,1	
N'a pas d'enfant	18	-	11	-	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Les comparaisons ont été faites par des tests de χ^2 .

³ Pour la comparaison, la langue anglaise et autre langue ont été regroupées.

⁴ Le test compare, selon la profession (médecin ou infirmière), parmi les participants qui ont des enfants, ceux qui font vacciner leurs enfants et ceux qui ne font pas vacciner leurs enfants.

6.3.3 RÉCEPTION DU MATÉRIEL

Presque toutes les infirmières ont eu l'ensemble des feuillets (98 %), l'affiche (87 %) ou le boîtier (92 %) (Tableau 10). Les médecins ont reçu le matériel en beaucoup moins grande proportion que les infirmières. Entre 40 % et 44 % ont reçu les feuillets, 55 % l'affiche et 41 % le boîtier. Ces différences selon la profession sont statistiquement significatives.

TABLEAU 10 : RÉCEPTION PAR LES VACCINATEURS DES FEUILLETS, DE L’AFFICHE ET DU BOÎTIER SELON LA PROFESSION (N = 273)

Variable ¹	Médecin (n = 122)		Infirmière (n = 151)		p ²
	n	%	n	%	
Réception du feuillet <i>La vaccination, une bonne protection</i>					
Oui	45	44,1	141	97,9	< 0,001
Non	57	55,9	3	2,1	
Ne sais pas	20	-	7	-	
Réception du feuillet <i>Vaccin RRO</i>					
Oui	41	39,8	148	99,3	< 0,001
Non	62	60,2	1	0,7	
Ne sais pas	19	-	2	-	
Réception du feuillet <i>Vaccin DCaT-Polio-Hib</i>					
Oui	42	40,8	148	99,3	< 0,001
Non	61	59,2	1	0,7	
Ne sais pas	19	-	2	-	
A reçu tous les feuillets					
Oui	40	38,8	141	97,9	< 0,001
Non	63	61,2	3	2,1	
Ne sais pas	19	-	7	-	
A eu le boîtier					
Oui	44	41,1	133	92,4	< 0,001
Non	63	58,9	11	7,6	
Ne sais pas	11	-	6	-	
A eu l’affiche					
Oui	57	55,3	110	87,3	< 0,001
Non	46	44,7	16	12,7	
Ne sais pas	19	-	24	-	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Le test compare, par un test de χ^2 et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non aux variables relatives à la réception des éléments de la trousse.

Les vaccinateurs moins expérimentés, c’est-à-dire ceux ayant moins de 10 ans d’expérience en vaccination, ont 3,4 fois plus de chances d’avoir reçu les feuillets ($p < 0,001$), et plus un vaccinateur immunise un grand nombre d’enfants, plus grandes sont les chances qu’il ait reçu les feuillets (RC = 1,05 par enfant supplémentaire; $p < 0,001$) (Tableau 11). Les infirmières ont 81 fois plus de chances que les médecins d’avoir reçu le matériel ($p < 0,001$). L’âge des vaccinateurs ne semble pas associé au fait d’avoir eu les feuillets. Les analyses multivariées confirment que les chances d’avoir reçu les feuillets sont plus élevées lorsque le vaccinateur est une infirmière (RC = 58; $p < 0,001$) et lorsqu’il vaccine un plus grand nombre d’enfants (RC = 1,02 par enfant supplémentaire; $p = 0,015$), alors que l’expérience en vaccination n’est plus associée.

TABLEAU 11 : CHANCES (RC) D'AVOIR REÇU LES FEUILLETS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS (N = 273)

Variable	Analyses bivariées				Analyses multivariées			
	Estimé du rapport de cote (RC)	Limite inférieure	Limite supérieure	Valeur de p	Estimé du rapport de cote (RC)	Limite inférieure	Limite supérieure	Valeur de p
Expérience en vaccination = moins de 10	3,42	1,96	6,18	< 0,001	1,70	0,73	3,94	0,22
Nombre d'enfants vaccinés par mois	1,05	1,03	1,07	< 0,001	1,02 ¹	1,004	1,033	0,02
Profession = infirmière	81,4	28,7	343	< 0,001	58,1 ¹	19,9	248	< 0,001
Âge > 50 ans	1,52	0,86	2,79	0,16	1,50	0,63	3,55	0,36

¹ Estimé obtenu dans le modèle final.

Des analyses plus spécifiques, relativement au type de pratique des médecins omnipraticiens (Tableau 12), montrent toutes la même tendance à l'effet que les médecins qui ont une pratique solo ont reçu le matériel en plus grande proportion en comparaison des médecins qui ont une pratique de groupe; toutefois, aucune différence statistiquement significative n'a été démontrée à cet égard. Des analyses de régression logistique spécifiques aux médecins omnipraticiens ont également été élaborées, mais aucune des variables de ce modèle n'a été associée au fait d'avoir reçu les feuillets (données non présentées).

TABLEAU 12 : RÉCEPTION DE LA TROUSSE PAR LES OMNIPRATICIENS SELON LE TYPE DE PRATIQUE (N = 95)

Variable ¹	Solo (n = 15)		Groupe (n = 80)		p ²
	n	%	n	%	
Réception du feuillet <i>La vaccination, une bonne protection</i>					
Oui	7	63,6	24	35,3	0,099
Non	4	36,4	44	64,7	
Ne sais pas	4	-	12	-	
Réception du feuillet <i>Vaccin RRO</i>					
Oui	6	54,5	22	32,4	0,184
Non	5	45,5	46	67,6	
Ne sais pas	4	-	12	-	
Réception du feuillet <i>Vaccin DcaT-Polio-Hib</i>					
Oui	6	54,5	23	33,8	0,199
Non	5	45,5	45	66,2	
Ne sais pas	4	-	12	-	
Réception de tous les feuillets					
Oui	6	54,5	21	30,9	0,172
Non	5	45,5	47	69,1	
Ne sais pas	4	-	12	-	
Réception du boîtier					
Oui	7	50,0	26	37,1	0,369 ³
Non	7	50,0	44	62,9	
Ne sais pas	1	-	7	-	
Réception de l'affiche					
Oui	9	75,0	33	49,3	0,100 ³
Non	3	25,0	34	50,7	
Ne sais pas	3	-	13	-	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Le test compare ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non avec le type de pratique solo ou de groupe par un test exact de Fisher à moins d'indication contraire.

³ Le test de χ^2 a été utilisé.

6.3.4 UTILISATION DU MATÉRIEL

La majorité des vaccinateurs qui ont reçu au moins un des feuillets les utilisent (178/194; 92 %), mais en plus grande proportion pour les infirmières (97 % pour les infirmières c. 80 % pour les médecins; test exact de Fisher : $p < 0,001$ – données non présentées).

Ainsi, les infirmières ont plus de chances d'utiliser les feuillets (RC = 7,1; $p < 0,001$) (Tableau 13). Les vaccinateurs moins expérimentés ont 5,1 fois plus de chances d'utiliser les feuillets ($p = 0,007$), alors que les chances de les utiliser augmentent avec le nombre d'enfants vaccinés par mois (RC = 1,05 par enfant supplémentaire;

$p < 0,001$). L'âge ne semble pas être davantage associé à l'utilisation des feuillets qu'à leur réception.

TABLEAU 13 : CHANCES (RC) D'UTILISER LES FEUILLETS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES VACCINATEURS (N = 194)

Variable	Analyses bivariées				Analyses multivariées			
	Estimé du rapport de cote	Limite inférieure	Limite supérieure	Valeur de p	Estimé du rapport de cote	Limite inférieure	Limite supérieure	Valeur de p
Profession = infirmière	7,10	2,31	24,3	< 0,001	2,33	0,56	9,80	0,241
Âge > 50 ans	1,34	0,43	5,03	0,630	1,44	0,36	6,44	0,615
Expérience en vaccination = moins de 10 ans	5,10	1,53	23,1	0,007	5,79 ¹	1,67	27,0	0,011
Nombre d'enfants vaccinés par mois	1,05	1,02	1,10	< 0,001	1,05 ¹	1,02	1,10	0,006

¹ Estimé obtenu dans le modèle final.

Les analyses multivariées montrent que la profession et l'âge des vaccinateurs ne sont pas associés à l'utilisation des feuillets. Elles confirment cependant l'association entre l'utilisation des feuillets et l'expérience en vaccination ou le volume d'enfants vaccinés. En effet, les vaccinateurs moins expérimentés ont 5,8 fois plus de chances d'utiliser les feuillets ($p = 0,011$), et les chances de les utiliser augmentent avec le nombre d'enfants vaccinés (RC = 1,05 par enfant supplémentaire; $p = 0,006$).

Des analyses multivariées spécifiques aux médecins omnipraticiens vaccinateurs n'ont montré aucune association entre l'utilisation du matériel et le type de pratique, le sexe, l'âge, l'expérience ou le volume d'enfants vaccinés (données non présentées).

La majorité des vaccinateurs qui ont eu les affiches ou les boîtiers les ont placés à la vue des clients (Tableau 14). Les médecins et les infirmières ont placé les boîtiers à la vue des clients en proportion semblable (>75 %), mais la proportion des médecins qui ont placé les affiches à la vue des clients est cependant moins élevée que celle des infirmières (81 % c. 93 %; $p = 0,022$).

TABLEAU 14 : UTILISATION DE L’AFFICHE ET DU BOÎTIER PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION (N = 273)

Variable ¹	Médecin (n = 122)		Infirmière (n = 151)		p ²
	n	%	n	%	
L’affiche a été placée à la vue des clients					
Oui	42	80,8	94	93,1	0,022
Non	10	19,2	7	6,9	
Ne sais pas	2	-	1	-	
Le boîtier a été placé à la vue des clients					
Oui	36	81,8	95	75,4	0,383
Non	8	18,2	31	24,6	
Ne sais pas	0	-	1	-	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Le test compare, par un test de χ^2 et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non.

6.3.5 OCCASIONS D'UTILISATION

Les feuillets sont distribués à plusieurs clientèles et à plusieurs occasions. La majorité des vaccinateurs les distribuent de manière ciblée aux parents de jeunes enfants et surtout lors des visites de vaccination (Tableau 15). Cette dernière occasion est utilisée en plus grande proportion par les infirmières (95 % c. 74 %; $p = 0,001$), alors que les médecins distribuent en plus grande proportion les feuillets aux personnes qui demandent de l’information (73 % c. 51 %; $p = 0,022$). Les feuillets sont également distribués aux parents, peu importe l’âge de leur enfant, lors de suivi de grossesse ou de toute autre visite.

TABLEAU 15 : OCCASIONS D'UTILISATION DES FEUILLETS PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION (N = 178)

Variable ¹	Médecin (n = 36)		Infirmière (n = 142)		p ²
	n	%	n	%	
Feuillets distribués aux parents d'enfants (0-5 ans)					
Oui	26	78,8	126	88,7	0,152
Non	7	21,2	16	11,3	
Feuillets distribués à tous les parents peu importe l'âge des enfants					
Oui	5	15,2	21	14,8	1,000
Non	28	84,8	121	85,2	
Feuillets distribués aux personnes qui demandent de l'information					
Oui	24	72,7	72	50,7	0,022 ³
Non	9	27,3	70	49,3	
Feuillets distribués lors d'une visite de vaccination					
Oui	25	73,5	134	95,0	0,001
Non	9	26,5	7	5,0	
Feuillets distribués lors du suivi de grossesse					
Oui	2	5,9	16	11,3	0,532
Non	32	94,1	125	88,7	
Feuillets distribués lors de toute autre visite					
Oui	18	52,9	58	41,1	0,213 ³
Non	16	47,1	83	58,9	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Les comparaisons ont été faites par des tests exacts de Fisher à moins d'indication contraire.

³ La comparaison a été faite par un test de χ^2 .

6.3.5.1 MODES D'UTILISATION DES FEUILLETS

Les feuillets sont généralement remis en mains propres, quoique cette pratique soit faite en plus grande proportion par les infirmières, peu importe de quel feuillet il s'agisse (91 % ou plus c. 70 % ou moins; $p < 0,001$) (Tableau 16).

Pour la majorité des vaccinateurs, la remise des feuillets constitue une opportunité de discussion sur la vaccination. Toutefois, encore ici, les infirmières discutent de vaccination lors de la remise des feuillets en plus grande proportion (85 % toujours et 11 % à l'occasion) que les médecins (49 % toujours et 34 % à l'occasion; $p = 0,009$).

TABLEAU 16 : MODÈS D'UTILISATION DES FEUILLETS PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION (N = 178)

Variable ¹	Médecin (n = 36)		Infirmière (n = 142)		p
	n	%	n	%	
Feuillelet général remis en mains propres					
Oui	19	55,9	119	90,8	< 0,001 ²
Non	15	44,1	12	9,2	
Feuillelet non reçu	1	-	7	-	
Feuillelet Vaccin RRO remis en mains propres					
Oui	21	70,0	134	95,7	< 0,001 ³
Non	9	30,0	6	4,3	
Feuillelet non reçu	5	-	0	-	
Feuillelet Vaccin DCaT-Polio-Hib remis en mains propres					
Oui	21	67,7	134	95,7	< 0,001 ³
Non	10	32,3	6	4,3	
Feuillelet non reçu	4	-	0	-	
Remise des feuillelets est une opportunité de discuter vaccination					
Toujours	17	48,6	120	85,1	0,009 ⁴
À l'occasion	12	34,3	16	11,3	
Rarement	4	11,4	4	2,8	
Jamais	2	5,7	1	0,7	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Le test compare, par un test de χ^2 et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non.

³ Le test compare, par un test exact de Fisher et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non.

⁴ Le test compare, par un test exact de Fisher et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu toujours/à l'occasion et ceux qui ont répondu rarement/jamais.

6.3.6 BESOIN DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE

La plupart des infirmières (86 %) ont indiqué avoir fait des commandes supplémentaires des feuillelets, alors que seulement 17 % des médecins l'ont fait ($p < 0,001$) (Tableau 17). Bien que les commandes d'affiches ou de boîtiers aient été faites en proportion beaucoup plus faible (< 42 %) que pour celles de feuillelets, la même tendance selon la profession des vaccinateurs est observée : les médecins ont fait des commandes supplémentaires en moins grande proportion.

Si on vérifie maintenant la demande de matériel supplémentaire faite en utilisant les cartons-réponse fournis lors de l'envoi du questionnaire, au total, 151 vaccinateurs (55 %) ont demandé à recevoir le matériel. Légèrement plus d'omnipraticiens en ont demandé, soit 71 d'entre eux, en comparaison à 68 infirmières. Douze pédiatres ont fait une demande par la même voie (données non présentées).

TABLEAU 17 : COMMANDES DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE PAR LES VACCINATEURS SELON LA PROFESSION

Variable ¹	Médecin		Infirmière		p ²
	n	%	n	%	
Commandes subséquentes des feuillets (n = 178)					
Oui	4	17,4	70	86,4	<0,001
Non	19	82,6	11	13,6	
Ne sais pas	12	-	60	-	
Commandes subséquentes du boîtier (n = 273)					
Oui	5	17,9	22	42,3	0,027
Non	23	82,1	30	57,7	
Ne sais pas	7	-	55	-	
Commandes subséquentes de l'affiche (n = 273)					
Oui	3	8,6	15	37,5	0,003
Non	32	91,4	25	62,5	
Ne sais pas	15	-	59	-	

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Le test compare, par un test de χ^2 et selon la profession (médecin ou infirmière), ceux qui ont répondu oui et ceux qui ont répondu non.

6.3.7 SATISFACTION PAR RAPPORT AUX FEUILLETS D'INFORMATION

Pratiquement tous les vaccinateurs qui ont utilisé les feuillets d'information en sont satisfaits (Tableau 18), et ce, peu importe les dimensions évaluées : clarté, pertinence, quantité d'information, crédibilité et présentation. Les proportions de médecins ou d'infirmières se disant très ou assez satisfaits des feuillets sont semblables. Cependant, si on évalue la satisfaction par un score, (voir chapitre « Aspects méthodologiques »), ce dernier est statistiquement plus élevé chez les infirmières que chez les médecins (14,0 c. 12,6; $p < 0,001$).

TABLEAU 18 : SATISFACTION DES VACCINATEURS¹ PAR RAPPORT À L'INFORMATION CONTENUE DANS LES FEUILLETS SELON LA PROFESSION (N = 178)

Variable ²	Médecin (n = 36)		Infirmière (n = 142)		p
	n	%	n	%	
Satisfait de la clarté de l'information					
Très/assez	33	97,1	140	100,0	-
Peu/pas du tout	1	2,9	0	0,0	
Satisfait de la pertinence de l'information					
Très/assez	33	97,1	139	100,0	-
Peu/pas du tout	1	2,9	0	0,0	
Satisfait de la quantité d'information					
Très/assez	33	97,1	137	99,3	-
Peu/pas du tout	1	2,9	1	0,7	
Satisfait de la crédibilité de l'information					
Très/assez	33	97,1	137	100,0	-
Peu/pas du tout	1	2,9	0	0,0	
Satisfait de la présentation de l'information					
Très/assez	32	97,0	138	99,3	-
Peu/pas du tout	1	3,0	1	0,7	
Score de satisfaction (0 à 15, 15 étant très satisfait) (moyenne±écart-type)	12,61±2,47		14,01±1,80		<0,001 ³

¹ Les répondants à ces questions sont ceux qui ont répondu oui à l'utilisation des feuillets reçus.

² Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

³ Les scores moyens sont présentés à titre indicatif, mais ils n'ont pas été utilisés pour les comparaisons. Le test de rang de Mann-Whitney U a été utilisé pour la comparaison.

Si on vérifie ces résultats en fonction de l'expérience des vaccinateurs, on n'observe aucune différence dans les proportions pour chacune des dimensions, ni de différence dans le score de satisfaction (données non présentées).

6.3.8 OPINION SUR L'UTILITÉ DU MATÉRIEL

Presque unanimement, les vaccinateurs jugent les feuillets utiles pour répondre aux questions des parents (> 91 %) (Tableau 19). Plus des trois quarts estiment les feuillets utiles pour sensibiliser les parents au respect du calendrier vaccinal (> 76 %) ou lors du consentement à la vaccination (> 73 %). Moins de la moitié des vaccinateurs trouvent les feuillets utiles pour leur servir d'aide-mémoire à l'égard du calendrier vaccinal. Aucune différence selon la profession ou les années d'expérience en vaccination n'a été démontrée quant aux proportions de vaccinateurs pour l'utilité des

feuillet. Ce dernier constat reste le même avec le score d'utilité (voir chapitre « Aspects méthodologiques ») qui a été calculé en transformant en score les réponses relatives à l'utilité.

TABLEAU 19 : OPINION DES VACCINATEURS SUR L'UTILITÉ DES FEUILLETS SELON LA PROFESSION (N = 178) ¹

Variable ²	Médecin (n = 36)		Infirmière (n = 142)		p ³
	n	%	n	%	
Utiles pour répondre aux questions des parents					
Très/assez	32	91,4	129	92,1	1,000 ⁴
Peu/pas du tout	3	8,6	11	7,9	
Utiles lors du consentement à la vaccination					
Très/assez	25	73,5	109	79,0	0,492
Peu/pas du tout	9	26,5	29	21,0	
Utiles comme aide-mémoire, pour vous					
Très/assez	16	47,1	63	46,3	0,939
Peu/pas du tout	18	52,9	73	53,7	
Utiles pour sensibiliser les parents au respect du calendrier vaccinal					
Très/assez	28	82,4	105	76,6	0,473
Peu/pas du tout	6	17,6	32	23,4	
Score d'utilité (0 à 4, 4 étant très utile) (moyenne±écart-type)	2,94±1,15		2,95±1,09		0,971 ⁵

¹ Les répondants à ces questions sont ceux qui ont répondu oui à l'utilisation des feuillets reçus.

² Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

³ Les comparaisons ont été faites avec le test de χ^2 à moins d'indication contraire.

⁴ La comparaison a été faite avec le test exact de Fisher.

⁵ Les scores moyens sont présentés à titre indicatif, mais ils n'ont pas été utilisés pour les comparaisons. Le test de rang de Mann-Whitney U a été utilisé pour la comparaison.

6.3.9 OPINION SUR DIVERS SUJETS RELATIFS À LA VACCINATION

En général, les vaccinateurs ont une opinion favorable à la vaccination (Tableau 20). Tous les vaccinateurs s'accordent pour dire que les vaccins utilisés pour les jeunes enfants sont efficaces (100 %), sécuritaires (> 98 %) et que les bénéfices de la vaccination dépassent les risques qu'elle peut entraîner (> 98 %). Il n'y a pas de différence selon la profession ni selon les années d'expérience des vaccinateurs.

TABLEAU 20 : OPINION DES VACCINATEURS SUR LA VACCINATION SELON LA PROFESSION (N = 273)

Énoncé ¹	Médecin (n = 122)		Infirmière (n = 151)		p ²
	n	%	n	%	
Les vaccins utilisés pour les jeunes enfants sont efficaces					
En accord	119	100	148	100,0	-
En désaccord	0	0,0	0	0,0	
Les vaccins utilisés pour les jeunes enfants sont sécuritaires					
En accord	112	100,0	139	98,6	0,505 ³
En désaccord	0	0,0	2	1,4	
Les vaccins risquent d'épuiser le système immunitaire					
En accord	2	1,6	26	17,6	< 0,001
En désaccord	120	98,4	122	82,4	
Les bénéfices de la vaccination dépassent les risques qu'elle peut entraîner					
En accord	121	99,2	146	98,0	0,630 ³
En désaccord	1	0,8	3	2,0	
Est favorable au fait de donner deux injections de vaccins lors de la même visite					
En accord	102	83,6	130	86,7	0,479
En désaccord	20	16,4	20	13,3	
La coqueluche est une maladie disparue du Québec					
En accord	6	5,0	14	9,5	0,162
En désaccord	115	95,0	134	90,5	
Score d'opinion (0 à 15, 15 étant très en accord) (moyenne±écart-type)	13,94±1,42		12,43±2,40		< 0,001 ⁴

¹ Les résultats sont présentés pour ceux qui ont spécifié leur profession.

² Les comparaisons ont été faites avec le test de χ^2 à moins d'indication contraire.

³ La comparaison a été faite avec un test exact de Fisher.

⁴ Les scores moyens sont présentés à titre indicatif, mais ils n'ont pas été utilisés pour les comparaisons. Le test de rang de Mann-Whitney *U* a été utilisé pour la comparaison.

Alors que 98 % des médecins sont en désaccord avec l'énoncé disant que les vaccins risquent d'épuiser le système immunitaire, une proportion moindre d'infirmières, soit 82 %, ont manifesté le même désaccord, et cette différence est statistiquement significative ($p < 0,001$). Les vaccinoteurs moins expérimentés sont aussi en accord en proportion statistiquement plus élevée (16 %) que les plus expérimentés (6 %) avec ce même énoncé ($p = 0,006$) (données non présentées).

Une proportion de 15 % des vaccinoteurs disent être en désaccord pour donner deux injections de vaccins lors de la même visite, cette proportion étant semblable autant pour les médecins que pour les infirmières ainsi que pour les vaccinoteurs plus expérimentés ou moins expérimentés.

Globalement, en attribuant une valeur numérique à chacune des dimensions énumérées précédemment pour en établir un score d'opinion (voir chapitre « Aspects méthodologiques »), un score maximal de 15 correspondant à une opinion favorable à la vaccination, on remarque que les médecins ont un score de 13,94 qui est statistiquement plus élevé que celui des infirmières qui est de 12,43 ($p < 0,001$). Les vaccinateurs avec 10 ans ou plus d'expérience en vaccination ont aussi un score statistiquement plus élevé en comparaison à ceux moins expérimentés (13,38 c. 12,75; test de rang de Mann-Whitney U ; $p = 0,033$) (données non présentées).

De plus, on a postulé que les vaccinateurs ayant une opinion moins favorable à la vaccination seraient peut-être moins enclins à utiliser les feuillets d'information. Cependant, aucune différence, dans les proportions de vaccinateurs qui ont utilisé les feuillets, n'a été trouvée dans les énoncés d'opinion entre les vaccinateurs favorables et ceux moins favorables (données non présentées).

Enfin, on a également vérifié les connaissances des vaccinateurs en leur demandant leur accord avec l'énoncé suivant : « La coqueluche est une maladie disparue du Québec ». Plus de 92 % des vaccinateurs ont une connaissance adéquate relativement à la présence de coqueluche au Québec puisqu'ils ont indiqué leur désaccord avec l'énoncé, cette proportion étant semblable pour les médecins et pour les infirmières. Toutefois, les vaccinateurs moins expérimentés sont en accord avec cet énoncé en proportion plus élevée (12 %) que les vaccinateurs de longue expérience (4 %; $\chi^2 = 6,98$; $p = 0,008$) (données non présentées).

6.3.10 COMMENTAIRES

Un total de 49 vaccinateurs (18 %) ont pris la peine de donner des commentaires, soit 35 infirmières et 14 médecins. Plusieurs ont dit être favorables à la vaccination et au matériel évalué. Ils réclament que de nouveaux feuillets soient produits sur les vaccins nouvellement mis sur le marché, tels le vaccin contre la varicelle et le vaccin contre le pneumocoque conjugué. D'ailleurs, ils demandent la gratuité pour ces nouveaux vaccins.

Des médecins disent qu'ils préfèrent donner verbalement l'information sur la vaccination, et qu'ils doutent que ce matériel puisse influencer la population en faveur de la vaccination. Par contre, d'autres mentionnent que le matériel sera remis aux parents qui refusent la vaccination. Des infirmières se questionnent sur les vaccins en général, et en particulier sur le lien entre le vaccin RRO et l'autisme. Certaines se disent réticentes à donner plus d'une injection lors d'une visite de vaccination. Enfin, quelques-unes ont dit apprécier avoir été consultées sur le matériel d'information sur la vaccination.

6.3.11 PÉNÉTRATION ET UTILISATION DE LA TROUSSE POUR LES VACCINATEURS EN RÉSUMÉ

En résumé, il faut retenir que la pénétration du matériel de la trousse a été importante auprès des infirmières, mais beaucoup moindre auprès des médecins. Les vaccinateurs qui ont reçu les feuillets les utilisent : les moins expérimentés ont plus de chances de les utiliser et les chances d'utilisation augmentent avec le nombre d'enfants vaccinés.

La majorité des vaccinateurs profitent de la remise des feuillets pour discuter de vaccination avec les parents, et ce, en plus grande proportion pour les infirmières. Ces dernières ont aussi commandé du matériel supplémentaire en plus grande proportion que les médecins. Elles affichent également un score de satisfaction plus élevé que les médecins.

Enfin, concernant l'opinion des vaccinateurs sur divers sujets relatifs à la vaccination, il faut souligner que 18 % des infirmières sont en accord avec l'énoncé « Les vaccins risquent d'épuiser le système immunitaire ».

6.4 PÉNÉTRATION ET UTILITÉ DE LA TROUSSE POUR LES PARENTS

Bien que la plupart des résultats concernant les parents soient présentés dans les tableaux insérés au texte, ceux sur le nombre de participants et les fréquences obtenues à chacune des réponses sont indiqués à même les copies du questionnaire utilisé pour l'enquête (Annexe 7). À moins d'indication contraire, les résultats sont donc détaillés dans les tableaux de l'actuelle section ou dans l'annexe 7.

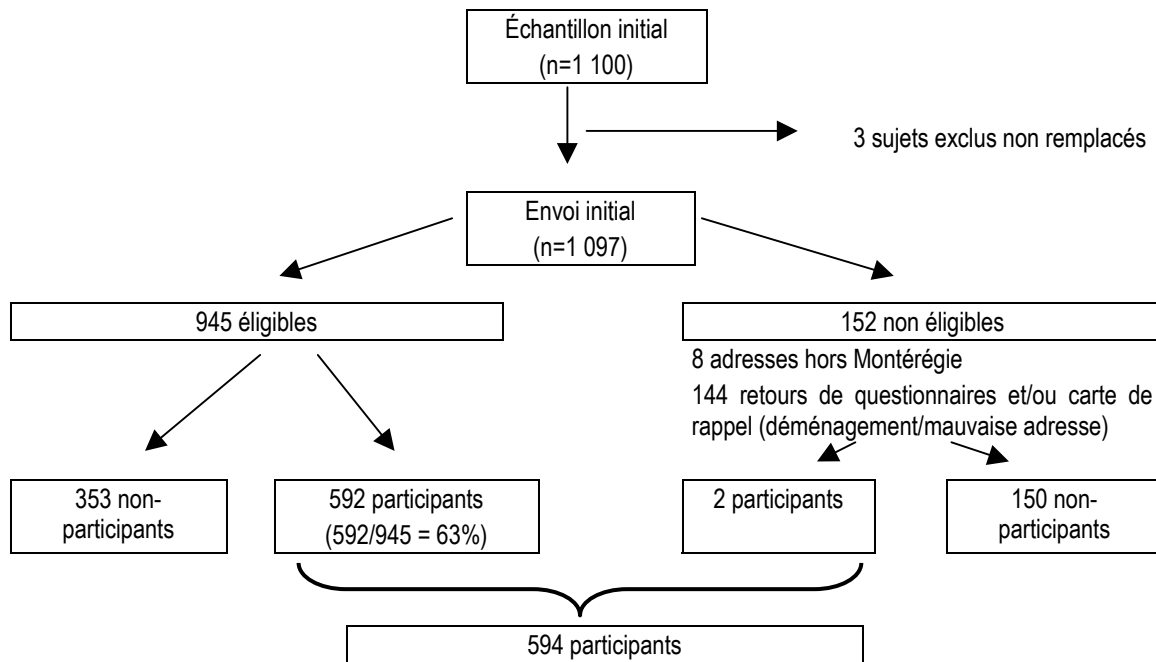
6.4.1 PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Bien que l'échantillon ait compris 1 100 sujets, l'envoi initial n'a été fait qu'à 1 097 personnes. Trois personnes ont été exclues d'emblée de l'échantillon original et n'ont pas été remplacées : il s'agit d'une même naissance apparaissant deux fois, d'une mère dont nous n'avions que le prénom, et d'une mère apparaissant deux fois pour deux enfants différents (Figure 3).

Parmi les 1 097 sujets de l'échantillon, 152 se sont avérés non éligibles : 144 questionnaires ou cartes de rappel ont été retournés en raison d'une mauvaise adresse ou d'un déménagement (après vérification, la nouvelle adresse était non disponible), sept adresses étaient non éligibles au départ parce que situées hors Montérégie (le constat de ce problème a été trop tardif pour permettre de les remplacer), et une personne habitant la Montérégie dans le fichier des naissances a retourné son carton-réponse pour signifier sa participation en indiquant sa nouvelle adresse située hors Montérégie. Parmi les sept personnes non éligibles au départ parce qu'habitant hors Montérégie, une a retourné son carton-réponse pour signifier sa

participation à l'étude. Ainsi, deux personnes non éligibles ont retourné leur questionnaire. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été possible de retracer ces deux personnes pour les exclure des analyses.

FIGURE 3 : SCHÉMA DE PARTICIPATION DES PARENTS



Parmi les 945 personnes éligibles de l'échantillon, 592 ont retourné un questionnaire, pour un taux de réponse de 63 %. Les analyses ont cependant été effectuées sur les 594 questionnaires reçus, incluant les deux participants non éligibles. Au total, 353 personnes éligibles n'ont pas participé à l'étude, dont neuf personnes pour qui le questionnaire a été reçu après la date de fin de collecte de données.

6.4.1.1 UTILISATION DU CARTON-RÉPONSE

Bien que 594 personnes aient retourné leur questionnaire complété, un nombre moindre (544) de cartons-réponse a été reçu. Parmi ces derniers, 64 personnes ont placé le carton-réponse directement dans l'enveloppe de retour avec le questionnaire. Par ailleurs, 24 parents ont envoyé deux cartons-réponse sans qu'il soit possible de savoir s'ils avaient retourné le questionnaire une ou deux fois.

6.4.1.2 COMPARAISON DES PARTICIPANTS ET DES NON-PARTICIPANTS

À partir des cartons-réponse retournés, il a été possible de comparer le profil des parents participants à celui des non-participants à l'égard des caractéristiques sociodémographiques pour lesquelles les données étaient disponibles dans le fichier des

naissances de la Montérégie (Tableau 21). Les parents participants diffèrent des non-participants. En effet, 41 % des parents qui ont participé à l'étude ont un enfant né en avril 2002, alors que seulement 29 % des non-participants font partie de ce groupe. Ce mois de naissance des enfants correspond au mois le plus rapproché du moment de l'enquête. Également, les participants sont proportionnellement plus scolarisés que les non-participants. Enfin, une proportion plus grande de francophones se retrouvent parmi les participants (92% c. 86 %).

TABLEAU 21 : COMPARAISON DES PARENTS PARTICIPANTS ÉLIGIBLES ET DES PARENTS NON-PARTICIPANTS ÉLIGIBLES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES

Caractéristiques ¹	Participants éligibles (n = 543)		Non-participants éligibles (n = 402)		Valeur p
	n	%	n	%	
Mois de naissance de l'enfant					
mars 2001	160	29.5	137	34.1	0,001
avril 2001	161	29.7	148	36.8	
avril 2002	222	40.9	117	29.1	
Scolarité					
Primaire – secondaire	127	26.2	167	46.4	< 0,001
Collégial – universitaire	357	73.8	193	53.6	
Langue maternelle de la mère					
Français	497	91.7	344	85.6	0,004
Anglais	32	5.9	33	8.2	
Autre	13	2.4	25	6.2	

¹ Pour cette analyse, les sujets ont été catégorisés comme participants ou non-participants sur la base de leur carton-réponse (carton-réponse reçu = participant; carton-réponse non reçu = non-participant). Les 50 personnes ayant retourné leur questionnaire sans le carton-réponse ont été considérées comme des non-participants, sauf une personne qui nous a signalé avoir retourné son carton-réponse qui n'a pas été reçu.

² Les comparaisons ont été faites par des tests de χ^2 .

6.4.2 CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

C'est presque toujours la mère de l'enfant (97 %) qui a répondu au questionnaire (Tableau 22). Un peu plus de la moitié des parents sont âgés de 30 ans ou plus (55 %). Pour la majorité des parents, la langue parlée à la maison est le français (89 %) et ils vivent avec un conjoint (95 %). Dans 39 % des ménages on retrouve un seul enfant, et deux enfants dans 42 % des ménages. Plus des deux tiers des parents ont une scolarité collégiale ou universitaire, et le revenu du ménage de la moitié des parents se situait entre 20 000 \$ et 60 000 \$ en 2001.

TABLEAU 22 : CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS (N = 594)

Variable ¹	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Lien avec l'enfant (n = 583)		
Mère	566	97,1
Père	15	2,6
Père et mère	2	0,3
Âge (n = 583)		
Moins de 29 ans	265	45,5
30 ans ou plus	318	54,5
Langue parlée à la maison (n = 584)		
Français	522	89,4
Anglais	31	5,3
Français et anglais	19	3,3
Autres ²	12	2,0
Vit avec conjoint (e) (n = 584)	552	94,5
Nombre d'enfants³ (n = 578)		
1 enfant	225	38,9
2 enfants	244	42,2
3 enfants ou plus	109	18,9
Nombre de personnes dans le ménage⁴ (n = 578)		
2 personnes	15	2,6
3 personnes	219	37,9
4 personnes	241	41,7
5 personnes ou plus	103	17,8
Scolarité (n = 578)		
Primaire-secondaire	190	32,9
Cégep-université	388	67,1
Revenu du ménage en 2001 (n = 551)		
Moins de 20 000 \$	25	4,7
20 000 à 59 999 \$	262	49,3
60 000 \$ ou plus	244	46,0
Fait vacciner ses enfants (n = 585)	576	98,5
Fait vacciner au CLSC (n = 569)	366	64,3
Fait vacciner en Montérégie (n = 565)	550	97,3

¹ Pour chaque variable, les résultats sont présentés pour les répondants seulement.

² Parmi ce groupe, la langue parlée à la maison est le français ou l'anglais et une autre langue.

³ Moyenne = 1,85, médiane = 2.

⁴ Moyenne = 3,79, médiane = 4.

La majorité des parents font vacciner leurs enfants (99 %), et ce, peu importe l'âge (test exact de Fisher, $p = 0,734$) ou la scolarité des parents (test exact de Fisher, $p = 0,725$) (données non présentées). Presque tous les enfants sont vaccinés en Montérégie (97 %), et près des deux tiers sont vaccinés en CLSC (Tableau 22). Le lieu de vaccination des enfants, soit en CLSC, soit chez un médecin de famille ou chez le pédiatre, ne varie pas en fonction de la scolarité des parents (données non présentées).

6.4.3 RÉCEPTION ET UTILISATION DU MATÉRIEL

6.4.3.1 FEUILLETS SUR LA VACCINATION

Seulement 42 % des parents ont eu au moins un des feuillets sur la vaccination (Tableau 23), les autres 58 % n'ont pas eu ou ne se souviennent pas avoir eu de tels feuillets. Celui le plus souvent reçu a été le feuillet général *La vaccination, une bonne protection*, 36 % des parents au total l'ayant reçu, 23 % des parents ont eu le feuillet *Vaccin DCaT-Polio-Hib*, alors que 18 % ont eu le feuillet *Vaccin RRO* (données non présentées).

TABLEAU 23 : RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS (N = 594)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Nombre de feuillets reçus¹ (n = 594)		
Aucun	345	58,1
1 feuillet	112	18,9
2 feuillets	57	9,6
3 feuillets	80	13,5
Au moins un feuillet	249	41,9 ²
Feuillets reçus (n = 594)		
Feuille général	214	36,0 ³
Feuille RRO et feuillet DCaT-Polio-Hib	98	16,5 ⁴
Un seul des feuillets RRO ou DCaT-Polio-Hib	56	9,4 ⁴
Si réception d'un seul feuillet, lequel? (n = 112)		
Feuille général	95	84,8
Feuille RRO	3	2,7
Feuille DCaT-Polio-Hib	12	10,7
Ne sais pas	2	1,8

¹ Moyenne = 0,78; médiane = 0.

² Des comparaisons de proportions ont été faites par un test de χ^2 selon la scolarité des parents (primaire/secondaire ou cégep/université), $p = 0,577$.

³ Des comparaisons de proportions ont été faites par un test de χ^2 selon la scolarité des parents (primaire/secondaire ou cégep/université), $p = 0,150$.

⁴ Des comparaisons des proportions de parents ayant eu au moins un des feuillets spécifiques ont été faites par un test de χ^2 selon la scolarité des parents (primaire/secondaire ou cégep/université), $p = 0,469$.

Globalement, la proportion de parents qui ont reçu tous les feuillets est faible, soit 14 %. Légèrement plus de parents (17 %) ont eu les deux feuillets spécifiques, alors que 9 % des parents n'ont eu qu'un seul de ces feuillets spécifiques.

En tenant compte des 19 % de parents qui n'ont reçu qu'un seul feuillet, on constate que le feuillet général a été reçu par 85 % d'entre eux, le feuillet spécifique *DCaT-Polio-Hib* par 11 % d'entre eux, et 3 % ont eu le feuillet spécifique *RRO*. La réception du feuillet général, des feuillets spécifiques ou d'au moins un feuillet ne varie pas selon la scolarité des parents.

Les proportions de parents ayant reçu les feuillets⁶ sont semblables, peu importe le lieu de vaccination de leur enfant, à l'exception de deux éléments (Tableau 24). Une proportion plus élevée de parents, soit 30 %, a eu au moins un des feuillets spécifiques si leur enfant est vacciné en CLSC, alors que cette proportion n'est que de 22 % si leur enfant n'est pas vacciné en CLSC ($p = 0,049$). À l'inverse, une proportion plus faible de parents (20 %) a eu au moins un des feuillets spécifiques si leur enfant est vacciné

⁶ Les comparaisons ont été faites sur la réception du feuillet général, la réception des feuillets spécifiques et la réception d'au moins un feuillet.

chez un pédiatre, comparativement à 29 % des parents qui ont eu au moins un de ces feuillets si leur enfant n'est pas vacciné chez le pédiatre ($p = 0,05$).

TABLEAU 24 : RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS SELON LE LIEU DE VACCINATION DE LEUR ENFANT (N = 594)

	Lieu de vaccination : au CLSC				
	Oui		Non		Valeur p ¹
	n	%	n	%	
Réception du feuillet général					
Oui	130	37,4	74	37,4	0,997
Non	218	62,6	124	62,6	
Réception des feuillets spécifiques					
Au moins un feuillet	103	29,6	42	21,8	0,049
Aucun	245	70,4	151	78,2	
Réception d'au moins un feuillet					
Au moins un feuillet	154	42,1	84	41,4	0,872
Aucun	212	57,9	119	58,6	
	Lieu de vaccination : chez un médecin de famille				
	Oui		Non		Valeur p ¹
	n	%	n	%	
Réception du feuillet général					
Oui	42	42,4	162	36,2	0,250
Non	57	57,6	285	63,8	
Réception des feuillets spécifiques					
Au moins un feuillet	25	26,0	120	27,0	0,853
Aucun	71	74,0	325	73,0	
Réception d'au moins un feuillet					
Au moins un feuillet	48	47,5	190	40,6	0,201
Aucun	53	52,5	278	59,4	
	Lieu de vaccination : chez un pédiatre				
	Oui		Non		Valeur p ¹
	n	%	n	%	
Réception du feuillet général					
Oui	40	31,3	164	39,2	0,102
Non	88	68,8	254	60,8	
Réception des feuillets spécifiques					
Au moins un feuillet	25	20,0	120	28,8	0,050
Aucun	100	80,0	296	71,2	
Réception d'au moins un feuillet					
Au moins un feuillet	46	34,8	192	43,9	0,064
Aucun	86	65,2	245	56,1	

¹ Les comparaisons ont été faites par des tests de χ^2 .

6.4.3.1.1 LIEUX DE RÉCEPTION DES FEUILLETS

Plus de la moitié des parents ont reçu les feuillets au CLSC (Tableau 25). Au moins 27 % ont reçu les feuillets à la clinique médicale. Peu de parents ont obtenu le feuillet général dans d'autres endroits, comme à l'hôpital (15 %), à la garderie (8 %) ou dans une pharmacie (4 %) (données non présentées). La proportion de parents qui ont reçu les feuillets spécifiques dans un lieu autre qu'une clinique médicale ou un CLSC est plus faible que ce qui a été constaté pour le feuillet général.

TABLEAU 25 : LIEU DE RÉCEPTION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS (N = 594)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Réception du feuillet général (n = 214)		
Au CLSC	118	55,1
À la clinique médicale	60	28,0
Réception des feuillets spécifiques (n = 154)		
Au CLSC	102	66,2
À la clinique médicale	42	27,3

6.4.3.1.2 CONSERVATION DES FEUILLETS

Environ la moitié des parents ont lu les feuillets, les ont conservés, et les ont utilisés ultérieurement (Tableau 26). La lecture complète des feuillets n'est influencée ni par l'âge des parents ni par leur scolarité.

TABLEAU 26 : LECTURE, UTILISATION ET CONSERVATION DES FEUILLETS PAR LES PARENTS (N = 594)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Lecture complète des feuillets		
Au moins un des feuillets reçus (n = 249)	136	54,6 ¹
Feuillelet général (n = 214)	110	51,6
Feuillets spécifiques (n = 153)	82	53,6
Conservation des feuillets		
Feuillelet général (n = 214)	94	43,9
Feuillets spécifiques (n = 153)	87	56,9
Utilisation ultérieure des feuillets		
Feuillelet général (n = 91)	52	57,1
Feuillets spécifiques (n = 83)	40	48,2

¹ Des comparaisons de proportions (lecture complète c. lecture partielle et pas du tout) ont été faites par un test de χ^2 selon la scolarité des parents (primaire/secondaire c. cégep/université), $p = 0,577$ et selon leur âge (moins de 29 ans c. 30 ans ou plus), $p = 0,699$.

6.4.3.2 AFFICHE ET BOÎTIER

Un peu moins de la moitié des parents (47 %) ont déjà vu l'affiche (Tableau 27). Parmi ces derniers, 57 % l'ont vue au CLSC et, dans une moindre proportion, dans une clinique médicale (53 %). D'autres l'ont vue à l'hôpital (10 %), dans une pharmacie (8 %), à la garderie (6 %), chez le pédiatre, à l'école ou dans une maison de la petite enfance (inférieur à 3 % pour l'ensemble de ces trois derniers lieux).

TABLEAU 27 : EXPOSITION DES PARENTS À L'AFFICHE ET AU BOÎTIER (N = 594)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
A vu l'affiche (n = 591)	280	47,4
Au CLSC (n = 280)	160	57,1
À la clinique médicale (n = 280)	148	52,9
A vu le boîtier (n = 591)	98	16,6
Au CLSC (n = 98)	42	42,9
À la clinique médicale (n = 98)	58	59,2

Seulement 17 % des parents ont déjà vu le boîtier (Tableau 27). Contrairement au reste du matériel, c'est en clinique médicale que la majorité des parents l'ont vu (59 %). Certains ont vu le boîtier au CLSC (43 %), à l'hôpital (11 %), à la pharmacie (11 %), à la garderie (1 %) ou chez le pédiatre (1 %).

6.4.3.3 UTILISATION DU MATÉRIEL

Pour la majorité des parents qui ont eu les feuillets spécifiques, ils ont été remis par l’infirmière (81 %) lors d’une visite de vaccination (83 %). Ces feuillets ont alors donné l’occasion de discuter de vaccination avec un professionnel de la santé pour 46 % des parents (données non présentées).

6.4.4 APPRÉCIATION DES FEUILLETS

Les résultats suivants ne concernent que les parents qui ont lu complètement ou partiellement au moins un des feuillets reçus (N = 241). Tous ces parents sont satisfaits de la présentation, de la clarté, de l’utilité et de la quantité d’information contenue dans les feuillets (Tableau 28). Le score élevé de satisfaction (voir chapitre « Aspects méthodologiques ») calculé à 10,8 traduit encore la grande satisfaction des parents à l’égard du matériel. L’âge et le niveau de scolarité des parents n’affectent pas leur satisfaction du matériel.

TABLEAU 28 : SATISFACTION DES PARENTS PAR RAPPORT AUX FEUILLETS (N = 241)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Satisfait de la présentation (n = 222)	221	99,5
Satisfait de la clarté (facile à comprendre) (n = 219)	218	99,5
Satisfait de l'utilité (n = 220)	213	96,8
Satisfait de la quantité d'information (n = 222)	201	90,5
Score de satisfaction (0 à 12, 12 étant très satisfait) ¹	10,8 (moyenne), 11 (médiane)	

¹ La moyenne et la médiane ne sont indiquées qu'à titre indicatif car il ne s'agit pas d'une variable continue. Des comparaisons des scores ont été faites par un test de Mann-Whitney U selon la scolarité des parents (10,64 pour primaire/secondaire c. 10,94 pour cégep/université; p = 0,059) et selon leur âge (10,93 pour les moins de 29 ans c. 10,75 pour les 30 ans ou plus; p = 0,40).

Les parents ont presque tous trouvé les feuillets utiles comme sources d’information sur les maladies évitables par l’immunisation (95 %) (Tableau 29) et sur les vaccins que leur enfant devrait recevoir (99 %). L’utilité des feuillets a été également largement reconnue, mais en proportion légèrement plus faible, pour rappeler le calendrier vaccinal (87 %) et connaître l’importance de le respecter (81 %). Encore ici, le score d’utilité (voir chapitre « Aspects méthodologiques ») très élevé (4,27 sur 5) confirme l’utilité des feuillets telle qu’elle est évaluée par les parents qui ont eu connaissance du matériel.

TABLEAU 29 : UTILITÉ DES FEUILLETS POUR LES PARENTS (N = 241)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
Utiles pour être informés sur les maladies évitables par la vaccination (n = 222)	211	95,0
Utiles pour être informés sur les vaccins à recevoir (n = 223)	221	99,1
Utiles pour prendre une décision éclairée (n = 220)	138	62,7
Utiles pour être informés sur le rhume et les coliques (n = 205)	57	27,8
Utiles pour se rappeler le calendrier vaccinal (n = 219)	191	87,2
Utiles pour connaître l'importance du calendrier vaccinal (n = 217)	176	81,1
Score d'utilité (0 à 5, 5 étant très utile) ¹	4,27 (moyenne), 5 (médiane)	

¹ La moyenne et la médiane ne sont indiquées qu'à titre indicatif car il ne s'agit pas d'une variable continue. Des comparaisons des scores ont été faites par un test de Mann-Whitney *U* selon la scolarité des parents (4,43 pour primaire/secondaire c. 4,19 pour cégep/université; $p = 0,031$) et selon leur âge (4,30 pour les moins de 29 ans c. 4,25 pour les 30 ans ou plus; $p = 0,519$).

L'appréciation de l'utilité des feuillets n'est pas affectée par l'âge des parents. Par contre, pour les parents moins scolarisés, le score d'utilité est plus élevé comparativement au score chez les parents plus scolarisés (4,43 c. 4,19; $p = 0,031$).

Une attention particulière a été apportée à l'évaluation que font les parents de l'utilité des feuillets pour prendre une décision éclairée en matière de vaccination. Un peu moins des deux tiers des parents ont jugé les feuillets utiles pour peser le pour et le contre de la vaccination de leur enfant. Les parents moins scolarisés ont trouvé les feuillets utiles à la prise de décision éclairée en plus grande proportion que les parents plus scolarisés (38 % c. 24 %; $p = 0,033$) (Tableau 30). Autrement, l'utilité des feuillets pour la prise de décision éclairée n'est pas influencée par l'âge des parents, le lieu de vaccination des enfants ou le fait que la remise des feuillets ait été une occasion de discuter de vaccination.

TABLEAU 30 : UTILITÉ DES FEUILLETS POUR PRENDRE UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE SELON CERTAINES VARIABLES

Variable	Les feuillets ont été utiles pour prendre une décision éclairée				Valeur p ¹
	Beaucoup / assez		Peu / pas du tout		
	n	%	n	%	
Occasion de discuter de vaccination					
Oui	49	52,1	18	40,0	0,181
Non	45	47,9	27	60,0	
Âge					
Moins de 29 ans	70	51,9	38	47,5	0,537
30 ans ou plus	65	48,1	42	52,5	
Scolarité					
Primaire/secondaire	50	37,9	19	23,8	0,033
Cégep/université	82	62,1	61	76,3	
Lieu de vaccination : au CLSC					
Oui	82	62,1	52	65,8	0,589
Non	50	37,9	27	34,2	
Lieu de vaccination : chez le médecin de famille					
Oui	29	22,0	13	16,5	0,332
Non	103	78,0	66	83,5	
Lieu de vaccination : chez le pédiatre					
Oui	24	18,2	17	21,5	0,553
Non	108	81,8	62	78,5	

¹ Les comparaisons ont été faites par des tests de χ^2 .

6.4.5 SOURCES D'INFORMATION EN VACCINATION

Pour plus de 84 % de l'ensemble des parents, le carnet de vaccination, le livre *Mieux vivre avec son enfant* ou l'information verbale reçue lors de la vaccination, demeurent des sources d'information en vaccination jugées utiles (Tableau 31). Les autres sources, comme les cours prénataux ou les feuillets d'information sur la vaccination, sont jugées utiles par des proportions beaucoup plus faibles de parents. Cependant, il faut être prudent dans l'interprétation de ces données, puisque certains parents ne connaissent pas l'ensemble de ces sources. Si on revoit ces données en ne considérant que les parents qui ont eu connaissance des feuillets d'information de la trousse, l'utilité des diverses sources est estimée dans des proportions semblables par les parents à ce qui a été décrit plus haut, sauf pour les feuillets de la trousse qui sont alors considérés utiles par 86 % d'entre eux, soit maintenant autant que pour le livre *Mieux vivre avec son enfant* ou pour l'information verbale reçue lors de la vaccination. Toutefois, les proportions de parents qui jugent le carnet de vaccination ou le livre *Mieux vivre avec son enfant* très utiles demeurent plus élevées que pour les feuillets d'information (données non présentées).

TABLEAU 31 : UTILITÉ DE DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATION SUR LA VACCINATION (N = 594)

Variable	Nombre de personnes ¹ (n)	Proportion (%)
Trouve utile le carnet de vaccination (n = 588)	501	85,2
Trouve utile le livre <i>Mieux vivre avec son enfant</i> (n = 587)	511	87,1
Trouve utile l'information provenant des cours prénataux (n = 564)	193	34,2
Trouve utile l'information reçue verbalement lors de la vaccination (n = 583)	490	84,0
Trouve utile les feuillets d'information ² (n = 588)	222	37,8
Autre source d'information jugée utile ³ (n = 592)	63	10,6

¹ Il s'agit du nombre de personnes qui ont répondu *Très utile* ou *Assez utile*.

² Interpréter cette donnée avec prudence puisque tous les parents n'ont pas eu connaissance des feuillets sur la vaccination. En ne considérant que les parents qui ont eu connaissance des feuillets de vaccination, les feuillets de la trousse sont considérés utiles par 86 % des parents.

³ Par exemple : pédiatre/médecin/infirmière/entourage (n = 29), documents remis lors de la vaccination (n = 13), service Info-Santé (n = 9).

6.4.6 INTENTION DE VACCINATION

Bien que le matériel ne visait pas à influencer les intentions de vaccination, nous avons tenté, dans un but exploratoire, de vérifier si les feuillets avaient pu agir en ce sens. Parmi les 241 parents qui ont lu complètement ou partiellement au moins un des feuillets reçus, presque tous, soit 98 %, ont indiqué avoir l'intention de faire vacciner leur enfant. Une petite proportion des parents, soit 8 % d'entre eux, ont dit que la lecture des feuillets a changé leur intention de faire vacciner leur enfant. Pour tous ces parents, le changement est allé dans le sens souhaité, c'est-à-dire qu'ils ont mentionné avoir maintenant l'intention de faire vacciner leur enfant (données non présentées).

6.4.7 OPINION DES PARENTS SUR LA VACCINATION

En général, les parents ont une opinion favorable à la vaccination (Tableau 32). En effet, plus de 92 % des parents ont manifesté leur accord avec les énoncés suivants : « Les vaccins sont utiles pour prévenir certaines maladies contagieuses », « Il est préférable que mon enfant reçoive son vaccin à l'âge recommandé », « Il est important que mon enfant reçoive toutes les doses de vaccins recommandées », « Il est plus avantageux que mon enfant se fasse vacciner que de courir le risque qu'il attrape la maladie ». Les connaissances sur la coqueluche et la rougeole sont également bonnes pour une proportion importante de parents.

TABLEAU 32 : OPINION DES PARENTS SUR LA VACCINATION DES ENFANTS (N = 594)

Énoncé	Nombre de personnes en accord ¹ (n)	Proportion (%)
Les vaccins sont utiles pour prévenir certaines maladies contagieuses (n = 590)	580	98,3
La coqueluche ou la rougeole peuvent entraîner des conséquences graves (n = 587)	540	92,0
Il est préférable que mon enfant reçoive son vaccin à l'âge recommandé (n = 588)	563	95,7
Il est important que mon enfant reçoive toutes les doses de vaccins recommandées (n = 589)	561	95,2
La coqueluche est une maladie disparue du Québec (n = 584)	65	11,1
Les vaccins peuvent être dangereux pour mon enfant (n = 584)	84	14,4
Les vaccins épuisent le système immunitaire de mon enfant (n = 583)	53	9,1
Une bonne alimentation ou une bonne santé éliminent la nécessité de faire vacciner mon enfant (n = 590)	27	4,6
Un enfant qui prend des antibiotiques ne devrait pas être vacciné (n = 580)	149	25,7
Il est plus avantageux que mon enfant se fasse vacciner que de courir le risque qu'il attrape la maladie (n = 588)	552	93,9
La coqueluche et ses complications représentent un risque pour la santé de mon enfant s'il n'est pas vacciné (n = 583)	478	82,0
Score d'opinion² (0 à 27, 27 étant très en accord)	21,78 (moyenne), 23 (médiane)	

¹ Il s'agit du nombre de participants qui se sont dits très en accord ou plutôt en accord avec les énoncés.

² Le score d'opinion exclut les énoncés 35 et 39 qui ont été retirés à la suite de l'analyse factorielle. La moyenne et médiane ne sont indiquées qu'à titre indicatif car il ne s'agit pas d'une variable continue. Des comparaisons des scores ont été faites par un test de Mann-Whitney *U* selon la scolarité des parents (21,93 pour primaire/secondaire c. 21,68 pour cégep/université; $p = 0,592$) et selon leur âge (22,15 pour les moins de 29 ans c. 21,51 pour les 30 ans ou plus; $p = 0,057$).

Bien que les proportions de parents en accord avec certaines fausses croyances ou avec des connaissances erronées soient faibles, elles méritent d'être soulignées. En effet, 11 % des parents ont indiqué leur accord avec l'énoncé « La coqueluche est une maladie disparue du Québec », 9 % avec l'énoncé « Les vaccins épuisent le système immunitaire de mon enfant », 26 % avec l'énoncé « Un enfant qui prend des antibiotiques ne devrait pas être vacciné », et 5 % avec l'énoncé « Une bonne alimentation ou une bonne santé éliminent la nécessité de faire vacciner mon enfant ».

Le score d'opinion (voir chapitre « Aspects méthodologiques ») se montre élevé pour l'ensemble des parents, soit de 21,8 sur un total possible de 27. Le score d'opinion ne varie pas selon l'âge ou la scolarité des parents.

6.4.8 EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE EN VACCINATION

Près d'un parent sur dix considère avoir déjà eu une mauvaise expérience à la suite de la vaccination de son enfant (Tableau 33). Ces mauvaises expériences relèvent, pour 61 % des parents, de réactions indésirables attendues tels une réaction locale au site d'injection, de la fièvre ou des symptômes systémiques de courte durée. Pour les autres, il s'agit de symptômes systémiques qui ont persisté pour plusieurs jours ou d'expériences négatives à l'égard des services reçus. Certains parents ont aussi rapporté des incidents qu'ils ont associés à la vaccination de leur enfant mais pour lesquels la littérature scientifique ne reconnaît pas de lien causal : fièvre accompagnant une infection sous-jacente diagnostiquée, atteinte neurologique comme l'autisme ou des troubles du comportement.

TABLEAU 33 : MAUVAISE EXPÉRIENCE DE VACCINATION RAPPORTÉE PAR LES PARENTS (N = 587)

Variable	Nombre de personnes (n)	Proportion (%)
A déjà eu une mauvaise expérience suite à la vaccination de son enfant (n = 587)	51	8,7
Type de symptômes rapportés (n = 43)		
Symptômes attendus	26	60,5
Symptômes non attendus	17	39,5
A changé d'opinion face à la vaccination suite à la mauvaise expérience (n = 49)	13	26,5
A eu au moins un des feuillets spécifiques (n = 50)	8	16,0

Pour 27 % des parents ayant rapporté une mauvaise expérience, cette dernière a changé leur opinion sur la vaccination. Seulement 16 % de ces mêmes parents avaient eu au moins un des feuillets spécifiques, feuillets où des explications sur les effets indésirables reliés à la vaccination sont fournies. Ces parents ont eu les feuillets en proportion moins grande que les parents qui n'ont pas rapporté d'expérience négative (16 % c. 28 %; $\chi^2 = 3,34$, $p = 0,04$) (données non présentées).

6.4.9 ESTIMATION DE L'IMPACT DU BIAIS DE DÉSIRABILITÉ

Comme mentionné plus haut, un énoncé test « Les feuillets sur la vaccination m'ont permis d'être informé sur le rhume ou les coliques » avait été ajouté au questionnaire,

alors qu'aucun des feuillets d'information sur la vaccination ne traite du rhume ou des coliques. On s'attendait donc à ce que les parents soient en désaccord avec l'énoncé. Cet énoncé devait alors permettre d'évaluer jusqu'à quel point les parents avaient vraiment retenu le contenu des feuillets, et de voir si les opinions indiquées par les parents dans les questionnaires reflétaient vraiment le fond de leur pensée ou si leurs réponses étaient plutôt données dans le sens qu'ils jugeaient souhaité par les chercheurs. La majorité des parents (72 %) ont affirmé que les feuillets étaient inutiles en matière d'information sur le rhume et la colique, les autres 28 % des parents ont indiqué être en accord avec cet énoncé test.

On a ainsi vérifié, selon le sens de leur réponse à cet énoncé test, si les résultats obtenus auprès des parents étaient semblables pour diverses variables d'intérêt (Tableau 34). Les parents qui ont dit être en accord avec l'énoncé test ont reçu les feuillets spécifiques en plus grande proportion (87 %) que ceux qui sont en désaccord (63 %; $p = 0,001$), trouvent les feuillets utiles en plus grande proportion (97 %) que les autres (86 %; $p = 0,037$), et ont obtenu un score d'utilité plus élevé que ceux qui n'étaient pas en accord avec l'énoncé test (4,77 versus 4,07; $p < 0,001$). Ces parents trouvent l'information sur la vaccination provenant des cours prénataux utile en plus grande proportion que les parents qui sont en désaccord avec l'énoncé (62 % versus 36 %; $p = 0,003$). Dans le même sens, l'information reçue verbalement lors de la vaccination est jugée utile en proportion plus importante chez les parents en accord (95 % versus 83 %; $p = 0,028$).

TABEAU 34 : RÉCEPTION ET UTILISATION DES FEUILLETS, OPINION SUR L'UTILITÉ DES FEUILLETS ET AUTRES SOURCES D'INFORMATION, ET OPINION SUR LA VACCINATION SELON L'ÉNONCÉ « LES FEUILLETS VOUS ONT PERMIS D'ÊTRE INFORMÉ SUR LE RHUME ET LES COLIQUES »

Variable	Les feuillets vous ont permis d'être informé sur le rhume et les coliques				Valeur p ¹
	Beaucoup / assez		Peu / pas du tout		
	n	%	n	%	
Réception du feuillet général					
Oui	52	92,9	124	85,5	0,157
Non	4	7,1	21	14,5	
Réception des feuillets spécifiques					
Au moins un feuillet	48	87,3	86	62,8	0,001
Aucun	7	12,7	51	37,2	
Lecture d'au moins un des feuillets reçus²					
Complètement	34	59,6	84	56,8	0,707
Partiellement	23	40,4	64	43,2	
Pas du tout	0	0,0	0	0,0	
Score d'utilité (moyenne; écart-type)	4,77 (0,66)		4,07 (1,06)		< 0,001 ³
Trouve utile le carnet de vaccination					
Très/assez utile	51	92,7	122	84,7	0,134
Peu/pas du tout utile	4	7,3	22	15,3	
Trouve utile le livre <i>Mieux vivre avec son enfant</i>					
Très/assez utile	49	87,5	122	83,6	0,487
Peu/pas du tout utile	7	12,5	24	16,4	
Trouve utile l'information des cours prénataux					
Très/assez utile	28	62,2	37	35,6	0,003
Peu/pas du tout utile	17	37,8	67	64,4	
Trouve utile l'information reçue verbalement lors de la vaccination					
Très/assez utile	54	94,7	121	82,9	0,028
Peu/pas du tout utile	3	5,3	25	17,1	
Trouve utile les feuillets d'information					
Très/ assez utile	55	96,5	127	86,4	0,037
Peu/pas du tout utile	2	3,5	20	13,6	
Score d'opinion sur la vaccination (moyenne±écart-type)	22,23±4,40		22,71±3,90		0,569 ³

¹ Les comparaisons ont été faites par un test de χ^2 à moins d'indication contraire.

² Le test compare ceux qui ont lu complètement et partiellement, avec ceux qui ont dit que les feuillets permettaient d'être informé sur le rhume et les coliques (beaucoup/assez et peu/pas du tout).

³ La moyenne et la médiane sont indiquées à titre indicatif car les comparaisons ont été faites par le test de rang de Mann-Whitney U.

Pour les autres variables, il n’y a pas de différences statistiquement significatives entre les parents en accord avec l’énoncé test et ceux en désaccord, bien que la même tendance soit toujours observée. Les parents en accord avec l’énoncé test sont pratiquement toujours représentés en plus grande proportion : davantage de parents ont reçu le feuillet général, ont lu complètement au moins un des feuillets, et trouvent le carnet de vaccination ou le livre *Mieux vivre avec son enfant* utile comme source d’information. Par contre, le score d’opinion sur la vaccination des parents en accord avec l’énoncé test est de 22,2, ce qui est moins élevé que celui des parents en désaccord avec l’énoncé test qui est de 22,7.

6.4.10 COMMENTAIRES ET DEMANDES DES PARENTS

Près de la moitié des parents, soit 266 sur les 594 participants (45 %), ont pris la peine de donner divers commentaires ou d’adresser des questions sur les outils ou la vaccination. Les commentaires étaient généralement favorables à la vaccination ou au matériel d’information sur la vaccination, autant le matériel évalué que les autres sources d’information. Seulement quelques parents ont dit être contre la vaccination.

Bien que certains mentionnent être bien informés sur les vaccins, d’autres souhaitent que l’information soit plus visible. Ils posent des questions sur la vaccination en général, ils s’inquiètent sur l’innocuité des vaccins, sur le lien entre le vaccin RRO et l’autisme, et ils veulent avoir plus d’information sur les vaccins contre la varicelle et le pneumocoque. D’ailleurs, en ce qui concerne ces derniers vaccins, plusieurs parents ont demandé de pouvoir les obtenir gratuitement.

Presque tous les parents qui voulaient plus d’information sur les vaccins n’avaient pas eu les feuillets d’information de la trousse. La plupart des réponses à leurs questions se trouvent d’ailleurs dans les feuillets. D’autres parents ont aussi réclamé les feuillets d’information en langue anglaise.

Des parents ont manifesté leur appréciation du travail fait par les infirmières et les médecins, alors que d’autres ont mentionné le manque de disponibilité du CLSC pour la vaccination. Certains ont même indiqué avoir été troublés concernant le bien-fondé de vacciner leur enfant après avoir discuté avec l’infirmière.

Quelques parents ont indiqué avoir aimé le questionnaire. Cependant, certains ont dit trouver inutile la question sur le revenu.

Outre les commentaires indiqués à même le questionnaire, on a offert la possibilité aux parents qui le souhaitaient d’obtenir les feuillets d’information. Afin de préserver le caractère anonyme du questionnaire, les parents pouvaient utiliser le carton-réponse pour indiquer ce souhait. Au total, 368 parents ont demandé à recevoir le matériel, soit 62 % des participants.

6.4.11 PÉNÉTRATION ET UTILITÉ DE LA TROUSSE POUR LES PARENTS EN RÉSUMÉ

Seulement 42 % des parents ont reçu au moins un des feuillets de la trousse, la majorité les ayant reçus au CLSC. Environ la moitié des parents qui ont reçu les feuillets les ont lus, les ont conservés et les ont utilisés par la suite.

Tous les parents sont satisfaits des feuillets, et la plupart d'entre eux reconnaissent leur utilité. Cependant, la proportion de parents qui trouvent les feuillets utiles pour prendre une décision éclairée (63 %) est moindre que pour les autres utilités identifiées (≥ 81 %).

Globalement, les feuillets de la trousse sont jugés aussi utiles que d'autres sources d'information sur la vaccination, comme le livre *Mieux vivre avec son enfant*.

Enfin, 8 % des parents qui ont lu au moins un des feuillets ont indiqué que cette lecture avait changé leur intention face à la vaccination. Ils ont dorénavant l'intention de faire vacciner leur enfant.

6.5 COÛTS

6.5.1 COÛTS POUR LE MSSS

Les coûts de conception et de production de la trousse totalisent près de 95 000 \$ (Tableau 35). Cela représente la majeure partie des coûts assumés par le MSSS. En effet, le total des coûts pour le MSSS est de près de 108 000 \$ auquel vient s'ajouter la contribution aux régions de 26 500 \$.

Selon la perspective du MSSS, le coût total pour la conception, production, diffusion et le soutien aux régions s'élève donc à près de 135 000 \$.

TABLEAU 35 : COÛTS DE LA CONCEPTION, PRODUCTION ET DIFFUSION DE LA TROUSSE POUR LE MSSS

Description	Coûts (\$)
CONCEPTION / PRODUCTION	
Révision linguistique	208,00
Groupes de discussion	5 900,00
Traduction	452,00
Graphisme (conception et mise en pages)	5 550,00
Impression, reliure et assemblage	82 738,00
TOTAL 1	94 848,00 \$
DIFFUSION DU MSSS AUX DSP	
Frais de ressources humaines	910,56
Frais de matériel pour l'envoi	4 975,56
Frais d'envoi postal aux DSP	6 461,42
TOTAL 2	12 347,54 \$
DIFFUSION AUX COORDONNATEURS ET AU FÉDÉRAL¹	
Frais de ressources humaines	76,44
Frais de matériel pour l'envoi	55,82
Frais d'envoi postal (coordonnateurs et fédéral)	412,23
TOTAL 3	544,49 \$
SOUTIEN AUX RÉGIONS	26 580,00 \$
GRAND TOTAL	
Sans le soutien aux régions (Total 1+2+3)	107 740,03 \$
Avec soutien aux régions (Total 1+2+3+soutien aux régions)	134 320,03 \$

¹ Envoi aux coordonnateurs régionaux (5 exemplaires de la trousse à chaque coordonnateur) et au responsable du Programme canadien de promotion de la vaccination.

6.5.2 COÛTS DE DIFFUSION EN MONTÉRÉGIE

Lorsqu'on considère tous les envois faits en Montérégie, soit 1 131 envois différents, les coûts de diffusion de la trousse s'élèvent à 6 600 \$ (Tableau 36). L'aide financière accordée par le MSSS réduit le coût total à environ 4 000 \$. La portion la plus importante des coûts est constituée des frais d'envoi du matériel. Viennent ensuite les frais en ressources humaines pour préparer les envois, puis enfin le matériel nécessaire aux envois.

En retirant les envois effectués aux pharmacies et garderies, le coût total ajusté pour les 668 envois restants pour la Montérégie est d'environ 4 000 \$ (données non présentées).

TABLEAU 36 : COÛTS DE DIFFUSION DE LA TROUSSE EN MONTÉRÉGIE

Description	Coûts (\$)
FRAIS DE MATÉRIEL	
Enveloppes matelassées	508,14
Papier à lettre 8,5 X 11	6,54
Étiquettes d'envois 4X1,5	19,92
TOTAL 1	534,60 \$
FRAIS DE RESSOURCES HUMAINES	
Nombre d'heures de secrétariat pour préparer le matériel et faire les envois (total de 52,5 heures)	945,00
TOTAL 2	945,00 \$
FRAIS D'ENVOI DU MATÉRIEL	
CLSC (6 envois par CLSC, soit 120 envois)	543,60
Vaccinateurs privés des 0-5 ans (336 envois)	1 522,08
Pédiatres, cliniques d'omnipraticiens pour > 5 ans et CH avec périnatalité (212 envois)	960,36
Pharmacies et garderies (463 envois)	2 097,39
TOTAL 3	5 123,43 \$
AIDE ACCORDÉE PAR LE MSSS	2 550,00 \$
TOTAL DES COÛTS	
Total sans aide accordée par le MSSS (Total 1+2+3)	6 603,03 \$
Total selon la perspective de la DSP de la Montérégie (Total 1+2+3 – aide accordée par le MSSS)	4 053,03\$

6.5.3 COÛTS POUR LES DSP

En considérant que six envois ont été faits à chacun des responsables des CLSC, qu'un envoi a été fait pour chaque vaccinateur privé ou CH vaccinateur lorsque pertinent, la Montérégie représente 13,3 % des envois à faire pour l'ensemble des régions (données non présentées). Avec ces ajustements, le coût de la distribution du matériel pour les DSP des 18 régions du Québec s'élève à 29 563,93 \$. Selon la perspective des DSP, le montant de 26 500 \$ accordé par le MSSS vient réduire ce coût à environ 3 000 \$ pour l'ensemble des régions.

6.5.4 COÛTS SELON LA PERSPECTIVE DU RÉSEAU DE SANTÉ PUBLIQUE

Le coût total du projet, comprenant la conception, production et diffusion des éléments de la trousse, est de 137 000 \$ (Tableau 37). En considérant l'aide financière accordée aux régions, 98 % de cette somme est assumée par le MSSS.

Les frais de production de la trousse représentent 60 % du coût total du projet. La diffusion de la trousse constitue quant à elle 31 % du coût total, tandis que la conception de la trousse occupe seulement 9 % du coût total du projet.

TABLEAU 37 : PROPORTION DES COÛTS SELON LES PERSPECTIVES ET LES ÉTAPES DU PROJET DE LA TROUSSE

Étapes du projet	Perspectives			
	MSSS	DSP	Réseau de santé publique	
Conception du matériel ¹	12 110 \$	--	12 110 \$	(9 %)
Production du matériel ²	82 738 \$	--	82 738 \$	(60 %)
Diffusion du matériel	12 892 \$	29 564 \$	42 456 \$	(31 %)
Aide aux régions	26 580 \$	- 26 580 \$	0 \$	--
Total	134 320 \$	2 984 \$	137 304 \$	(100 %)
	(98 %)	(2 %)	(100 %)	

¹ La conception comprend la révision linguistique, les groupes de discussion, la traduction ainsi que le graphisme.

² La production comprend l'impression, la reliure et l'assemblage du matériel.

6.5.5 ANALYSE DE SENSIBILITÉ

Selon la perspective du réseau de santé publique, le montant total de l'intervention selon le « scénario optimiste » où une valeur minimale a été attribuée (voir l'annexe 10 pour les valeurs minimales et maximales attribuées) à chacune des variables pour lesquelles les estimés avaient été faits, est de 123 500 \$. Selon ce scénario, le coût assumé par les régions est inférieur à l'aide financière de 26 580 \$ accordée par le MSSS, ce qui explique le résultat négatif selon la perspective des DSP (Tableau 38).

Selon le « scénario pessimiste » où une valeur maximale est attribuée aux variables estimées, le montant total selon la perspective du réseau de santé publique est de près de 187 000 \$. L'augmentation du coût associée au scénario maximum est attribuable à une hausse d'environ 30 000 \$ des coûts pour le MSSS, et de 20 000 \$ pour les régions. Selon ce scénario, le montant accordé par le MSSS est insuffisant pour couvrir l'ensemble des coûts assumés par les régions.

TABLEAU 38 : ANALYSE DE SENSIBILITÉ SELON DEUX SCÉNARIOS EXTRÊMES ET PERSPECTIVES ADOPTÉES

	Scénario de base	Scénario minimum	Scénario maximum
Perspective réseau de santé publique	137 304 \$	123 586 \$	186 940 \$
<i>MSSS</i>	107 740 \$	107 064 \$	136 682 \$
<i>DSP</i>	29 564 \$	16 522 \$	50 258 \$
Perspective MSSS	134 320 \$	133 644 \$	163 262 \$
Perspective DSP	2 984 \$	-10 058 \$	23 678 \$

Dans les analyses univariées, deux variables se démarquent par leur influence sur le coût total du projet de la trousse. Le coût des envois faits à partir du MSSS vers les régions est la variable estimée qui influence le plus le coût final du projet, car il dépend de la compagnie utilisée et de l'existence ou non d'un compte ouvert. Lorsque le tarif moyen pour deux compagnies de transport sans compte ouvert est utilisé dans l'analyse plutôt que celui d'une autre compagnie avec un compte ouvert, le coût total du projet passe de 137 000 \$ à 165 000 \$ (données non présentées).

Une autre variable importante est celle du nombre d'envois faits dans les régions. Lorsque, pour estimer les envois dans les autres régions, on applique le même nombre d'envois que ceux faits en Montérégie, le coût total du projet grimpe de 137 000 \$ à 157 000 \$. Lorsque, au contraire, on prend pour acquis que des envois ont été faits seulement aux vaccinés des 0-5 ans, le coût du projet est réduit à 128 000 \$ (données non présentées).

7. DISCUSSION

L'évaluation de la trousse de promotion de la vaccination visait à décrire les activités entourant sa diffusion et les ressources nécessaires pour ce faire. L'évaluation visait également à décrire la pénétration et l'utilisation du matériel de promotion, ainsi que son appréciation par les vaccinateurs et les parents de jeunes enfants. L'étude a démontré que le matériel de la trousse, et particulièrement les feuillets sur la vaccination, ont été largement diffusés dans plusieurs régions. La mise en circulation du matériel a parfois fait l'objet d'une publicité spécifique et, dans plusieurs régions, on a fait preuve d'originalité et de créativité pour accroître sa diffusion. La plupart du temps, le matériel a été envoyé par la poste, bien que dans quelques régions, on ait profité de rencontres avec des vaccinateurs pour leur remettre directement.

En Montérégie, comme les moyens mis en œuvre pour transmettre le matériel ont été importants, la diffusion y a probablement été plus intense en comparaison à d'autres régions du Québec. C'est pourquoi on peut supposer, en se référant au modèle de diffusion de départ, que la capacité à rejoindre les vaccinateurs, et en bout de piste les parents de cette région, a été optimale, mais nous y reviendrons.

Toujours en Montérégie, la pénétration du matériel a été importante auprès des infirmières en CLSC, mais beaucoup moindre auprès des médecins. Le matériel plaît à la plupart des vaccinateurs, et ces derniers l'utilisent surtout s'ils sont peu expérimentés et s'ils vaccinent un grand volume d'enfants. Malheureusement, relativement peu de parents de la Montérégie connaissent le matériel, ce qui indique probablement une limite du modèle de diffusion. Cependant, une fois que le matériel a rejoint les parents, ils l'apprécient.

7.1 RÉCEPTION DU MATÉRIEL

En Montérégie, les cinq outils de la trousse ont été envoyés à tous les vaccinateurs d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Cette donnée est bien corroborée par l'information obtenue auprès des infirmières, bien que moins de la moitié des médecins disent avoir eu le matériel.

Lorsqu'on interrogeait directement les parents, une très faible proportion d'entre eux se souvenaient avoir eu ou vu les outils de la trousse. Seulement 42 % des parents ont eu au moins un feuillet, et le feuillet reçu en plus grande proportion a été le feuillet général. Cela était d'ailleurs prévisible étant donné la distribution plus large faite pour ce feuillet comparativement aux feuillets spécifiques. On peut également comprendre

que le feuillet *Vaccin RRO* ait été moins connu, étant donné que les enfants nés en avril 2002, correspondant au mois de naissance des enfants de 41 % des participants, n'avaient pas encore eu leur première dose de ce vaccin au moment de l'enquête. En effet, cette dose est prévue à l'âge de 12 mois au calendrier, et c'est probablement lors de l'administration de ce vaccin que le feuillet *Vaccin RRO* a la plus grande probabilité d'être remis aux parents.

À l'exception du boîtier qui a été vu en clinique privée par une plus grande proportion de parents, c'est principalement au CLSC, correspondant au lieu habituel de vaccination de la majorité des parents participants, que ces derniers ont eu connaissance des outils de la trousse. Cependant, le lieu de vaccination n'influence pratiquement pas la réception des feuillets par les parents. Il semble que le modèle de diffusion n'est peut-être pas approprié pour rejoindre les parents, notamment par l'entremise des médecins. On peut présumer que les outils de la trousse sont passés inaperçus au milieu du courrier abondant que reçoivent les médecins, ce qui n'aurait pas été le cas des boîtiers étant donné leur volume imposant. Il serait donc pertinent de revoir le modèle de diffusion mis de l'avant si on estime important de rejoindre un plus grand nombre de médecins vaccinateurs et de parents (**Recommandation 1**).

Les omnipraticiens ayant une pratique solo ont davantage reçu le matériel que ceux ayant une pratique de groupe. Cette différence n'est pas statistiquement significative, mais le faible nombre de médecins ayant une pratique solo limite la puissance de l'étude à démontrer un tel écart. Cette information demeure donc pertinente, surtout si on la lie à ce qui a été constaté, à savoir que les médecins en pratique solo ont eu un envoi personnalisé, alors que les envois dans les cliniques regroupant plusieurs vaccinateurs ont été faits à l'attention d'une personne responsable. Cette dernière devait alors remettre les outils à chaque vaccinateur, ajoutant ainsi une étape dans le processus de diffusion de la trousse.

La difficulté à rejoindre les médecins par courrier, dans le cadre d'interventions de santé publique, a d'ailleurs déjà été observée (Guay et autres, 2000). Cela suggère que d'autres moyens devraient être mis de l'avant afin de mieux rejoindre les médecins dans la mise en œuvre de tels programmes. L'envoi personnalisé directement au vaccinateur ou la remise en mains propres, pourraient être des solutions à envisager afin d'augmenter la pénétration des outils chez les médecins vaccinateurs (**Recommandation 2**).

7.2 UTILISATION DU MATÉRIEL

Une fois franchi l'obstacle de la réception du matériel, il semble que les vaccinateurs l'utilisent amplement. En effet, la majorité des vaccinateurs ayant reçu les outils de la trousse les utilisent. Plus précisément, les vaccinateurs moins expérimentés, et ceux qui vaccinent un nombre important d'enfants, ont plus de chances d'utiliser les feuillets. Ces derniers paraissent ainsi répondre aux besoins de ce type de vaccinateurs. Comme

plusieurs infirmières en CLSC correspondent à ce profil, les feuillets sont donc particulièrement propices à leur pratique. Il serait d'ailleurs intéressant de mieux comprendre en quoi les feuillets sont plus utiles aux grands vaccinateurs ou à ceux peu expérimentés : sont-ils plus au fait de l'importance de donner des explications aux parents en utilisant les feuillets ou au contraire la remise des feuillets vient-elle pallier le manque de temps ou d'expérience?

Malgré le fait que plusieurs vaccinateurs disent utiliser largement le matériel, cette donnée n'est malheureusement pas corroborée par ce qui a été constaté auprès des parents, puisque relativement peu d'entre eux connaissent les éléments de la trousse, comme nous l'avons exposé plus haut. Il est toutefois possible que les parents aient oublié le matériel, nous y reviendrons.

Bien que les analyses concernant les autres outils de la trousse aient été moins élaborées, il faut noter que 25 % des infirmières, et 18 % des médecins, ont indiqué ne pas avoir mis le boîtier à la vue des clients. Il faut mentionner cependant que la diffusion n'a pas été faite de sorte que chaque infirmière vaccinatrice reçoive un boîtier. Ce constat suggère qu'il y a place à amélioration quant à cet aspect. Il faudrait donc mieux comprendre pourquoi on agit de la sorte (**Recommandation 3**). Par exemple, le boîtier est-il trop encombrant? Est-on réticent à laisser les parents prendre les feuillets eux-mêmes sans pouvoir leur donner les explications pertinentes? A-t-on bien compris à quelle fin était destiné le boîtier? Les boîtiers ont-ils été distribués en quantité suffisante?

Du côté des parents maintenant, la moitié de ceux qui ont eu les feuillets les ont lus, les ont conservés et utilisés ultérieurement. On ne sait pas si la conservation ou l'utilisation ultérieure déterminent une plus grande rétention des messages contenus dans les feuillets, mais on peut supposer qu'une référence future à ces derniers pourrait parfois être bénéfique, notamment pour un rappel du calendrier de vaccination ou pour vérifier les réactions adverses possibles aux vaccins. Des suggestions intéressantes pour favoriser la conservation des feuillets ont d'ailleurs été formulées par des vaccinateurs, des parents, ainsi qu'un responsable régional. Entre autres, on suggère de modifier leur format pour permettre de les joindre facilement au carnet de vaccination ou au livre *Mieux vivre avec son enfant*. Le format brochure a également été suggéré plutôt que celui du format feuillet. Si on juge que la conservation des feuillets est importante, il faudrait peut-être évaluer quels moyens devraient être pris pour ce faire.

Enfin, en ce qui concerne l'affiche, soit le dernier élément de la trousse, les infirmières disent l'avoir eue en moins grande proportion que les feuillets, alors que le contraire est constaté pour les médecins. Cette dernière observation est la même chez les parents, bien que moins de la moitié d'entre eux l'ont vue. Les données colligées ici ne permettent pas de connaître l'impact de l'affiche, mais elle semble avoir mieux pénétré chez les médecins. Cependant, il faut être prudent avec cette affirmation puisqu'une affiche n'a pas été envoyée à chacune des infirmières vaccinatrices.

7.3 OCCASIONS D'UTILISATION

Les infirmières distribuent les feuillets en plus grande proportion lors des visites de vaccination, alors que la distribution à l'occasion de demandes d'information sur la vaccination est faite en plus grande proportion par les médecins. Cela correspond probablement au contexte de pratique spécifique de ces deux types de vaccinateurs. Ainsi, les infirmières vaccinatrices consacrent une part importante de leur travail à la vaccination, et le cadre de leur contribution en immunisation est davantage normé que celui des médecins. Il est alors possible que la distribution des feuillets faite par les infirmières l'ait été en s'en tenant aux consignes d'utilisation. Il ne faut pas négliger le fait que les médecins profitent de toutes les occasions possibles pour faire la promotion de la vaccination, ce qui ne peut qu'être bénéfique.

Quelques médecins ont indiqué dans leurs commentaires qu'ils préféreraient utiliser les feuillets avec les parents réticents à l'égard de la vaccination. Cet usage peut certes être encouragé. Cependant, plusieurs parents ont admis faire vacciner leur enfant presque par réflexe, mais également qu'ils s'interrogeaient sur le bien-fondé de la vaccination, et sur les réactions indésirables éventuelles, et qu'ils n'osaient pas en discuter avec l'infirmière ou le médecin. C'est pourquoi il faut faire savoir aux vaccinateurs que plusieurs parents, bien qu'ils fassent vacciner leur enfant, se posent des questions et que les feuillets peuvent permettre d'y répondre, tout en laissant une porte ouverte à la discussion (**Recommandation 4**). Quelques parents ont même indiqué dans leurs commentaires qu'ils étaient « déstabilisés » par les infirmières quant au bien-fondé de la vaccination. Ces commentaires ne réfèrent pas spécifiquement aux infirmières vaccinatrices, mais il faut cependant déplorer que ces mêmes parents ne soient pas plutôt encouragés à faire vacciner leur enfant par toutes les infirmières.

En Montérégie, les feuillets sont généralement remis en mains propres aux parents par les vaccinateurs, peu importe le feuillet. La proportion est de 80 % (19/35 médecins et 119/138 infirmières) pour le feuillet général et de 89 % (21/35 médecins et 134/140 infirmières) pour les feuillets spécifiques. Or, il était initialement prévu dans le modèle de diffusion que les feuillets spécifiques seraient remis de main en main aux parents, et que le feuillet général serait en distribution libre. Cette consigne était indiquée dans la lettre d'introduction reçue par les vaccinateurs au moment où on leur a envoyé le matériel. Il est possible que cette nuance n'ait pas été perçue par les vaccinateurs pour lesquels il était plus facile de distribuer tous les feuillets de la même façon.

Dans plusieurs régions du Québec, cette consigne spécifique, à laquelle les responsables régionaux étaient libres d'adhérer, n'a pas été donnée aux vaccinateurs, soit en omettant de préciser le mode de distribution des feuillets ou en indiquant que les trois feuillets devaient être distribués de main en main. Les données colligées ici ne permettent pas de dire s'il faut conserver cette consigne. Cependant, comme la pénétration des feuillets auprès des parents a été limitée, il semble logique de

restreindre les obstacles à leur distribution et d'encourager la souplesse dans l'utilisation que peuvent en faire les vaccinateurs (**Recommandation 5**).

Pour presque tous les vaccinateurs, la remise des feuillets constitue une opportunité de discuter de vaccination avec les parents, alors que moins de la moitié de ces derniers ont répondu en ce sens. Cette incohérence dans les réponses pourrait être expliquée par le fait que la question ait été comprise différemment par les parents et les vaccinateurs. Les vaccinateurs ont pu interpréter la question comme une possibilité de discuter de vaccination, sans tenir compte que la discussion ait eu lieu ou non. Pour les parents, il était demandé si, effectivement, la remise des feuillets avait donné lieu à une discussion. Cette différence peut également s'expliquer en partie par un biais de désirabilité chez les vaccinateurs ou un biais de mémoire chez les parents. Il n'en demeure pas moins que l'initiation d'une discussion sur la vaccination, un des objectifs de la trousse en vue de l'aide à l'obtention d'un consentement libre et éclairé, ne doit pas être négligée.

En définitive, en considérant que seulement 42 % des parents ont reçu au moins un feuillet, que le feuillet général est celui qui a été le plus reçu par les parents, que certains parents ont mentionné souhaiter plus d'information sur les vaccins et une visibilité accrue de l'information, il est évident que des stratégies devront être mises en place pour augmenter la diffusion du matériel. Par exemple, l'ensemble des feuillets pourrait être mis à la disposition des parents pour qu'ils puissent se les procurer sans l'intermédiaire d'un professionnel. Cela pourrait augmenter la diffusion du matériel et possiblement initier la discussion sur la vaccination par le parent ayant reçu le feuillet avant une visite de vaccination (**Recommandations 1 et 5**).

7.4 SATISFACTION ET UTILITÉ

La satisfaction à l'égard du matériel est très élevée, autant chez les vaccinateurs que chez les parents. Il est bien connu que les gens sont habituellement satisfaits quand on leur demande leur opinion (Guay et autres, 1999). Plusieurs parents, vaccinateurs et responsables régionaux ont d'ailleurs formulé des commentaires positifs sur la trousse. Nos observations sont corroborées par les résultats d'un sondage réalisé en décembre 2001 auprès de 25 vaccinateurs de la région de l'Outaouais. Les feuillets étaient utilisés par 75 % de ces vaccinateurs, et ils étaient jugés utiles et adaptés aux questions des parents (Carol McConnery, DSP Outaouais, communication personnelle). Selon la perception des vaccinateurs de cette région, les parents étaient également satisfaits des feuillets.

La trousse est jugée utile autant par les vaccinateurs que par les parents de la Montérégie. Cependant, selon les parents, la trousse ne se démarque pas des autres sources d'information sur la vaccination. L'utilité, évaluée par un score, a été jugée meilleure par les parents moins scolarisés, ce qui peut laisser supposer que la trousse

pourrait contribuer à la réduction des inégalités d'information par rapport à la vaccination.

Cette observation ouvre la discussion sur une mise en garde concernant les variables, dont la satisfaction et l'utilité, pour lesquelles plusieurs questions ont été employées, afin d'en mesurer différentes dimensions, et qui ont été transformées en un indice évalué par score pour en faciliter l'analyse. Bien que des méthodes éprouvées aient été utilisées pour ce faire, il ne faut pas oublier le caractère exploratoire de ces analyses et le fait que la validité de contenu ou de construit n'a pas été évaluée. Cependant, l'usage prudent que l'on en fait dans l'actuelle étude nous semble approprié.

Quant à l'utilité de la trousse dans le contexte de l'aide à l'obtention du consentement à la vaccination, elle a été jugée moindre autant par les parents que par les vaccinateurs. En effet, 37 % des parents ont trouvé que les feuillets étaient peu ou pas utiles pour prendre une décision éclairée, ce qui est encore plus prononcé pour les parents plus scolarisés. Comme la majorité des parents étudiés sont favorables à la vaccination, il est possible que la trousse n'intervienne pas dans une décision déjà arrêtée. Près du quart des vaccinateurs trouvent les feuillets peu ou pas utiles lors du consentement à la vaccination. Une revue Cochrane récente de différents outils d'aide à la décision, a néanmoins démontré que ce genre d'instrument peut soutenir les décisions des patients en matière de santé dans le cas de choix thérapeutiques ou de tests de dépistage (O'Connor et autres, 2003). Il serait donc intéressant de voir comment la trousse pourrait être améliorée en ce sens.

Ce dernier constat amène aussi à examiner le modèle comportemental mis de l'avant pour réaliser l'actuelle évaluation. Comme mentionné dans le chapitre traitant du cadre conceptuel, un modèle implicite a été utilisé pour élaborer la trousse. Ce modèle, qui a émergé lors des étapes préparatoires à l'étude, a mis en lumière l'objectif principal de la trousse, lequel était de soutenir la capacité décisionnelle des parents face à la vaccination de leurs enfants. Ce soutien à la capacité décisionnelle des parents est un concept relativement difficile à cerner, et par le fait même à évaluer. L'utilité des feuillets pour la prise de décision éclairée avait été identifiée comme une des dimensions de ce soutien sans considérer cependant qu'elle était unique.

Les données de l'étude montrent que les parents et les vaccinateurs trouvent la trousse moins utile à cet effet, en comparaison aux autres utilités identifiées. Il n'est pas possible de dire ici si cette observation découle d'un problème relatif au construit utilisé pour rendre opérationnelle cette variable ou s'il s'agit d'une faiblesse réelle de la trousse pour atteindre cet objectif. Chose certaine, cette observation renforce l'idée qu'un modèle logique fort doit être sous-jacent à l'élaboration et au développement d'une intervention ou d'un programme. L'utilisation déficiente de modèle théorique est souvent constatée (Rossi et autres, 1999), et elle a d'ailleurs été déplorée particulièrement dans les études traitant de l'immunisation (Skowronski et autres, 2002). Dans le cas qui nous intéresse, une révision du modèle comportemental aiderait

probablement à préciser les objectifs visés par l'intervention et à mieux identifier les moyens à mettre en œuvre pour améliorer sa pénétration (**Recommandation 6**).

On peut supposer d'ailleurs que l'utilité de la trousse, dans le cadre du consentement à la vaccination, pourrait être jugée encore moindre dans d'autres régions où on n'a pas mis l'accent sur l'utilisation des feuillets à cet égard. Comme souligné par un des responsables régionaux, l'information contenue dans la trousse est insuffisante pour l'obtention du consentement. Les feuillets peuvent certainement être complémentaires, mais ils ne pourront jamais remplacer la discussion franche entre un parent et un vaccinateur. Davis et autres (1998) ont d'ailleurs constaté le besoin de remettre du matériel écrit en plus d'explications verbales répétées. Il faut donc rester modeste concernant l'utilité de la trousse dans le cadre du consentement à la vaccination. De plus, il faudrait s'assurer que les vaccinateurs n'omettent pas de discuter des éléments qui doivent l'être lors du consentement, prenant pour acquis que toute l'information nécessaire est contenue dans les feuillets. Cela pourrait s'avérer un effet pervers de la trousse. Par contre, dans le cas où le consentement ne serait pas obtenu selon les règles de l'art, l'utilisation de la trousse viendrait pallier un manque grave.

Concernant l'utilité des feuillets comme aide-mémoire, ils ont également été jugés utiles à l'égard du calendrier vaccinal, mais en moins grande proportion par les vaccinateurs que par les parents. Le contenu des feuillets n'est pas d'un niveau de langage scientifique, ce qui peut faire en sorte qu'ils soient moins attrayants pour les vaccinateurs. Ces derniers les trouvent cependant utiles, en plus grande proportion, pour sensibiliser les parents à ce sujet. Cette constatation va dans le même sens qu'indiqué par les parents. Plus de 80 % des parents ont jugé les feuillets utiles pour se souvenir du calendrier vaccinal et pour connaître l'importance de le respecter.

7.5 BESOIN DE MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE

Au total, peu de vaccinateurs ont fait des commandes de matériel supplémentaire. La proportion d'infirmières ayant indiqué avoir fait des commandes de matériel est de loin supérieure à celle des médecins. Les données de gestion de la DSP de la Montérégie confirment ce résultat. Entre le moment du lancement de la trousse et le mois de novembre 2002, 36 commandes de matériel supplémentaire sont venues d'infirmières de CLSC, alors que 11 seulement ont été faites par des responsables des cliniques médicales (Marie-Claude Guillette, DSP Montérégie, communication personnelle). Si on considère que le nombre de commandes est indicateur de l'intérêt accordé au matériel, ce résultat confirme que les infirmières l'apprécient davantage. Il pourrait aussi être le reflet de la présence d'infirmières moins expérimentées qui vaccinent un grand volume d'enfants. Il ne faut pas négliger non plus qu'un second envoi massif du matériel a été fait en Montérégie en mai 2002, ce qui peut faire en sorte que les besoins de matériel supplémentaire ont pu être comblés à ce moment.

Par contre, une plus grande proportion de médecins (68 %) que d'infirmières (45 %) ont indiqué vouloir recevoir le matériel sur leur carton-réponse de la présente enquête. Il est donc possible que cette différence soit attribuable au fait qu'un plus grand nombre de médecins n'aient pas reçu le matériel dès le départ, particulièrement les médecins qui ont une pratique de groupe. Ainsi, il leur était difficile de faire des commandes de matériel qu'ils ne connaissaient pas.

Selon les données obtenues des vaccinateurs et des responsables régionaux, ce sont surtout les feuillets qui ont fait l'objet de commandes. Ce résultat était prévisible, puisque, contrairement à l'affiche et au boîtier, les feuillets sont distribués aux parents et doivent donc être renouvelés.

Les données colligées ici ne permettent pas de se prononcer sur l'influence de l'utilisation d'un bon de commande sur les demandes de matériel supplémentaire reçues par les DSP. Par contre, dans plusieurs régions, bien qu'on n'ait pas utilisé de bon de commande, de telles demandes ont tout de même été faites. On peut supposer cependant que l'utilisation du bon de commande pourrait compliquer et alourdir le processus.

Au total, 151 vaccinateurs et 368 parents ont indiqué sur leur carton-réponse souhaiter recevoir le matériel. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été possible de vérifier si les personnes qui ont demandé du matériel le connaissaient déjà. Dans un tel cas, la commande de matériel peut être interprétée comme étant un indicateur de son appréciation. Autrement, pour ceux qui n'avaient jamais vu les outils, ce résultat représente tout de même une preuve de l'intérêt et du besoin à l'égard de tels outils. Ce besoin a également été exprimé par le souhait que des feuillets semblables à ceux de la trousse soient élaborés pour les autres vaccins administrés au Québec, souhait manifesté autant par les vaccinateurs et les parents de la Montérégie que par les vaccinateurs d'autres régions. Enfin, dans une région, on utilise maintenant les feuillets de la trousse en remplacement des feuilles de « Renseignements aux usagers » du Protocole d'immunisation du Québec (MSSS, 1999) dont on remettait auparavant une photocopie aux parents. Cela indique également que la trousse répond à un réel besoin.

7.6 COMPARAISON ENTRE LES PROFESSIONS DES VACCINATEURS

La profession des vaccinateurs semble moduler plusieurs aspects relatifs à la trousse. Tout d'abord, le taux de réponse élevé des infirmières au questionnaire donne plus de robustesse aux résultats obtenus auprès de ces vaccinatrices, ce qui n'est pas le cas pour les médecins, mais nous y reviendrons. Bien que les outils aient été envoyés par la DSP autant dans les CLSC que dans les cabinets médicaux, les médecins les ont moins reçus. Les infirmières utilisent davantage les feuillets pour initier une discussion sur la vaccination avec les parents. Certains responsables des DSP ont aussi émis des réserves quant à l'utilisation que les médecins peuvent faire de la trousse.

Il est difficile de dire si ces différences sont liées au type de pratique de vaccination qui est lui-même inhérent aux professions, mais on peut postuler qu'elles n'y sont pas étrangères. En effet, la plupart des infirmières vaccinatrices en CLSC consacrent une part importante de leur travail à la vaccination et, en général, ont à vacciner un nombre important d'enfants, ce qui n'est pas le cas de plusieurs médecins. La pratique de vaccination des infirmières est davantage normée, étant donné le cadre législatif actuel dans lequel cette pratique s'exerce. Cela peut faire en sorte qu'il soit plus facile d'y intégrer des outils comme ceux de la trousse.

7.7 OPINION SUR LA VACCINATION

En général, les vaccinateurs et les parents ont une opinion favorable à la vaccination. Ce résultat n'est pas étonnant, puisqu'on s'est adressé aux professionnels qui vaccinent des enfants et que la presque totalité des parents ayant répondu au questionnaire font vacciner leurs enfants. Cependant, si la majorité des vaccinateurs participants sont en accord avec la vaccination, il demeure que 18 % des infirmières questionnées considèrent que les vaccins risquent d'épuiser le système immunitaire. Ce dernier constat est assez inquiétant, d'autant plus que seulement 9 % des parents répondent dans le même sens. Certaines fausses croyances semblent donc exister, particulièrement chez les infirmières. Cela rejoint les conclusions de l'étude de Dionne et autres (1999) selon laquelle 10 % des infirmières questionnées considèrent que certaines alternatives (homéopathie ou bonne alimentation et bonne hygiène) peuvent éliminer la nécessité de vacciner les enfants.

Un autre fait inquiétant concerne les connaissances sur la coqueluche. La proportion de parents et de vaccinateurs qui ont des connaissances adéquates concernant la présence de la coqueluche au Québec est élevée. Par contre, 5 % des médecins et 10 % des infirmières ont indiqué être en accord avec l'énoncé « La coqueluche est une maladie disparue du Québec ». La proportion de vaccinateurs peu expérimentés (12 %) en accord avec cet énoncé est même plus élevée que celle des parents (11 %). Il est facile de concevoir que les parents puissent ne pas savoir que la coqueluche est une maladie encore assez fréquente, ce qui n'est pas le cas pour des médecins ou des infirmières, et encore moins pour des vaccinateurs. Ce dernier élément dénote probablement des besoins de formation qu'il faudrait combler (**Recommandation 7**).

Les résultats indiquent toutefois que l'opinion des vaccinateurs à l'égard de la vaccination n'influence pas leur utilisation des feuillets. Chez les parents, le fait d'avoir pris connaissance des feuillets ne semble pas non plus toucher leur opinion ou leurs connaissances sur la vaccination. Cependant, les réponses des parents et des vaccinateurs concernant les variables d'opinion sur la vaccination étaient très homogènes. Ce manque de variabilité ne permettait pas de mettre en évidence de différences importantes. En définitive, l'objectif ultime de santé publique demeure que les parents perçoivent le bien-fondé de la vaccination de leur enfant et qu'ils acceptent

qu'il soit vacciné. La trousse peut y contribuer, mais les données colligées ici ne permettent pas de le démontrer.

Soulignons toutefois que pour les quelque 8 % de parents pour qui la lecture des feuillets a modifié leur intention de vaccination, ce changement s'est fait dans le sens souhaité. Même si cette proportion de parents qui ont été influencés par les feuillets est relativement faible, à l'échelle d'une population, cette fraction peut avoir un impact considérable qu'il ne faut pas négliger.

Le même raisonnement peut s'appliquer pour les parents qui ont eu une mauvaise expérience à la suite de la vaccination de leur enfant. Bien que peu de parents (9 %) aient indiqué avoir déjà eu une telle expérience, un peu plus du quart d'entre eux ont mentionné avoir changé d'opinion sur la vaccination à la suite de cet événement, ce qui représente ainsi environ 2 % des parents (9 % x 25 %). Toutefois, si on transpose ce 2 % à une cohorte d'enfants, cela peut alors représenter un potentiel d'attrition qu'on doit prendre en considération. Selon nos données, dans la majorité de ces cas, il s'agissait d'effets secondaires bénins attendus des vaccins. Cela souligne l'importance de bien expliquer aux parents ces effets attendus. Les feuillets peuvent soutenir les vaccinateurs au moment de telles explications, bien qu'ils ne doivent en rien remplacer la discussion.

À cet effet, un parent et un responsable régional ont indiqué dans leurs commentaires que le contenu des feuillets n'était pas assez détaillé à l'égard des effets secondaires, renforçant ainsi l'idée que les feuillets doivent être utilisés en complément d'explications plus exhaustives. D'autres parents participants ont aussi demandé plus d'information sur les vaccins, mais il s'agissait principalement de parents n'ayant pas eu les feuillets. Les éléments d'information demandés correspondaient généralement à ceux présentés dans les feuillets. Plusieurs parents et vaccinateurs ont également signifié dans leurs commentaires une préoccupation à l'égard du lien entre l'autisme et le vaccin RRO. Il s'avère donc important de réfuter ce lien et, dans ce contexte, le contenu des feuillets pourrait être ajusté. (**Recommandation 8**).

7.8 GROUPES CIBLÉS POUR LA DIFFUSION DE LA TROUSSE

Il avait été initialement prévu que les feuillets spécifiques et le boîtier seraient distribués seulement aux vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans, alors qu'une distribution plus large était souhaitée pour l'affiche et le feuillet général. Les responsables régionaux étaient cependant libres d'adhérer à cette consigne.

Dans ce contexte, les cinq outils de la trousse ont été envoyés à l'ensemble des vaccinateurs des enfants âgés de 0 à 5 ans de la province. Cependant, on n'a pas nécessairement limité l'envoi du boîtier et des feuillets spécifiques à ces seuls vaccinateurs. Dans certaines régions, il n'y a pas eu de diffusion élargie pour le feuillet général et l'affiche. Dans une région en particulier, on a même dû refuser la demande

pour les boîtiers et les feuillets spécifiques venant de certains milieux de garde. Cela semble paradoxal, puisque la décision revenait aux responsables régionaux qui étaient laissés libres de procéder à la diffusion de la trousse selon leurs besoins. Ces différences dans la diffusion du matériel de promotion peuvent également être un reflet de la disparité qui existe dans les modes de prestation des services de vaccination à travers le Québec.

Puisque nos résultats montrent que la pénétration de la trousse a été relativement faible, et comme on cherche à l'accroître, il paraît souhaitable que l'ensemble de la trousse soit distribué non seulement aux vaccinateurs, mais aussi dans d'autres milieux rejoignant les parents des enfants âgés de 0 à 5 ans. Une autre stratégie, d'ailleurs employée dans quelques régions, serait d'envoyer systématiquement la trousse à tout nouveau médecin vaccinateur (**Recommandation 9**).

7.9 ÉVALUATION DES COÛTS

Le coût du projet de la trousse de vaccination (conception, production et diffusion) est presque entièrement assumé par le MSSS. Dans certaines régions, on a mentionné que le montant alloué par le MSSS était insuffisant pour couvrir les frais de la diffusion régionale de la trousse. Il faut noter que l'allocation de cette aide à la distribution faite par le MSSS l'a été en fonction des besoins préalablement estimés dans les régions, et non pas selon la distribution réelle. Tel que présenté ci-dessus, la distribution régionale a été plus ou moins large selon les régions et pourrait expliquer cette perception. Cette variation se reflète également dans l'analyse de sensibilité où les groupes ciblés pour les envois se traduisent par le nombre total d'envois effectués, ce qui influence de façon importante le coût total du projet ainsi que la répartition des coûts entre le MSSS et les régions.

Dans la présente analyse, seuls les coûts de révision linguistique, de groupes de discussion, de traduction et de graphisme sont des coûts fixes, c'est-à-dire des coûts dont le total demeure relativement constant, même si le volume d'activités, ou plus spécifiquement, si la quantité de matériel produit et distribué varie (Haddix et autres, 1996). Tous les autres éléments de coûts varient proportionnellement au volume d'activités. Cette analyse est donc dépendante des quantités qui sont impliquées dans la distribution actuelle, et ne pourrait s'appliquer directement à des distributions subséquentes de matériel de promotion. Une distribution régionale plus large aurait pour effet d'augmenter les coûts de production et de diffusion de la trousse, et d'augmenter la proportion des coûts assumés par les régions. Si une aide financière était alors accordée par le MSSS pour la diffusion régionale, elle devrait l'être en fonction du nombre d'envois réellement faits dans les régions selon les clientèles à rejoindre (**Recommandation 10**).

Parallèlement pour le MSSS et les régions, le coût de l'envoi postal de matériel représente une part importante du coût de diffusion de la trousse. Ce coût varie selon

les éléments de la trousse envoyés et le matériel nécessaire à cet envoi (boîte ou enveloppe matelassée), mais surtout selon la compagnie de courrier utilisée et selon que l'expéditeur possède ou non un compte ouvert dans cette compagnie. Dans un souci de réduction des coûts associés à un projet de promotion par la distribution de matériel, une attention particulière devrait être portée au choix des compagnies de courrier offrant les tarifs les plus avantageux.

Bien que nous n'ayons pas de point de comparaison pour d'autres projets similaires, le coût total de 137 000 \$ pour l'ensemble du projet semble relativement raisonnable.

7.10 LIMITES DE L'ÉTUDE

Bien que l'étude ait été construite avec le plus de minutie et de rigueur possible, elle n'est malheureusement pas exempte de limites. Les moyens mis en place pour minimiser l'effet de ces limites sont exposés ci-après. L'impact potentiel des différents biais est également estimé.

7.10.1 VALIDITÉ INTERNE

7.10.1.1 BIAIS LIÉ À LA NON-RÉPONSE

Le premier biais possible est celui lié à la non-réponse. Afin de minimiser son impact, les méthodes reconnues pour augmenter la participation ont été appliquées : envoi personnalisé, questionnaire anonyme, enveloppe de retour préaffranchie et utilisation de rappels. Des analyses comparant les participants aux non-participants éligibles ont également été effectuées pour évaluer l'ampleur de ce biais. Afin d'éviter de surestimer l'impact du matériel de promotion, des analyses de sensibilité ont été réalisées en considérant que les non-participants n'ont pas été exposés au matériel.

7.10.1.1.1 COMPARAISON DES PARTICIPANTS AUX NON-PARTICIPANTS

En ce qui concerne les parents, les analyses comparant les participants aux non-participants éligibles montrent que les enfants des participants sont plus jeunes que ceux des non-participants. Ainsi, les participants pourraient avoir été moins exposés à la trousse que les non-participants, les enfants de ces derniers ayant potentiellement reçu plus de doses de vaccins. Ce résultat suggère donc que la pénétration réelle du matériel chez l'ensemble des parents serait légèrement supérieure à celle mesurée dans la présente étude.

Les mères qui ont participé à l'étude sont plus scolarisées que les non-participantes. Cette différence était d'ailleurs prévisible, puisqu'il est connu que les personnes plus scolarisées ont tendance à participer davantage aux enquêtes (Dillman, 2000). Cela a

pu affecter certains résultats, notamment la réception et la lecture des outils ont pu être surestimées, étant donné que les personnes plus favorisées utilisent davantage les services de santé. Il est difficile de se prononcer sur l'influence de la scolarité quant à la satisfaction exprimée à l'égard de la trousse et à la perception de son utilité. Cette variable pourrait affecter les résultats de façon favorable ou défavorable; par exemple, une personne peu scolarisée pourrait avoir trouvé la trousse utile étant donné qu'elle a moins de connaissances, mais pourrait aussi l'avoir trouvée moins utile ou en avoir été peu satisfaite si elle n'a pas bien compris son contenu.

La proportion de francophones est significativement plus élevée chez les participants que chez les non-participants, chez qui il y a davantage d'anglophones et d'allophones. Comme les outils n'ont pas été traduits dans une langue autre que l'anglais, ce résultat suggère que les données de la présente étude pourraient avoir surestimé la réception et la lecture des outils. Les croyances à l'égard de la vaccination pourraient aussi être moins favorables que ce qui a été mesuré ici, étant donné l'influence probable de la culture sur ces variables. Encore une fois, il est difficile de se prononcer sur l'influence de la langue quant à la satisfaction de la trousse et à la perception de son utilité.

Pour ce qui est des vaccinateurs, les participants éligibles ont été comparés aux non-participants éligibles sur la base de leur formation professionnelle. Il n'a malheureusement pas été possible de faire cette comparaison avec d'autres variables, ce qui limite la portée de l'analyse que l'on peut en faire. La proportion d'infirmières est nettement plus élevée chez les participants que chez les non-participants, alors que la proportion d'omnipraticiens est plus faible chez les participants. La proportion de pédiatres est semblable entre les deux groupes. Ces disparités entre les participants et les non-participants ont justifié les analyses stratifiées faites selon la profession pour l'ensemble des résultats relatifs aux vaccinateurs. Ainsi, l'effet de la surreprésentation des infirmières a été contrôlé par ces analyses stratifiées ainsi que par les analyses multivariées.

7.10.1.1.2 ANALYSE DE SENSIBILITÉ

Étant donné le taux de réponse élevé des infirmières, le biais lié à la non-réponse chez ces vaccinatrices est négligeable. La situation pour les médecins est tout à fait différente.

En tenant compte du taux de réponse obtenu auprès des médecins, nous avons tenté d'évaluer l'impact de la non-réponse sur l'estimation de la pénétration des feuillets. Comme mentionné plus haut, selon un scénario très pessimiste, on considère que tous les non-participants n'ont pas reçu les feuillets. Ainsi, on peut estimer que seulement 18 % des médecins vaccinateurs ($40\% \{\text{ont reçu}\} \times 44\% \{\text{taux de réponse des médecins}\}$) les ont reçus. À l'inverse, selon un scénario très optimiste, on peut estimer que 40 % de l'ensemble des vaccinateurs de la Montérégie ont reçu les feuillets, en prenant pour acquis que les non-participants les ont reçus dans la même proportion. On

peut donc conclure qu'entre 18 % et 40 % des vaccinateurs ont eu les feuillets sur la vaccination.

En utilisant la même logique, le scénario le plus pessimiste nous permet d'avancer que seulement 26 % des parents de la Montérégie ont eu au moins un des feuillets sur la vaccination (42 % {ont eu au moins un feuillet} x 63 % {taux de réponse parents}), alors qu'au mieux, ce sont 42 % des parents qui ont eu au moins un feuillet. Dans un scénario optimiste, on considère que les non-participants auraient tous répondu dans le même sens que les participants. Ainsi, entre 26 % et 42 % des parents ont eu au moins un des feuillets sur la vaccination.

De telles estimations peuvent aussi être faites sur l'ensemble des résultats de l'étude; c'est donc en ayant en mémoire l'effet possible de la non-réponse qu'on doit considérer les résultats de l'étude. Par exemple, si 74 % des médecins trouvent les feuillets utiles lors du consentement à la vaccination, en fait, ce sont peut-être seulement 33 % des médecins qui les trouvent utiles. Pareillement, si 44 % des parents participants ont conservé les feuillets, on pourrait ramener cette proportion à 28 %.

7.10.1.2 BIAIS DE MÉMOIRE

Un autre biais qui a pu influencer est celui relié à la mémoire. On peut difficilement se prononcer sur le degré d'importance de ce biais. En effet, il pourrait avoir amené une sous-estimation de la pénétration réelle du matériel de promotion et de son impact, par exemple, au niveau des connaissances des parents. Ainsi, si un vaccinateur ou un parent ayant bel et bien reçu le matériel a déclaré ne pas l'avoir reçu, cela pourrait suggérer que cet oubli est lié de toute façon au faible impact du matériel promotionnel. Pour minimiser ce biais, nous avons choisi d'étudier les parents d'une cohorte d'enfants nés en avril 2002, ces derniers ayant été exposés plus récemment à la trousse. Ce choix s'est avéré judicieux, puisqu'il a également favorisé une meilleure participation de ce groupe, mais nous élaborerons plus loin sur ce point. De plus, chaque outil évalué était illustré dans les questionnaires, permettant ainsi aux parents et aux vaccinateurs d'associer les questions spécifiques au matériel évalué.

Certains parents ayant conservé les feuillets ont pu répondre au questionnaire en s'y référant, ce qui a pu entraîner une surestimation des résultats au niveau des connaissances et des croyances. Par ailleurs, il faut souligner que cette attitude démontre un haut degré de motivation à l'égard de la vaccination et un impact réel de la trousse. Cependant, il est impossible d'estimer si une telle situation a pu se produire ou d'évaluer son impact potentiel sur les résultats de la présente étude.

Un tel biais peut également être présent dans l'enquête menée auprès des DSP et du MSSS quant à la diffusion du matériel. L'enquête ayant été menée postérieurement à l'envoi des éléments de la trousse, dans certaines régions, il n'était pas possible de fournir le nombre de trousse envoyées. C'est pourquoi cette enquête n'a pas pu être utilisée pour l'analyse de coûts. À la place, une extrapolation a dû être faite à partir des

données montérégiennes, ce qui diminue la précision de l'estimé de coûts pour les régions du Québec.

7.10.1.3 ERREURS DE CLASSIFICATION

Des erreurs de classification ont pu également survenir. En ce qui a trait à l'exposition au matériel, deux situations ont pu se produire. Des parents ou des vaccinateurs n'ayant pas reçu ou vu le matériel ont pu dire l'avoir eu. L'inverse est aussi plausible comme mentionné plus haut : des parents ou des vaccinateurs ayant reçu ou vu le matériel ont pu l'avoir oublié et déclarer ne pas l'avoir eu. La première situation pourrait avoir eu comme conséquence une surestimation de la pénétration du matériel dans la population, alors que la deuxième pourrait avoir fait en sorte que la pénétration soit sous-estimée. Il n'est pas possible d'évaluer l'ampleur de ces éventuelles sous ou surestimations. L'illustration des outils dans les questionnaires ainsi que le choix de parents d'une cohorte d'enfants nés en avril 2002, ont été faits pour minimiser ce biais afin que les participants puissent bien préciser s'ils avaient reçu ou non le matériel. Malgré tout, quelques parents ont indiqué avoir reçu du matériel en des lieux où les outils n'avaient pas été distribués par la DSP, ce qui laisse supposer la présence possible d'une erreur de classification.

Également, une erreur de classification a pu survenir sur certaines variables d'intérêt telles que la satisfaction ou l'utilité de la trousse. Comme la plupart des participants étaient satisfaits ou trouvaient la trousse utile, il est peu probable que l'erreur de classification soit à ce point importante pour inverser ces résultats.

7.10.1.4 BIAIS DE DÉsirABILITÉ

Un biais de désirabilité pourrait aussi être possible si les participants ont eu tendance à répondre dans le sens qu'ils pensaient souhaité par les évaluateurs. Ce biais a pu faire en sorte que des vaccinateurs et des parents n'ayant pas vu le matériel ont répondu qu'ils le connaissaient. Ce biais pourrait alors avoir un impact ultérieur en générant une mauvaise classification. Également, la proportion de parents et de vaccinateurs dont les enfants sont vaccinés a pu être surestimée. L'anonymat des réponses et la formulation neutre des questions ont probablement permis de minimiser ce biais.

La question sur le rhume et les coliques a permis d'estimer l'ampleur du biais de désirabilité auprès des parents. Au total, 28 % des parents ont indiqué être en accord avec cet énoncé test. Ces derniers ont reçu la trousse en plus grande proportion et l'apprécient davantage, tout comme d'ailleurs les autres sources d'information sur la vaccination. Il semblerait donc qu'il s'agisse de parents ayant un profil que l'on pourrait qualifier de complaisant. Il n'en demeure pas moins que dans la majorité des cas, soit pour 72 % des parents, le biais de désirabilité ne semble pas être présent. Ainsi, en plus de prendre en compte la non-réponse, il faut probablement pondérer les résultats

en fonction de ce biais de désirabilité. Par exemple, selon un scénario pessimiste, en considérant le biais de désirabilité, on pourrait estimer que seulement 17 % des parents ont lu complètement au moins un feuillet (42 % des parents {ont eu au moins un feuillet} x 55 % {ont lu complètement au moins un feuillet} x 72 % {ont répondu correctement à l'énoncé test}).

Une autre éventualité a pu faire en sorte que les parents ont répondu que les feuillets leur ont permis d'être informés sur le rhume et les coliques sans qu'il ne s'agisse d'un biais de désirabilité. Il est en effet possible que des parents aient lu rapidement les questions et qu'ils aient presque machinalement coché les choix de réponse favorables en incluant, par erreur, cet énoncé test. Mais on ne peut évaluer l'ampleur de cette possibilité.

7.10.1.5 LIMITES DE L'ANALYSE DE COÛTS

Une première limite de l'analyse de coûts réside dans le fait qu'elle visait à évaluer uniquement les coûts de conception, de production et de diffusion de la trousse. Même si l'analyse a été la plus exhaustive possible, certains coûts ont pu être omis. La promotion de la trousse faite par le MSSS ainsi que par certaines régions n'a pas été considérée dans l'analyse de coûts. Les coûts relatifs à l'utilisation d'éléments de la trousse par les vaccinoteurs ou par les parents n'ont pas été considérés, ni le coût de l'évaluation décrite dans ce document.

En second lieu, il a parfois été difficile d'obtenir a posteriori les données réelles des coûts. Certaines hypothèses ont dû être faites sur les ressources utilisées à partir des données disponibles. Ces hypothèses amènent alors une certaine incertitude quant aux coûts réels de l'intervention. Il serait préférable de prévoir dès le départ une collecte de données prospective pour l'évaluation des coûts (**Recommandation 11**).

L'impact de ces hypothèses sur l'évaluation des coûts totaux a été testé par l'analyse de sensibilité, et a permis d'établir une étendue pour le coût réel. En effet, le coût réel du projet se situe entre 124 000 \$ et 186 000 \$. Ces scénarios extrêmes sont cependant peu probables. Tel que mentionné plus tôt, les limites de cet intervalle sont influencées par le choix des groupes à cibler dans la distribution. Le coût d'une distribution du matériel à un plus large public se situerait davantage dans la portion supérieure de l'étendue de coûts.

7.10.2 VALIDITÉ EXTERNE

7.10.2.1 COMPARAISON DES PARTICIPANTS À LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

Dans le but de vérifier si les résultats obtenus pouvaient être transposés à l'ensemble de la population à l'étude, les parents participants ont été comparés à l'ensemble de la population de la Montérégie (Tableau 39). Idéalement, il aurait été préférable de comparer les participants à tous les parents d'enfants âgés de moins de 5 ans de la Montérégie. Cependant, il n'existe pas de données sociodémographiques facilement utilisables permettant de faire de telles comparaisons.

L'emploi du fichier des naissances constitué en Montérégie, qui fut utilisé pour faire l'envoi postal aux parents, aurait pu être une solution intéressante pour ces analyses comparatives. Cependant, nous avons constaté, lors des envois postaux des questionnaires aux parents, que 13 % des adresses (144/1 100) des enfants sélectionnés étaient erronées, car des questionnaires ou des cartes de rappel nous ont été retournés pour mauvaise adresse ou déménagement. Les proportions de mauvaises adresses sont distribuées selon le mois de naissance de l'enfant de la façon suivante : 18 % (68/368) pour les enfants nés en mars 2001, 16 % (61/375) pour ceux nés en avril 2001 et 4 % (15/357) pour ceux nés en avril 2002. Ainsi, plus la date de naissance de l'enfant était distancée du moment de la collecte de données, plus la proportion de mauvaises adresses était élevée, indiquant alors une aggravation de l'inexactitude des données du fichier. Il n'est pas possible de dire si ces déménagements ont eu lieu hors de la région, mais à la lumière de ce constat indiquant que les données contenues à ce fichier sont probablement de moins en moins adéquates à mesure que l'enfant vieillit, il nous a semblé raisonnable de ne pas utiliser ce fichier comme base de comparaison des parents des enfants âgés de 0 à 5 ans de la Montérégie.

En ce qui concerne les vaccinateurs, il n'a évidemment pas été nécessaire de procéder à un tel examen, car tous les vaccinateurs de la Montérégie, et non un échantillon d'entre eux, ont été sollicités pour participer à l'étude.

TABLEAU 39 : COMPARAISON DES PARENTS PARTICIPANTS À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION DE LA MONTÉRÉGIE

Caractéristiques	Parents participants (%) (N = 594)	Population de la Montérégie (%) (N = 1 324 799 ¹)
Langue parlée à la maison		
Français	92	88 ³
Anglais	7	9 ³
Autres	1 ²	3 ³
Structure de la famille		
2 parents	94	82 ³
Famille monoparentale	6	18 ³
Nombre d'enfants qui vivent à la maison		
1 enfant	39	43 ⁴
2 enfants	42	42 ⁴
3 enfants ou plus	19	15 ⁴
Scolarité		
Primaire	2	16 ^{3,5}
Secondaire	31	42 ^{3,5}
Collégial	33	31 ^{3,5}
Universitaire	34	11 ^{3,5}
Revenu du ménage		
Moins de 20 000 \$	5	23 ⁴
20 000 \$ – 39 999 \$	23	26 ⁴
40 000 \$ – 59 999 \$	25	23 ⁴
60 000 \$ – 79 999 \$	17	14 ⁴
Plus de 80 000 \$	26	14 ⁴
Fait vacciner son ou ses enfants	99	80 ⁶
Lieu de vaccination		
CLSC	64	61 ⁷
Vaccinateur privé (omnipraticien ou pédiatre)	41	39 ⁷

¹ Estimé en 2001.

² Correspond à la catégorie « autre » de la question 45 du questionnaire (langue le plus souvent parlée à la maison). Pour comparer les participants et les non-participants, les personnes ayant coché deux choix de réponse à cette question ont été réparties également entre les deux catégories.

³ Source : RRSSM, 2003.

⁴ Source : Statistique Canada, 1997.

⁵ Scolarité des personnes âgées entre 25 et 44 ans.

⁶ Couverture vaccinale du vaccin RRO des enfants en classe maternelle pour l'année scolaire 1999-2000 (Source : MSSS, 2002).

⁷ Source : Anne-Marie Clouâtre, DSP Montérégie, 2003.

L'échantillon de parents ayant participé à l'enquête comprend moins d'anglophones (7 %) et d'allophones⁷ (1 %) que la population de la Montérégie (9 % d'anglophones et 3 % d'allophones ($\chi^2 = 9,52$; $p = 0,009$)). Ils ont également plus d'enfants que la population de la Montérégie ($\chi^2 = 7,34$; $p = 0,026$). Plusieurs variables laissent supposer que les parents ayant participé à l'étude ont un statut socio-économique plus favorisé : 34 % des participants ont complété des études universitaires,

⁷ Correspond à la catégorie « autre » de la question 45 du questionnaire (langue le plus souvent parlée à la maison). Pour permettre la comparaison, les personnes ayant coché deux choix de réponse ont été réparties également dans les deux catégories.

comparativement à 11 % des résidents de la Montérégie âgés de 25 à 44 ans. De même, seulement 5 % des participants ont déclaré un revenu du ménage inférieur à 20 000 \$ par année, comparativement à 23 % pour l'ensemble de la Montérégie. La proportion de familles monoparentales est également moindre chez les participants, soit 6 % comparativement à 18 % pour l'ensemble de la Montérégie. En ce qui a trait aux habitudes de vaccination, les parents ayant répondu au questionnaire font davantage vacciner leurs enfants (99 %) que l'ensemble des parents de la Montérégie. La couverture vaccinale pour le vaccin RRO, estimée auprès des enfants en classe maternelle de la région en 1999-2000, n'était que de 80 % (MSSS, 2002). Cependant le choix du lieu de vaccination est comparable pour les deux groupes : 64 % des participants ont indiqué que leur enfant était vacciné en CLSC, alors qu'on estime qu'environ 61 % des enfants de la région sont vaccinés en CLSC (Anne-Marie Clouâtre, DSP Montérégie, communication personnelle).

Cette comparaison montre ainsi que les résultats obtenus auprès des parents dans l'actuelle enquête doivent être considérés avec prudence, étant donné le biais de sélection présent chez les participants. Les parents de statut socio-économique défavorisé, ainsi que ceux plus réticents envers la vaccination sont donc sous-représentés. On peut supposer que la population défavorisée fut moins exposée aux outils de la trousse et qu'elle aura probablement moins lu les feuillets. Dans le même sens, une population avec un plus faible niveau de scolarité pourrait avoir fourni des réponses moins favorables quant à son opinion (croyances, attitudes et connaissances) sur la vaccination.

Tel que mentionné précédemment, il est difficile d'évaluer l'effet qu'une scolarité moins élevée des parents peut avoir quant à leur satisfaction de la trousse et à leur perception de son utilité. Quant aux parents qui sont réticents envers la vaccination, il est possible qu'ils aient été moins exposés aux outils de la trousse étant donné leur faible fréquentation des lieux de vaccination. On pourrait également croire qu'ils sont moins favorables à la trousse. Les caractéristiques des parents participants ont donc pu faire en sorte que leur connaissance du matériel, leur satisfaction à l'égard de la trousse, leur perception de son utilité, ainsi que leur opinion sur la vaccination, aient été surestimées par les résultats de la présente étude.

7.10.2.2 COMPARAISON DES PARTICIPANTS À CEUX DES AUTRES RÉGIONS DU QUÉBEC

Comme la trousse de vaccination a été utilisée à travers le Québec, il est également pertinent de se demander si les résultats obtenus auprès des vacinateurs et des parents de la Montérégie peuvent être transposés à l'ensemble des vacinateurs et des parents québécois. Tout d'abord, rappelons que le choix de la Montérégie pour étudier les vacinateurs et les parents a été fait pour des raisons pratiques. Aussi, lorsqu'on compare la Montérégie aux autres régions du Québec, on y retrouve plusieurs

caractéristiques qui la placent dans une position particulièrement favorable à l'égard de la diffusion de la trousse.

En effet, en Montérégie, il n'existait pas au départ de matériel de promotion régional. Le personnel qui a effectué la diffusion de la trousse dans la région était très motivé, d'autant plus que la responsable du groupe de travail qui a élaboré les outils œuvre en Montérégie. La Montérégie fait partie des quelques régions où le lancement de la trousse a fait l'objet d'une large publicité, où on a précisé les usages prévus des feuillets dans une lettre d'introduction (mode de distribution, utilisation comme soutien lors du consentement) et où un grand nombre de canaux ont été utilisés pour sa diffusion. De plus, au moment de l'enquête, la Montérégie était la seule région où on a procédé à un second envoi massif de la trousse. Les cinq outils de la trousse ont fait l'objet de commandes supplémentaires dans seulement deux régions, dont celle de la Montérégie. En conséquence, comme plusieurs conditions propices à une diffusion massive étaient réunies, il a pu en résulter une pénétration plus importante de la trousse chez les vaccinateurs et les parents par rapport à ce qui peut exister ailleurs au Québec.

Par contre, relativement à d'autres objectifs tels que l'évaluation de la satisfaction ou la perception de l'utilité de la trousse, il est logique de croire que les résultats obtenus auprès des vaccinateurs et des parents montérégiens peuvent être transposés aux vaccinateurs et parents québécois. Tel qu'expliqué dans le chapitre « Aspects méthodologiques », les caractéristiques démographiques, ainsi que les caractéristiques de l'organisation des services de vaccination qu'on retrouve, font en sorte que la Montérégie représente bien la réalité de l'ensemble de la province. Ainsi, on peut probablement assumer que les vaccinateurs moins expérimentés du Québec utilisent davantage la trousse que les plus expérimentés et que, généralement, les vaccinateurs et les parents québécois l'apprécient.

7.10.2.3 COMPARAISON DE LA MONTÉRÉGIE PAR RAPPORT AUX AUTRES RÉGIONS

Au niveau de l'analyse de coûts, on peut également se demander si les données utilisées pour calculer les coûts en Montérégie peuvent adéquatement l'être pour estimer ceux assumés dans les autres régions du Québec. Plusieurs éléments, notamment le temps des ressources humaines et l'utilisation d'une feuille d'introduction avec les envois, ont été estimés à partir de l'expérience montérégienne. Ces éléments ont cependant été introduits uniquement dans l'analyse de sensibilité et font relativement peu varier l'évaluation du coût total du projet de la trousse.

Ainsi, le nombre d'envois réellement faits dans les régions est un élément qui demeure imprécis dans cette étude. Aussi, dans le but d'extrapoler les données montérégiennes de coûts à l'ensemble des régions, le nombre de vaccinateurs privés offrant des services de vaccination (MSSS, 2003b) a été utilisé. Toutefois, dans certaines régions,

cette variable représente un nombre de sites de vaccination (cabinet de médecins ou cliniques médicales), tandis que dans d'autres régions il s'agit du nombre de médecins faisant la vaccination. Cela peut donc réduire la validité externe de l'analyse de coûts, dans la mesure où la distribution régionale du matériel s'est faite selon le nombre de vaccinateurs et non selon les sites de vaccination.

7.10.3 AUTRES REMARQUES CONCERNANT CERTAINS ASPECTS DE L'ÉTUDE

Tout d'abord, le problème de la non-réponse partielle, particulièrement à quelques questions du questionnaire destiné aux vaccinateurs, mérite d'être souligné. En général, le taux de non-réponse à chacune des questions a été relativement faible, si on exclut toutefois la question sur le revenu dans le questionnaire aux parents. Cependant, ce taux a été plus élevé pour quatre sous-questions du questionnaire aux vaccinateurs. Ces dernières avaient été placées en retrait de la question principale à laquelle elles se rattachaient (voir questions 22, 23, 24, 25 du questionnaire en annexe 6). Cela avait pour but d'éviter d'insérer de multiples sauts de questions pouvant être sources d'erreurs et générer des incohérences dans les réponses. L'emplacement de ces sous-questions a peut-être fait en sorte qu'elles étaient moins visibles, et certains participants ne les voyant pas, ont omis d'y répondre. Manifestement, il s'agit d'un point important à prendre en compte dans la construction d'un questionnaire.

Un autre problème, en rapport cette fois avec le questionnaire aux parents, a été constaté à la question 36 où les parents devaient indiquer leur degré d'accord avec l'énoncé « Les vaccins peuvent être dangereux pour mon enfant ». Cette question avait été construite à partir de questions semblables employées dans l'étude de Boulianne et autres (2000). À notre étonnement, une proportion non négligeable de parents (14 %) ont indiqué être en accord avec l'énoncé. En soupesant le sens de l'énoncé, on peut penser que les effets secondaires de certains vaccins peuvent être considérés dangereux. Pour cette raison, il faudrait réviser le libellé avant d'utiliser à nouveau cette question comme élément d'attitude à l'égard de la vaccination.

Également, signalons que deux parents, nous ayant indiqué leur déménagement hors de la Montérégie sur leur carton-réponse, se sont avérés non éligibles. Le questionnaire étant anonyme, il n'a pas été possible de retracer ces deux participants pour les exclure des analyses. Bien qu'on ne puisse dire s'il y a eu d'autres cas semblables, nous croyons que ce phénomène est resté marginal et qu'il n'influence pas nos résultats. Dans le même sens, on ne peut affirmer que, parmi les 24 parents qui ont envoyé deux cartons-réponse, aucun n'a retourné plus d'un questionnaire. Encore là, ce phénomène est probablement de faible importance et a une influence négligeable sur nos résultats.

Examinons maintenant plus à fond la question de l'utilisation du carton-réponse. La décision d'avoir recours à un carton-réponse dans l'actuelle étude avait été prise dans le but d'atteindre deux objectifs : d'abord permettre de comparer les participants aux non-participants et ainsi vérifier si l'étude était entachée d'un biais de sélection, puis

éviter d'ennuyer les participants avec des envois successifs de rappels. Par ailleurs, comme la gestion des cartons-réponse exige beaucoup d'attention et une utilisation considérable de ressources, il était alors difficile de savoir s'il s'agissait d'une stratégie efficiente. La littérature étant pauvre sur ce sujet, nous croyons pertinent d'en discuter plus longuement.

Le nombre de cartons-réponse reçus a été inférieur au nombre de questionnaires reçus dans les proportions suivantes : 8 % des parents ont retourné leur questionnaire sans le carton-réponse ainsi que 7 % des infirmières éligibles et 17 % des pédiatres éligibles. Chez les omnipraticiens éligibles, l'inverse s'est produit : plus de cartons-réponse que de questionnaires ont été retournés, soit 10 cartons de plus. Globalement, 4 % des vaccinateurs éligibles ont retourné le carton-réponse sans avoir retourné le questionnaire, ce qui est supérieur à la proportion de 0,7 % observée par Dionne et autres (1999) dans leur étude auprès des vaccinateurs de la province (données inédites obtenues auprès de France Lavoie, DSP Québec). Cela suggère que cette stratégie permet de limiter des relances pour une majorité de participants, mais que probablement seulement une minorité l'utiliseraient pour éviter d'avoir à répondre au questionnaire. Il est également possible qu'un faible nombre de cartons-réponse et de questionnaires aient été perdus dans la poste. En effet, une participante a pris la peine de nous contacter car elle était surprise de recevoir un rappel alors qu'elle disait nous avoir retourné le questionnaire et le carton-réponse. De plus, une perception de bris de confidentialité a pu empêcher certains participants de retourner le carton-réponse. Enfin, dans quelques cas, certains participants n'ont peut-être pas bien compris ce qu'ils devaient faire avec ce carton-réponse, l'insertion de ce dernier à même l'enveloppe de retour du questionnaire en est une bonne illustration.

Malgré tout, nous croyons que l'utilisation du carton-réponse a été favorable. Ce dernier nous a permis de mettre en évidence le biais de sélection potentiel dont nous avons pu tenir compte dans les analyses. Les avantages fournis nous semblent supérieurs aux inconvénients relatifs, principalement la gestion qu'ils occasionnent. En effet, il faut gérer avec beaucoup de minutie ces retours de cartons-réponse dans un laps de temps très court, les envois se succédant aux deux semaines. Il serait intéressant de pousser l'évaluation de cette stratégie en vérifiant entre autres la perception qu'en ont les participants (**Recommandation 12**).

Enfin, nous croyons important de discuter de la retombée de cette étude dont l'ampleur n'avait pas été prévue. Il s'agit de l'impact qu'a eu le questionnaire comme moyen de promotion des outils de la trousse. Au départ, on s'interrogeait sur la pertinence d'offrir la possibilité aux participants de leur expédier le matériel s'ils le souhaitaient. Il a tout de même été décidé de le faire. Ce doute s'est avéré non fondé, puisque 151 vaccinateurs (55 % des vaccinateurs participants) ont demandé à recevoir les éléments de la trousse, dépassant largement le nombre de demandes de matériel supplémentaire reçues en Montérégie. Également, 368 parents (62 % des parents participants) ont demandé à recevoir les feuillets. On peut donc conclure que le matériel

a suscité un intérêt certain et qu'il était tout à fait justifié d'offrir la possibilité d'expédier le matériel aux participants qui le désiraient.

On ne peut malheureusement pas savoir si cette forme de promotion aura eu un effet différent sur l'utilisation qu'ont pu en faire les vaccinateurs ou les parents. Cependant, la pénétration du matériel ne peut qu'en avoir été améliorée. On pourrait d'ailleurs prendre exemple sur cette expérience pour en faire une stratégie régulière de promotion de la trousse auprès des vaccinateurs. Ainsi, on pourrait faire l'envoi d'un carton annonce du matériel, avec possibilité de retour postal, sur lequel les vaccinateurs pourraient indiquer leurs besoins. On serait alors mieux en mesure d'évaluer l'engouement réel pour la trousse (**Recommandation 13**).

8. RECOMMANDATIONS

1. Revoir le modèle de diffusion de la trousse si on souhaite joindre plus de médecins vaccinateurs et de parents.
2. Utiliser des moyens complémentaires à l'envoi postal afin de mieux rejoindre les médecins avec la diffusion du matériel.
3. Identifier les raisons pour lesquelles les boîtiers ne sont pas utilisés comme prévu par certains vaccinateurs.
4. Faire savoir aux vaccinateurs que plusieurs parents se posent des questions sur la vaccination, et que les feuillets peuvent les soutenir dans les réponses à leur apporter.
5. Encourager une large utilisation des feuillets (ne pas restreindre à une distribution de main en main).
6. Réviser le modèle logique sous-jacent à l'élaboration de la trousse, notamment en ce qui a trait à sa capacité à soutenir les parents dans la décision de faire vacciner leur enfant.
7. S'assurer que tous les vaccinateurs, notamment les infirmières et les vaccinateurs peu expérimentés, ont des connaissances adéquates à l'égard de l'épidémiologie des maladies évitables par l'immunisation et des mécanismes immunologiques impliqués dans la vaccination.
8. Détailler les réactions adverses dans le contenu des feuillets, et prévoir des informations complémentaires pour réfuter certaines fausses croyances (p. ex. lien erroné entre l'autisme et le vaccin RRO).
9. Élargir la diffusion de la trousse, sans oublier les nouveaux vaccinateurs, et distribuer tous ses éléments sans les restreindre seulement aux vaccinateurs mais également aux milieux qui rejoignent les parents des enfants âgés de 0 à 5 ans.
10. Établir l'allocation monétaire pour la distribution du matériel en fonction du nombre d'envois réels.
11. Prévoir dès le départ une collecte prospective de données pour l'évaluation des coûts.
12. Évaluer l'efficacité des cartons-réponse et la perception qu'en ont les participants d'un questionnaire postal.

13. Envisager d'utiliser des cartons de rappel comme stratégie de promotion de la trousse.

CONCLUSION

De nombreuses maladies infectieuses, particulièrement chez l'enfant, sont prévenues ou contrôlées par l'immunisation. L'immunisation est d'ailleurs une des mesures de santé publique les plus efficaces et une des rares interventions qui permet de réaliser des économies. La promotion de la vaccination devient donc un élément essentiel afin d'assurer que cette intervention de santé publique soit grandement acceptée et qu'elle continue à rejoindre largement la population. Le maintien des acquis sur la morbidité et la mortalité de plusieurs maladies évitables par l'immunisation en dépend.

C'est dans cette perspective que la « Trousse de promotion de la vaccination » a été conçue. Elle visait à sensibiliser les vaccinateurs et les parents d'enfants de 0 à 5 ans à l'importance de l'immunisation, et à soutenir la capacité décisionnelle des parents face à la vaccination de leurs enfants. De plus, dans le contexte de la montée d'un courant anti-vaccination, le matériel de la trousse cherchait à faire contrepoids dans ce débat.

L'évaluation réalisée a montré que la « Trousse de promotion de la vaccination » a été diffusée à travers le réseau de la santé ainsi que, parfois, dans d'autres organisations comme les garderies. Les infirmières vaccinatrices connaissent, apprécient et utilisent le matériel. La pénétration du matériel semble cependant plus modeste chez les médecins vaccinateurs, mais généralement ceux qui le connaissent, l'apprécient aussi. Malheureusement, les efforts de distribution du matériel n'ont pas permis de rejoindre beaucoup les parents, et ceux qui ont été atteints semblent déjà fort sensibilisés aux bienfaits de la vaccination. Toutefois, plusieurs parents ont manifesté leurs inquiétudes et doutes à l'égard de la vaccination, confirmant alors leurs besoins d'information juste et non biaisée.

Le défi demeure donc entier. Il faut revoir les stratégies de diffusion du matériel si on veut rejoindre l'ensemble des parents. Il faut également envisager des moyens spécifiques qui permettraient d'atteindre les parents d'enfants moins convaincus. Même si globalement la « Trousse de promotion de la vaccination » a constitué une intervention ayant utilisé relativement peu de ressources, cette méthode traditionnelle de promotion sous forme d'affiches et de dépliants a montré ses limites et doit probablement être appréciée en fonction des bénéfices réels qu'on peut en tirer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BEAUDET, I., B. DANEAULT, A. GALLEY, G. PINHO, et V. PRUD'HOMME. *Évaluation de l'implantation d'une campagne promotionnelle sur la vaccination dans les services de garde de la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Affiliation universitaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, mars 2002, 48 p.
- BOULIANNE, N., B. DUVAL, G. DECEUNINCK, et autres. *Étude des occasions manquées de vaccination et des facteurs associés à une vaccination primaire incomplète chez les enfants de deux ans au Québec*, Québec, Institut national de santé publique, 2000, 49 p. et annexes.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Vaccine preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents, and adults. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services », *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 48, RR-8, 1999, p. 1-15.
- CLAYTON, E.W., G.B. HICKSON, et C.S. MILLER. « Parents' responses to vaccine information pamphlets. *Pediatrics*, vol. 93, no 3, mars 1994, p. 369-372.
- DAVIS, T.C., J.A. BOCCHINI, D.D. FREDRICKSON, C. ARNOLD, E.J. MAYEAUX, P.W. MURPHY, R.H. JACKSON, H. HANNA et M. PATERSON. « Parent comprehension of polio vaccine information pamphlets », *Pediatrics*, vol. 97, juin 1996, p. 804-810.
- DAVIS, T.C., D.D. FREDRICKSON, C. ARNOLD, P.W. MURPHY, M. HERBST, et J.A. BOCCHINI. « A polio immunization pamphlet with increased appeal and simplified language does not improve comprehension to an acceptable level », *Patient Education and Counseling*, vol. 33, n° 1, janvier 1998, p. 25-37.
- DE WALS, P., M. BLACKBURN, M. GUAY, G. BRAVO, D. BLANCHETTE, et M. DOUVILLE FRADET. *Fardeau de la varicelle pour les familles au Québec*. Longueuil, Direction de santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Montérégie, 1999, 33 p. et annexes.
- DILLMAN, D.A. *Mail and Internet Surveys : The Tailored Design Method- Second Edition*, New York, John Wiley & Sons Inc., 2000, 464 p.
- DIONNE, M., N. BOULIANNE, B. DUVAL, et autres. *Étude des connaissances, attitudes et pratiques des vaccinateurs québécois à l'égard de la vaccination primaire*, Québec, Institut national de la santé publique, 1999, 36 p. et annexes.
- DRUMMOND, M.F., B. O'BRIEN, G.L. STODDART, G.W. TORRANCE. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, New York : Oxford University Press, 1997.

- DUVAL, B., et autres. *Questionnaire - L'opinion des professionnels de la santé sur les nouveaux vaccins homologués au Canada, sur le registre provincial des vaccinations et sur la trousse de promotion de la vaccination (Document de travail)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002.
- ESERNIO-JENSSEN, D., et V. TUROW. « Parents' understanding of the CDC's vaccine information material », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 11, 1996, p. 1648-1649.
- FITZGERALD, T., et D.E. GLOTZER. « Vaccine information pamphlets: more information than parents want? », *Pediatrics*, vol. 95, n° 3, 1995, p. 331-334.
- GONEAU, M. *Évaluation de l'atteinte des objectifs des outils promotionnels lanauchois de la vaccination de base chez l'enfant*. St-Charles-Borromée, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation, décembre 1999, 32 p.
- GREEN, L.W., et M.W. KREUTER. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*, 2^e édition, Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1991, 506 p.
- GUAY M., M. BLACKBURN A.M. CLOUÂTRE, G. BARON, P. DE WALS, C. ROY, J. DESROCHERS, et F. MILORD. *Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4^e année hors du milieu scolaire - Comparaison des coûts et de l'efficacité du programme et préférences des parents*, Longueuil, Direction de santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, 1999, 77 p. et annexes.
- GUAY M., P. DE WALS, et R. HÉBERT. *Programme de vaccination contre le pneumocoque en Montérégie - 1997-1999. Rapport d'évaluation*. Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil, 2000, 154 p.
- HADDIX, A.C., S.M. TEUTSCH, P.A. SHAFFER, D.O. DUÑET. *Prevention Effectiveness - A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*, New York : Oxford University Press, 1996.
- LAPIERRE, R. *Campagne de communication « La vaccination : un plus pour la santé »*. *Évaluation des outils promotionnels*, Chicoutimi, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Saguenay-Lac-St-Jean, Service de recherche/connaissance/surveillance, Direction de la santé publique, janvier 1997, 29 p.
- LIEU, T.A., J.H. GLAUBER, E. FUENTES-AFFLICK, et B. LO. « Effects of vaccine information pamphlets on parents' attitudes », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 148, n° 9, septembre 1994, p. 921-925.
- MELMAN, S.T., J.M. KAPLAN, M.L. CALOUSTIAN, J.A. WEINBERGER, J. SMITH, et R.D. ANBAR. « Readability of the childhood immunization information forms », *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 148, n° 6, juin 1994, p. 642-644.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La promotion de la santé : concepts et stratégies d'actions, Santé société, Collection Promotion de la santé, vol. 2*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1990, 86 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 1997, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 392 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 4^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2002, 220 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2003a, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002 – Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2003b, 261 p.
- O'CONNOR A.M., D. STACEY, V. ENTWISTLE, H. LLEWELLYN-THOMAS, D. ROVNER, M. HOLMES-ROVNER, V. TAIT, J. TETROE, V. FISET, M. BARRY, et J. JONES. « Decision aids for people facing health treatment or screening decisions », *Cochrane Database System Review*, vol. 2, 2003, CD001431.
- OFFICE CANADIEN DE COORDINATION DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ. *Guide pour le processus d'évaluation des coûts - Version 1.0*, 1996.
- PATTON, M.Q. *How to use qualitative methods in evaluation*, Londres, Sage Publications, 1987.
- PAYETTE, J. *1991-1996 – Données populationnelles – Le Québec et la Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2000, 157 p.
- PETIT, G. *Cadre conceptuel pour l'évaluation de la « Trousse de promotion de la vaccination »*. *Rapport de stage*. Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, Affiliation universitaire, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke, mars 2002, 18 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Le portrait de santé – La Montérégie et ses territoires de CLSC*, Longueuil, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, 2003, 432 p.
- ROSSI, P.H., H.E. FREEMAN, et M.W. LIPSEY. *Evaluation – A systematic approach*, 6^e édition, Thousand Oaks, Sage Publications, 1999, p. 191-232.

- SKOWRONSKI D.M., V. REMPLÉ, J. BUXTON, K. PIELAK, V. BUNGAY, et autres. *Marketing and momentum, phase one: using models of behaviour change to assess determinants of immunization*. Victoria, Poster présenté à la Conférence canadienne en immunisation, décembre 2002.
- SOTO, J., et autres. *Projet de promotion de la vaccination dans les services de garde à l'enfance. Enquête sur l'état des connaissances, des attitudes et des croyances vis-à-vis de la vaccination. Résultats communications faites lors de colloques, congrès ou autres. (Document de travail numéro 7)*. Montréal, Département de médecine préventive de l'hôpital Saint-Luc, 1994.
- SOTO, J., et autres. *Projet de promotion de la vaccination dans les services de garde à l'enfance. Enquête sur l'état des connaissances, des attitudes et des croyances vis-à-vis de la vaccination- Questionnaire*. Laval, Direction de santé publique, Régie régionale de la Santé et de Services sociaux, 1995.
- STATISTIQUE CANADA. *Le recensement de 1996 en bref*. Ottawa, Statistique Canada (cat. 92-352), 1997.
- STREINER, D.L., et G.R. NORMAN. *Health measurements scales. A practical guide to their development and use*, New York, Oxford University Press, 1995.
- TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 18, n° 15S, 2000, p. 92-96.
- VALIQUETTE, L., R. ALLARD, M. GUAY, et autres. *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 24 à 30 mois de Montréal-Centre*. Montréal, Direction régionale de la santé publique, 1998, 45 p.
- WALSH, J.M., ET S.J. MCPHEE. « A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician », *Health Education Quarterly*, vol. 19, 1992, p.157-175.
- WOODIN, K., L.E. RODEWALD, S.G. HUMISTON, M.S. CARGES, S.J. SCHAFFER, et P.G. SZILAGYI. « Physician and parent opinions of vaccine information pamphlets », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 147, 1993, p. 439 (Résumé).

