

Évaluation de l'implantation du Programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) chez les adolescentes du Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Évaluation de l'implantation du Programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) chez les adolescentes du Québec

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Juillet 2012

Institut national de santé publique Québec

AUTEURS

Maryse Guay, M.D., M. Sc., F.R.C.P.C.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique
Université de Sherbrooke
Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne

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

Aicha Hamid, M. Sc.
Université de Sherbrooke

Jacques Lemaire, Ph. D.
Université de Sherbrooke

Chantal Sauvageau, M.D., M. Sc., F.R.C.P.C.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Ève Dubé, Ph. D.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Carole Vanier, Ph. D.
Consultante

Nicole Boulianne, M. Sc.
Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec

Monique Landry, M.D., M. Sc.
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SECRÉTARIAT ET MISE EN PAGES

Francine Laroche-Savard
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie/Direction de santé publique

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

Dans ce document, exception faite de cas précis, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 4e TRIMESTRE 2012
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-66211-2 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-66212-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée grâce à l'appui de nombreuses personnes dans plusieurs établissements ou institutions que nous tenons à remercier sincèrement pour leur collaboration et contribution.

Nous remercions les collègues de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie pour leur soutien au recrutement, leur soutien technique, leur participation à divers prétests ou collectes et leurs judicieux conseils : Nathalie Bernier, Julie Charron, Anne-Marie Clouâtre, Caroline Gélinas, Danielle Meilleur, Paule Pelletier, Catherine Risi, et Mélanie Villeneuve. Également des collègues des directions de santé publique d'autres régions ont apporté leur appui, il s'agit de Catherine Guimond, Isabelle Kirouac et Suzanne Ménard.

Nous voulons souligner aussi le travail des étudiantes Catherine Dea et Yamina Tahmi ainsi que l'assistance technique de M. David Labelle, tous les trois de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Nous remercions très sincèrement les adolescentes, les parents ainsi que les professionnelles et les professionnels du ministère de la Santé et des Services sociaux, des directions de santé publique, des centres de santé et de services sociaux (CSSS), dont M^{me} Francine Thériault du CSSS de la MRC-de-Coaticook, des cliniques médicales ainsi que de divers établissements du Québec qui ont accepté de répondre aux entrevues ou questionnaires d'enquête, sans oublier les personnes qui ont apporté leur collaboration aux prétests des instruments de mesure et celles qui ont participé aux groupes de discussion.

Nous sommes reconnaissants envers M. Alain Barette, de l'école Marcellin-Champagnat, et M^{me} Danielle Rajotte, infirmière scolaire à l'école Marcellin-Champagnat et à la Polyvalente Marcel-Landry, qui ont facilité l'organisation de l'étude test-retest et la tenue des groupes de discussion dans leurs établissements. Merci beaucoup aussi aux adolescentes de ces écoles qui ont pris part à ces volets de l'étude ainsi qu'à leurs parents qui ont accepté que leur fille y participe.

Il va sans dire qu'un projet d'une telle envergure a nécessité la contribution de plusieurs personnes, tant à l'assemblage des documents liés à l'envoi postal qu'à la saisie des données des questionnaires retournés. Nous adressons nos plus sincères remerciements à chacune d'entre elles.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à M^{me} Francine Laroche-Savard pour son soutien au cours des différentes phases de l'étude et pour son excellent travail de secrétariat tout au long de sa réalisation.

Ce projet a été rendu possible grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RÉSUMÉ

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec lançait à l'automne 2008 le Programme de vaccination gratuite contre les virus du papillome humain (VPH) (Programme VPH) ciblant à l'école les filles de la 4e année du primaire et de la 3e année du secondaire. Le programme prévoyait aussi la vaccination gratuite des adolescentes de moins de 18 ans par des modalités déterminées dans chacune des régions. La présente évaluation, réalisée à la demande du MSSS, s'intéresse au volet du programme visant les adolescentes de 3e secondaire et celles de moins de 18 ans, et plus particulièrement, à la vaccination hors du milieu scolaire. L'évaluation concerne l'an 1 (2008-8009), l'an 2 (2009-2010) et dans une moindre mesure l'an 3 (2010-2011) du programme. Les objectifs de l'évaluation sont de : 1) connaître les facteurs favorables et les difficultés rencontrées dans l'implantation de la vaccination contre les VPH chez les adolescentes québécoises; 2) décrire l'offre de service de la vaccination (OSV) hors du milieu scolaire pour les adolescentes du Québec; 3) évaluer les déterminants de la vaccination VPH chez les adolescentes québécoises : a) connaissances, attitudes et comportements par rapport aux VPH, au cancer du col utérin et à la vaccination contre les VPH (adolescentes et leurs parents); b) facteurs sociodémographiques; 4) estimer la proportion des adolescentes qui sont vaccinées hors du milieu scolaire.

Méthode

L'évaluation s'appuie sur un modèle théorique élaboré à partir du modèle des croyances relatives à la santé (Rosenstock et autres, 1988), du modèle systémique de médecine clinique préventive de Walsh et McPhee (1992) et du modèle logique en vaccination (Briss et autres, 2000). Dans ce modèle, le comportement de vaccination contre les VPH d'une adolescente découle de l'influence mutuelle des parents et de l'adolescente qui sont eux-mêmes influencés par des professionnels de la santé. Un dispositif descriptif mixte a été utilisé pour l'évaluation qui a été réalisée entre l'automne 2009 et le printemps 2011. L'ensemble des acteurs du Programme VPH constitue la population à l'étude : organisations impliquées dans la mise en œuvre du programme (MSSS, directions de santé publique (DSP) et CSSS); vaccinateurs; adolescentes et parents.

Pour les organisations impliquées dans la mise en œuvre du Programme VPH, les principales variables à l'étude concernaient les modalités d'organisation et de fonctionnement du programme, les activités de promotion, de formation, de soutien et de vaccination ainsi que les facteurs facilitants et les obstacles à l'implantation du programme. Des entrevues en face à face et téléphoniques ont été faites auprès de deux responsables du programme à la Direction de la protection de la santé publique du MSSS à l'hiver 2011. Un questionnaire a été administré à l'été 2010 par entrevue téléphonique aux responsables de 15 des 16 DSP ciblées (les régions 17 et 18 ont été exclues, car les modalités du Programme VPH y étaient particulières).

Pour les CSSS, trois collectes de données différentes ont été faites. Premièrement, un questionnaire papier auto-administré a été rempli par 29 des 30 responsables d'un échantillon raisonné de CSSS sollicités à l'automne 2010. Dans certains cas, une entrevue téléphonique a été faite (19) pour obtenir un complément d'information. Deuxièmement, la qualité et l'accessibilité de l'information sur la vaccination VPH ont été évaluées sur les sites Internet des 95 CSSS du Québec en août 2010. Enfin, les modalités de prise de rendez-vous en CSSS pour la vaccination VPH ont été évaluées par un cas standardisé dans quatre CSSS en 2010-2011.

Quant aux vaccinateurs, des entrevues ont été effectuées au printemps 2011 auprès d'un échantillon raisonné de 11 vaccinateurs (dans et hors CSSS) qui vaccinent des adolescentes contre les VPH. Ces entretiens semi-structurés en face à face portaient principalement sur les facteurs qui ont favorisé ou contraint l'implantation du Programme VPH.

Pour connaître le point de vue des adolescentes et des parents, surtout à l'égard des déterminants de la vaccination contre les VPH, quatre collectes de données ont été réalisées. En premier, une étude test-retest a été faite à l'automne 2009 auprès d'un échantillon de 110 adolescentes de 3e secondaire, afin d'évaluer la fidélité du questionnaire à utiliser pour la collecte 3 (voir ci-après). Le test consistait à la réponse à un questionnaire papier auto-administré lors de la vaccination VPH à l'école alors qu'au retest, les adolescentes répondaient au même questionnaire, mais en ligne cette fois. En second lieu, trois groupes de discussion ont été menés à l'automne 2009 : deux groupes auprès de filles admissibles au Programme VPH, vaccinées et non vaccinées et un groupe auprès de parents d'adolescentes admissibles vaccinées et non vaccinées. Les dernières collectes étaient des enquêtes postales ou en ligne par questionnaire auto-administré anonyme auprès d'échantillons aléatoires de 3000 adolescentes âgées de 14 à 17 ans (collecte 3) et de leurs parents (collecte 4). Ces collectes se sont déroulées au printemps 2010. En plus des déterminants de la vaccination VPH, l'enquête auprès des filles a permis d'estimer les couvertures vaccinales hors du milieu scolaire.

L'évaluation a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne. Lorsque nécessaire, les consentements ont été obtenus de la part des participants. Les parents des adolescentes ont consenti préalablement à la participation de leur fille. La participation à l'étude test-retest ou aux enquêtes postales ou en ligne auprès des adolescentes et des parents était anonyme. Autrement, l'identité des participants a été gardée confidentielle et les résultats sont présentés de telle sorte qu'il n'est pas possible de reconnaître les personnes ayant répondu dans le cadre de l'évaluation.

Résultats

Les premiers résultats décrivent l'implantation du Programme VPH au palier provincial, régional et local puisqu'il est nécessaire d'en cerner les grandes lignes pour mieux apprécier les facteurs qui l'ont facilité ou qui lui ont nui. La préparation du Programme VPH au palier provincial a débuté en 2007. Un Comité de soutien à l'implantation a été formé dès le départ pour élaborer différents outils et documents (ex. : document d'information, diaporama pour la formation des vaccinateurs) nécessaires à l'implantation et à la réalisation du programme. On prévoyait la vaccination en milieu scolaire des filles de la 4e année du primaire et de la 3e année du secondaire dans toutes les régions du Québec. La décision de vacciner les filles âgées de 14 à 17 ans selon des modalités déterminées dans chaque région a été prise par les directeurs de santé publique. Cette décision n'allait pas dans le sens qu'auraient souhaité les responsables du MSSS qui auraient préféré une approche harmonisée et uniforme dans les régions. Cela a fait en sorte qu'à chaque année, les demandes en nombre de vaccins ont dépassé le nombre de vaccins disponibles. Pour faire face à ce problème, la consigne a été de donner priorité à la vaccination en milieu scolaire. Un financement a été accordé par le MSSS selon le nombre de filles à vacciner des cohortes de 4e année du primaire et de 3e année du secondaire : un montant de 10 $ par dose pour couvrir les dépenses supplémentaires reliées aux activités de vaccination des CSSS en milieu scolaire et un montant de 0,85 $ par dose pour soutenir les activités des DSP. Les couvertures vaccinales (trois doses) à l'échelle de la province pour les filles de 3e secondaire ont été estimées à 81 %, à 76 % et à 77 % respectivement en 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

Au palier régional, les résultats montrent que dans 10 des 15 régions participant à l'évaluation, le Programme VPH scolaire a pris une forme que nous avons qualifiée d'élargie, c'est-à-dire que la vaccination à l'école durant les heures de classe a pu être offerte non seulement aux filles de 3e secondaire, mais aussi aux adolescentes de 4e secondaire, de 5e secondaire ou même du Cégep. Dans les 5 autres régions, la vaccination scolaire des adolescentes s'est limitée à la vaccination de celles de 3e secondaire. En lien avec les difficultés relatives à l'appréciation des nombres de doses de vaccins mentionnées au palier provincial, les responsables régionaux ont expliqué les embûches qu'ils ont rencontrées pour estimer les besoins régionaux en doses de vaccins VPH en ce qui concerne la vaccination hors du milieu scolaire. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour ce faire dont la précision était variable. Cela s'est traduit par un nombre de doses reçues qui pouvait être inférieur, égal ou supérieur au besoin exprimé. La promotion et la formation nécessaire au soutien local à la mise en œuvre du Programme VPH se sont appuyées sur le matériel fourni par le palier provincial et le Comité de soutien provincial. Les couvertures vaccinales scolaires des filles de 3e secondaire à l'échelle régionale (trois doses) ont varié de 70 % à 97 % en 2008-2009, de 62 % à 92 % en 2009-2010 et en 2010-2011, elles ont varié de 67 % à 96 %.

Au palier local, différentes étapes de planification et d'organisation de la vaccination en milieu scolaire ont été nécessaires avant de procéder à la vaccination. Pour la vaccination hors du milieu scolaire, mais en CSSS, la préparation a permis, par exemple, la vaccination des adolescentes à la clinique jeunesse ou par les services courants. La vaccination des filles a été aussi planifiée en Centres jeunesse, dans certaines cliniques médicales ou par des infirmières en clinique privée.

Selon les responsables provinciaux, les facteurs favorables à l'implantation du Programme VPH relèvent des activités de vaccination déjà en place et bien rodées en milieu scolaire. Les principales difficultés rencontrées lors de l'implantation du programme concernent la disponibilité et la gestion des vaccins découlant selon eux de la décision des directeurs de santé publique de laisser libre cours aux modalités régionales pour la vaccination des filles de moins de 18 ans après la 3e secondaire. Aussi, la pandémie d'influenza A(H1N1) en 2009-2010 a ralenti le déroulement de l'an 2 du programme.

Les responsables régionaux sont unanimes pour reconnaître que les outils de grande qualité fournis par le MSSS, la présence du Comité provincial de soutien, le temps de préparation suffisant et le financement accordé ont facilité l'implantation du Programme VPH. Également, la bonne réceptivité au Programme VPH démontrée par les acteurs locaux, leur attitude favorable et l'implication des infirmières scolaires ont rendu aisée la réalisation du programme. Les problèmes en lien avec l'approvisionnement en vaccins et ce qui a été perçu comme un manque de directions claires quant à l'estimation des doses de vaccins ont été soulignés par plusieurs. Les grilles de compilation des données de vaccination ont été jugées négativement. Comme au palier provincial, on a observé que la pandémie d'influenza A(H1N1) a nui au déroulement du programme.

Les acteurs du palier local ont mentionné que leur conviction du bien-fondé du Programme VPH, leur disponibilité pour répondre aux questions des jeunes et des parents, la formation qu'ils ont reçue en lien avec le programme, la mise en œuvre du programme à l'école où ils peuvent bénéficier d'appuis et de collaboration des intervenants scolaires, le soutien offert par la DSP ont tous agi pour favoriser l'implantation du programme. En contrepartie, les difficultés à joindre les filles ne fréquentant pas l'école, les variations dans l'interprétation des critères d'admissibilité des filles, la faible disponibilité voire l'absence de disponibilité des vaccins pour la vaccination hors de l'école faisant en sorte qu'on a

dû générer des listes d'attente et même la restriction de la vaccination en CSSS ont constitué des irritants qui ont été mentionnés par plusieurs.

Quant aux services de vaccination VPH hors du milieu scolaire, très peu d'information à ce sujet était disponible sur les sites Internet des CSSS. Si de l'information sur la vaccination VPH était trouvée, elle concernait presqu'exclusivement la vaccination à l'école. Selon le questionnaire d'enquête auprès des responsables des CSSS, la vaccination VPH offerte au CSSS même est disponible au siège social du CSSS ainsi que dans les points de services. Le vaccin VPH a pu être donné sur rendez-vous pendant les heures ouvrables, mais aussi en fin de journée, sans rendez-vous et lors de cliniques dédiées. En lien avec les listes d'attente mentionnées plus haut, elles ont été constituées en début de programme, mais plus tard, les filles pouvaient obtenir un rendez-vous de vaccination à l'intérieur d'une semaine dans le tiers des CSSS et, à l'intérieur d'un mois, dans plus de 80 % des CSSS. La vaccination VPH pouvait être offerte par les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP), les services de famille-enfance-jeunesse, par la clinique jeunesse ou les services courants. La promotion de la vaccination VPH a passé généralement par l'école : visites en classe par l'infirmière scolaire, kiosques d'information, distribution de formulaires de vaccination, etc. Les cas standardisés ont confirmé qu'une fille pouvait aisément se faire vacciner au CSSS. Dans trois des quatre CSSS où on a procédé aux appels par cas standardisé, la vaccination VPH était offerte sur rendez-vous et le délai pour l'obtenir était alors de quatre semaines.

En préparation de l'enquête provinciale sur les déterminants de la vaccination VPH des adolescentes, la première étape a consisté à la réalisation de l'étude test-retest. Le taux de participation au test a été de 61 % (67/110) et de 82 % au retest (55/67). Les meilleurs kappas (1,00) ont été obtenus pour les questions sur les données sociodémographiques, sur le statut vaccinal VPH et sur les facteurs ayant influencé la décision des adolescentes de ne pas être vaccinées. Les questions les moins fidèles concernaient l'histoire de vaccination (κ = -0,04) et les connaissances sur le VPH (κ = -0,07). Le questionnaire auprès des adolescentes (voir plus loin) a alors été ajusté pour tenir compte de ces résultats.

Ensuite, les groupes de discussion, auxquels 11 adolescentes et 6 mères ont participé, ont montré que le manque d'information est déploré autant par les adolescentes que les parents. La recommandation de vaccination VPH venant d'un médecin ou d'une infirmière est importante dans la décision de vaccination. L'attitude des parents à l'égard des vaccins autant en faveur qu'en défaveur va influencer la décision de l'adolescente dans un sens ou dans l'autre. D'ailleurs, même si la décision finale de vaccination revient à l'adolescente, ce qui est généralement reconnu et accepté par les parents, la présence d'une discussion parents-adolescente, l'influence des parents et la confiance portée envers leurs parents sont confirmées par toutes les participantes. Le désir de protection de la santé est manifesté par les parents en faveur de la vaccination VPH de leur fille, alors que la bonne éducation sexuelle est invoquée pour justifier le rejet de la vaccination.

L'enquête postale ou en ligne auprès des adolescentes (taux de réponse 46 %) montre que les connaissances des filles sont bonnes, bien que seulement 33 % d'entre elles savent que les hommes peuvent attraper une infection aux VPH et que 3 % savent que les infections aux VPH disparaissent habituellement sans traitement. Pour l'estimation de proportion des adolescentes vaccinées hors du milieu scolaire, on évalue que 62 % (IC à 95 % : 57-67) des filles de 5^{e} secondaire ont reçu au moins une dose du vaccin VPH. Les analyses multivariées révèlent que les facteurs suivants sont associés à la vaccination VPH (au moins une dose) des adolescentes québécoises (qu'elles soient vaccinées à

l'école ou hors de l'école) : l'encouragement des professionnels du milieu scolaire (infirmière scolaire ou professeur), l'encouragement des parents ou d'une autre personne de l'entourage de l'adolescente, l'accord d'au moins un des deux parents, la résidence dans une région offrant le Programme VPH scolaire élargi, l'habitude de se faire vacciner, les bénéfices perçus de la vaccination VPH et les connaissances adéquates concernant les VPH et la vaccination. Les facteurs associés au fait de ne pas être vaccinée contre les VPH chez les jeunes québécoises sont : l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois, la pratique religieuse occasionnelle, les barrières perçues de la vaccination VPH (dont des inquiétudes sur la sécurité du vaccin) et le découragement provenant d'un des deux parents ou d'une autre personne de l'entourage de l'adolescente.

L'enquête postale ou en ligne auprès des parents (taux de réponse 46 %) montre que les connaissances des parents sont également assez bonnes, bien que seulement 38 % d'entre eux savent que les hommes peuvent attraper une infection aux VPH et que 4 % savent que les infections aux VPH disparaissent habituellement sans traitement. À la lumière des analyses multivariées, selon les parents, les facteurs suivants sont associés à la vaccination VPH (au moins une dose) de leur fille : être eux-mêmes en faveur de la vaccination VPH, avoir reçu la recommandation favorable d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière ou autre), avoir des attitudes et croyances favorables à la vaccination en général, le fait d'habiter une région où le Programme VPH scolaire était élargi, la scolarité plus faible de leur fille et le regret anticipé par la non-vaccination de leur fille. En contrepartie, les facteurs suivants sont associés à la non-vaccination VPH de leur fille : avoir reçu une recommandation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou une infirmière à l'encontre de la vaccination, le fait que leur fille ne fréquente pas l'école, l'âge plus élevé de leur fille, l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois, avoir comme source principale d'information sur le VPH une source autre que leur fille, l'école ou le CSSS, la perception de barrières à la vaccination (dont des inquiétudes sur la sécurité du vaccin), avoir apporté des suggestions pour améliorer les services de vaccination VPH offerts aux adolescentes et enfin, ne pas avoir été informés de la vaccination VPH offerte à leur fille.

Conclusion

L'évaluation montre que le Programme de vaccination VPH s'est implanté avec succès en s'appuyant sur une structure de vaccination scolaire bien rodée. Le volet scolaire du programme et l'application élargie qui en a été faite dans plusieurs régions montrent encore tout le potentiel de cette stratégie de vaccination. Les couvertures vaccinales obtenues sont appréciables même si elles n'atteignent pas l'objectif de 85 % du Programme national de santé publique du Québec 2003-2012. Le volet hors scolaire du Programme VPH a connu quelques embûches en lien avec l'application élargie de la vaccination scolaire dans certaines régions. Cela a généré des iniquités d'accès à la vaccination pour les adolescentes plus âgées dans d'autres régions.

En ce qui a trait à la continuation du Programme VPH auprès des adolescentes, l'évaluation met en lumière que l'information sur les infections aux VPH doit mettre l'accent sur l'histoire naturelle de ces infections et sur le fait que les infections aux VPH sont des infections transmissibles sexuellement qui infectent autant les hommes que les femmes. Les messages relatifs aux bénéfices et à la sécurité du vaccin VPH doivent être très présents. Les parents prennent une place importante dans le processus de décision de vaccination des jeunes et il faut cibler tant les adolescentes que les parents par la promotion globale de la vaccination et par la promotion de la vaccination VPH. Une attention spéciale devra être portée aux adolescentes et aux parents des adolescentes des communautés ethniques.

La qualité des services de vaccination VPH rendus en milieu scolaire a été maintes fois soulignée. Les manières de faire semblent correspondre aux principaux besoins. Cependant, pour certaines adolescentes qui ont besoin de plus d'intimité ou qui ont des craintes lors de la vaccination (ex. : peur de la douleur, de pleurer), des solutions de rechange devraient être proposées. La vaccination sans obstacle au CSSS (ex. : vaccination sans rendez-vous) ou encore chez d'autres prestataires de soins pourrait constituer une alternative intéressante, en garantissant une complémentarité.

Il serait intéressant que les résultats de couvertures vaccinales VPH soient transmis à tous les acteurs du programme, sans négliger les professionnels qui sont susceptibles de recommander la vaccination même s'ils ne vaccinent pas eux-mêmes. Il demeure pertinent que les acteurs de chacun des paliers comprennent le bien-fondé des exigences du programme (par ex. la nécessité de retourner des données de vaccination) dans le but de travailler en harmonie vers l'atteinte d'objectifs communs.

Enfin, dans l'éventualité où un programme semblable devait être implanté à l'avenir, il serait souhaitable de convenir, en concertation, d'objectifs précis à l'égard de toutes les populations et de tous les milieux visés ainsi que de modalités d'application en cohérence à travers la province. Cela éviterait sans doute que des problèmes d'iniquités comme ceux qui sont survenus avec le Programme VPH ne se reproduisent.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **XIII**
LISTE DES FIGURES ..... **XV**
LISTE DES ANNEXES (DOCUMENTS DISTINCTS) ..... **XVII**
LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **XXIII**
1 INTRODUCTION **1**
2 MODÈLE THÉORIQUE **5**
3 MÉTHODE **7**
3.1 Population à l'étude et échantillons 7
3.1.1 Organisations impliquées dans la mise en œuvre du programme 7
3.1.2 Vaccinateurs 8
3.1.3 Adolescentes et parents 8
3.2 Variables à l'étude, sources des données, méthodes de collecte, déroulement, traitement et analyse des données 9
3.3 Considérations éthiques 13
4 RÉSULTATS **15**
4.1 Implantation du programme de vaccination contre les VPH 15
4.1.1 Description de l'implantation du programme au palier provincial 15
4.1.1.1 Planification et organisation du Programme VPH 15
4.1.1.2 Promotion et information sur le Programme VPH 17
4.1.1.3 Suivi et évaluation du Programme VPH 19
4.1.2 Description de l'implantation du programme au palier régional 20
4.1.2.1 Portrait de l'offre de service dans et hors du milieu scolaire 21
4.1.2.2 Planification et organisation du programme VPH 24
4.1.2.3 Promotion et information sur le programme 26
4.1.2.4 Gestion du programme et soutien aux vaccinateurs 27
4.1.2.5 Particularités régionales 31
4.1.2.6 Résultats de couverture vaccinale en milieu scolaire 31
4.1.3 Description de l'implantation du programme au palier local 33
4.1.4 Facteurs favorables et obstacles à l'implantation du programme 34
4.1.4.1 Point de vue des responsables provinciaux en immunisation 34
4.1.4.2 Point de vue des responsables régionaux en immunisation 35
4.1.4.3 Point de vue des acteurs au palier local 38
4.1.5 Commentaires et suggestions 44
4.1.5.1 Point de vue des responsables provinciaux en immunisation 44
4.1.5.2 Point de vue des responsables régionaux en immunisation 44
4.1.5.3 Point de vue des acteurs locaux 44
4.2 Offre de service de vaccination VPH hors du milieu scolaire pour les adolescentes du Québec 48
4.2.1 Sites internet des CSSS 48
4.2.1.1 Information sur les services de vaccination 49
4.2.1.2 Information sur le Programme VPH, sur les VPH ou sur le vaccin VPH 49

4.2.1.3 Organisation générale et qualité des sites 50
4.2.2 Services offerts dans les CSSS 50
4.2.2.1 Accessibilité géographique et temporelle à la vaccination VPH hors du milieu scolaire 50
4.2.2.2 Moyens pour favoriser l'offre 53
4.2.2.3 Moyens pour améliorer la demande 53
4.2.2.4 Moyens pour accroître l'accès aux services de vaccination VPH hors du milieu scolaire 55
4.2.3 Mise à l'épreuve des modalités de prise de rendez-vous (cas standardisés) 57
4.3 Déterminants de la vaccination VPH des adolescentes 57
4.3.1 Fiabilité du questionnaire d'enquête auprès des adolescentes 57
4.3.1.1 Participation à l'étude et caractéristiques des participantes 58
4.3.1.2 Évaluation de la fiabilité 58
4.3.2 Validation du modèle théorique 59
4.3.2.1 Caractéristiques des personnes participantes 60
4.3.2.2 Aperçu des déterminants de la vaccination VPH 60
4.3.3 Point de vue des adolescentes 61
4.3.3.1 Participation à l'étude et caractéristiques des participantes 62
4.3.3.2 Connaissances des adolescentes 62
4.3.3.3 Attitudes et croyances des adolescentes 63
4.3.3.4 Comportements sexuels et histoire personnelle ou dans l'entourage de dépistage pour cancer cervical, de dépistage anormal, d'ITSS ou de cancer 64
4.3.3.5 Facteurs ayant influencé la décision de vaccination et discussion avec les parents 64
4.3.3.6 Sources d'encouragement/découragement et d'information sur la vaccination VPH 66
4.3.3.7 Opinion sur les services reçus lors de la vaccination VPH 68
4.3.3.8 Couverture vaccinale hors du milieu scolaire et déterminants de la vaccination VPH dans et hors du milieu scolaire 70
4.3.4 Point de vue des parents 72
4.3.4.1 Participation à l'étude et caractéristiques des parents participants 72
4.3.4.2 Connaissances des parents 73
4.3.4.3 Attitudes et croyances des parents 73
4.3.4.4 Histoire personnelle ou dans l'entourage des parents de dépistage pour cancer cervical, de dépistage anormal ou de cancer 75
4.3.4.5 Facteurs ayant influencé l'opinion et sources d'information des parents sur la vaccination contre les VPH de leur fille 75
4.3.4.6 Opinion des parents sur la prise de décision sur la vaccination VPH de leur fille 77
4.3.4.7 Opinion des parents sur les services de vaccination VPH 79
4.3.4.8 Déterminants de la vaccination VPH de leur fille selon les parents 80
4.3.5 Point de vue des vaccinateurs 81
4.3.5.1 Attitudes et croyances des adolescentes 82
4.3.5.2 Raisons d'acceptation ou de refus de la vaccination VPH des adolescentes 82

4.3.5.3 Position des parents sur la vaccination VPH 83
4.3.5.4 Sources d'information et d'influence 83

5 DISCUSSION 85

5.1 Facteurs favorables et obstacles à la mise en œuvre du programme de vaccination VPH au Québec 85
5.1.1 Programme VPH et iniquités 86
5.1.2 Messages lancés par le programme VPH 86
5.1.3 Suivi du programme VPH 87
5.1.4 Vaccination VPH et exclusivité en CSSS 88
5.1.5 Critères d'admissibilité au programme VPH 88
5.1.6 Événements ayant influencé la mise en œuvre du programme VPH 89
5.2 Vaccination VPH hors du milieu scolaire 89
5.3 Déterminants de la vaccination VPH des adolescentes québécoises 91
5.4 Forces de l'évaluation 92
5.5 Limites de l'évaluation 93

6 CONCLUSION ET PISTES D'ACTION 97

RÉFÉRENCES 99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Objectifs de l'évaluation 2

Tableau 2 Résumé des variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, déroulement, traitement et analyse des données selon les populations à l'étude et les dispositifs employés 10

Tableau 3 Estimation de la couverture vaccinale contre les VPH chez les filles de 3e secondaire vaccinées en milieu scolaire, Québec, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 20

Tableau 4 Niveaux scolaires et lieux hors de l'école où la vaccination VPH était offerte aux adolescentes du Québec selon les régions sociosanitaires, 2008-2009 et 2009-2010 22

Tableau 5 Régions sociosanitaires où la vaccination VPH a été donnée à l'école durant les heures de classe selon le niveau scolaire de 3e secondaire et plus, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 15) 24

Tableau 6 Couverture vaccinale (CV) VPH (3 doses) des adolescentes de 3e secondaire (vaccination scolaire) selon la région, Québec, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011 33

Tableau 7 Lieux et nombre de lieux de vaccination des CSSS offrant la vaccination VPH aux adolescentes hors de l'école, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29) 51

Tableau 8 Services ou secteurs des CSSS offrant la vaccination VPH aux adolescentes hors du milieu scolaire, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29) 52

Tableau 9 Délai entre le moment de la demande de rendez-vous et la date effective du rendez-vous donné pour la vaccination VPH des adolescentes dans les CSSS, Québec, automne 2010 (n = 27) 52

Tableau 10 Moyens mis en place en CSSS afin que les adolescentes visées par le Programme VPH soient personnellement encouragées à se faire vacciner, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29) 55

Tableau 11 Matériel promotionnel utilisé en CSSS pour informer ou sensibiliser les adolescentes sur la vaccination VPH, Québec, 2010 (n = 29) 55

Tableau 12 Moyens utilisés dans les CSSS pour rendre la vaccination VPH hors scolaire accessible aux adolescentes, Québec, 2010 (n = 29) 56

Tableau 13 Résultats des kappas comparant les réponses au test et au retest selon les catégories de variables, le nombre de questions concernées et le numéro des questions 59

Tableau 14 Connaissances des adolescentes sur les VPH, le vaccin VPH et le cancer du col utérin, Québec, 2010 (n = 1318) 63

Tableau 15 Facteurs d'influence des adolescentes vaccinées contre les VPH sur leur décision de recevoir le vaccin, Québec, 2010 (n = 1031) 65

Tableau 16 Facteurs d'influence des adolescentes qui ne sont pas vaccinées contre les VPH sur leur décision de ne pas recevoir le vaccin, Québec, 2010 (n = 266) 67

Tableau 17 Adolescentes encouragées à recevoir le vaccin VPH selon diverses ressources, Québec, 2010 (n = 1318) 68

Tableau 18 Opinion des adolescentes ayant reçu le vaccin VPH à l'école sur les services de vaccination reçus, Québec, 2010 (n = 731) 69

Tableau 19 Opinion des adolescentes ayant reçu le vaccin VPH à l'extérieur de l'école sur les services de vaccination reçus, Québec, 2010 (n = 300) 69

Tableau 20 Statut vaccinal VPH (au moins 1 dose) des adolescentes de 17 ans et plus et de 5e secondaire et plus selon la région de résidence offrant ou non le programme VPH scolaire élargi, Québec, 2010 70

Tableau 21 Facteurs augmentant ou diminuant la chance d'être vaccinée contre les VPH chez les adolescentes du Québec, 2010 (RC ajusté et IC à 95 % - analyse multivariée) (n = 1124) 71

Tableau 22 Connaissances des parents sur les VPH, le vaccin VPH et le cancer du col de l'utérus, Québec, 2010 (n = 1319) 74

Tableau 23 Facteurs d'influence des parents relativement à la vaccination VPH de leur fille, Québec, 2010 (n = 1199) 77

Tableau 24 Opinion des parents sur la prise de décision de vaccination VPH de leur fille, Québec, 2010 (n = 1319) 78

Tableau 25 Opinion des parents sur les services offerts aux adolescentes pour la vaccination VPH, Québec, 2010 (n = 1319) 80

Tableau 26 Facteurs qui, selon les parents, ont augmenté ou diminué la chance que leur fille ait reçu le vaccin VPH – Québec, 2010 (RC ajusté et IC à 95 % - analyse multivariée) (n = 1066) 81

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Modèle théorique 6

Figure 2 Représentation schématique des résultats des groupes de discussion – Déterminants de la vaccination contre les VPH des adolescentes 61

LISTE DES ANNEXES (DOCUMENTS DISTINCTS)

➔ ***Toutes les annexes peuvent être consultées en suivant le lien suivant :*** http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1561-vph/.

ANNEXES « MÉTHODOLOGIQUES » **N° de l'annexe**

Variables à l'étude M1-A
Enquête MSSS – Courriel d'invitation entrevue M1-B
Enquête MSSS – Questionnaire M1-C
Enquête DSP – Courriel d'invitation joint au questionnaire M2-B M2-A
Enquête DSP – Questionnaire M2-B
Enquête CSSS – Questionnaire M3-A
Enquête CSSS – Courriel d'invitation joint au questionnaire M3-A M3-B
Enquête CSSS – Courriel de rappel aux non-participants M3-C
Enquête CSSS – Deuxième courriel de rappel aux non-participants M3-D
Enquête CSSS – Courriel d'invitation pour entrevues téléphoniques aux participants ayant réponses incomplètes et formulaire de consentement M3-E
Enquête CSSS – Appels avec cas standardisés dans les CSSS M3-F
Enquête vaccinateurs – Méthode de recrutement pour les entrevues auprès des vaccinateurs M4-A
Enquête vaccinateurs – Aide-mémoire pour recrutement M4-B
Enquête vaccinateurs – Guide d'entrevue auprès des vaccinateurs et formulaire de consentement M4-C
Enquête vaccinateurs – Questionnaire sociodémographique M4-D
Enquête vaccinateurs – Grille de codification des verbatims M4-E
Étude test-retest – Lettres d'invitation aux parents et aux adolescentes M5-A
Étude test-retest – Formulaires de consentement parents et ados M5-B
Étude test-retest – Test – Questionnaire aux adolescentes M5-C
Étude test-retest – Formulaire de relance et de participation au tirage des adolescentes M5-D
Étude test-retest – Retest – Courriel rappel aux adolescentes M5-E
Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Lettres d'invitation aux parents – au verso formulaire d'autorisation et réponse de l'adolescente; lettre d'invitation aux adolescentes – au verso formulaire d'acceptation de contact; lettre d'invitation aux parents – au verso formulaire d'acceptation de contact M6-A
Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Guide d'animation parents M6-B
Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Guide d'animation adolescentes M6-C
Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Formulaire consentement participation des adolescentes M6-D

Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Formulaire consentement participation des parents M6-E

Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Questionnaires sociodémographiques adolescentes..... M6-F

Enquêtes adolescentes et parents – Groupes de discussion – Questionnaire sociodémographique parents..... M6-G

Enquêtes postales parents et adolescentes – Liste des variables..... M7-A

Enquêtes postales parents et adolescentes – Questionnaires français et anglais aux parents..... M7-B

Enquêtes postales parents et adolescentes – Questionnaires français et anglais aux adolescentes M7-C

Enquêtes postales parents et adolescentes – Lettres d'invitation française et anglaise aux parents..... M7-D

Enquêtes postales parents et adolescentes – Lettres d'invitation française et anglaise aux adolescentes M7-E

Enquêtes postales parents et adolescentes – Coupons de participation français et anglais au tirage *iPod touch*..... M7-F

Enquêtes postales parents et adolescentes – Cartes-rappel française et anglaise aux non-participants..... M7-G

Enquêtes postales parents et adolescentes – Lettres de relance française et anglaise adressées aux parents M7-H

ANNEXES « RÉSULTATS » **Nº de l'annexe**

Gestion des produits immunisants (GPI) – Bilan des renseignements obtenus auprès des responsables du MSSS R1-A

Liste des documents produits par le MSSS pour l'implantation du programme de vaccination contre les VPH R1-B

Données liées à la mise en œuvre du programme de vaccination VPH au palier régional R1-C

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP – Commentaires des participants R1-D

Bilan de la gestion des produits immunisants pour la vaccination VPH selon les régions sociosanitaires, Québec 2008-2009 et 2009-2010 ..... R1-E

Couverture vaccinale contre les VPH des filles de 3e secondaire par territoire de CSSS, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 ..... R1-F

Couverture vaccinale contre les VPH des filles de 4e et 5e secondaire dans les régions où la vaccination scolaire a été offerte de manière élargie, Québec, 2008-2009 (et 2009-2010 en Estrie) R1-G

Description par les vaccinateurs de l'offre de service de vaccination contre les VPH aux adolescentes R1-H

Résultats des entrevues auprès des vaccinateurs R1-I-1

Facteurs facilitant l'implantation du programme de vaccination contre les VPH R1-I-2

Obstacles à l'implantation du programme de vaccination contre les VPH R1-I-3

Acceptation de la vaccination VPH par les adolescentes et leurs parents R1-I-4

Recommandations formulées par les vaccinateurs et par les répondants des CSSS R1-I-5

Caractéristiques des vaccinateurs ayant participé aux entrevues R1-I-6

Précision de l'information trouvée sur les modalités de vaccination contre le VPH via différentes rubriques – Site Internet des CSSS R2

Précision de l'information trouvée sur les modalités de vaccination selon différents mots-clés via le moteur de recherche – Site Internet des CSSS R3

Qualité des pages Internet selon certains critères d'ergonomie Web R4

Services ou secteurs des CSSS les plus fréquemment impliqués dans l'offre de vaccination des adolescentes contre les VPH hors de la vaccination scolaire, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 ..... R5-A

Moments où la vaccination VPH des adolescentes était offerte en CSSS hors de la vaccination scolaire selon les diverses modalités de visites ou cliniques avec ou sans prise de rendez-vous, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 ..... R5-B

Nombre estimé de filles vaccinées contre les VPH dans les CSSS hors de la vaccination scolaire selon les groupes d'âge, Québec, 2008-2009 - 2009-2010 ..... R5-C

Services offerts dans les CSSS pour favoriser la vaccination VPH des adolescentes visées par le programme mais qui ne sont toujours pas vaccinées – Québec, 2008-2009 et 2009-2010 ..... R6

Modalités de prise de rendez-vous pour la vaccination VPH lors des cas standardisés dans 4 CSSS R7

Caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude test-retest R8

Fréquences et kappas (I.C. 95 %) au test-retest selon les variables R9

Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes ayant participé aux groupes de discussion 1 et 2 ..... R10

Caractéristiques sociodémographiques des parents participant au groupe de discussion R11

Résumé des constats obtenus lors des trois groupes de discussion R12

Compte rendu du groupe de discussion auprès d'adolescentes de 4e secondaire R13

Compte rendu du groupe de discussion auprès d'adolescentes ≥ 16 ans R14

Compte rendu du groupe de discussion auprès de parents d'adolescentes R15

Comparaisons des effectifs des participantes à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) pour les filles nées en 1992 selon la région de résidence R16

Comparaisons des effectifs des participantes à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) pour les filles nées en 1994 selon la région de résidence R17

Comparaisons des effectifs des participantes à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) pour les filles de toutes cohortes confondues selon la région de résidence R18

Caractéristiques sociodémographiques des participantes R19

Caractéristiques des participantes selon le statut vaccinal VPH (au moins une dose) R20

Scores de connaissances des adolescentes selon différentes caractéristiques R21

Attitudes et croyances des adolescentes sur les VPH, le vaccin contre les VPH et la vaccination en général, Québec, 2010 ..... R22

Attitudes et croyances des adolescentes sur le VPH, le vaccin contre les VPH et la vaccination en général selon le statut vaccinal VPH (au moins 1 dose), Québec, 2010 ..... R23

Comportements sexuels des adolescentes, Québec, 2010 ..... R24

Histoire antérieure de dépistage du cancer du col, d'ITSS ou de cancer des adolescentes, Québec, 2010 ..... R25

Histoire antérieure de dépistage du cancer du col, d'ITSS ou de cancer chez les adolescentes selon leur statut vaccinal VPH (au moins une dose) R26

Présence dans l'entourage des adolescentes d'une personne ayant une histoire de test de Pap anormal, de verrue génitale, de cancer du col utérin ou de tout autre cancer, Québec, 2010 ..... R27

Présence dans l'entourage des adolescentes d'une personne ayant une histoire de test de Pap anormal, de verrue génitale, de cancer du col utérin ou de tout autre cancer selon leur statut vaccinal VPH (1 dose), Québec, 2010 ..... R28

Discussion, influence ou approbation parentale sur la vaccination VPH des adolescentes, Québec, 2010 ..... R29

Principale source d'information des adolescentes sur la vaccination VPH, Québec, 2010 ..... R30

Comparaisons des effectifs des parents participant à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) des adolescentes nées en 1992 selon la région de résidence R31

Comparaisons des effectifs des parents participant à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) des adolescentes nées en 1994 selon la région de résidence R32

Comparaisons des effectifs des parents participant à l'enquête avec la population de l'ensemble des filles du Québec et avec l'échantillon de départ (RAMQ) des adolescentes des deux cohortes confondues selon la région de résidence R33

Caractéristiques sociodémographiques des parents participants R34

Caractéristiques sociodémographiques déclarées par les parents concernant leur fille visée par l'enquête R35

Caractéristiques sociodémographiques des parents participants selon le statut vaccinal VPH déclaré pour leur fille R36

Attitudes et croyances des parents sur les VPH, le vaccin VPH et la vaccination en général, Québec, 2010 ..... R37

Attitudes et croyances des parents sur les VPH, la vaccination VPH et la vaccination en général selon le statut vaccinal VPH (au moins 1 dose) déclaré de leur fille, Québec, 2010 ..... R38

Histoire personnelle ou dans l'entourage des parents de divers problèmes en lien avec le cancer du col ou le cancer en général, Québec, 2010 ..... R39

Facteurs ayant influencé l'opinion des parents sur la vaccination VPH de leur fille selon le statut vaccinal VPH (au moins 1 dose) déclaré pour leur fille, Québec, 2010 ..... R40

Principale source d'information sur la vaccination contre les VPH des parents, Québec, 2010 ..... R41

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BSV	Bureau de surveillance et de vigie
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CIQ	Comité sur l'immunisation du Québec
CJ	Clinique jeunesse
CM	Clinique médicale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CV	Couverture vaccinale
DPSP	Direction de la protection de la santé publique
DSP	Direction de santé publique
FEJ	Famille-enfance-jeunesse
GMF	Groupe de médecine de famille
IC	Intervalle de confiance
I-CLSC	Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (centres locaux de services communautaires)
IE	Invitation à l'école
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
MCI	Manifestation clinique inhabituelle
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OSV	Organisation des services de vaccination
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PROGRAMME VPH	Programme de vaccination contre les VPH
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SC	Services courants
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
TFCPS	Task Force on Community Preventive Services
TPSGC	Travaux publics et Services gouvernementaux Canada
UMF	Unité de médecine de famille
VPH	Virus du papillome humain

1 INTRODUCTION

À la suite de la recommandation du Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ, 2007), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a lancé en septembre 2008, un programme de vaccination gratuite contre les virus du papillome humain (VPH) ciblant les filles de la 4e année du primaire et de la 3e année du secondaire, s'inscrivant ainsi dans le calendrier de vaccination en milieu scolaire (MSSS, 2008a). Le programme prévoyait également la vaccination gratuite des adolescentes âgées de moins de 18 ans qui ne pourraient pas être rejointes par le programme scolaire. Dans ce cas, les modalités de cette offre de service, que nous appellerons ici la vaccination hors du milieu scolaire, ont été déterminées dans chacune des régions (MSSS, 2008b). L'objectif principal du programme est la prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses causées par les VPH de types 16 et 18 dans le but de diminuer l'incidence du cancer du col utérin et la mortalité associée. Pour y arriver, les objectifs de couverture vaccinale correspondent à ceux fixés dans le Programme national de santé publique (PNSP), soit de 90 % en 4e primaire et de 85 % en 3e secondaire d'ici 2012 (MSSS, 2008c).

Les premiers résultats de couverture vaccinale (CV) obtenus après l'administration d'une première dose chez les adolescentes québécoises dépassaient largement les prévisions initiales du MSSS, soit 87 % en 3e secondaire à l'échelle du Québec (Bureau de surveillance et de vigie (BSV), MSSS, 2009), en comparaison des CV obtenues dans les autres provinces canadiennes. En effet, un programme semblable avait été lancé l'année précédente en Ontario et en Colombie-Britannique avec des couvertures beaucoup plus faibles, soit respectivement 50 % (Gemmill, 2008) et 66 % (British Columbia Center for Disease Control, 2010). Cette grande ouverture à la vaccination VPH chez les adolescentes québécoises étonnait d'autant plus que la décision d'implanter un programme de vaccination universel contre les VPH au Canada avait été vivement critiquée (Lippman et autres, 2007; Lippman, 2008; Luneau, 2007).

La vaccination est une mesure de prévention déterminée par de nombreux facteurs, tant organisationnels que psychosociaux. Les caractéristiques sociodémographiques des personnes à vacciner et leurs caractéristiques personnelles sont particulièrement liées à la décision de se faire ou non vacciner (Boulianne et autres, 2000; Guay et autres, 2009; Hamid, 2008; St-Amour et autres, 2006). Dans le cas particulier de la vaccination contre les VPH des adolescentes, à la lumière de notre expérience et des écrits scientifiques (Guay et autres, 2009; Ogilvie et autres, 2007; St-Amour et autres, 2006), nous avons postulé que les caractéristiques et attitudes parentales devaient également déterminer la vaccination contre les VPH des adolescentes, puisqu'ils devraient être partie prenante de la décision de vaccination, même si au Québec, à partir de 14 ans, les adolescentes peuvent décider de se faire vacciner sans nécessité d'une autorisation parentale.

Dans la période entourant le début du Programme de vaccination contre les VPH, plusieurs études avaient été conduites pour connaître ces déterminants de la vaccination contre les VPH autant chez les adolescentes (Marlow et autres, 2009; Zimet et autres, 2005) que chez les parents (Brabin et autres, 2006; Constantine et Jerman, 2007; Ogilvie et autres, 2007; Waller et autres, 2006), mais la plupart l'avaient été avant l'introduction d'un programme, avant l'offre de la vaccination ou avant que le vaccin ne soit disponible.

Par ailleurs, les modalités de l'offre de service et les CV obtenues auprès des adolescentes en milieu scolaire sont assez bien connues au Québec. Les CV sont calculées au palier provincial à partir de données agrégées transmises par les infirmières scolaires et fournies par les directions de santé

publique de chacune des régions sociosanitaires. Ces données permettent un suivi et des comparaisons d'une région à l'autre et d'une année à l'autre. Néanmoins, il n'est pas possible d'analyser les déterminants individuels de la vaccination à partir de ces données. Quant à la vaccination contre les VPH hors du milieu scolaire, étant donné son caractère moins normé, on ne sait pas jusqu'à quel point l'accès y est garanti aux adolescentes. Il n'y a pas non plus de mécanisme prévu pour en connaître l'offre réelle, ni pour évaluer les CV obtenues auprès des adolescentes ciblées spécifiquement par ces services.

C'est donc dans ce contexte que l'évaluation faisant l'objet du présent rapport a été réalisée. Elle correspond aux projets 2.5.1 (évaluation de l'implantation du programme de vaccination) et 2.4.1 (connaissances, attitudes et comportements de la population) du devis d'évaluation du Programme de vaccination contre les VPH au Québec (Dubé et autres, 2008). Elle vise à évaluer certains aspects de l'implantation du programme de vaccination contre les VPH chez les adolescentes du Québec, à connaître les facteurs facilitants et les obstacles à l'implantation du programme, ainsi que les facteurs influençant l'acceptation de la vaccination par les adolescentes et leurs parents. Elle a aussi comme objectifs de décrire l'offre de service hors du milieu scolaire et d'estimer dans quelle mesure les adolescentes acceptent la vaccination contre les VPH à l'extérieur de l'école (tableau 1). L'évaluation s'intéresse donc surtout à l'implantation des ans 1 et 2 du programme, soit lors des années scolaires 2008-2009 et 2009-2010. Cette évaluation devait se réaliser au cours de l'automne 2009 et de l'hiver 2010. Or, à l'automne 2009, lors de la pandémie d'influenza A(H1N1) et de la campagne de vaccination de masse en découlant, l'ensemble des ressources du réseau de la santé a été mobilisé pour répondre à cet événement exceptionnel. Comme les activités non rattachées à la pandémie ont dû être retardées, dans cette foulée, la réalisation de l'évaluation du Programme de vaccination contre les VPH a été différée. C'est pourquoi, dans certains cas, il sera aussi question de l'an 3 du programme de vaccination contre les VPH dans le présent rapport, soit le programme s'étant déroulé en 2010-2011 puisque la collecte de données a également couvert l'an 3 du programme. Cela sera clairement mentionné lorsque pertinent.

Tableau 1 Objectifs de l'évaluation

1. Connaître les facteurs facilitants et les difficultés rencontrées dans l'implantation de la vaccination contre les VPH chez les adolescentes québécoises;
2. Décrire l'offre de service de la vaccination (OSV) hors du milieu scolaire pour les adolescentes du Québec;
3. Évaluer les déterminants de la vaccination VPH chez les adolescentes québécoises :
   - 3.1 connaissances, attitudes et comportements par rapport aux VPH, au cancer du col utérin et à la vaccination contre les VPH (adolescentes et leurs parents);
   - 3.2 facteurs sociodémographiques;
4. Estimer la proportion des adolescentes qui sont vaccinées hors du milieu scolaire.

Ce rapport se voulant le plus concis possible, malgré les nombreuses composantes de cette évaluation, il n'en présente que les grandes lignes. Plus de détails sont disponibles dans le document d'annexes méthodologiques (annexes M) ou de résultats (annexes R). Les mentions à ces annexes seront présentes tout au long du rapport. Également, pour référer au Programme de vaccination contre les VPH, dans un but de simplicité, on écrira Programme VPH. De la même façon, on écrira vaccin VPH

ou vaccination VPH pour alléger le texte. Il faut noter aussi que pour simplifier les questionnaires d'enquêtes, le singulier a été utilisé pour parler du VPH, alors qu'ailleurs on référera plutôt aux VPH.

La section suivante du rapport présentera le modèle théorique de l'évaluation puis la méthode utilisée. Viendra ensuite le chapitre des résultats qui intégrera les données des diverses collectes en fonction des objectifs de l'évaluation. Plus loin, la discussion sera amenée. Enfin, en conclusion, les principaux messages et pistes d'action seront exposés.

2 MODÈLE THÉORIQUE

Comme fondement théorique de départ, un premier jet de modèle a été élaboré à partir d'autres modèles ou cadres utilisés pour expliquer l'adoption d'un comportement lié à la santé et en particulier la vaccination, soit le modèle des croyances relatives à la santé, le modèle systémique de médecine clinique préventive et le modèle logique en vaccination du Task Force on Community Preventive Services (TFCPS) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*) (Becker, 1974; Janz et Becker, 1984; Rosenstock et autres, 1988) explique l'adoption d'un comportement lié à la santé à partir de déterminants personnels (connaissances, attitudes et croyances) et de facteurs sociodémographiques. Dans ce modèle, la prise de décision par rapport à la santé s'appuie sur la perception d'une menace pour la santé et sur la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace. Ainsi, la vaccination des adolescentes sera influencée par leurs connaissances sur les VPH, sur le cancer du col utérin et les infections transmissibles sexuellement, par leurs perceptions de leur vulnérabilité aux infections aux VPH et au cancer du col, par leurs perceptions de la sévérité des conséquences de ces infections, par les bénéfices et barrières perçus au regard de la vaccination contre les VPH et enfin par les incitations à se faire vacciner.

Certains éléments du modèle systémique de médecine clinique préventive (*Systems Model of Clinical Preventive Care*) de Walsh et McPhee (1992) ont également été intégrés, afin de tenir compte des déterminants liés aux services de santé (facteurs organisationnels), des interactions entre les professionnels de la santé, les parents et les patients (c'est-à-dire les adolescentes visées par le programme de vaccination) ainsi que de l'influence mutuelle des parents et des adolescentes. Ce modèle permet aussi d'analyser les déterminants sous l'angle des facteurs qui prédisposent, facilitent et renforcent l'adoption du comportement de vaccination, typologie elle-même inspirée du modèle de Green et Kreuter (2005). On intègre entre autres au modèle les attitudes, croyances, connaissances, habiletés et soutien des parents et des adolescentes face à la vaccination contre les VPH.

Enfin, selon le modèle logique en vaccination (Briss et autres, 2000; CDC, 1999; TFCPS, 2000; 2011), pour améliorer les CV, il faut agir sur la demande, l'accès et les professionnels (c'est-à-dire sur l'offre dans le dernier cas). Cette classification permet alors d'analyser les activités du programme de vaccination contre les VPH ainsi que les services de santé et leur organisation s'y rattachant pour envisager en quoi ils peuvent faciliter ou au contraire faire obstacle à la vaccination des adolescentes.

Afin de valider et bonifier le modèle, une revue extensive des écrits a été réalisée et des groupes de discussion ont été effectués (ces résultats sont présentés à la section 4.3.2). La place importante des parents et des professionnels de la santé dans le processus de décision de vaccination contre les VPH des adolescentes a été confirmée, certaines variables ont été ajoutées alors que d'autres ont été retranchées. Le modèle final est présenté à la figure 1.

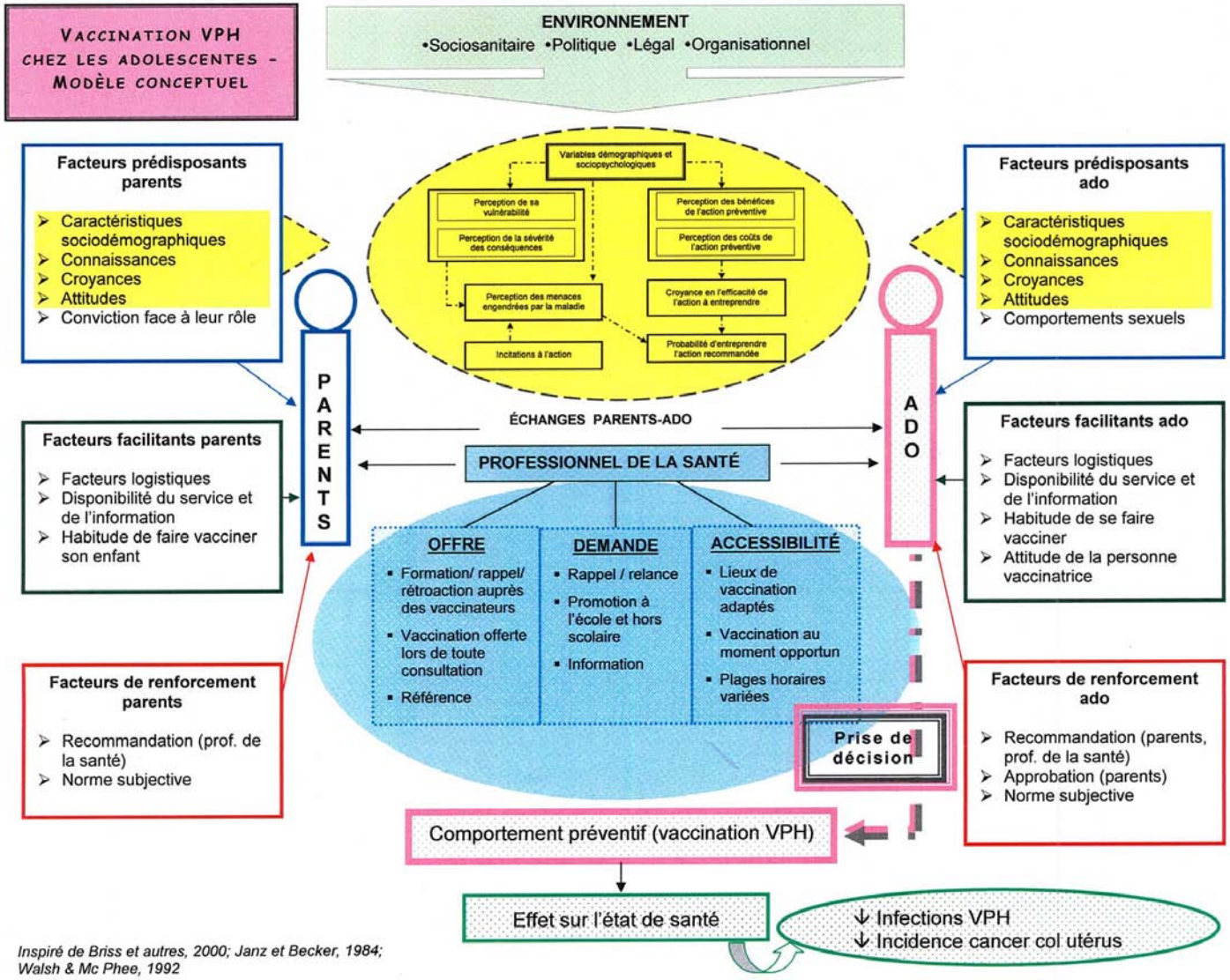


Figure 1 Modèle théorique

3 MÉTHODE

Il s'agit d'une évaluation s'appuyant sur un dispositif descriptif mixte (quantitatif et qualitatif). Certains éléments d'une évaluation normative ou de l'implantation (Brousselle et autres, 2009; Rossi et autres, 2004) ont été réalisés en s'attardant à la description d'activités pour implanter la vaccination dans et hors du milieu scolaire et aux facteurs favorables et difficultés rencontrées lors de l'implantation du programme auprès des adolescentes (objectifs 1 et 2). Cela a été fait par des enquêtes et entrevues auprès des personnes offrant des services de vaccination ou impliquées dans le Programme VPH des adolescentes. Également, des études descriptives transversales ont été effectuées auprès d'un échantillon d'adolescentes et de leurs parents, afin d'estimer la proportion de filles vaccinées contre les VPH hors du milieu scolaire et d'examiner les déterminants de la vaccination (objectifs 3 et 4). Cette dernière partie de l'évaluation avait aussi une visée analytique en cohérence avec notre modèle théorique décrit plus haut. Pour alléger le texte et faciliter la compréhension, seulement les grandes lignes de la méthode sont décrites dans ce chapitre. Plus de détails sont présentés aux annexes méthodologiques auxquelles on référera au fur et à mesure. Au besoin, à la section résultats, des rappels méthodologiques seront faits.

3.1 POPULATION À L'ÉTUDE ET ÉCHANTILLONS

La population à l'étude est composée de l'ensemble des acteurs du Programme VPH des adolescentes du Québec (à l'exception des acteurs des régions 17 et 18 étant donné que les modalités du programme y étaient différentes : dans ces deux régions, toutes les filles âgées de 9 à 17 ans étaient visées par la vaccination gratuite offerte par des services spécifiques, particulièrement en milieu scolaire). Les sous-groupes sont traités ici selon l'ordre de contribution dans les étapes de la mise en œuvre du programme.

3.1.1 Organisations impliquées dans la mise en œuvre du programme

L'ensemble des organisations impliquées dans la mise en œuvre du Programme VPH auprès des adolescentes est étudié : le MSSS (l'équipe de la Direction de la protection de la santé publique (DPSP), les 16 directions de santé publique (DSP) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Des questionnaires par entrevues téléphoniques ont été administrés aux responsables du Programme VPH au MSSS et aux responsables des DSP.

En ce qui a trait aux CSSS, ils ont été analysés plus particulièrement selon trois aspects. Tout d'abord, l'ensemble des 95 CSSS a été analysé sous l'angle de leurs sites Internet en ayant comme prémisse que les adolescentes consultent ces sites pour obtenir de l'information sur la vaccination VPH. Ensuite, pour décrire l'offre de services, bien qu'au départ il avait été envisagé de procéder aussi par recensement, à cause des contraintes de temps et d'échéancier (étant donné surtout les retards cumulés à la suite de la pandémie d'influenza, comme expliqué en introduction), c'est plutôt un échantillon raisonné de 30 CSSS provenant des 16 régions à l'étude qui a été sélectionné, soit 2 CSSS par région sauf dans le cas des régions où on y trouve qu'un seul CSSS, on a alors sélectionné le seul CSSS de la région. Ces CSSS ont été choisis en fonction des caractéristiques suivantes : type de territoire (urbain ou rural), résultats de CV VPH pour les filles de 3^{e} secondaire se démarquant (soit élevée ou faible), particularités quant aux services de vaccination VPH offerts ou ayant trait au type de clientèle desservie (ex. : vulnérables) ou encore par une attitude proactive en vaccination. Les responsables des CSSS de cet échantillon ont été invités à répondre à un questionnaire auto-administré envoyé par

courriel et complété par des entrevues téléphoniques dans certains cas. Enfin, un autre échantillon de convenance de 4 de ces CSSS a été sélectionné pour décrire certains détails plus précis de l'offre de services, et ce, par l'utilisation d'un cas standardisé.

3.1.2 Vaccinateurs

Les vaccinateurs et vaccinatrices impliqués dans l'offre de services dans et hors du milieu scolaire sont également à l'étude. Un échantillon raisonné d'une dizaine de vaccinateurs (dont deux d'entre eux proviennent des CSSS de l'enquête à la section 3.1.1) dans quatre régions a été choisi pour participer à des entrevues en personne ou téléphoniques. Ce nombre a été déterminé pour permettre une relative diversité et l'atteinte d'une saturation des données. Ces vaccinateurs ont été choisis en fonction de certaines caractéristiques de l'offre de la vaccination à l'échelle locale et régionale. La proximité géographique, le type de territoire (urbain ou rural), le profil du vaccinateur ainsi que son milieu de pratique ont également été considérés. De plus, pour être admissibles à l'étude, les participants devaient répondre aux critères suivants : offrir la vaccination VPH si possible depuis le début du programme et vacciner contre les VPH au moins 20 filles par année (environ 50 doses).

3.1.3 Adolescentes et parents

Les adolescentes québécoises (à l'exception de celles vivant dans les régions 17 et 18) âgées entre 14 et 17 ans ainsi que leurs parents ont été étudiés. Pour les besoins spécifiques de l'évaluation, les adolescentes (et les parents y correspondant) ont été définies par deux cohortes :

- Une cohorte d'adolescentes de niveau scolaire de 5e secondaire (adolescentes visées par le Programme VPH, mais pas nécessairement rejointes par la vaccination offerte en milieu scolaire[1]), donc âgées de 16-17 ans au début de l'année scolaire 2009-2010, c'est-à-dire des adolescentes nées entre le 1er octobre 1992 et le 30 septembre 1993 inclusivement;
- Une cohorte d'adolescentes de 3e secondaire (adolescentes de niveau scolaire visé par le Programme VPH offert en milieu scolaire), donc âgées de 14-15 ans au début de l'année scolaire 2009-2010, c'est-à-dire, nées entre le 1er octobre 1994 et le 30 septembre 1995 inclusivement.

Plusieurs types d'échantillons ont été formés à partir de ces deux cohortes dans le but de procéder à divers types de collecte de données. Tout d'abord, un échantillon de convenance de 110 filles de 3e secondaire a été utilisé pour valider le questionnaire élaboré pour l'enquête dont il sera question plus loin et étudier sa fidélité, cela a été fait par une étude test-retest. Également, des échantillons de convenance d'adolescentes et de parents d'adolescentes volontaires ont été choisis pour procéder à des groupes de discussion. Enfin, pour faire une vaste enquête postale et en ligne, des échantillons aléatoires stratifiés de filles et de leurs parents dans les deux cohortes mentionnées ci-dessus ont été choisis, en préservant une fraction d'échantillonnage constante d'une strate à l'autre sur une base régionale, soit 2000 filles de niveau 5e secondaire et 1000 filles de niveau 3e secondaire. Ces derniers

[1] Comme mentionné en introduction, en plus de la vaccination à l'école des filles de 3e secondaire, le programme prévoyait également la vaccination gratuite des adolescentes âgées de moins de 18 ans, c'est-à-dire celles ne pouvant être vaccinées en 3e secondaire parce qu'elles ne fréquentent pas l'école ou celles ayant dépassé ce niveau de scolarité. Dans ce cas, l'offre et l'accès à la vaccination correspondaient à des modalités déterminées dans chaque région. Or, dans les faits, notre évaluation nous a appris que dans plusieurs régions, la vaccination a été offerte à l'école durant les heures de classe jusqu'en 5e secondaire et même au Cégep. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet, mais pour simplifier la compréhension, nous avons qualifié le Programme VPH de programme scolaire élargi dans les régions où la vaccination VPH a été offerte en milieu scolaire en 4e, 5e secondaire ou au Cégep durant les heures de classe aux adolescentes de moins de 18 ans.

échantillons ont été tirés dans le fichier d'inscription des personnes assurées à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le choix de ce fichier de population est justifié par les avantages qu'il présente pour calculer des CV (Boulianne et autres, 2007; Guay et autres, 2005).

Les tailles d'échantillons tirés de la RAMQ ont été estimées en fonction des paramètres suivants : une CV VPH la moins favorable de 50 % pour les filles de 5e secondaire et, pour la 3e secondaire, estimée à 85 % selon les résultats obtenus en 2008, une précision de plus ou moins 4,5 % (estimée pour un échantillon aléatoire simple et précision globale pouvant être améliorée en raison de l'échantillon stratifié), une valeur α de 0,05 et un taux de réponse anticipé de 25 % basé entre autres sur le taux de réponse de 21 % obtenu lors d'un projet pilote effectué en mars 2009 auprès d'élèves de 3e secondaire (Bouganim et autres, 2009) et le taux de réponse de 22 % obtenu dans une étude finlandaise sur le vaccin VPH auprès d'adolescentes (Woodhall et autres, 2007). Ces tailles d'échantillon tiennent compte aussi du fait que peu de filles non vaccinées ont répondu au questionnaire lors de l'étude pilote et que l'on doive s'assurer d'un nombre suffisant de filles non vaccinées parmi les participantes.

3.2 VARIABLES À L'ÉTUDE, SOURCES DES DONNÉES, MÉTHODES DE COLLECTE, DÉROULEMENT, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Plusieurs variables en lien avec le Programme VPH auprès des adolescentes ont été évaluées à l'aide de diverses sources de données et méthodes de collecte. Le tableau 2 résume succinctement, pour chacune des populations étudiées, l'ensemble de cette information, alors qu'un tableau plus détaillé se trouve à l'annexe M1-A. Lorsque nécessaire, ces deux tableaux réfèrent à d'autres tableaux spécifiques ou documents présentés aux annexes méthodologiques (annexes M1 à M7). Le traitement et l'analyse des données sont également synthétisés au tableau 2 et décrits plus longuement à l'annexe M1-A.

Tableau 2 Résumé des variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, déroulement, traitement et analyse des données selon les populations à l'étude et les dispositifs employés

Variables à l'étude	Collecte, source de données et déroulement	Traitement et analyse des données
I - ORGANISATIONS IMPLIQUÉES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME		
MSSS - *Enquête en face à face et téléphonique*		
• Modalités de l'organisation du programme VPH au palier provincial (An 1, An 2 et An 3) • Formation et soutien offerts aux DSP; activités de promotion, d'information et de suivi, résultats CV • Facteurs facilitants et obstacles	• Courriel d'invitation (annexe M1-B) • Questionnaire (annexe M1-C) par entrevues en face à face et téléphoniques auprès de 2 professionnels de la DPSP du MSSS (hiver 2011) • Documents et outils produits	• Saisie des notes d'entrevue dans un fichier Word • Analyse descriptive • Analyse documentaire • Analyse de contenu des questions à réponse ouverte
Directions de santé publique - *Enquête téléphonique*		
• Modalités du programme VPH au palier régional (An 1 et An 2) • Activités de promotion et de soutien aux vaccinateurs, résultats CV • Impact sur les autres programmes de vaccination • Facteurs facilitants et obstacles	• Courriel d'invitation (annexe M2-A) • Questionnaire (annexe M2-B) par entrevue téléphonique auprès des responsables régionaux en immunisation (été 2010) • Journal de bord rempli par l'intervieweur • Outil de suivi de l'enquête sur fichier Excel	• Saisie sur Excel puis transfert données dans SPSS (version 17) et réponses aux questions à réponse ouverte dans Word • Analyses descriptives univariées; analyse de contenu et triangulation avec journal de bord et outil de suivi
CSSS - *Enquête par voie électronique auprès des responsables des CSSS*		
• Modalités de fonctionnement du programme et d'organisation des services de vaccination au palier local pour la vaccination hors du milieu scolaire (An 1 et An 2) • Facteurs facilitants et obstacles • Impacts sur les autres services • Caractéristiques territoriales	• Questionnaire papier auto-administré (annexe M3-A) envoyé par courriel • Recrutement via les responsables des DSP • Courriel d'invitation et rappels (automne 2010; annexes M3-B à D) • Entrevues téléphoniques pour complément d'info (19 participants) en 11/2010 et 01/2011 après obtention de consentement (annexe M3-E)	• Saisie et analyse avec SPSS version 17 • Analyses descriptives univariées; analyses bivariées (selon secteur géographique du CSSS; tests de khi-deux) et comparaisons (années du programme An 1 c. An 2; tests de McNemar); Seuil de signification $\alpha = 0{,}05$ • Analyse de contenu des questions à réponses ouvertes
CSSS - *Sites Internet des CSSS*		
• Accessibilité, qualité et disponibilité de l'info sur la vaccination VPH hors du milieu scolaire	• Recherche sur les sites Internet des CSSS du Québec réalisée en août 2010	• Analyses descriptives et évaluation de la qualité selon les critères de Roberts (2010)
CSSS - *Cas standardisé*		
• Modalités de rendez-vous au CSSS pour la vaccination VPH hors du milieu scolaire	• Appel téléphonique d'une adolescente dans 4 CSSS (annexe M3-F) en 2010-2011	• Saisie sur Word (annexe M3-F) et analyses descriptives

Tableau 2 Résumé des variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, déroulement, traitement et analyse des données selon les populations à l'étude et les dispositifs employés (suite)

Variables à l'étude	Collecte, source de données et déroulement	Traitement et analyse des données
II- VACCINATEURS		
Entrevues auprès des vaccinateurs		
• Facteurs favorables et obstacles à l'implantation du Programme VPH • Suggestions pour améliorer l'organisation des services de vaccination VPH aux adolescentes • Opinion sur l'acceptation par les adolescentes et les parents	• Recrutement téléphonique par le concours des responsables des DSP (annexes M4-A et B) • Guide utilisé lors d'un entretien semi-structuré en face à face de 30-60 minutes enregistré après obtention du consentement (annexe M4-C) • Entrevues auprès de 11 vaccinateurs de 4 régions réalisées en mars et avril 2011 • Questionnaire sociodémographique (annexe M4-D) • Journal de bord et outil de suivi de l'enquête	• Verbatim intégral transcrit dans un fichier Word • Entrevues codées selon une grille (annexe M4-E) pour analyse qualitative (Miles et Huberman, 1994); saisie des données dans Nudist 2. Analyses thématiques et transversales pour établir la récurrence de catégories; triangulation avec journal de bord et outil de suivi • Analyses descriptives quantitatives des données sociodémographiques saisies sur SPSS version 17
III- ADOLESCENTES ET PARENTS		
Étude test-retest auprès de 110 filles de 3e secondaire		
• Fidélité/fiabilité du questionnaire aux adolescentes • Variable dépendante : Statut vaccinal VPH • Variables indépendantes : Connaissances, croyances, attitudes, histoire dans l'entourage de dépistage cervical anormal, de cancer cervical ou autre cancer, comportements sexuels, antécédents d'ITSS, influences sur la décision de vaccination, caractéristiques sociodémographiques, habitudes de vaccination	• Lettres d'invitation aux parents et adolescentes (annexe M5-A) • Test : questionnaire papier auto-administré après consentement des parents, administré lors de la vaccination VPH à l'école le 16/10/2009 et le 29/10/2009 (annexes M5-B à D) • Rappel courriel pour le Retest (2 et 12/11/2009) : questionnaire en ligne (site sécurisé de l'Université de Sherbrooke) (annexe M5-E) • Tirage de Ipods Touch parmi les participantes	• Saisie et traitement des données avec SPSS (version 17) et SAS (version 9.1); analyses descriptives • Fidélité déterminée par Kappa de Cohen et intervalles de confiance à 95 %
Groupes de discussion		
• Déterminants de la vaccination VPH selon le modèle théorique et validation du modèle • Connaissances, attitudes et comportements relativement au vaccin VPH • Processus de prise de décision pour la vaccination VPH • Opinion sur les services de vaccination VPH	• Lettres d'invitation aux parents et adolescentes (annexe M6-A) • Guides d'animation (annexe M6-B et M6-C) • Trois groupes de discussion (Morgan et Krueger, 1998) enregistrés auprès de 11 filles admissibles au programme VPH et 6 mères; consentements obtenus (automne 2009; annexes M6-A, D et E) • Questionnaires sociodémographiques (annexes M6-F et G)	• Résumé des verbartims transcrits sur fichiers Word • Analyse de contenu des résumés • Analyse descriptive des données sociodémographiques saisies avec SPSS version 17

Tableau 2 Résumé des variables à l'étude, sources de données, méthodes de collecte, déroulement, traitement et analyse des données selon les populations à l'étude et les dispositifs employés (suite)

Variables à l'étude	Collecte, source de données et déroulement	Traitement et analyse des données
III- ADOLESCENTES ET PARENTS (SUITE)		
Enquête postale ou électronique auprès des parents et des adolescentes		
• Détail des variables en annexe M7-A • Variable dépendante : Statut vaccinal VPH • Variables indépendantes : *Variables communes aux adolescentes et parents* – Caractéristiques sociodémographiques – Connaissances, croyances, opinions et attitudes sur les VPH, le vaccin VPH, le cancer du col utérin et la vaccination en général – Habitudes de vaccination – Pratiques de dépistage du cancer du col utérin – Histoire personnelle ou dans l'entourage de dépistage cervical anormal, de verrue génitale, de cancer cervical ou de tout autre cancer – Raisons pour ou contre la vaccination VPH – Influences pour ou contre la vaccination VPH – Facteurs logistiques facilitant ou faisant obstacle à la vaccination VPH – Sources d'information, disponibilité du service et de l'information sur le vaccin VPH – Recommandation du vaccin VPH – Opinion sur les services de vaccination VPH – Norme subjective sur la vaccination VPH – Présence de discussion sur la vaccination VPH *Variables spécifiques aux adolescentes* – Comportements sexuels et antécédent d'ITSS – Sources d'encouragement ou de découragement à la vaccination VPH – Approbation parentale sur la décision VPH – Attitude de la personne vaccinatrice VPH *Variables spécifiques aux parents* – Regret anticipé si refus de la vaccination VPH – Opinions sur la prise de décision de vaccination VPH de leur fille et perception de leur influence – Conviction face à leur rôle	• Questionnaires auto-administrés en français ou en anglais, postal ou électronique (Lime Survey sur le site sécurisé de l'Université de Sherbrooke) (annexes M7-B et M7-C) • Questionnaires inspirés de questions tirées d'autres études (annexe M7-A), de l'étude test-retest et des groupes de discussion • Questionnaires prétestés auprès de 13 adolescentes et 11 parents, francophones et anglophones. Ajustements mineurs apportés • Envois en trois temps selon Dillman (2007) : I- Enveloppe adressée aux parents de l'adolescente (21 mai 2010) contenant : – Lettre d'explication aux parents (annexe M7-D) – Questionnaire aux parents (annexe M7-B) – Enveloppe retour préaffranchie – Enveloppe pour l'adolescente contenant : ▪ Lettre d'explication (annexe M7-E) ▪ Questionnaire aux adolescentes (annexe M7-C) ▪ Enveloppe retour indépendante ▪ Coupon de participation au tirage d'un *iPod touch* (annexe M7-F) et enveloppe pour coupon tirage II- Carte-rappel aux non-participants (annexe M7-G) (31mai 2010) III- Envoi du 14 au 18 juin 2010 comprenant une lettre de relance adressée aux parents et cochée selon qu'elle s'adresse soit aux parents, soit à l'adolescente ou aux deux, selon la non-réponse, accompagnée du matériel requis comme au premier envoi (annexe M7-H)	• Saisie des questionnaires papier sur SPSS • Transposition des questionnaires remplis en ligne dans SPSS et fusion avec la banque de données des questionnaires papier; traitement des données avec les logiciels SPSS (version 17) et SAS (version 9.1) • Variables dépendantes : – Statut vaccinal VPH (au moins une dose) – Statut vaccinal VPH (trois doses) • Variables indépendantes : (voir liste à la première colonne) • Analyses descriptives univariées • Traitement et recodage de certaines variables pour en faire des catégories, analyses de scores, etc. Analyses des scores de connaissances à l'aide de la moyenne, de l'écart type et de la médiane • Analyses bivariées de proportions utilisant test de khi-deux de Pearson ou de Fisher. Comparaisons des scores par tests de Kruskal-Wallis, de Student ou Anova; seuil de signification $\alpha = 0,05$ • Intervalles de confiance à 95 % pour la CV hors du milieu scolaire • Analyses multivariées de régression logistique. Calcul des rapports de cotes et intervalles de confiance à 95 % • Analyse de contenu des questions à réponses ouvertes

3.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les diverses personnes sollicitées venant des différents établissements ou organisations à l'étude, les vaccinateurs de même que les adolescentes et leurs parents étaient tout à fait libres de participer à l'étude. Les coordonnées des adolescentes nécessaires à l'enquête ont été obtenues à partir du Fichier des personnes assurées de la RAMQ après avoir reçu l'autorisation de la Commission d'accès à l'information. Ces renseignements personnels ont été détruits une fois le suivi de l'enquête terminé.

Étant donné l'âge des adolescentes visées par l'étude (< 18 ans), le consentement préalable des parents a été obtenu dans tous les cas (étude test-retest (annexe M5-B), groupes de discussion (annexe M6-A) et enquête, en conformité de l'autorisation obtenue du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Charles LeMoyne. À cause de la nature de l'évaluation, soit du fait que les adolescentes étaient interrogées au sujet d'une décision de vaccination qu'elles étaient en mesure de prendre elles-mêmes et fort d'une autorisation éthique déjà obtenue pour une étude du même ordre (Lajoie, 2001), il avait été prévu initialement d'adresser l'envoi des questionnaires d'enquête postale directement à l'adolescente sélectionnée. Ainsi, on avait prévu envoyer à l'adolescente le questionnaire lui étant destiné et celui destiné à ses parents (pour qu'elle remette le questionnaire à ses parents). Le CÉR a toutefois exigé que l'envoi postal soit plutôt adressé aux parents. C'est donc de cette manière que nous avons procédé, l'envoi postal a été adressé aux parents de l'adolescente sélectionnée. Les parents pouvaient donc remettre le matériel d'enquête à leur fille s'ils l'autorisaient à y participer.

Les participants n'ont pas tiré de bénéfice direct de l'étude, outre la possibilité de participer au tirage d'un I-Pod Touch offerte aux filles de l'étude test-retest et de l'enquête postale. Cette participation était indépendante des questionnaires. On ne pouvait lier la participation au tirage aux questionnaires. Pour les groupes de discussion, des frais de déplacement ont été remboursés aux participantes qui devaient se déplacer et un léger repas ou collation ont été offerts selon le moment du déroulement.

Les questionnaires aux filles et parents ont été rendus anonymes dès réception. On ne pouvait lier les questionnaires des adolescentes à ceux des parents. Un numéro de suivi avait été inclus aux questionnaires pour faciliter le suivi de l'enquête et éviter l'envoi de rappels aux participants. Lors de la réception des questionnaires, le numéro du questionnaire était enregistré pour fins de suivi, mais il était tout de suite retiré avant de saisir les données. Les participants pouvaient aussi retirer eux-mêmes ce numéro de suivi s'ils le désiraient. La réponse aux questionnaires postaux et à ceux transmis en ligne a été considérée comme un consentement implicite de participation à l'évaluation.

Dans les autres cas, lorsque pertinent (ex. : entrevues ou groupes de discussion), les participants ont rempli un formulaire de consentement en conformité des exigences du CÉR (annexes M3-E, M4-C, M6-D et E). En ce qui a trait à l'évaluation utilisant un cas standardisé, les responsables des CSSS ont été informés préalablement de sa tenue. De plus, l'autorisation du CÉR d'un des CSSS concernés a été obtenue. Les données nominatives qui sont venues à notre connaissance pendant l'enquête (ex. : noms des participants aux groupes de discussion ou aux enquêtes) ont été traitées dans la plus stricte confidentialité : données conservées sous clé, accès informatique limité et protégé par mot de passe, sauvegarde informatique dans un site à accès limité. Le personnel de recherche et tous les membres de l'équipe ont signé un formulaire d'engagement de respect de la confidentialité. Les données qui seront présentées dans les pages suivantes ne permettent pas d'identifier les personnes ayant participé sauf dans le cas d'un participant d'un CSSS qui a tenu à ce que son nom ainsi que celui de son établissement apparaisse aux remerciements.

4 RÉSULTATS

Le chapitre des résultats est traité en trois parties reliées aux objectifs de l'étude. La première section sera consacrée à l'objectif 1 de l'étude relativement aux facteurs ayant facilité l'implantation du Programme VPH et aux difficultés rencontrées dans cette implantation. Cependant, pour bien comprendre ce qui a pu aider ou faire obstacle, il est nécessaire de décrire de manière succincte préalablement cette implantation autant à l'égard des modalités d'offre de la vaccination en milieu scolaire que de celles hors du milieu scolaire, ce qui sera fait au début de la première section. La section suivante décrira de manière détaillée l'offre de service de la vaccination (OSV) hors du milieu scolaire, ce qui correspond au second objectif de l'étude. Les objectifs 3 et 4 seront traités conjointement dans la dernière section des résultats sur les déterminants de la vaccination VPH des adolescentes et la CV hors du milieu scolaire. Afin d'alléger la présentation, certains résultats plus détaillés sont rapportés dans le document d'annexes de résultats (annexes R1 à R41). Tout au long du texte, lorsque approprié, des rappels méthodologiques seront faits pour faciliter la compréhension. Également, comme mentionné en introduction, les résultats concernent surtout l'an 1 (2008-2009) et l'an 2 du programme (2009-2010), bien qu'occasionnellement des résultats relatifs à l'an 3 (2010-2011) pourront être présentés. Dans chacune des sections du chapitre résultats, les données provenant de plusieurs sources sont intégrées. Ces sources seront spécifiées à chaque fois pour en faciliter le repérage.

4.1 IMPLANTATION DU PROGRAMME DE VACCINATION CONTRE LES VPH

La section relative à l'implantation du Programme VPH se consacre surtout, dans un premier temps, à la description des activités réalisées ou des services offerts. Quelques mentions seront faites aux ressources du programme VPH, bien que l'appréciation de sa structure ne fasse pas l'objet de l'évaluation. La description des activités et services du programme VPH est tout de même faite en se collant à la structure des paliers du réseau de la santé. Ainsi, la section débute par l'implantation du programme VPH au palier provincial, suivie par l'implantation au palier régional et après par l'implantation au palier local. Plus loin, les facteurs favorables et les obstacles à l'implantation du programme VPH sont exposés, selon le point de vue des responsables ou acteurs du programme en suivant le même ordre partant des responsables du palier provincial vers les acteurs du palier local. Enfin, les commentaires et suggestions à chacun des paliers sont présentés.

4.1.1 Description de l'implantation du programme au palier provincial

Cette description provient d'une enquête à l'aide d'un questionnaire semi-fermé administré en face à face ou par entrevue téléphonique auprès de deux professionnels de la DPSP au sein du MSSS. Cette enquête a été menée à l'hiver 2011. Au besoin, ces personnes ont validé l'information auprès de collègues de leur direction ou des autres directions concernées.

4.1.1.1 Planification et organisation du Programme VPH

4.1.1.1.1 Critères d'admissibilité pour la vaccination gratuite

Depuis 2008, les filles de la 4e année du primaire et de la 3e année du secondaire sont admissibles pour recevoir gratuitement la vaccination VPH et le vaccin a été administré en milieu scolaire dans toutes les régions du Québec. Le vaccin a aussi été offert gratuitement aux filles âgées de 14 à 17 ans selon

des modalités déterminées dans chaque région, la décision à cet égard ayant été prise par les directeurs de santé publique, lors d'une réunion de la Table de concertation nationale de santé publique. Cette décision n'allait pas dans le sens qu'auraient souhaité les responsables du MSSS qui auraient préféré une approche plus harmonisée et uniforme dans les régions. Le critère d'admissibilité pour le groupe des 14-17 ans a été modifié en cours d'implantation, afin de faciliter son application sur le terrain. Ainsi, lors du lancement du programme en septembre 2008, le vaccin était gratuit pour toutes les filles nées après le 31 août 1990, alors que depuis le 1er octobre 2010, la vaccination est offerte gratuitement aux filles âgées de moins de 18 ans au moment de leur première dose de vaccin (MSSS, 2010).

Par ailleurs, entre la 5e année du primaire et la 2e année du secondaire inclusivement, les filles peuvent recevoir le vaccin gratuitement si elles sont sexuellement actives, car elles sont considérées comme étant à risque élevé d'être exposées aux VPH. Les filles des communautés des Premières Nations ou des régions 17 et 18 âgées de 9 à 17 ans sont également admissibles à la vaccination gratuite.

L'avis du CIQ (2007) et certains aspects opérationnels liés aux programmes de vaccination scolaire déjà en place ont justifié le choix de ces critères.

4.1.1.1.2 Attribution des doses de vaccin

Les résultats présentés dans cette section sont une version abrégée des commentaires formulés par les responsables du MSSS concernant la gestion des produits immunisants pour le programme VPH. Une version complète des commentaires est présentée à l'annexe R1-A.

Des écarts sont rapportés entre les nombres de doses estimés par les responsables régionaux et les nombres de doses disponibles ou distribuées par le MSSS pour le Programme VPH.

Ainsi, lors de l'an 1 du programme, 433 636 doses ont été jugées nécessaires selon les estimés régionaux fournis en janvier 2008, alors que seulement 400 000 doses étaient disponibles pour tout le Québec, soit un écart de 33 636 doses. En effet, un contrat d'approvisionnement pour les doses de vaccin VPH avait été signé avec le Bureau des achats de la Division des produits pharmaceutiques, biologiques et vaccins de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) pour un total de 400 000 doses. Par la suite, 25 000 doses supplémentaires ont été obtenues et un plan de réallocation de doses entre les régions a été mis en place par le MSSS. Au total, 395 278 doses ont été distribuées du dépôt provincial vers les dépôts régionaux. Les besoins ont finalement été comblés pour l'ensemble des régions en ce qui concerne la vaccination scolaire. Pour la clientèle hors scolaire, certaines régions n'ont pas reçu toutes les doses souhaitées malgré les ajustements apportés par le MSSS au cours de l'année, afin de vacciner le plus grand nombre possible de personnes. Ainsi pour l'année 2008-2009, plusieurs étapes d'estimation et d'ajustement ont eu lieu, faisant en sorte que la priorité a été donnée à la vaccination offerte à l'école.

Lors de la deuxième année du programme, 346 380 doses ont été estimées nécessaires par les responsables régionaux, alors que seulement 250 000 doses étaient disponibles auprès de TPSGC, soit un écart de 96 380 doses. Un estimé des besoins pour la clientèle scolaire uniquement a ensuite été demandé aux responsables régionaux et des négociations ont été menées par TPSGC pour permettre l'achat de doses supplémentaires. Au final, le nombre de doses disponibles a permis de répondre aux besoins de la clientèle scolaire, évalués à 247 596 doses, de même qu'aux besoins de la clientèle hors scolaire ayant déjà pris un rendez-vous de vaccination. La consigne a été donnée aux régions de ne pas

faire de promotion auprès de la clientèle hors scolaire. Par ailleurs, la pandémie d'influenza A(H1N1) a fait en sorte que moins de vaccins ont été livrés comparativement à ce qui avait été prévu. Au total, 226 596 doses ont été distribuées par le MSSS en 2009-2010.

Lors de l'an 3 du programme, 205 567 doses ont été estimées nécessaires pour répondre aux besoins, en tenant compte des doses restantes au dépôt provincial et dans les dépôts régionaux. L'estimé incluait le nombre de doses nécessaires pour vacciner la clientèle scolaire et le nombre de doses nécessaires pour compléter la vaccination des filles ayant débuté leur vaccination hors milieu scolaire ainsi que pour vacciner les filles inscrites sur une liste d'attente. Rappelons qu'en octobre 2010, le critère de gratuité pour les filles de 14-17 ans avait été modifié pour offrir le vaccin à toutes les filles ayant commencé leur vaccination, alors qu'elles étaient âgées de moins de 18 ans. Au final, on considère que le nombre de doses disponibles a été suffisant pour répondre aux besoins régionaux durant l'année 2010-2011.

4.1.1.1.3 Outils et budget mis à la disposition des régions

Un Comité de soutien à l'implantation du Programme VPH, composé de professionnels du MSSS et des DSP, a été mis sur pied par le MSSS dès 2007. Différents outils et documents ont été mis à la disposition des DSP pour faciliter l'implantation du programme, dont l'avis du CIQ (2007), la mise à jour du PIQ, un outil de formation produit par le Comité de soutien (validé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)), un document d'information questions-réponses à l'intention des intervenants (validé par l'INSPQ), une brochure d'information incluant le formulaire de consentement destinée aux parents d'élèves de 4e primaire, un dépliant pour les filles de moins de 18 ans, un feuillet informatif remis avant la vaccination des élèves de 3e secondaire, des modèles de lettre explicative à l'intention des enseignants et des parents et des grilles de collecte de données. Plusieurs de ces outils ont été fournis en format Word ou PowerPoint de façon à être personnalisés au besoin et envoyés aux vaccinateurs. L'annexe R1-B présente la liste de tous les documents produits par le MSSS dans le cadre du Programme VPH.

En ce qui concerne le financement du programme, selon l'information transmise aux directrices et directeurs de santé publique le 31 mars 2008 (MSSS, 2008b), le MSSS avait prévu allouer un montant de 10 $ par dose, soit 20 $ par fille faisant partie de la cohorte annuelle de 4e primaire et 30 $ par fille faisant partie de la cohorte annuelle de 3e secondaire, pour couvrir l'ensemble des dépenses supplémentaires reliées aux activités de vaccination des CSSS en milieu scolaire. Un montant de 0,85 $ par dose par fille ciblée en 4e primaire et 3e secondaire était également budgété pour soutenir les activités régionales. Ces montants devaient par la suite être ajustés en fonction du calcul des coûts normés, puis versés aux agences de la santé et des services sociaux pour être distribués par les DSP.

4.1.1.2 Promotion et information sur le Programme VPH

4.1.1.2.1 Promotion et information auprès de la population

Au printemps 2008, le MSSS a mené une série d'activités de promotion ciblant les filles de 4e primaire et de 3e secondaire ainsi que leurs parents. Un communiqué de presse a été diffusé, une entrevue a été donnée par le directeur national de santé publique au journal La Presse et une annonce a été faite lors d'une conférence de presse pour présenter le programme. De plus, des rencontres d'information destinées à certains groupes ont eu lieu (ex. : Réseau québécois d'action pour la santé des femmes).

La promotion a été adaptée à la population et à la clientèle visée de façon à démontrer l'importance de la vaccination VPH et à inciter les adolescentes visées par le programme, et particulièrement celles en milieu scolaire, à poser le geste. Ainsi, en plus des outils de promotion produits pour cette clientèle et son entourage (brochure et dépliant sur les VPH, lettres d'information aux parents et aux enseignants, mise à jour du dépliant ITSS), des activités de sensibilisation ont été mises en place, notamment un placement publicitaire sur le VPH dans un magazine destiné aux adolescentes.

Il n'y a pas eu de promotion spécifique pour la clientèle hors scolaire âgée de 14-17 ans, compte tenu du nombre de doses limité lors des deux premières années du programme et de la priorité accordée à la vaccination en milieu scolaire. Aussi, le fait qu'aucun objectif de CV n'ait été fixé pour les filles hors milieu scolaire constitue en soi une raison pour ne pas cibler cette clientèle, selon l'avis des responsables du MSSS, sans oublier les limites budgétaires dont il faut tenir compte lors de l'implantation d'un nouveau programme. De la même façon, la promotion de la vaccination des filles à risque de 9-13 ans a été laissée à la discrétion des intervenants des CSSS.

L'annonce à la Une du site Internet du MSSS portant sur la mise en œuvre du Programme VPH a été faite en 2008. Outre l'information sur les modalités du programme, on y trouvait la Foire aux questions sur le VPH accessible dans la section Vaccination et toutes les publications liées au VPH accessibles dans la section Documentation/Publications.

À la demande du MSSS, une évaluation de la documentation concernant les programmes de vaccination au primaire (VPH et hépatite) a été effectuée en 2009 par la firme de recherche SOM (2009). Des focus groups ont été réalisés auprès de parents d'élèves de 4^{e} primaire et des entrevues téléphoniques ont été effectuées auprès d'infirmières en milieu scolaire, afin de connaître leur opinion sur les outils d'information distribués en 2008. La brochure d'information destinée aux parents d'enfants de 4^{e} primaire a fait l'objet de plusieurs critiques quant à son format qui semblait créer une certaine confusion chez les parents. Plusieurs modifications ont été proposées, afin de faciliter l'utilisation de cet outil et améliorer le processus entourant l'autorisation ou non de la vaccination (par ex. : simplifier le vocabulaire, utiliser davantage une formule de type questions-réponses, simplifier le formulaire de consentement et le placer davantage en évidence ou carrément le détacher). L'importance pour plusieurs parents d'obtenir une information complète, transparente et non imposée faisait partie des principaux constats.

Des focus groups ont été réalisés auprès de filles de 3^{e} secondaire, afin d'évaluer leur appréciation du dépliant d'information VPH. Selon l'information recueillie auprès du MSSS, les résultats de ces focus groups étaient plutôt positifs. Le dépliant semble avoir été bien reçu par les adolescentes, une participante sur deux reconnaissait qu'il porte sur la vaccination et toutes ont affirmé que le message était facilement compréhensible. En ce qui concerne leurs préférences à l'égard de cet outil d'information, la moitié favorisait l'esthétisme, alors que l'autre moitié favorisait l'information qui y est présentée. Les couleurs, la simplicité de la présentation et la clarté de l'information étaient appréciées. Certains commentaires négatifs ont toutefois été rapportés, ils concernaient la quantité de texte, les dessins et l'aspect général du dépliant. Plusieurs ont mentionné être déjà informées sur la vaccination VPH avant d'avoir vu le dépliant.

Une mise à jour du dépliant à l'intention des adolescentes a été faite en 2009 et 2010.

4.1.1.2.2 Promotion et information auprès du réseau de la santé

Avant l'implantation du programme, le MSSS a mené diverses activités de promotion et d'information auprès des acteurs du réseau de la santé. Par exemple, une lettre sur les modifications au Programme québécois d'immunisation a été envoyée aux directrices et directeurs de santé publique le 31 mars 2008 (MSSS, 2008b). Outre la clientèle visée et les modalités du programme, cette lettre portait sur l'inscription des données vaccinales aux fichiers de vaccination et le financement du programme. Des lettres explicatives ont aussi été envoyées à tous les médecins et les pharmaciens québécois au printemps 2008, ainsi qu'aux présidents de différentes organisations telles que le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Association des pédiatres du Québec, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec et l'Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec. Le document questions-réponses à l'intention des intervenants était disponible sur le site Web du MSSS et le lien vers le site était inscrit sur les lettres destinées aux médecins et aux pharmaciens. De plus, des rencontres d'information ont eu lieu auprès de certaines associations médicales. L'INSPQ avait produit un document PowerPoint pour soutenir les recommandations du CIQ qui a été utilisé lors de ces rencontres. Par ailleurs, l'annonce à la Une de l'Intranet réseau du MSSS a été faite en 2008, portant sur la mise en œuvre et les modalités du Programme VPH.

Par la suite, une fois le programme implanté, le MSSS a continué d'offrir son soutien aux DSP et aux vaccinateurs, notamment par l'envoi des directives annuelles aux directeurs de santé publique, la mise à jour de l'outil questions-réponses, les rencontres régulières avec le réseau des responsables en immunisation et la diffusion du bulletin Flash Vigie.

4.1.1.3 Suivi et évaluation du Programme VPH

La collecte des données de vaccination scolaire est faite à l'aide de grilles élaborées par le MSSS et remplies par les responsables régionaux en immunisation à partir des données transmises par les CSSS. Ces grilles permettent de colliger l'information nécessaire pour calculer la CV contre les VPH en milieu scolaire pour les filles de 4^{e} primaire et de 3^{e} secondaire, et ce, pour chaque région. La préparation des bilans sur les CV est faite au BSV de la DPSP du MSSS et les résultats sont diffusés dans le bulletin d'information Flash Vigie. D'autres grilles ont été élaborées, afin de soutenir les intervenants des CSSS dans leur collecte de données (ex. : grille par CSSS, grille par école), mais seules les grilles régionales doivent être retournées au MSSS (voir liste des outils de collecte à l'annexe R1-B). Elles sont transmises en format papier ou électronique par les responsables régionaux au mois de juillet de chaque année. Un comité de travail a été mandaté pour réviser ces outils, de sorte qu'une mise à jour a été faite chaque année depuis le début du programme.

Aussi, lors des deux premiers mois du programme en 2008, des données étaient demandées aux intervenants des CSSS toutes les semaines, afin de vérifier l'acceptation du programme sur le terrain. Selon les responsables provinciaux, bien que non validées, ces données ont été utiles et représentent en soi un bon outil lors de l'implantation d'un nouveau programme de vaccination tel que celui contre les VPH, compte tenu des coûts impliqués et de la controverse qui a eu lieu au départ. On a d'ailleurs pris soin de bien expliquer aux responsables régionaux la nécessité de ce suivi serré en début de programme.

Par ailleurs, un rapport sur le nombre de premières doses de vaccin VPH administrées en milieu scolaire entre le 1er septembre et le 28 novembre 2008 a été produit par le BSV de la DPSP du MSSS à l'automne 2008. La CV estimée à partir de ces données, soit 87 % pour les filles de 3e secondaire de l'ensemble du Québec, a permis de confirmer l'acceptation du programme par la population des adolescentes. Au terme de la première année d'implantation du programme, on a estimé que 81 % des filles de 3e secondaire avaient été adéquatement vaccinées contre les VPH (tableau 3). Les résultats de CV obtenus lors des deux années suivantes ont montré une baisse de l'ordre de 5 % comparativement à la première année du programme, soit 76 % à l'an 2 et 77 % à l'an 3.

Tableau 3 Estimation de la couverture vaccinale contre les VPH chez les filles de 3e secondaire vaccinées en milieu scolaire, Québec, 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011

Couverture vaccinale VPH (%)			
An 1 (2008-2009)		**An 2 (2009-2010)**	**An 3 (2010-2011)**
87 % (1re dose)	81 % (3e dose)	76 % (3e dose)	77 % (3e dose)

Source : BSV, 2010a; 2010b; 2011a.

Quant aux modalités de déclaration des manifestations cliniques inhabituelles (MCI), elles ne sont pas différentes des autres programmes de vaccination. Comme prévu dans la Loi sur la santé publique, les DSP recueillent, enquêtent et déclarent les MCI survenant à la suite d'une vaccination au Québec au programme de surveillance provinciale ESPRI (effets secondaires possiblement reliés à la vaccination). Ces données sont analysées sur une base hebdomadaire ou plus fréquemment s'il y a signalement d'un problème par le BSV de la DPSP du MSSS. Les données sont envoyées à l'Agence de la santé publique du Canada pour des fins de vaccinovigilance internationale et d'évaluation de la causalité dans les cas les plus sérieux (Comité canadien d'évaluation de la causalité). Des rapports sommaires sont produits et diffusés aux DSP au besoin. En cours de campagne 2008 par exemple, de tels rapports étaient diffusés mensuellement. Par ailleurs, des rapports de surveillance MCI sont produits périodiquement et des rapports vigie sont également produits et diffusés s'il y a un problème particulier ou pour répondre à un besoin bien précis. Finalement, les données MCI sont disponibles hebdomadairement pour les DSP grâce à l'outil de vigie disponible sur le forum du MSSS.

4.1.2 Description de l'implantation du programme au palier régional

Cette section relate les résultats tirés de l'enquête téléphonique auprès des responsables régionaux des directions de santé publique réalisée à l'été 2010. Au total, 15 des 16 responsables des directions de santé publique ont accepté de participer à l'évaluation. Comme dans le cas des participants du MSSS, au besoin, les responsables régionaux ont pu répondre directement aux questions ou si nécessaire, obtenir de l'information complémentaire auprès de collègues.

Les résultats présentés dans cette section intègrent les résultats quantitatifs obtenus lors de l'enquête téléphonique réalisée auprès des responsables régionaux en immunisation (voir annexe R1-C) et une version abrégée des commentaires formulés au même moment par ces participants sur différents thèmes abordés au cours de l'entretien téléphonique. Une version plus complète des commentaires est

présentée dans le document déposé en annexe (voir annexe R1-D). À cause du moment de la collecte des données relatives à l'implantation du Programme VPH au palier régional, la plupart des résultats concernent ici les deux premières années du programme.

4.1.2.1 Portrait de l'offre de service dans et hors du milieu scolaire

Les modalités de l'offre de service de vaccination VPH aux adolescentes pour les années scolaires 2008-2009 (an 1 du programme) et 2009-2010 (an 2 du programme) diffèrent selon les régions, en fonction des orientations et des stratégies privilégiées dans chacune d'entre elles (tableau 4).

De manière globale, la première année du programme, dans cinq régions la vaccination a été offerte à l'école, uniquement aux adolescentes de 3e secondaire, alors que dans les 10 autres, l'offre scolaire s'adressait également aux élèves de niveaux supérieurs (tableau 5). En 2009-2010, dans 13 régions on a donné la vaccination à l'école durant les heures de classe en 3e secondaire uniquement et dans 2 régions on a aussi offert cette vaccination aux élèves de niveaux supérieurs. À quelques exceptions près, dans la plupart des régions, toutes les filles des communautés autochtones à partir de l'âge de 9 ans ont été vaccinées à l'école.

Tableau 4 Niveaux scolaires et lieux hors de l'école où la vaccination VPH était offerte aux adolescentes du Québec selon les régions sociosanitaires, 2008-2009 et 2009-2010

Région sociosanitaire (# et nom)	Vaccination scolaire pendant les heures de classe				Lieux de vaccination VPH hors du milieu scolaire (lieux possibles mais qui ne le sont pas nécessairement dans tous les territoires de CSSS de la région)
	3e sec	4e sec	5e sec	Cégep[1]	
2 Saguenay–Lac-St-Jean	✓	✓(1)	✓(1)	✓(1)	• En CSSS (services courants (SC)), en Centre jeunesse, à l'école (formation professionnelle, éducation aux adultes) • En CSSS par les services SIDEP pour les filles de 10-13 ans à risque • Dans les centres de santé ou à l'école pour les filles de 9-17 ans des 2 communautés autochtones
3 Capitale-Nationale	✓	✓(2)	✓(2)	✓(2, 3)	• En CSSS, en clinique médicale (CM), en Centre jeunesse, dans une maison des jeunes de la rue (SIDEP) et dans certaines pharmacies en 2009-2010
4 Mauricie et Centre-du-Québec	✓	IE	IE	IE	• En CSSS pour tous les autres groupes d'âge ciblés par le MSSS
5 Estrie	✓		✓	IE	• En CSSS (clinique des jeunes, SC), en CM, Groupe de médecine de famille (GMF), infirmières en cliniques privées et Centre jeunesse
6 Montréal	✓	✓(4)	✓(4)		• En CSSS (clinique jeunesse (CJ), SC, SIDEP), en Centre jeunesse (clientèles à risque) et dans les CM
7 Outaouais	✓	✓(1, 2, 5)	✓(1, 2, 5)		• En CSSS (CJ, SC), en Centre jeunesse (< 18 ans en hébergement) et en CM • Dans 2 CSSS ruraux, vaccination à l'école pour les < 18 ans ne fréquentant pas l'école
8 Abitibi-Témiscamingue	✓	✓(1, 2)	✓(1, 2)		• En CSSS (SIDEP, CJ) et dans un local de rue (SIDEP) • À l'école occasionnellement pour les 10-13 ans à risque, sinon au CSSS (SIDEP) • À l'école ou au centre de santé pour les communautés autochtones et parfois au CSSS selon les ententes dans chaque territoire
9 Côte-Nord	✓	✓(1, 2)	✓(1, 2)	✓(1, 2)	• En CSSS selon des modalités variables, en CSSS pour les filles de 10-13 ans à risque • À l'école (surtout) et dans les centres de santé pour les filles des communautés autochtones
10 Nord-du-Québec	✓	✓(2)	✓(2)		• Dans les centres de santé, vaccination sur demande (SIDEP) pour les filles de 10-13 ans à risque
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	✓	✓(1, 2)	✓(1, 2)	✓(1, 2)	• Aussi en CSSS pour les filles du Cégep et <18 ans ne fréquentant pas l'école (surtout clinique planning) • À l'école pour les filles de 10-13 ans à risque
12 Chaudière-Appalaches	✓		✓(2)	IE	• En CSSS (SIDEP, CJ, SC), très peu en CM, en CSSS pour les filles de 10-13 ans à risque
13 Laval	✓				• Filles de 14-17 ans et filles à risque de 10-13 ans : en CSSS (FEJ, services généraux), en CM, clinique privée infirmière, bureaux privés médecin, Centre jeunesse et quelques pharmacies communautaires
14 Lanaudière	✓				• En CSSS et en Centre jeunesse (vaccination effectuée sur place par des infirmières du CSSS) • À l'école sur la réserve pour les filles de la réserve Manawan (par les infirmières scolaires du CSSS)
15 Laurentides	✓	✓(2, 6)	✓(2, 6)		• En CSSS et en CM (clientèle hors scolaire et clientèle à risque)

Tableau 4 Niveaux scolaires et lieux hors de l'école où la vaccination VPH était offerte aux adolescentes du Québec selon les régions sociosanitaires, 2008-2009 et 2009-2010 (suite)

Région sociosanitaire (# et nom)	Vaccination scolaire pendant les heures de classe				Lieux de vaccination VPH hors du milieu scolaire (lieux possibles mais qui ne le sont pas nécessairement dans tous les territoires de CSSS de la région)
	3e sec	4e sec	5e sec	Cégep[1]	
16 Montérégie	✓	IE	IE		• Filles de 14-17 ans et 9-13 ans à risque : en CSSS (clinique jeunesse, services courants, SIDEP), Centre jeunesse, CM, clinique privée infirmière, centre hospitalier, 2 pharmacies (2009-2010)

IE = Invitation à l'école, c.-à-d. la vaccination est donnée en CSSS, mais une invitation à se faire vacciner a été transmise à l'école.

FEJ = Famille-enfance-jeunesse.

(1) Parfois IE.

(2) En 2008-2009 seulement.

(3) Un cégep avec vaccination hors des heures de cours.

(4) Dans quelques écoles, la fin de semaine.

(5) Quatre CSSS ruraux.

(6) Deux CSSS.

Source : Enquête auprès des responsables régionaux en immunisation (été 2010).

Tableau 5 Régions sociosanitaires où la vaccination VPH a été donnée à l'école durant les heures de classe selon le niveau scolaire de 3e secondaire et plus, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 15)

Niveau scolaire visé	Régions où la vaccination VPH a été donnée à l'école durant les heures de classe (n et liste selon le # de région)	
	2008-2009 (an 1)	2009-2010 (an 2)
3e secondaire seulement	5 (04-06-13-14-16)	13 (03-04-06-07-08-09-10-11-12-13-14-15-16)
3e, 4e et 5e secondaire	4 (03-08-10-11)	0
3e et 5e secondaire	2 (05-12)	1 (05)
3e, 4e, 5e secondaire et cégep 1	2 (02-09)	1 (02)
Niveau scolaire variant selon les CSSS de la région	2 (07-15)	0
Total	15	15

Source : Enquête auprès des responsables régionaux en immunisation (été 2010).

4.1.2.2 Planification et organisation du programme VPH

Dans la majorité des directions de santé publique (12/15), la planification de l'an 1 du programme VPH a débuté entre octobre 2007 et février 2008. Dans les 3 autres régions, cette planification a commencé entre les mois de mars et août 2008.

4.1.2.2.1 Processus de décision pour l'offre de service hors scolaire

Le processus de décision concernant l'offre de service de vaccination hors scolaire présente plusieurs similitudes entre les régions. Cette offre de service découle généralement d'une prise de position commune des CSSS du territoire qui fait souvent écho à une stratégie ou à une position régionale soumise par la DSP. L'orientation régionale adoptée est parfois mise en œuvre dans les CSSS selon des modalités différentes qui tiennent compte des caractéristiques de chaque territoire. Dans les communautés autochtones, l'offre de service s'actualise en fonction des ententes établies à ce sujet dans les territoires concernés.

4.1.2.2.2 Estimation et attribution des doses de vaccin et soutien financier

La gestion des doses de vaccin à l'échelle régionale, partant des estimations de départ jusqu'au nombre final de doses administrées a nécessité plusieurs étapes (annexe R1-E). Cette section décrit quelques-unes d'entre elles.

Estimation des doses

Quand il a été possible d'obtenir l'information en détail, les sources de données utilisées par les responsables des DSP pour établir les estimations des doses de vaccins VPH nécessaires ont varié selon les régions et selon les sous-groupes ciblés. Dans certains cas, plusieurs estimés ont été faits en faisant varier les paramètres qui sont énumérés ci-après, alors que dans d'autres, une seule estimation a été faite et fournie au MSSS. L'expérience, l'intuition, les collègues au sein des DSP et d'autres régions ainsi que la connaissance du territoire ont aussi été mis à contribution pour faire ces calculs.

Pour estimer le nombre de doses nécessaires à la vaccination des filles à l'école, on a surtout utilisé les données fournies par le milieu scolaire ainsi que les projections des effectifs de population dans les territoires de CSSS. On a pondéré ensuite ces données de base en fonction de CV à atteindre. Les objectifs de CV du PNSP (85 % pour les filles de 3e secondaire et 90 % pour les filles de 4e primaire) ont été utilisés comme cible dans la plupart des cas. Ailleurs, particulièrement en régions plus rurales, on a utilisé comme cible les CV atteintes pour les programmes scolaires.

Lorsque la vaccination était offerte à l'école aux filles de 4e et 5e secondaire, les responsables ont dû anticiper une CV en fonction de critères relativement arbitraires. Dans certaines régions, une CV de 80 à 85 % a été anticipée, tandis que dans d'autres régions on a anticipé une CV plus élevée (95 à 100 %) compte tenu de la forte tradition de vaccination scolaire et des résultats habituellement élevés de CV.

Pour estimer les nombres de filles qui seraient vaccinées hors du milieu scolaire, devant l'absence d'outils pour ce faire, on a entre autres consulté les infirmières du réseau SIDEP et des discussions ont eu lieu parmi les responsables régionaux pour déterminer les CV qui pourraient potentiellement être atteintes. Comme sources de données, la majorité ont utilisé les projections d'effectifs de population de l'Institut de la statistique du Québec, d'autres ont utilisé les données de Statistiques Canada. Pour les filles de 14-17 ans, une CV de 30 % a été anticipée dans plusieurs régions, mais variait de 10 % à 70 %. Pour les filles à risque de 9-13 ans, une CV de 10 % a été anticipée dans plusieurs régions, mais autrement variait de 2 à 30 %, alors que parfois aucun estimé n'était fait pour ce groupe. Dans une région il a été possible d'estimer spécifiquement la proportion de décrocheuses âgées de 17 ans.

Quant à la population autochtone, on a utilisé les données du système d'inscription des Indiens (ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada) ou de Santé Canada, pour lesquelles on a généralement considéré que 90 à 100 % des filles de 9-17 ans seraient vaccinées. Autrement, un nombre relativement arbitraire de doses a été ajouté aux autres estimés pour prendre en compte cette population.

Finalement, au nombre total de doses nécessaires évalué, dans certaines régions, on a ajouté des doses pour se laisser une marge de manœuvre variant de 8 à 10 % du total de doses estimées.

Pour l'an deux du programme (2009-2010), les estimations ont été revues en fonction du nombre d'élèves inscrits l'année précédente et des résultats de CV obtenus lors de l'an 1 du Programme VPH. Dans plusieurs régions, les estimations pour les adolescentes hors du milieu scolaire ont été revues à la baisse. D'autres critères ont été considérés, par exemple le fait qu'une bonne partie des filles de 4e et 5e secondaire aient été vaccinées à l'école en 2008-2009, le nombre de doses distribuées pour la clientèle hors scolaire ou encore le nombre de doses restantes de l'année précédente, la modulation du critère d'âge pour l'accès au vaccin gratuit ainsi que les délais de livraison à anticiper.

Les responsables des DSP ont déploré le manque de balises claires émanant du MSSS pour estimer les doses de vaccin. Plusieurs commentaires étaient à l'effet que la démarche d'estimation était basée sur des critères flous. Alors que dans certaines régions on a avoué avoir surestimé les quantités nécessaires, ailleurs, les estimations ont été faites de manière plus serrée, faisant en sorte que dans certains cas, des doses de vaccins ont été redistribuées à partir des régions en surplus vers des régions en pénurie. Par ailleurs, on a déploré que des différences soient observées entre les dénominateurs fournis par le ministère de l'Éducation du Québec et ceux fournis par les infirmières scolaires. Tout ce processus d'estimation de doses a fait en sorte que le nombre de doses de vaccin commandé au MSSS

correspondait parfois au nombre estimé. Autrement, le nombre commandé a été supérieur (par exemple pour arrondir le nombre) ou inférieur au nombre estimé.

Attribution des doses par le MSSS

Les commentaires des responsables régionaux concernant l'attribution des doses de vaccin aux DSP pour l'année 2008-2009 sont partagés. Certains affirment qu'il n'y a pas d'écart entre le nombre de doses estimé et commandé par la DSP pour leur région et le nombre de doses alloué par le MSSS. D'autres soutiennent plutôt que le nombre de doses alloué par le MSSS s'est révélé supérieur à celui estimé et commandé ou encore que la région a surestimé le nombre de doses requis. Dans plusieurs cas, des doses reçues en trop ont été redistribuées vers d'autres régions. Enfin, des responsables précisent que le nombre de doses reçu du MSSS a été inférieur au nombre de doses estimé pour leur région. Toutefois, dans tous les cas, le nombre de doses reçu a été suffisant pour répondre à la demande pour les adolescentes en milieu scolaire.

Par ailleurs, pour l'année 2009-2010, la majorité des responsables indiquent avoir reçu du MSSS une quantité de doses correspondant à la quantité demandée ou encore que le nombre de doses reçu s'est avéré suffisant pour répondre à la demande, du moins pour la clientèle scolaire. Certains font valoir que la quantité de doses de vaccin reçue du MSSS, à laquelle s'est ajouté le nombre de doses restantes de l'année précédente dans les dépôts régionaux, a permis de combler les besoins. D'autres participants font part d'un écart négatif entre le nombre de doses demandé et le nombre de doses reçu du MSSS, s'étant parfois traduit par un impact important sur les services offerts aux adolescentes.

Soutien financier

Les responsables régionaux dégagent aussi quelques constats relativement au soutien financier consenti par les DSP pour la vaccination contre les VPH. Par exemple, en l'absence de soutien financier du MSSS pour la vaccination des adolescentes de 4^{e} et 5^{e} secondaire, dans certaines régions, une aide financière aux CSSS a été accordée pour cette intervention. Une aide financière aux CSSS et aux dépôts régionaux a aussi été consentie pour l'achat d'équipement de réfrigération. Enfin, une partie de la subvention accordée aux CSSS pour chaque dose de vaccin était assumée par la DSP.

4.1.2.3 Promotion et information sur le programme

En plus des activités du MSSS, au total, dans 10 des 15 régions, des activités de promotion de la vaccination VPH auprès de la population ont été réalisées. De même, dans 11 régions, des activités de promotion ont été effectuées auprès des vaccinateurs et autres professionnels de la santé (ou acteurs du programme). Enfin, dans 7 régions, on a effectué des rappels auprès des vaccinateurs en CSSS pour souligner et encourager l'offre de vaccination hors du milieu scolaire.

4.1.2.3.1 Promotion auprès de la population

Les principales activités de promotion de la vaccination VPH auprès de la population en général comprenaient surtout des conférences de presse pouvant regrouper des représentants de divers milieux (ex. : DSP, CSSS, milieu scolaire, médecins), des communiqués de presse, des entrevues aux médias locaux et des articles et annonces dans les journaux locaux. Dans trois régions, le site Internet de l'Agence de la santé et des services sociaux prévoyait un volet spécifique à la vaccination VPH.

4.1.2.3.2 Promotion auprès des vaccinateurs

Dans la majorité des régions, l'annonce du Programme VPH et les explications relatives aux modalités d'application ont été faites par l'envoi de lettres de la DSP ou d'un bulletin régional aux vaccinateurs scolaires, en CSSS ou hors CSSS. Dans certains cas, l'information a été transmise aux vaccinateurs au cours de la formation annuelle en immunisation. À ces activités particulières s'est ajoutée de l'information écrite transmise lors des commandes de vaccins, des conférences téléphoniques, des échanges de courriels permettant des mises à jour et des rappels aux vaccinateurs.

4.1.2.3.3 Promotion auprès d'autres acteurs concernés

Dans plusieurs régions, un travail important de sensibilisation et d'information a été réalisé auprès du milieu scolaire. Des rencontres des autorités de la DSP avec les directeurs généraux ou les responsables des commissions scolaires, avec les membres d'une table régionale en promotion-prévention en milieu scolaire ou encore avec les représentants d'associations d'écoles privées, ont permis d'expliquer la nature du programme et de solliciter la collaboration des équipes des écoles.

Outre ces démarches auprès du milieu scolaire, d'autres activités de promotion de la vaccination VPH ont été réalisées, comme l'envoi d'un bulletin régional d'information aux personnes responsables dans différentes organisations (ex. : centres hospitaliers, cégeps, écoles, universités) ou encore aux professionnels de la santé du territoire (ex. : médecins, infirmières, travailleurs sociaux, gestionnaires des CSSS). Des lettres d'information ont aussi été transmises aux directeurs des commissions scolaires, aux directeurs d'école, aux enseignants et aux médecins. Enfin, des modèles de lettres d'information à transmettre aux parents et aux enseignants ont été fournis aux infirmières scolaires.

4.1.2.3.4 Rappel auprès des vaccinateurs au sujet de la vaccination hors du milieu scolaire

Les propos de quelques responsables révèlent qu'un rappel auprès des vaccinateurs en CSSS concernant l'offre de vaccination hors du milieu scolaire a été effectué, principalement lors de l'an 1 du programme. Ce rappel a été réalisé soit lors de rencontres entre la DSP et les responsables locaux de santé publique des CSSS, soit à l'occasion de formations données aux vaccinateurs. Il a pris par exemple la forme de courriels ou de lettres aux vaccinateurs et aux gestionnaires des CSSS. Par ailleurs, dans deux DSP, aucun rappel de la sorte n'a été fait concernant la vaccination hors du milieu scolaire étant donné le manque de doses de vaccin.

4.1.2.4 Gestion du programme et soutien aux vaccinateurs

La gestion du programme et tout le soutien qu'il a alors été nécessaire d'apporter aux vaccinateurs a nécessité la réalisation de nombreuses activités. Comme mentionné plus haut, le détail de cette section se trouve à l'annexe R1-D, alors que les lignes suivantes montrent quelques résultats quantitatifs auxquels un résumé des commentaires des responsables régionaux est inclus.

4.1.2.4.1 Distribution des vaccins

Au total, dans 8 régions on compte entre 5 et 20 sites de distribution de vaccins, alors que dans 7 régions, on en dénombre entre 21 et 80. Ces résultats tiennent comptent des vaccinateurs hors CSSS (dans le cas des régions où on a choisi cette manière de procéder), comme les cliniques médicales, les infirmières en clinique privée, les GMF, les cabinets de médecin, les Centres jeunesse, les centres

hospitaliers, les unités de médecine familiale (UMF), les pharmacies et les centres de santé autochtones.

Les modalités de distribution des vaccins dans les régions étaient assez similaires. Les commandes sont généralement placées par les établissements auprès de la DSP, ou encore directement auprès du dépôt régional. Les sites de distribution des vaccins par les CSSS correspondent, dans la majorité des régions, soit aux CLSC, soit aux différents points de service des CLSC. Dans plusieurs DSP, peu ou pas de distribution de vaccin n'est effectué en pharmacie, en clinique médicale (incluant GMF), auprès d'infirmières en clinique privée ou en Centre jeunesse. Pour ce qui concerne les communautés autochtones, la distribution aux centres de santé autochtones se fait soit par le dépôt régional, soit par le CSSS. Pour les CSSS, on considère qu'il s'agit d'une gestion distincte des produits immunisants. Le nombre de sites de distribution correspond alors au nombre de centres de santé.

4.1.2.4.2 Modalités d'engagement des vaccinateurs et d'assurance de la qualité

Dans les régions où la vaccination VPH a été rendue disponible à des vaccinateurs hors CSSS, la signature d'une entente relative à la gestion des produits immunisants a constitué le prérequis à l'accès aux vaccins VPH (ex. : clinique médicale, GMF, infirmières en clinique privée). Dans certains cas, le contrat ne comportait aucune clause spécifique au vaccin VPH, mais les critères d'admissibilité du MSSS pour l'accès gratuit aux vaccins y étaient en vigueur, soit : 1) respecter les normes de gestion des produits immunisants; 2) détenir une assurance couvrant les pertes liées à l'inventaire de vaccins; 3) remplir un bordereau de vaccination pour chaque dose administrée et le retourner à la DSP.

Pour d'autres DSP (n = 3), une entente spécifique pour la distribution du vaccin VPH a été utilisée ou une section supplémentaire spécifique à la vaccination VPH a été ajoutée au contrat habituel, afin de préciser les engagements que doivent respecter les vaccinateurs. Ces clauses additionnelles font généralement référence aux critères d'admissibilité mentionnés ci-dessus. Dans certains cas, on a précisé également d'autres normes à respecter, comme la clientèle à vacciner, l'obligation de détenir un *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) et de suivre les recommandations concernant le calendrier et l'administration du vaccin, ou encore la transmission régulière à la DSP des grilles de surveillance de la température du réfrigérateur utilisé pour la conservation des vaccins.

Dans très peu de régions, des visites de contrôle et d'évaluation de la qualité pour la gestion des produits immunisants sont effectuées. De même, aucune visite spécifique au vaccin VPH n'a été prévue. On souligne toutefois que des rappels aux CSSS et aux établissements des communautés autochtones sont régulièrement intégrés aux différentes formations offertes et aux communications transmises par la DSP. Cependant, un responsable a précisé que des visites d'évaluation de la gestion des produits immunisants dans sa région sont réalisées à tous les cinq ans et un autre a mentionné que ces visites ont lieu annuellement depuis 2008.

4.1.2.4.3 Consignation et transmission des données

Dans plusieurs régions, les données de vaccination VPH sont saisies en CSSS à l'aide du système I-CLSC, ces données ne pouvant évidemment pas être transmises à la DSP. Ailleurs, dans certains CSSS, les données de vaccination sont saisies au logiciel régional et ainsi disponibles à la DSP ou encore, les formulaires de vaccination scolaire sont transmis à la DSP où les données sont saisies dans le logiciel régional, pour être par la suite retournées aux CSSS. En ce qui a trait aux communautés

autochtones, les données de vaccination sont archivées au dossier du patient, mais incluses dans la compilation des données transmises à la DSP à l'aide des grilles fournies par le MSSS. Pour la compilation des données scolaires, les CSSS utilisent pour la plupart les grilles de compilation proposées par le MSSS et retournent ces formulaires à la DSP. Toutefois, dans certains CSSS, on a eu plutôt recours à des outils maison adaptés par les DSP, pour les infirmières scolaires ou pour les communautés autochtones, à partir des grilles fournies par le MSSS.

En ce qui concerne la vaccination hors des CSSS, les bordereaux ont généralement été envoyés à la DSP. Dans un cas, ces données ont été saisies à la DSP dans le logiciel régional. Dans d'autres cas, après vérification par la DSP, les données ont plutôt été acheminées aux CSSS pour être saisies dans I-CLSC. Pour leur part, les centres de santé autochtones procèdent à la saisie des données de vaccination dans un fichier informatisé de Santé Canada. Ces données ne sont pas transmises à la DSP.

De façon générale, aucune donnée nominative de vaccination VPH n'a été consignée par les DSP, à l'exception de quelques régions où un registre de vaccination régional est d'usage. Par contre, dans toutes les régions, les compilations pour la vaccination scolaire ont été saisies dans un fichier électronique à la DSP, les résultats de cette compilation étant ensuite transmis au MSSS.

4.1.2.4.4 Retour d'information aux vaccinateurs

Les modalités de retour d'information varient selon les régions. Dans la majorité des DSP (n = 13), on a effectué un retour d'information aux CSSS sur la CV VPH scolaire. Dans seulement deux régions, cette information n'a pas été diffusée aux CSSS. Dans certaines DSP, on a profité de rencontres annuelles ou périodiques avec les infirmières scolaires ou les gestionnaires des CSSS pour diffuser les résultats. Autrement, on a eu recours à un envoi écrit par courriel ou encore on a transmis l'information par des bulletins d'information régionaux, par le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux ou par le système d'information accessible sur le site Internet de l'Agence.

Les résultats transmis ont fait généralement référence à la CV VPH scolaire et ont été présentés pour la région et par CSSS, permettant la comparaison des résultats entre les CSSS. Ils ont aussi parfois été transmis par CLSC et par école. Toutefois, dans quelques régions, les résultats de CV diffusés évitent la comparaison entre les CSSS, car il s'agit là d'une question sensible, particulièrement pour les gestionnaires des CSSS qui se montrent parfois inquiets face à la possibilité d'une diminution de leurs enveloppes budgétaires en cas d'une moins bonne performance en vaccination.

D'autre part, trois responsables ont indiqué que la DSP effectue un retour d'information aux vaccinateurs hors des CSSS. Les résultats de CV VPH obtenus en milieu scolaire ont été diffusés par un bulletin régional. Ailleurs, aucune information sur les résultats de CV scolaire n'était transmise aux vaccinateurs privés (ex. : médecins en cabinet ou infirmières en clinique privée) dans leur région.

4.1.2.4.5 Gestion des produits immunisants

Parallèlement à la gestion habituelle des produits immunisants, un suivi serré et rigoureux a été mis en place par les DSP relativement aux doses de vaccin VPH distribuées aux CSSS et, le cas échéant, aux autres vaccinateurs. De plus, en raison de la reddition de compte demandée par le MSSS, dans les DSP, on a assuré un décompte plus assidu des vaccins administrés et des vaccins restants.

Un suivi minutieux a aussi été effectué auprès des vaccinateurs hors des CSSS. On a demandé, par exemple, de recevoir régulièrement les bordereaux de vaccination, alors que cette exigence n'est habituellement pas requise dans certaines régions. De même, la distribution des doses de vaccin aux vaccinateurs hors des CSSS se faisait parfois en quantité limitée (ex. : 5 fioles à la fois) ou dépendait du nombre de bordereaux de vaccination retournés à la DSP.

Enfin, de l'avis de quelques participants, la gestion des produits immunisants reliée à la vaccination VPH a entraîné un travail important de suivi administratif. Dans certaines régions, on a dû acheter des réfrigérateurs supplémentaires, afin d'entreposer la quantité importante de vaccins VPH.

4.1.2.4.6 Formation et soutien

Les propos des responsables au sujet de la formation qu'ils ont reçue sont plutôt vagues. Certains disent ne pas avoir reçu de formation, alors que d'autres ne s'en rappellent tout simplement pas. Quelques-uns (n = 5) disent avoir reçu une formation, mais ne sont pas certains des modalités. D'autres ont par ailleurs utilisé le PowerPoint proposé par le MSSS comme outil d'autoformation.

Dans la majorité des DSP (n = 14), une formation spécifique à la vaccination VPH a été offerte aux vaccinateurs de leur région. La durée de la formation alors offerte a varié d'une demi-journée à une journée, la durée la plus fréquente étant d'environ 3 heures. La modalité retenue a généralement pris la forme d'une formation régionale regroupant tous les professionnels visés, mais dans certaines DSP, on a adopté plutôt la formule d'une tournée régionale de formation des CSSS du territoire. De plus, dans les DSP, on a prévu des conférences téléphoniques permettant de répondre aux questions des vaccinateurs, questions particulièrement nombreuses au début du programme en 2008.

Les personnes visées par la formation comprenaient surtout les infirmières vaccinatrices des CSSS en milieu scolaire (n = 14). Dans certains cas, d'autres personnes ont aussi été invitées à participer à la formation, comme d'autres infirmières des CSSS (n = 7), et plus rarement, des membres de la DSP (n = 1), des infirmières en GMF (n = 1), des infirmières des Centres jeunesse (n = 2) et des vaccinateurs de cliniques médicales (à l'exclusion des médecins) ou des infirmières en clinique privée (n = 2). Par ailleurs, bien que les vaccinateurs des cliniques médicales ou les infirmières en clinique privée ne soient généralement pas ciblés par la formation, la documentation pertinente leur a été transmise et, à leur demande (n = 1), des rencontres avec des professionnels de la DSP ont pu être faites.

Le plus souvent, le matériel utilisé pour la formation a été l'outil de formation PowerPoint du MSSS développé par le Comité de soutien à l'implantation du programme VPH, ou une version adaptée de cet outil. Une seule région a développé un outil maison de formation ne s'inspirant pas de l'outil du MSSS, cette formation ayant été préparée avant que l'outil du MSSS ne soit disponible.

En ce qui a trait à la formation donnée au personnel des DSP assigné à la réponse téléphonique, elle a le plus souvent été la même que celle offerte aux infirmières des CSSS. Dans d'autres cas, la formation s'est inscrite à l'intérieur de rencontres d'équipe lors de discussions ou de consultation des outils de formation proposés par le MSSS. Enfin, dans quelques cas, aucune formation spécifique à la vaccination VPH n'a été prévue, généralement parce que la personne concernée a participé aux travaux du Comité provincial de soutien à l'implantation du programme ou était membre du réseau des responsables en immunisation, et disposait donc de l'information nécessaire.

Enfin, dans l'ensemble des DSP, un soutien sous forme de réponse téléphonique a été offert aux vaccinateurs de leur territoire. Les demandes d'information et les questions des vaccinateurs ont été très nombreuses au début de l'implantation du programme VPH. Elles concernaient notamment l'information clinique en lien avec le vaccin, la gestion des produits immunisants, le calendrier de vaccination et les conditions d'admissibilité pour la gratuité du vaccin.

4.1.2.5 Particularités régionales

L'enquête a exploré auprès des responsables des DSP les particularités de leur région susceptibles d'influencer la mise en œuvre du programme VPH. La présence de communautés autochtones dans le territoire a exercé, d'une part, une influence certaine sur le déroulement de la vaccination contre les VPH et sur les données de CV, d'autre part.

Premièrement, dans certaines DSP, on a dû assumer différentes responsabilités liées à la vaccination VPH pour les communautés autochtones, comme l'estimation des doses de vaccin, la distribution des vaccins et la gestion des données de vaccination.

Deuxièmement, comme déjà mentionné, en milieu autochtone, la vaccination VPH a été offerte à toutes les filles de 9 à 17 ans. Quand la vaccination a été offerte à l'école hors des réserves et que l'on a réussi à joindre les filles, il a été facile de les vacciner et de bonnes CV ont été obtenues. Lorsque la vaccination a été offerte à l'école au sein de la réserve, la demande de vaccination a été assez faible, les filles adhérant peu au programme, et les CV ont été peu élevées. On observe aussi d'importants problèmes d'absentéisme scolaire de même que des difficultés liées au respect du calendrier vaccinal dans ces territoires. Tout cela explique, pour une large part, les faibles CV alors obtenues.

Troisièmement, des difficultés sont fréquemment rencontrées concernant l'obtention et la diffusion des données liées aux CV des communautés autochtones. Lorsque la vaccination contre les VPH se déroule à l'école hors réserve que fréquentent les adolescentes autochtones, les données de vaccination relatives à ces filles sont généralement transmises au CSSS et à la DSP et intégrées à la CV du CSSS et de la région. Cependant, la situation est souvent différente lorsque la vaccination est faite à l'école de la réserve. Parfois, la CV n'est pas calculée. Même lorsque les données sont disponibles, elles ne sont souvent pas transmises au CSSS ou encore elles sont difficiles à obtenir. Il en résulte que, dans la majorité des régions où sont présentes des réserves autochtones, les données vaccinales des filles de ces communautés ne sont pas intégrées à la CV régionale.

Enfin, dans d'autres régions, les particularités suivantes ont pu influer sur la réalisation du Programme VPH. Par exemple, la fluctuation des ressources humaines dans les CSSS a pu nuire au déroulement de la vaccination. On déplore aussi, dans certaines régions, la présence habituelle de quelques groupes de résistance à la vaccination et l'attitude négative de certains parents rébarbatifs à la vaccination.

4.1.2.6 Résultats de couverture vaccinale en milieu scolaire

Selon les données rapportées par les responsables des régions, les CV obtenues dans chacune d'entre elles, en 2008-2009 chez les filles de 3^{e} secondaire varient d'une région à l'autre (tableau 6). Alors que la CV a atteint 70 % dans la région de Montréal, elle a été de 97 % dans la région du Nord-du-Québec. Pour l'année 2009-2010, les CV observées sont moindres partout, elles vont de 62 % dans la région de Montréal à 92 % dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Côte-Nord. En 2010-2011, les

CV sont assez semblables à celles de l'année précédente avec de légères diminutions ou augmentations à l'échelle des régions. Les régions de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec font exception : dans la première, la CV a chuté de manière importante, passant de 92 % à 83 %, alors que dans la seconde, la CV a beaucoup augmenté, passant de 71 % à 96 % (voir annexe R1-D pour détail des explications).

Comme les CV régionales, les responsables régionaux rapportent de grandes variations entre les territoires de CSSS, en particulier en 2009-2010 avec un écart inter-CSSS de plus de 30 % observé dans certaines régions (annexe R1-F). Une importante baisse des CV a été également observée dans certaines régions entre la première et la deuxième année du programme. L'un des responsables régionaux attribue cette baisse au fait que certaines données n'ont pas été transmises et également à la façon de calculer la CV qui ferait en sorte que les résultats sont sous-estimés (ex. : doubleurs vaccinés l'année précédente non considérés au numérateur, mais inclus dans le dénominateur).

En ce qui concerne la vaccination en milieu scolaire des filles de 4^{e} et 5^{e} secondaire, dans les régions où cela a été réalisé, la majorité des responsables disposent de données sur les CV obtenues (annexe R1-G). Les résultats sont partout d'au moins 80 %. Cependant, ces données n'ont pas été transmises au palier provincial, puisqu'on ne le demandait pas.

Tableau 6 Couverture vaccinale (CV) VPH (3 doses) des adolescentes de 3e secondaire (vaccination scolaire) selon la région, Québec, 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011

Région	CV 2008-2009 (an 1) (%)	CV 2009-2010 (an 2) (%)	CV 2010-2011 (an 3) (%)
2 Saguenay–Lac-St-Jean[(1)]	92	90	93
3 Capitale-Nationale	88	84	83
4 Mauricie et Centre-du-Québec[(2)]	88	86	84
5 Estrie	87	83	82
6 Montréal	70	62	67
7 Outaouais	80	nd	75
8 Abitibi-Témiscamingue	96	92	93
9 Côte-Nord[(3)]	91	92	83
10 Nord-du-Québec	97	71	96
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	96	82	85
12 Chaudière-Appalaches	87	nd	88
13 Laval	80	80	75
14 Lanaudière	79	73	77
15 Laurentides	80	75[4]	75
16 Montérégie[(5)]	83	77	78
Total Québec (excluant régions 17 et 18)	81	76	77

(1) La CV inclut les données de la communauté Mashteuiatsh, mais pas celles de la communauté Obedjiwan (réserve qui est située sur le territoire de la région 4, mais sous la responsabilité de la région 2).

(2) La CV n'inclut pas les données de la communauté d'Obedjiwan.

(3) La CV inclut les données des 7 communautés innues.

(4) La CV pour l'année 2009-2010 a été calculée en excluant 2 CSSS où l'administration de la 3e dose du vaccin a été reportée en septembre 2010.

(5) La CV inclut les données de la réserve Kahnawake.

Sources : Données régionales an 1 et an 2 : Enquête auprès des responsables régionaux en immunisation (été 2010); données régionales an 3 et données provinciales (Total Québec) : Bureau de surveillance et de vigie, DPSP, MSSS (tableau révisé le 18 août 2011).

4.1.3 Description de l'implantation du programme au palier local

La description des services de vaccination offerts à l'école, comme mentionnée précédemment, ne fait pas l'objet de résultats très détaillés ici, puisqu'il ne s'agissait pas d'un objectif de l'évaluation. Cependant, les commentaires recueillis au printemps 2011 lors d'entretiens semi-structurés auprès de onze vaccinateurs (6 en CSSS, 1 en Centre jeunesse, 2 en clinique médicale dont un médecin et 2 infirmières en clinique privée; annexe R1-I-6) provenant de quatre régions sont rapportés ici pour en faire une description sommaire. Le détail de la description qu'en ont faite les vaccinateurs se trouve à l'annexe R1-H. Les services offerts hors du milieu scolaire sont décrits très brièvement ici et plus en détail à la section 4.2 qui y est consacrée spécifiquement.

La mise en place des services de vaccination donnés dans le cadre du Programme VPH varie selon les milieux. La plupart des commentaires des vaccinateurs à ce sujet rejoignent les résultats décrits plus haut. En milieu scolaire, différentes étapes de planification et d'organisation ont été nécessaires en début d'année scolaire avant de procéder à la vaccination (ex. : horaire de vaccination établi avec la direction d'école, rencontres d'information dans les classes). Hors du milieu scolaire, la vaccination VPH est donnée par exemple à la clinique jeunesse ou par les services courants du CLSC. Dans certains territoires, la vaccination VPH est offerte en clinique médicale ou en GMF, les filles pouvant alors être vaccinées dans le cadre d'une consultation annuelle. En Centre jeunesse, l'infirmière peut vacciner les filles dans les unités d'hébergement. Enfin, en clinique de vaccination hors CSSS (cabinet médical ou infirmières en clinique privée), les adolescentes peuvent souvent se faire vacciner sur rendez-vous ou lors d'une consultation pour un autre motif (ex. : vaccination voyage).

4.1.4 Facteurs favorables et obstacles à l'implantation du programme

Les enquêtes et entretiens auprès des différents groupes ont permis de vérifier leur perception des différents facteurs ayant influencé l'implantation du Programme VPH. Les résultats obtenus de ces diverses sources ont été intégrés pour les rapporter ici. Ainsi, pour chacune des sections, lorsque pertinent, des rappels méthodologiques seront faits pour permettre une meilleure compréhension.

4.1.4.1 Point de vue des responsables provinciaux en immunisation

De l'avis des responsables du MSSS, les activités de vaccination déjà en place en milieu scolaire ont grandement facilité l'implantation du Programme VPH. Au Québec, le changement apporté au Programme de vaccination contre l'hépatite B en 4e primaire (utilisation d'un vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B administré selon un calendrier modifié) semble avoir causé plus de problèmes que l'introduction du Programme VPH, les deux ayant été implantés au même moment.

Certains obstacles sont aussi mentionnés. Les difficultés liées à la disponibilité et à la gestion des vaccins attribuées à la décision des directeurs de santé publique de laisser libre cours aux modalités régionales pour la vaccination des filles de moins de 18 ans ont été mentionnées. De plus, la sortie médiatique à l'automne 2008 de certaines organisations contre le Programme VPH et l'impact négatif que cela a pu avoir sur l'acceptation du vaccin ont fait problème. Beaucoup de travail a dû être fait par le MSSS pour donner une information juste et rectifier le tir, dont un communiqué de presse diffusé par l'INSPQ le 15 septembre 2008. Aussi, l'information anti-vaccination est de plus en plus accessible sur Internet et le MSSS n'a pas de contrôle sur cette information. Les outils d'information doivent donc être continuellement mis à jour pour bien informer la population.

La pandémie d'influenza A(H1N1) a probablement ralenti le déroulement du programme en 2009-2010, mais son impact sur les CV semble avoir été marginal. La consigne du MSSS était de maintenir la vaccination scolaire sauf la mise à jour du carnet de vaccination en 3e secondaire. Ainsi, il y aurait eu peu de report de doses pour la vaccination VPH selon les responsables provinciaux.

Par contre, le rapport du coroner sur le décès d'une jeune fille dont le vaccin VPH avait été mis en cause (et par la suite réfuté) et l'article paru dans la revue *Protégez-vous* en octobre 2010 auraient eu des répercussions dans toutes les régions selon l'écho que le MSSS a eu du terrain. Entre autres, il semble que certaines infirmières se soient questionnées à savoir s'il fallait continuer à vacciner contre les VPH ou non. Le MSSS a dû réagir rapidement pour s'assurer qu'une information juste circulait au

sujet du vaccin, entre autres par la diffusion d'une mise au point dans le bulletin Flash Vigie en janvier 2011. Le bilan pour l'année 2010-2011 montre toutefois une diminution du nombre de doses distribuées et une baisse des CV VPH autant en 4e primaire qu'en 3e secondaire.

4.1.4.2 Point de vue des responsables régionaux en immunisation

Les résultats présentés dans cette section sont une version abrégée des commentaires formulés par les responsables des DSP au cours de l'enquête téléphonique sur les facteurs qui ont facilité ou fait obstacle au Programme VPH. Une version complète des commentaires est présentée à l'annexe R1-D.

4.1.4.2.1 Facteurs favorables

Les responsables régionaux témoignent, de façon unanime, d'une appréciation très positive des outils fournis par le MSSS pour soutenir l'implantation du Programme VPH. Le document *Questions/Réponses*, le modèle de formation PowerPoint, les dépliants et le formulaire de consentement sont, dans l'ensemble, très appréciés et considérés précis, pertinents, adéquats, très utiles, originaux et bien adaptés. De l'avis de plusieurs, les outils promotionnels ont permis une meilleure acceptation du programme par la population en général.

Plusieurs responsables régionaux ont grandement apprécié la contribution du Comité provincial de soutien à l'implantation du programme. Ils considèrent que ce groupe a été très aidant et qu'il a offert un bon soutien ainsi que des outils fort utiles. On a aimé particulièrement la disponibilité des membres du groupe, la rapidité des réponses obtenues, la mise à jour des outils et l'information complète reçue qui correspondait véritablement aux besoins.

Un facteur positif mentionné par plusieurs a trait à la bonne réceptivité du Programme VPH par les réseaux locaux. À cet égard, les participants mettent en évidence la très bonne adhésion au programme quant à son utilité et à sa pertinence, la croyance en l'efficacité du vaccin et la grande collaboration des CSSS et du milieu scolaire. Par ailleurs, les responsables régionaux affirment que l'attitude favorable des vaccinateurs à l'endroit de la vaccination VPH et leur croyance en l'efficacité du vaccin sont des facteurs positifs pour l'implantation du programme. L'implication soutenue des infirmières scolaires est particulièrement mise en évidence.

La préparation provinciale préalable à l'implantation du programme est un facteur jugé très positif. Cette planification d'environ une année a permis de bien préparer le réseau à l'introduction du Programme VPH. Le travail préparatoire et les nombreuses rencontres tenues avec et par les CSSS avant le début de l'implantation ont été aidantes et ont permis d'atténuer les réticences. Enfin, on considère que les programmes de vaccination scolaire sont généralement bien rodés, ce qui a certainement facilité la vaccination VPH.

Un autre facteur important lié à la préparation préalable et ayant facilité l'implantation du programme se rapporte à la formation des vaccinateurs. Que ce soit sous forme de rencontres d'information, de formation régionale regroupant tous les vaccinateurs ou de tournée régionale, la formation a permis de joindre l'ensemble des vaccinateurs concernés et de répondre à leurs interrogations.

Les différentes communications mises en place dans les régions sont mentionnées comme autre élément ayant facilité l'implantation du programme. Les conférences de presse, les conférences téléphoniques de la DSP avec les CSSS, les différents réseaux de communication établis entre la DSP

et les établissements vaccinateurs ainsi que les rencontres et discussions de la DSP et du MSSS avec des groupes significatifs (ex. : pédiatres, gynécologues, groupes de femmes) représentent autant de moyens considérés efficaces pour favoriser l'acceptation et la mise en œuvre du programme.

Enfin, les participants considèrent favorisant le financement reçu du MSSS pour le programme et, dans certaines régions, le financement alloué par la DSP pour vacciner les filles de 4e et 5e secondaire.

4.1.4.2.2 Obstacles

Le principal obstacle à la mise en œuvre du programme que soulignent les responsables régionaux concerne la gestion des produits immunisants. Tout d'abord, selon leur perception, l'absence de directives claires et de consignes pour estimer les besoins en doses de vaccin aurait engendré une disparité dans l'offre de service entre les régions. De plus, ce qui a été perçu comme une absence de définition de la clientèle hors du milieu scolaire et de critères permettant d'estimer le nombre de doses requis, a entraîné des difficultés dans la planification de l'offre de service hors scolaire. Cette situation, qui a créé inutilement beaucoup de stress, est décrite comme un irritant pour la gestion des vaccins et a suscité chez certains un vif sentiment d'iniquité entre les régions. On déplore même ce qui a été vu comme un manque de fermeté du MSSS dans la gestion des doses.

De nombreux commentaires mettent aussi en évidence les difficultés rencontrées en rapport avec l'approvisionnement en vaccins. Pour plusieurs responsables, la pénurie et le manque de vaccins, voire le rationnement et les délais de livraison figurent comme des obstacles majeurs avec lesquels ils ont eu à composer. La clientèle hors scolaire et les filles de 4e et 5e secondaire vaccinées en CSSS ont souvent été les plus touchées par cette situation. De plus, l'obligation d'interrompre la vaccination en 2009 en raison d'un manque de vaccins a aussi causé un impact négatif chez la clientèle.

À l'égard de la planification et de l'organisation de la vaccination, les difficultés rapportées concernent la modification des orientations par le MSSS et les imprécisions qui ont longtemps persisté par rapport aux critères d'admissibilité à la vaccination gratuite. De plus, on déplore que les cibles de CV fixées par le Ministère, soit 90 % au primaire et 85 % au secondaire (objectifs du PNSP), sont peu adaptées aux réalités de certaines régions, principalement celles où se retrouvent de grands milieux urbains.

Des difficultés ont aussi été rencontrées par des CSSS qui ont eu à composer avec une demande importante de la part de groupes non planifiés au départ (ex. : formation professionnelle, collégiale). La planification et l'organisation de l'offre de service hors scolaire en CSSS et hors CSSS ont également généré beaucoup de travail, notamment la révision de l'entente sur la gestion des produits immunisants et la mise en place de procédures pour la gestion des bordereaux de vaccination.

Concernant les ressources, on déplore par ailleurs la réduction de l'allocation précédemment annoncée par le MSSS. Cette baisse de subvention a compromis temporairement le rattrapage prévu pour les filles de 4e et 5e secondaire. Le manque de ressources infirmières dans les CSSS et la pénurie de personnel qualifié pour la vaccination sont aussi soulignés. On insiste aussi sur le fait que l'implantation du Programme VPH a occasionné une vaste mobilisation des ressources tout en ajoutant à la charge de travail des infirmières. Ces dernières considèrent la vaccination VPH très importante, mais révèlent qu'elles doivent parfois délaisser d'autres activités également importantes, compte tenu de l'ampleur de la tâche, ou encore réorganiser leur travail dans les écoles.

Des difficultés ont été relatées concernant les grilles de collecte et de compilation des données proposées par le MSSS. Elles ont fait l'objet de plusieurs critiques. Ces grilles ont été décrites comme étant complexes, difficiles à remplir et nécessitant beaucoup de travail pour les infirmières, particulièrement les grilles de compilation hebdomadaire, lors de la première année du programme. La façon de compiler les données soulevait également plusieurs questions qui sont demeurées en suspens (ex. : doubleurs, élèves déménagés après la première dose de vaccin). Il a parfois été nécessaire d'apporter un soutien important de la DSP auprès des infirmières scolaires pour bien remplir ces grilles. L'absence de consignes sur la manière de les remplir a aussi été soulignée. De plus, la demande de transmission de données hebdomadaires en début de programme a été peu appréciée par le personnel des CSSS qui l'ont perçue comme un surplus de travail. Certains s'interrogent même sur l'utilité et la pertinence des données hebdomadaires et sur la qualité et la fiabilité des données ainsi obtenues. On suggère un nombre moins élevé de grilles, au profit de données plus fiables et de meilleure qualité. Bien que les points de vue divergent relativement au moment du retour d'information au MSSS pour les compilations finales, plusieurs considèrent que la date de retour proposée est réaliste, alors que d'autres jugent le délai alloué trop serré pour les infirmières qui, en fin d'année scolaire, n'ont pas le temps d'assembler les données recueillies.

Malgré l'appréciation globale positive des outils rendus disponibles aux responsables régionaux, quelques réserves ont été formulées à leur endroit par certains. Ainsi, bien que l'on se dise satisfait de ces outils, on déplore qu'ils n'aient pas été adaptés à la clientèle immigrante ou multiethnique. Par ailleurs, en dépit de la qualité reconnue des *Questions/Réponses*, certaines réponses fournies dans les versions préliminaires de cet outil ne semblaient pas claires, leur interprétation se révélant parfois ambiguë.

Quelques participants révèlent que la désinformation véhiculée par des groupes anti-vaccination, notamment dans les médias et sur Internet, a nui au Programme VPH et ont pu susciter une baisse d'intérêt en raison de la mauvaise presse. Par ailleurs, certains révèlent que la médiatisation du décès d'une jeune fille associé au vaccin VPH a entraîné, de façon temporaire, plusieurs refus de vaccination. Toutefois, de l'avis des participants, bien que ces messages aient pu nuire à la campagne de vaccination dans leur région, les effets négatifs ne sont pas quantifiables ou ont eu peu d'impact sur les CV. Les délais de livraison des outils en soutien au programme VPH, survenu lors de la première année du programme en 2008 ont été perçus comme un irritant par des CSSS.

L'influence de la pandémie d'influenza A(H1N1) et de la campagne de vaccination massive qui s'en suivit à l'automne 2009 sur la réalisation du Programme VPH a fait l'objet de plusieurs commentaires des responsables régionaux. Bien que plusieurs déclarent que la pandémie n'a pas touché le Programme VPH pour ce qui est du calendrier vaccinal, d'autres disent toutefois que la pandémie a causé un léger délai dans le calendrier vaccinal en bousculant les horaires et la logistique. Sans occasionner de report, le calendrier de vaccination et les intervalles entre les doses ont été ajustés, tel que suggéré par le MSSS. Dans deux régions, une partie de la vaccination a été reportée à l'automne 2010. De plus, les filles et les parents ont été, à ce moment, plus difficiles à convaincre par rapport à l'intérêt et à la pertinence de la vaccination VPH. Quelques responsables suggèrent également, sans toutefois pouvoir le démontrer de façon probante, que des réductions observées dans les CV seraient attribuables à « l'effet pandémie ».

4.1.4.3 Point de vue des acteurs au palier local

Les résultats sur ce qui a facilité ou fait obstacle à l'implantation du Programme VPH au palier local qui sont présentés ci-après intègrent les commentaires des responsables des CSSS transmis lors de l'enquête par questionnaire à l'automne 2010 et les propos recueillis au cours d'entrevues réalisées auprès des vaccinateurs au printemps 2011 (annexe R1-I-1). Dans ce dernier cas, des extraits de verbatims sont inclus occasionnellement. Une synthèse des résultats des entretiens sur les facteurs favorables et les obstacles est présentée aux annexes R1-I-2 et R1-I-3. Les commentaires des adolescentes et des parents recueillis au printemps 2010 et relatifs à ces facteurs favorables ou barrières sont également inclus à cette section. Comme la majeure partie des résultats venant de ces deux derniers groupes sont rapportés plus loin (sections 4.3.3 et 4.3.4), le lecteur qui souhaite en savoir plus dès maintenant peut s'y référer.

4.1.4.3.1 Facteurs favorables

Selon la plupart des responsables des CSSS, plusieurs facteurs ont facilité l'implantation du Programme VPH dans leur milieu. Il s'agit entre autres de la vaccination faite lors de journées pédagogiques, la création de cliniques de rattrapage, le fait que les infirmières ayant réalisé le programme étaient convaincues de son bien-fondé et la qualité des outils de promotion disponibles.

Les facteurs favorables à l'implantation du Programme VPH mentionnés par les vaccinateurs ont été classés selon les trois catégories suivantes, soit les facteurs liés à la demande, à l'offre et à l'accessibilité à la vaccination.

En ce qui a trait à la première catégorie, soit la demande de vaccination, les vaccinateurs ont mentionné les différents rappels effectués auprès des adolescentes sur l'importance de la vaccination VPH : « Ce qui est facilitant, quand le médecin en avait parlé… "bon ben, tu devrais penser à te faire vacciner…" c'était rassurant… ». Les rappels pour s'assurer que les adolescentes reçoivent les trois doses requises, ainsi que les activités de relance dans le cas d'un rendez-vous manqué ou d'une absence à un rendez-vous ont aussi favorisé la demande. Les différentes activités de promotion, de sensibilisation et d'information mises en place ont aussi été rapportées à cet égard : « Ce qui est facilitant chez les jeunes, c'est vraiment le contact individuel ou en petits groupes ». Les personnes consultées ont apprécié la qualité des outils de promotion qui leur ont été fournis par la DSP, par le MSSS ou encore par la compagnie pharmaceutique, ainsi que la publicité entourant la vaccination VPH. De l'avis des vaccinateurs, le matériel promotionnel disponible et la publicité sur la vaccination VPH ont été fort utiles en encourageant et motivant les jeunes à se faire vacciner.

Pour la seconde catégorie qui concerne l'offre de la vaccination de la part des vaccinateurs, elle a été favorisée par la formation qu'ils ont reçue, leur attitude favorable à la vaccination VPH, leur expérience professionnelle, la rétroaction sur les CV atteintes et sur la disponibilité des vaccins pour les médecins en cabinet ou en Centre jeunesse. Les vaccinateurs consultés font part, de façon unanime, d'une appréciation très positive de la formation et de l'information reçue sur la vaccination VPH. On a souligné la qualité de la formation reçue qui représente une source utile d'apprentissage et de mise à jour. La formation a été décrite comme étant détaillée, très spécifique, complète, accessible et facile pour des personnes qui travaillent en prévention. La formation se révèle particulièrement utile pour les vaccinateurs du secteur qu'on pourrait qualifier de privé (ex. : infirmière en clinique privée) qui y voient une occasion importante de mise à jour : « Ces formations-là, c'est très utile pour nous autres.

Ça nous garde à jour et ça confirme qu'on n'est pas trop en retard… ». On considère aussi que la formation reçue a été aidante et sécurisante. Elle a permis d'outiller les vaccinateurs et a favorisé leur crédibilité face aux parents et aux jeunes. Par ailleurs, les précisions et l'information reçue régulièrement de la DSP ont été une source de motivation en facilitant le travail des vaccinateurs. Enfin, on rappelle le rôle essentiel de la santé publique dans la formation des vaccinateurs et comme source de référence.

Tous les vaccinateurs ont témoigné d'une attitude favorable à l'égard de la vaccination VPH et affirment être très à l'aise d'offrir le vaccin. Le programme VPH a généralement été bien accueilli dans les milieux et n'a pas suscité de réticences chez les intervenants. Pour certains, la vaccination VPH a été perçue comme un défi stimulant à relever. Enfin, on considère que le fait de croire au vaccin et à ses bienfaits demeure un facteur important : « Je pense que le fait d'y croire, de mettre le temps de donner de la bonne information aux ados, je pense que c'est un facteur qui est gagnant… ».

Outre cette disposition favorable par rapport à la vaccination, les vaccinateurs font preuve d'une attitude positive envers les parents et les jeunes. L'attitude compréhensive du vaccinateur face aux émotions des parents par rapport à la vaccination VPH permet parfois la création de liens de confiance avec eux. Cette attitude de respect et de disponibilité s'exprime aussi envers des parents qui, par leurs valeurs et leurs croyances, sont opposés à la vaccination. De plus, les vaccinateurs sont soucieux d'offrir une protection aux jeunes filles et démontrent un sentiment de responsabilité à cet égard.

Enfin, l'expérience professionnelle des vaccinateurs constitue un facteur aidant. En milieu scolaire, leur expérience ainsi que leur bonne connaissance du milieu et réseau scolaire, ont facilité grandement la planification et l'organisation des cliniques de vaccination. De même, la connaissance du milieu, des jeunes à risque et des endroits où les joindre facilite la vaccination de ces jeunes.

Quelques vaccinateurs ont apprécié que soit disponible, auprès de la direction de santé publique, l'information sur le statut vaccinal des jeunes. On considère aussi que l'information contenue dans le carnet de vaccination représente une information utile au vaccinateur et lui permet d'offrir des soins de qualité. Les vaccinateurs en CSSS ont jugé très intéressant de recevoir, de la direction de santé publique, une rétroaction sur la CV VPH des jeunes. Selon eux, la rétroaction renvoie au vaccinateur un portrait du travail qu'il a effectué. Cette rétroaction permet de comprendre les difficultés rencontrées dans certains secteurs par rapport à la vaccination VPH. Elle permet aussi au vaccinateur de fournir à la santé publique des pistes d'explication des résultats obtenus et de nuancer l'interprétation de ces résultats. Enfin, la rétroaction permet au vaccinateur de comparer les résultats de son territoire à ceux d'autres secteurs du CSSS ou encore à ceux des autres régions. La reconnaissance exprimée aux vaccinateurs pour leur travail est intimement liée à la rétroaction sur la CV reçue de la santé publique. D'un côté, la rétroaction et l'échange d'information sur la CV fournissent une occasion de reconnaître et d'apprécier l'expertise des vaccinateurs et la connaissance qu'ils ont de leur milieu. D'un autre côté, les félicitations qu'ils reçoivent pour l'atteinte d'une CV élevée sont pour eux une source de gratification et de motivation.

Pour les cliniques médicales et GMF qui ont obtenu les vaccins VPH, la disponibilité immédiate et constante du vaccin VPH a représenté un facteur déterminant de l'offre de vaccination. Elle a permis au vaccinateur d'offrir le vaccin, au moment même où la jeune fille se présente pour une consultation à la clinique. Dans le même sens, comme aucune restriction n'a été imposée au nombre de doses

fournies au Centre jeunesse faisant partie des vaccinateurs interrogés, la vaccination des jeunes filles à risque suivies par cet établissement en a été facilitée.

Quant aux facteurs favorisant l'accès à la vaccination qui, selon les vaccinateurs, ont favorisé l'implantation du Programme VPH, ils concernent l'accessibilité temporelle, l'accessibilité géographique, l'accessibilité économique et quelques autres stratégies. Les vaccinateurs interviewés font état de différentes mesures mises en place dans leur milieu et susceptibles d'améliorer l'accessibilité temporelle de la vaccination VPH. Les cliniques de vaccination de masse ou *blitz* ou encore l'ajout de cliniques dédiées le soir ou la fin de semaine ont permis de joindre un grand nombre de filles. De plus, l'ajout de cliniques de rattrapage à l'école a rendu possible la vaccination des filles absentes au moment de la clinique de vaccination. Enfin, lors de l'an 1 du programme, dans certains milieux et à la demande des jeunes et de leurs parents, l'ajout de cliniques spéciales à l'école a permis de vacciner les adolescentes de 4e et 5e secondaire. En CLSC, la vaccination en CJ a permis de joindre les jeunes décrocheuses, tout comme l'ajout de cliniques de rattrapage ou d'une offre de vaccination dans le cadre de cliniques s'adressant aux jeunes de 5 à 17 ans. On a ajouté aussi dans certains cas, des cliniques de vaccination pour les adolescentes qui fréquentent une école où le service en milieu scolaire n'était pas offert (ex. : certaines écoles privées). D'autre part, en CM et en GMF, on a fait preuve d'une grande flexibilité dans les horaires de vaccination. Il a été possible d'élargir les plages de rendez-vous de vaccination. Il a été également possible pour une jeune fille d'obtenir, dans un court délai, un rendez-vous pour être vaccinée. Enfin, tout en respectant le PIQ, on a démontré une flexibilité par rapport au calendrier de vaccination et aux intervalles requis entre les doses de vaccin.

De l'avis des vaccinateurs, le principal facteur favorisant une CV VPH élevée a trait à l'accessibilité du vaccin à l'école même que fréquentent les adolescentes : « Le fait d'être à l'école puis de l'offrir à l'école, ça facilite le fait qu'il y a beaucoup de filles qui sont vaccinées… sauf que s'il (le vaccin) était pas offert à l'école, oublie ça là, t'aurais pas cette cote (CV) là ». De même, le fait de mettre sur pied, à l'école plutôt qu'en CLSC, les cliniques de rattrapage pour les filles absentes lors de la vaccination ou encore les cliniques de vaccination pour les jeunes de 4e et 5e secondaire, a représenté également un élément facilitant. Pour le secteur privé, en clinique médicale et en GMF, pouvoir offrir le vaccin à l'adolescente au même endroit et au même moment où a lieu sa consultation a constitué un facteur positif. Par ailleurs, en Centre jeunesse, l'administration du vaccin dans les unités d'hébergement s'est révélé une formule gagnante, peu de jeunes filles refusant alors le vaccin : « Je suis allée les rencontrer pour leur parler du vaccin… puis je suis allée les vacciner sur place, dans les unités… si j'ai eu deux filles qui m'ont dit non, c'est le maximum ».

La gratuité du vaccin VPH est sans contredit un aspect déterminant de sa popularité auprès des jeunes filles et des parents. On souligne à cet égard que les parents souhaitent offrir la meilleure protection à leur enfant, mais que tous ne sont pas nécessairement en mesure d'assumer le coût du vaccin. Parmi les autres moyens utilisés pour favoriser une meilleure accessibilité à la vaccination VPH des adolescentes, le premier a consisté, pour le vaccinateur, à saisir toutes les occasions possibles d'offrir le vaccin ou d'offrir les doses subséquentes. Il a été également possible d'offrir différentes options pour compléter la série vaccinale, comme de donner la possibilité d'obtenir les autres doses de vaccin à l'école, à la CJ ou encore sur rendez-vous avec l'infirmière au CLSC. Par ailleurs, la possibilité de se faire vacciner sans rendez-vous est souvent une formule gagnante chez les jeunes. De plus, la facilité à obtenir un rendez-vous pour se faire vacciner, la gestion efficace des rendez-vous et le respect des heures de rendez-vous par les cliniques ainsi que le peu de temps d'attente représentent autant d'aspects positifs ayant facilité l'accès à la vaccination.

Selon les vaccinateurs, la collaboration de différents partenaires a constitué un atout essentiel au succès de la vaccination VPH. En milieu scolaire, on juge primordiale la collaboration de la direction, des enseignants et du personnel de l'école : « Ici à l'école, j'ai une très belle collaboration… de tout le monde… c'est grâce à ces professeurs-là. Sans eux là, non, je pourrais rien faire. C'est un travail d'équipe ». Dans le secteur privé, la collaboration reçue des autres cliniques et du CLSC a pris souvent la forme de références des adolescentes. Finalement, pour le Centre jeunesse, la collaboration de la santé publique et son ouverture par rapport à l'admissibilité à la vaccination ont permis de vacciner toutes les jeunes filles de 9 à 18 ans suivies en Centre jeunesse, ces jeunes étant considérées à risque.

Enfin, les adolescentes et parents considèrent que la vaccination scolaire a été aidante. Selon eux, l'information reçue à l'école ou de la part de l'école a favorisé leur adhésion à la vaccination VPH.

4.1.4.3.2 Obstacles

Selon les responsables en CSSS, parmi les obstacles potentiels au Programme VPH, le facteur mentionné par la plus grande proportion d'entre eux a été la difficulté de rejoindre les adolescentes ne fréquentant plus l'école. D'autres barrières comme le manque de disponibilité de personnel en soutien clérical, les problèmes d'approvisionnement en vaccins, les difficultés d'intégration de la vaccination VPH aux cliniques existantes ou la lourdeur des tâches administratives liées à cette vaccination ont été aussi soulignées, mais ont tout de même été considérées peu importantes par la majorité. D'autres difficultés sont aussi mentionnées, comme les différences d'interprétation à l'égard de l'admissibilité des filles visées par le programme (notamment la vaccination des seconde et troisième doses pour les filles ayant reçu leur première dose à moins de 18 ans), la non-disponibilité de réfrigérateur pour conserver les vaccins aux cliniques SIDEP et la gestion des vaccins sur plusieurs sites de vaccination du CSSS, la publicité controversée sur le vaccin et les controverses relatives au vaccin pandémique A(H1N1) ainsi que les quantités de vaccins limitées. On a aussi mentionné les ennuis reliés au partage de responsabilité entre les infirmières scolaires et les autres infirmières du CSSS concernant par exemple la vaccination des filles plus âgées visées par le programme et qui fréquentent l'école, mais qui n'étaient pas vaccinées à l'école. Cela pouvait générer des messages contradictoires au sein du CSSS, particulièrement dans le contexte où les gestionnaires ne partagent pas les mêmes visions sur les services de prévention qui devraient être offerts. On déplore également le fait que la vaccination VPH était faite au détriment d'autres activités de prévention habituellement faites en milieu scolaire.

Comme pour les facteurs favorables, les obstacles au Programme VPH rapportés par les vaccinateurs sont rapportés selon trois catégories, soit des facteurs liés à la demande de vaccination, des facteurs pouvant influencer l'offre de vaccination et des facteurs touchant l'accessibilité à la vaccination.

Les vaccinateurs affirment que, de façon générale, très peu d'adolescentes ont refusé le vaccin VPH et que les jeunes sont généralement favorables à cette vaccination. Les réticences rencontrées lors de l'an 1 du programme, principalement liées à la nouveauté du vaccin, se sont estompées ensuite. La demande plus faible observée plus récemment s'expliquerait par le fait qu'au début du programme, en 2008, on devait vacciner à la fois les jeunes filles de 3^{e}, 4^{e} et 5^{e} secondaire, ce qui n'est maintenant plus le cas. On observe par ailleurs une plus faible demande de vaccination chez les jeunes qui ont quitté l'école. Cette situation serait attribuable au fait que ces jeunes n'ont plus de contact avec l'école et avec le CLSC, ont souvent quitté leur réseau d'amis et accordent peu de priorité à la vaccination.

Les vaccinateurs consultés déplorent le manque de clarté de l'information qui a marqué le début du programme. Dans la population, on s'interrogeait par exemple sur différents aspects liés aux lieux de vaccination et à la gratuité du vaccin : « C'est pas rendre service à la population. Ces jeunes-là, c'est comme si on a deux messages à passer. On veut que ce soit accessible, on veut les protéger, mais en même temps, vous ne pouvez pas aller n'importe où. Alors que le vaccin, il sort de la même poche, si on veut… c'est un peu irritant pour la population ». On mentionne aussi que, par certains aspects, l'information aux parents et aux jeunes était insuffisante : information insuffisante transmise en CLSC par manque de temps, information insuffisante sur la disponibilité du vaccin dans les CM, information qui ne réussit pas à joindre les jeunes filles décrocheuses. Les vaccinateurs expriment des propos divergents relativement à l'impact qu'ont pu avoir, dans leur milieu respectif, différentes controverses et situations entourant le vaccin VPH rapportées dans les médias (ex. : courant anti-vaccination, décès d'une jeune fille mis en lien avec le vaccin, article dans la revue *Protégez-vous*). Quelques-uns affirment que cette information s'est révélée nuisible, qu'elle a suscité beaucoup de questions et d'hésitations chez les parents et qu'elle est à l'origine de remises en question sur la validité du vaccin. À l'inverse, plusieurs vaccinateurs soutiennent que la diffusion d'information inappropriée ou inexacte n'a pas eu de réel impact dans leur milieu.

Malgré une reconnaissance unanime de la qualité et de l'utilité de la formation et de l'information fournies aux vaccinateurs par la santé publique, un point de vue plus nuancé est exprimé. Il souligne le fait que les mises à jour et l'information sont généralement reçues tardivement pour les vaccinateurs en milieu scolaire. Ces derniers doivent en effet, dès le début de l'année scolaire, procéder à la mise à jour de l'information à transmettre aux parents et aux jeunes, alors qu'ils la reçoivent eux-mêmes seulement au mois d'août. Cette situation entraîne une surcharge de travail pour le vaccinateur et un risque que l'information diffusée comporte des inexactitudes.

Deux situations relevées des vaccinateurs sont susceptibles d'influencer négativement l'offre de vaccination aux jeunes. Selon eux, au début du programme, tous les médecins ne croyaient pas nécessairement au bien-fondé de la vaccination VPH, les vaccinateurs interrogés percevaient que des médecins étaient même réticents. Aussi, considérant que les jeunes de 18 ans et plus doivent défrayer le coût du vaccin, on se déclare un peu hésitant à offrir le vaccin à celles considérées à risque qui, généralement, sont dans une situation financière ne leur permettant pas d'en assumer les frais.

L'impossibilité ou la difficulté d'avoir accès à l'information concernant le statut vaccinal des jeunes représente, pour plusieurs des vaccinateurs consultés, une contrainte importante dans leur travail, et ce, tant dans le milieu scolaire que pour les vaccinateurs en cabinet privé. L'accès à cette information nécessite, pour le vaccinateur, d'effectuer de nombreuses démarches et vérifications. Quelques vaccinateurs disent recevoir de la santé publique l'information sur la CV VPH. Toutefois, tous les vaccinateurs hors CSSS déclarent ne recevoir aucune information à ce sujet. Les participants considèrent cependant que cette absence de rétroaction n'est pas nuisible à leur travail et ne change en rien leur pratique. On souligne néanmoins que l'accès à cette information pourrait constituer un encouragement et un incitatif à modifier certaines pratiques dans le cas où la CV se révélerait faible. Sans que cet élément soit décrit comme un obstacle majeur à l'offre de vaccination, on souligne l'absence de rémunération des médecins en cabinet pour la vaccination VPH.

Des difficultés ont été rencontrées par rapport à certains aspects de la gestion du vaccin, principalement en GMF et en clinique privée et essentiellement au début du programme. Des correctifs ont par la suite été apportés. Les éléments mentionnés comprennent le refus de la DSP de fournir des

vaccins au GMF sous prétexte que la vaccination se faisait en milieu scolaire, le nombre limité de vaccins que pouvait commander le GMF ou la clinique privée, l'exigence d'une couverture d'assurance plus élevée, les nombreux formulaires et bordereaux à retourner, et ce, à chaque semaine. Pour les vaccinateurs, la lourdeur administrative engendrée par ces contraintes et exigences de la santé publique était exagérée et non justifiée. De plus, la difficulté d'approvisionnement en vaccin à laquelle a été confronté occasionnellement le GMF aurait pu constituer un obstacle à l'offre de vaccination des filles n'ayant pu être vaccinées lors de leur consultation.

Différents aspects liés à l'organisation des services de vaccination ont fait en sorte de rendre parfois difficile l'accès à la vaccination VPH pour les adolescentes, et ce, dans tous les milieux. On mentionne par exemple, la difficulté à obtenir un rendez-vous au CLSC dans un délai raisonnable, la complexité des démarches pour être vaccinée en CLSC, si l'adolescente n'y a pas déjà un dossier, ou encore l'impossibilité pour une jeune de 18 ans ou plus à être vaccinée en CJ au CLSC en raison de différents aspects liés à la facturation et à la gestion des finances que cela comporte. Cette jeune fille est toutefois référée, par la suite, à un autre service du CLSC (ex. : services courants).

En milieu scolaire, on souligne la difficulté à planifier et organiser les cliniques de vaccination dans un court délai en début d'année et les difficultés rencontrées en cours d'année lorsqu'un contretemps, comme une tempête, empêche la réalisation d'une clinique de vaccination qui doit être reportée.

En clinique médicale et en GMF, la consultation sur rendez-vous représente la principale opportunité pour une jeune fille d'avoir accès au vaccin VPH, le vaccin n'étant pas offert lors d'une consultation sans rendez-vous, faute de temps. Enfin, on considère particulièrement irritant « l'exclusivité de la vaccination scolaire ou en CSSS » faisant en sorte que les médecins ne puissent vacciner les jeunes qui les consultent, mais qui fréquentent l'école.

À l'égard des ressources, le principal obstacle mentionné par les vaccinateurs concerne les ressources humaines insuffisantes allouées par le CSSS pour la vaccination à l'école. On trouve particulièrement irritant le manque d'infirmières pouvant aider à la vaccination et les nombreuses démarches nécessaires pour recevoir de l'aide. Le roulement du personnel en vaccination pose également des difficultés considérant qu'il ne s'agit jamais des mêmes personnes qui exécutent le travail, qu'elles connaissent peu la réalité et le contexte de travail en milieu scolaire et qu'elles n'ont pas la même vision de prévention. On considère que ces situations ont pu influencer négativement les CV.

Les problèmes de transport dans certains territoires ont représenté un problème important d'accès à la vaccination VPH pour les jeunes filles qui doivent se présenter au CLSC. Un autre obstacle concerne l'absence d'offre de vaccination dans des établissements de certaines régions, par exemple en Centre jeunesse. On a déploré le fait que, dans le cas où une jeune fille était hébergée en Centre jeunesse, il était impossible pour l'infirmière scolaire de lui offrir la vaccination.

Les propos des vaccinateurs sont unanimes concernant le coût du vaccin contre les VPH que doivent assumer les filles de 18 ans et plus. Cela représente pour elles un obstacle majeur et un frein à leur décision de se faire vacciner. Cette situation est d'autant plus évidente chez les jeunes filles qui ne sont pas encore sur le marché du travail. Par ailleurs, plusieurs jeunes s'interrogent et comprennent difficilement la logique selon laquelle la vaccination VPH est recommandée pour les personnes de 9 à 26 ans, alors que la vaccination gratuite n'a pas été offerte aux jeunes femmes de 18 à 26 ans.

Enfin, les adolescentes et les parents consultés, autant lors des groupes de discussion que par la voie de l'enquête postale, ont mentionné que le manque d'information sur la vaccination VPH et sur les critères d'admissibilité ont été des obstacles importants. Quelques adolescentes ont déploré le manque d'intimité quand elles se font vacciner à l'école. Pour certaines, cela fait en sorte qu'elles ont évité de dire qu'elles avaient peur des aiguilles, ce qui les a alors incitées à ne pas être vaccinées.

4.1.5 Commentaires et suggestions

Cette section présente des commentaires formulés par les différents participants à l'évaluation par rapport à l'implantation du Programme VPH ainsi que les différentes suggestions et recommandations proposées en vue d'améliorer cette vaccination. On a généralement demandé à chaque personne interrogée si elle avait des commentaires ou suggestions à formuler. Dans la mesure du possible, seuls les éléments nouveaux n'ayant pas été mentionnés auparavant sont rapportés ici.

4.1.5.1 Point de vue des responsables provinciaux en immunisation

L'impression des responsables provinciaux est positive quant à l'implantation du Programme VPH. Le programme s'est bien implanté et semble même avoir eu un impact positif sur le Programme de vaccination contre l'hépatite B en 4^{e} primaire, ce qui laisse supposer un bon arrimage des deux programmes. Il n'y a pas eu d'impact négatif observé sur les autres programmes de vaccination.

Quant aux suggestions pour améliorer le Programme VPH chez les adolescentes, les responsables ont l'intention de revoir leur stratégie de communication puisque les dépliants semblent plus ou moins efficaces pour rejoindre la clientèle cible.

4.1.5.2 Point de vue des responsables régionaux en immunisation

Il se dégage des commentaires exprimés par plusieurs des responsables régionaux une perception globalement positive de l'implantation du Programme VPH. Les responsables estiment en effet que, de façon générale, l'implantation du programme s'est très bien déroulée, qu'il a été bien accueilli dans les différents milieux et qu'il a rencontré peu d'opposition. Bien qu'une certaine réticence se soit manifestée au début de l'implantation, reliée au fait que ce soit un programme contre une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), on observe, dans l'ensemble, une bonne acceptation du programme. D'autres commentaires reviennent sur la préparation très avantageuse faite au palier provincial préalablement à l'introduction de ce nouveau programme de vaccination. On juge d'ailleurs qu'il s'agit ici de la meilleure campagne de vaccination, la mieux planifiée et la mieux organisée. On mentionne encore que le succès de l'implantation du programme peut être attribué, en partie, aux excellents outils de communication fournis par le Ministère.

4.1.5.3 Point de vue des acteurs locaux

Les résultats présentés ci-après comprennent les suggestions formulées par les responsables des CSSS lors de l'enquête par questionnaire et les propos recueillis dans les entretiens avec les vaccinateurs. Dans ce dernier cas, une synthèse des résultats des entrevues est présentée ici. La version complète de ces résultats peut être consultée à l'annexe R1-I-1 et une synthèse des recommandations est disponible à l'annexe R1-I-5.

4.1.5.3.1 Point de vue des responsables des CSSS

Certains responsables des CSSS demandent d'assurer l'unicité des messages au sein des CSSS. Ils constatent qu'il est difficile de joindre les adolescentes de certains milieux ethniques et aimeraient que les services puissent être mieux adaptés à cette réalité, notamment pour mieux joindre les parents de ces adolescentes qui ont une grande influence sur ces dernières. On suggère d'améliorer les liens avec les Centres jeunesse pour s'assurer que toutes les filles prises en charge dans ces milieux, qui sont très vulnérables, puissent bénéficier de la vaccination. On souhaite enfin que l'influence des pairs soit prise en compte, parce que les pairs ont beaucoup d'impact pour certaines adolescentes.

4.1.5.3.2 Point de vue des vaccinateurs

Les recommandations formulées par les vaccinateurs au cours des entrevues se rapportent aux cinq aspects suivants : l'organisation des services, l'information, l'intervention, les intervenants et le soutien reçu de la direction de santé publique.

Différents moyens ont été suggérés, afin de favoriser une plus grande accessibilité à la vaccination VPH. On recommande d'abord que les vaccinateurs fassent preuve de flexibilité dans l'application du calendrier de vaccination quant à l'administration des différentes doses, tout en respectant le PIQ. On suggère également de rendre le vaccin accessible à plusieurs endroits.

On propose d'assurer une formation adéquate du personnel du CSSS qui participe de façon ponctuelle aux cliniques de vaccination en milieu scolaire (ex. : infirmières auxiliaires). Comme ces personnes sont généralement peu expérimentées par rapport à la vaccination et à l'intervention auprès d'adolescentes, une formation préalable à ce sujet serait souhaitable. Il est aussi suggéré que le CSSS assure le plus possible la stabilité de ce personnel dans les cliniques de vaccination.

D'autre part, on souhaite que le fonctionnement pour la saisie des données de vaccination soit amélioré. En effet, dans certains CSSS, il y aurait lieu de réviser les façons de faire la saisie et la compilation des données de vaccination pour assurer la qualité et la validité du traitement des données.

Par ailleurs, les vaccinateurs interviewés mentionnent deux aspects qu'ils considèrent important de maintenir en lien avec l'organisation des services de vaccination. Premièrement, on recommande de maintenir en milieu scolaire la vaccination VPH. De l'avis des vaccinateurs, l'école est l'endroit où l'on rejoint le plus facilement un grand nombre d'adolescentes. C'est aussi un milieu éducatif où il est possible de fournir aux jeunes l'information la plus juste possible.

Deuxièmement, le fonctionnement adopté par différents milieux pour la vaccination VPH s'est révélé efficace et on souhaite poursuivre le modèle de fonctionnement déjà implanté. Par exemple, en milieu scolaire, on suggère de maintenir un fonctionnement s'appuyant sur une solide planification. De même, en Centre jeunesse, on souhaite conserver le modèle de fonctionnement retenu qui est jugé efficace et qui met l'accent sur des liens positifs entretenus avec les unités d'hébergement. Ce modèle permet d'assurer une qualité des services et d'offrir aux filles plusieurs services, comme le dépistage, la contraception et la vaccination, incluant la vaccination VPH, et ce, dans différents lieux (ex. : unités d'hébergement, service de santé).

Relativement à l'information à transmettre aux adolescentes et aux parents concernant la vaccination VPH, les vaccinateurs recommandent de porter une attention particulière et de fournir davantage d'information aux filles ayant plus de 18 ans et aux jeunes à risque de niveau scolaire inférieur à la 3e secondaire, aux filles de moins de 18 ans qui ne fréquentent pas l'école ainsi qu'aux parents dont c'est la première fille qui reçoit le vaccin. D'autre part, il est suggéré de débuter la diffusion d'information, tant aux adolescentes qu'aux parents, bien avant le moment où la fille atteint l'âge d'être vaccinée. La diffusion d'information pourrait emprunter diverses modalités (ex. : rencontres de groupe). Ainsi, on recommande de ne pas se limiter à la distribution de dépliants et de feuillets d'information. Il est finalement suggéré d'informer les parents qu'il existe une solution de rechange à la vaccination à l'école pour leur adolescente et que les CM peuvent offrir également la vaccination VPH.

L'accès à l'information sur le statut vaccinal des jeunes constitue pour les vaccinateurs une préoccupation importante. On souhaite des améliorations à cet égard en soulignant l'importance pour les vaccinateurs d'avoir accès à un registre de vaccination. La disponibilité d'un tel registre faciliterait la tâche en évitant aux vaccinateurs de nombreuses démarches pour connaître, par exemple, le nombre de doses de vaccin déjà reçues par une jeune. Elle favoriserait également une meilleure communication inter-établissements.

La diffusion d'information en milieu scolaire sur la vaccination VPH nécessite que l'infirmière scolaire puisse consacrer beaucoup de temps à l'école pour avoir la possibilité de rencontrer les jeunes, de bien les informer et de répondre à leurs questions. On souhaite que cette grande disponibilité de l'infirmière scolaire, qui est parfois possible en milieu défavorisé, puisse être maintenue. On insiste également pour que l'enseignement et le *counselling* continuent d'accompagner tout acte de vaccination : « … en vaccination, on fait de la prévention. L'acte comme tel, c'est un acte de prévention. C'est sûr qu'il faut accompagner ça d'enseignement ».

Une première suggestion est d'élargir l'accès à la vaccination gratuite aux filles de 18 à 26 ans. De l'avis des vaccinateurs interviewés, la mise en application de cette recommandation permettrait notamment d'agir réellement en prévention auprès de certaines jeunes femmes qui n'ont pas encore eu de comportement à risque (ex. : femme de 25 ans qui n'a pas encore eu de contacts sexuels).

Une deuxième suggestion est que le Programme VPH cible aussi les garçons. Des demandes du vaccin sont faites par les garçons, alors que des commentaires et questions sont formulés à ce sujet par les jeunes filles. De plus, on considère qu'en ne ciblant que les filles, on fait de la *demi-prévention*.

La troisième recommandation souligne les contraintes associées à l'administration d'un vaccin comportant trois doses où il est parfois difficile de compléter la série vaccinale auprès des jeunes. On mentionne à cet égard qu'un vaccin à deux doses pourrait s'avérer fort intéressant.

Par ailleurs, deux aspects liés à la vaccination VPH doivent absolument être maintenus selon certains. Le premier concerne la possibilité qui est offerte en Centre jeunesse de vacciner contre les VPH toutes les jeunes filles qui y sont suivies, et ce, peu importe leur âge entre 9 et 18 ans puisque ces adolescentes sont considérées à risque. Le deuxième aspect à maintenir a trait à la qualité du contact établi par le vaccinateur avec la jeune et le parent qui permet à ce dernier de prendre une décision éclairée quant à la vaccination. À ce sujet, la disponibilité, l'ouverture et le respect dont fait preuve le vaccinateur représentent des éléments gagnants.

Un vaccinateur a formulé une suggestion touchant les professionnels de la santé. Il propose d'améliorer l'information fournie aux médecins sur la vaccination VPH. Considérant l'importance, pour le parent et la jeune fille, de la recommandation du médecin par rapport à la vaccination et de son rôle important en matière de prévention, une meilleure information lui permettrait, dans le cadre de sa pratique, de donner une information précise sur la vaccination VPH.

D'autre part, l'expérience des vaccinateurs, la connaissance qu'ils ont de leur milieu, les différentes stratégies qu'ils ont développées au fil des ans pour entrer en contact avec les jeunes filles et leurs parents ou encore avec les personnes clés des milieux où se déroule la vaccination sont autant d'éléments positifs qui facilitent la vaccination VPH. À cet égard, on souligne l'importance que les CSSS veillent à assurer le plus possible la stabilité du personnel dédié à la vaccination, principalement en milieu scolaire, contribuant ainsi à maintenir une continuité dans le temps.

On souhaite que la direction de santé publique continue de bien outiller les personnes qui assurent la vaccination. Une suggestion est formulée à ce sujet, soit de rendre disponible et accessible une formation en ligne sur la vaccination VPH. Une telle formation permettrait aux nouveaux vaccinateurs de bien s'informer sur le programme. Elle faciliterait également la mise à jour des vaccinateurs qui ont parfois besoin de quelques rappels ou de rafraîchir certaines notions.

L'appui de la santé publique par l'information qu'elle transmet aux vaccinateurs et les mises à jour continues de l'information doit être maintenu. Il en est de même pour la promotion de la vaccination VPH qui, de l'avis des vaccinateurs, doit se poursuivre.

4.1.5.3.3 Point de vue des parents et des adolescentes

Au total, 170 parents ont donné des commentaires ou des suggestions pour améliorer la vaccination VPH lors de questions ouvertes dans le questionnaire d'enquête (voir détails à la section 4.3.4). Les suggestions concernent principalement l'information qui leur est adressée ou qui est destinée aux adolescentes, l'accessibilité aux services de vaccination VPH et le lieu de vaccination.

Plusieurs parents (n = 67) souhaitent qu'on fournisse davantage d'information sur la vaccination VPH. « Plus d'infos S.V.P. Puisqu'elles (les adolescentes) peuvent prendre cette décision seules, comme des adultes, je trouve primordial qu'elles puissent la prendre de façon éclairée ».

Ils suggèrent de rendre l'information plus accessible pour les adolescentes et de choisir les moyens de communication qui les rejoignent le mieux, par exemple, en diffusant l'information dans les médias ou par courriel. D'autres proposent d'organiser des ateliers à l'école, des séances d'information parents-adolescentes, de renforcer les cours d'éducation sexuelle et de promouvoir la vaccination auprès des adolescentes à risque. Quelques parents demandent qu'on leur envoie directement l'information. Des parents recommandent même que l'information soit plus percutante : «…Lors de rencontres sur la sexualité, permettre aux jeunes de rencontrer des filles ayant eu ou ayant un cancer du col. Un exemple vaut mille mots… Peut-être en parler avec plus de détails, avec des dessins pour les visuelles qui ont besoin de voir… ».

Ils suggèrent d'améliorer l'accessibilité aux services de vaccination en facilitant la prise de rendez-vous, en augmentant les points de services, les plages horaires de vaccination, les ressources et en vaccinant les adolescentes dans le cadre d'autres visites médicales comme lors de consultation de

contraception. D'autres proposent de faire un suivi pour les doses subséquentes du vaccin et d'offrir des rattrapages. Pour quelques parents, le vaccin VPH devrait être offert uniquement à l'école tout en faisant en sorte que la vaccination demeure la décision des parents. Un parent a même proposé de rendre la vaccination obligatoire pour les élèves.

D'autres suggestions formulées, par moins de parents cependant, concernent l'accès à la vaccination VPH et l'acte de vaccination. Les parents proposent d'élargir la vaccination scolaire et la vaccination gratuite aux filles plus âgées, de favoriser un climat propice lors de la vaccination, de rendre la vaccination plus intime, de démystifier la peur de l'aiguille et d'éviter la combinaison de vaccins.

Du côté des adolescentes, 196 de celles ayant participé à l'enquête (voir détails à la section 4.3.3), ont donné des commentaires généraux dans le questionnaire qui leur était adressé concernant le Programme VPH. Les commentaires concernaient le vaccin VPH et étaient généralement positifs. Des adolescentes soulignent l'importance de ce vaccin et la protection qu'il leur procure : « Je suis contente que le vaccin contre le VPH existe, car l'idée d'avoir une de ses maladies me donne des frissons... aussi nous avons été très bien informées au sujet du VPH, ça nous aide à comprendre qu'il est important d'avoir le vaccin ».

Quelques adolescentes disent apprécier la gratuité du vaccin et l'offre à l'école. Cependant, certaines déplorent le manque d'information sur le vaccin VPH. Parmi les autres commentaires, on trouve des témoignages sur l'expérience vécue lors de la vaccination, par exemple, la douleur ressentie lors de l'administration du vaccin, le manque d'intimité de la vaccination à l'école et le long temps d'attente après la vaccination. L'appréciation du travail des infirmières a été soulignée. Enfin, des adolescentes se disent réjouies que l'on tienne compte de leur opinion.

Moins d'adolescentes ont formulé des suggestions précises. Les quelques suggestions ont été les suivantes : élargir l'accès à la vaccination gratuite aux filles de 18 ans et plus et continuer à informer les adolescentes sur le vaccin VPH.

4.2 OFFRE DE SERVICE DE VACCINATION VPH HORS DU MILIEU SCOLAIRE POUR LES ADOLESCENTES DU QUÉBEC

Cette section est consacrée à la description des services de vaccination donnés dans le cadre de la vaccination VPH hors du milieu scolaire. Pour ce faire, une description de l'information disponible à ce sujet sur les sites web des CSSS est tout d'abord présentée. Les résultats obtenus des questionnaires auprès des CSSS du Québec viendront en deuxième lieu, suivi des résultats relatifs aux cas standardisés. Les facteurs ayant favorisé ou fait obstacle à la vaccination VPH hors du milieu scolaire ont déjà été présentés à la section précédente.

4.2.1 Sites internet des CSSS

En ayant la volonté d'avoir une vue d'ensemble des services de vaccination offerts aux adolescentes dans le cadre du programme et en ayant comme prémisse qu'une adolescente aurait le réflexe d'aller voir l'information disponible sur Internet, un recensement des sites Internet des CSSS a été fait. Au moment de ce recensement, soit à l'été 2010, des sites Internet ont été trouvés pour 84 des 95 CSSS répertoriés au MSSS. De ces 84 sites, seulement 72 décrivaient les services de vaccination offerts au CSSS. La qualité des sites a été évaluée selon les critères de Roberts (2010).

4.2.1.1 Information sur les services de vaccination

En naviguant sur les sites Internet des CSSS, on constate d'abord que le détail des services offerts dans l'établissement est organisé sous différentes rubriques : la rubrique « vaccination » est celle où l'information sur les services de vaccination VPH est trouvée le plus souvent, mais n'est trouvée que dans 15 % des sites, suivie des rubriques « Prévention » « Promotion » ou « Santé publique » où on retrouve cette information dans 7 % des sites (annexe R2). Ce sont les rubriques « Clinique des jeunes » ou « Services Jeunesse », dans 11 % des sites, qui présentent en plus grande proportion les services de vaccination spécifiques aux jeunes. Par contre, ces rubriques réfèrent souvent à la vaccination VPH uniquement à l'école, sans nommer la possibilité de se faire vacciner hors du milieu scolaire. De façon similaire, les autres rubriques consultées vont majoritairement informer sur les services de vaccination pour les enfants et les adultes, ou en milieu scolaire, sans toutefois mentionner la possibilité pour une adolescente de se faire vacciner ailleurs qu'à l'école.

De façon générale, la recherche par mot clé n'a pas permis d'accéder à beaucoup l'information précise sur la façon de recevoir le vaccin VPH hors du milieu scolaire dans les CSSS du Québec (annexe R3). La plupart du temps, les recherches par mot clé (VPH, vaccin VPH, Gardasil, cancer du col, vaccination) n'ont mis en évidence aucune information sur la vaccination en général, que ce soit parce qu'il n'y a pas d'option de moteur de recherche, ou parce que la recherche ne donnait aucun résultat, et ce, avec la plupart des mots clés. C'est le mot vaccination qui a eu le plus de succès pour connaître les modalités pour se faire vacciner au CLSC, menant le plus souvent à de l'information sur la vaccination générale (17 % des sites), à de l'information sur la vaccination chez les jeunes (8 % des sites) ou spécifiquement contre les VPH (17 % des sites). Ce sont presque exclusivement les sites Internet de la Montérégie qui présentent une information précise sur les modalités de vaccination VPH en CLSC.

La recherche des modalités de prise de rendez-vous a permis de constater que dans 2/3 des sites, l'information à ce sujet est clairement disponible si on considère minimalement la présence du numéro de téléphone pour prendre rendez-vous. Par contre, aucune information à ce propos n'a été trouvée pour 25 % des sites, alors que 10 % des sites mentionnaient uniquement les coordonnées du CLSC, sans spécifier clairement comment prendre rendez-vous. Quant à l'existence de services de vaccination sans rendez-vous, très peu de sites en font mention (5 %), et un seul site indique l'existence d'une clinique de vaccination sans rendez-vous spécifiquement pour la vaccination VPH.

4.2.1.2 Information sur le Programme VPH, sur les VPH ou sur le vaccin VPH

La plupart des sites Internet des CSSS (81 %) ne présentent aucune information sur la population ayant accès gratuitement à la vaccination VPH, ou encore, la seule mention au programme est pour les jeunes fréquentant l'école. Quelques sites spécifient que certains vaccins sont gratuits sans plus de détails, alors qu'un seul site met un hyperlien vers le site Internet du MSSS pour faire connaître la population qui peut bénéficier de la vaccination VPH gratuite. Seulement 15 % des sites mentionnent que toutes les filles admissibles âgées de moins de 18 ans, peuvent avoir accès gratuitement à ce vaccin, et ces CSSS sont presque exclusivement les sites de la Montérégie.

Une minorité des sites des CSSS seulement présentaient de l'information santé vulgarisée. En effet, seulement deux sites ont une section spécifique sous forme de « capsule-santé », alors que 3 sites présentent un lien vers le site du MSSS. Dans ce dernier site, on y trouve beaucoup d'information sur la vaccination en général, et plus spécifiquement sur les VPH et le vaccin VPH.

4.2.1.3 Organisation générale et qualité des sites

L'organisation générale des différents sites Internet des CSSS a été jugée sur la quantité de texte présente, la vitesse de consultation sur le site, la facilité à trouver le site sur Google, le fait que les hyperliens disponibles sont fonctionnels. L'organisation générale des sites est jugée très bonne pour la majorité des sites (45/72; 60 %, annexe R4). Environ 40 % des sites pourraient être améliorés. Le temps requis pour trouver l'information disponible la plus précise sur les modalités de vaccination VPH était de moins de 90 secondes dans la majorité des sites. De plus, tous les sites Internet des CSSS sont exempts de publicité ou de fenêtres apparaissant subitement, ce qui en rend la consultation agréable. De l'information en anglais est trouvée sur 19 sites de CSSS.

L'aspect visuel des différents sites a également été évalué à l'égard de leur esthétisme global, l'utilisation de bons contrastes entre le fond et le texte ainsi que relativement à la taille de caractères facilitant la lecture et le repérage. Ces différents critères visuels sont globalement respectés pour l'ensemble des sites Internet des CSSS. Pour 35 % des sites (25/72) cependant, la taille des caractères était petite, ce qui pourrait rendre la navigation moins agréable.

4.2.2 Services offerts dans les CSSS

Les résultats présentés ci-après sont tirés de l'enquête à laquelle 29 des 30 responsables des CSSS sollicités ont participé (un refus). La majorité des participants étaient des infirmières (19/29; infirmières cliniciennes ou assistantes au supérieur immédiat). Les CSSS se répartissaient à peu près également dans des zones urbaines et rurales. Pour répondre au questionnaire, la plupart des participantes ont dû consulter deux à trois personnes. Tous les résultats réfèrent aux années 1 et 2 du programme et bien que le questionnaire avait pour principal objectif de recueillir des données sur la vaccination VPH hors du milieu scolaire, plusieurs des réponses données référaient autant aux services offerts à l'école que ceux offerts hors de l'école. Toutes les analyses faites n'ont montré aucune différence statistiquement significative dans la mise en œuvre du programme pour la vaccination des adolescentes hors du milieu scolaire entre ces deux années. Également, des analyses selon les zones géographiques (zone rurale ou urbaine du CSSS) ont été faites. La plupart n'ont montré aucune différence statistiquement significative. Voilà pourquoi, à moins d'indication contraire, les résultats présentés sont semblables, peu importe les zones géographiques où se trouvent les CSSS.

4.2.2.1 Accessibilité géographique et temporelle à la vaccination VPH hors du milieu scolaire

Dans la majorité des CSSS, la vaccination hors du milieu scolaire était disponible au siège social (59 % an 1; 62 % an 2; tableau 7). Dans la plupart des cas, les adolescentes pouvaient être vaccinées contre les VPH dans des points de services des CSSS (médiane = 3 points de services). Dans seulement 12 % des CSSS, les adolescentes pouvaient être vaccinées dans des lieux extérieurs au CSSS.

Tableau 7 Lieux et nombre de lieux de vaccination des CSSS offrant la vaccination VPH aux adolescentes hors de l'école, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29)

Lieux de vaccination et nombre de lieux	2008-2009[1]			2009-2010[1]		
	n total	n	%	n total	n	%
Au siège social du CSSS	29	17	59	29	18	62
Dans des points de services du CSSS	27	20	74	26	19	73
Nombre de points de services	19			18		
1 ou 2		8	43		8	44
3 ou 4		6	32		6	34
≥ 5		5	26		4	22
Médiane (Étendue)		3 (1 à 12)			3 (1 à 11)	
Dans des lieux extérieurs au CSSS	26	3	12	25	3	12
Nombre de lieux extérieurs (1 à 7)		3			3	

[1] Aucune différence entre les années 2008-2009 et 2009-2010 (Test de McNemar) ou selon les zones territoriales des CSSS (Test khi-carré de Pearson).

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

La vaccination était offerte par les SIDEP dans la plupart des CSSS (62 %) et dans un peu moins de la moitié d'entre eux, la vaccination était donnée par les services famille-enfance-jeunesse, par la clinique jeunesse ou par les services courants (tableau 8). Les services de la clinique jeunesse, des services courants et du secteur famille-enfance-jeunesse sont les plus souvent impliqués (annexe R5-A).

Dans pratiquement tous les CSSS, les adolescentes pouvaient recevoir la vaccination VPH lors de rencontres sur rendez-vous pendant les heures ouvrables, parfois dans le cadre de cliniques de vaccination générales ou spécifiquement dédiées au VPH (annexe R5-B). La vaccination sur rendez-vous après 16 heures en semaine était disponible dans la moitié des CSSS. En général, la vaccination sans rendez-vous ou la vaccination la fin de semaine étaient disponibles dans une faible proportion de CSSS. Pendant les deux années du programme, une plus grande proportion de CSSS en zone urbaine offrait des cliniques de vaccination sans rendez-vous sur semaine après 16 heures ou des cliniques spécifiques sur rendez-vous en semaine avant ou après 16 heures. En 2009-2010, des cliniques spécifiques sans rendez-vous après 16 heures étaient disponibles dans une plus grande proportion de CSSS de zone urbaine.

Tableau 8 Services ou secteurs des CSSS offrant la vaccination VPH aux adolescentes hors du milieu scolaire, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29)

Services ou secteurs	2008-2009[1]			2009-2010[1]		
	n total	n	%	n total	n	%
SIDEP (Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS)	28	18	62	28	18	62
Clinique jeunesse[1]	29	14	48	29	14	48
Famille-enfance-jeunesse	29	14	48	29	13	45
Services courants	29	14	48	29	13	45
Clinique santé-voyage	29	5	17	29	5	17
GMF[1]	29	4	14	29	4	14
Clinique ambulatoire	29	4	14	29	4	14
UMF	29	3	10	29	3	10
Autres[2]	29	9	31	29	7	24

[1] Aucune différence entre les années 2008-2009 et 2009-2010 (Test de McNemar). Aucune différence selon les zones territoriales des CSSS (khi-carré de Pearson), à l'exception des cliniques jeunesse (p = 0,027) et GMF (p = 0,032), où une plus grande proportion de CSSS de zone en totalité urbaine y offre la vaccination.

[2] Ex. : cliniques de vaccination spécifiques ou de rattrapage au CLSC, clinique de vaccination de masse.

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

Des inquiétudes avaient été exprimées relativement aux délais pour obtenir un rendez-vous pour la vaccination VPH. À l'automne 2010, dans le tiers des CSSS, le délai entre le moment de la prise de rendez-vous et la date effective du rendez-vous était d'une semaine ou moins, alors qu'il dépassait quatre semaines dans 7 % d'entre eux (tableau 9).

Tableau 9 Délai entre le moment de la demande de rendez-vous et la date effective du rendez-vous donné pour la vaccination VPH des adolescentes dans les CSSS, Québec, automne 2010 (n = 27)

Délai pour obtenir un rendez-vous	n	%
≤ 1 semaine	9	33
> 1 semaine à ≤ 2 semaines	7	26
> 2 semaines à ≤ 4 semaines	6	22
> 4 semaines	2	7
Variable	3	11
Médiane; Étendue; Mode (jours)[1]	10,5; 0 à 112; 7	---

[1] La médiane, l'étendue et le mode excluent la donnée « variable ».

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

Cependant, plusieurs participants ont mentionné que ce délai a été plus long en 2008-2009, durant la période de vaccination contre la pandémie influenza, à l'automne 2009 et au printemps 2010. Pour pallier cette situation, des services additionnels ont parfois été organisés (ex. : cliniques de vaccination spécifiques au vaccin VPH), dont la plupart ont été décrits précédemment. On ajoute que les délais étaient parfois occasionnés par le manque de locaux aux CSSS, mais également par le manque de vaccins pour la vaccination hors du milieu scolaire, particulièrement à l'automne 2008. À ce moment, on a dû créer des listes d'attente.

Le nombre estimé de filles vaccinées hors du milieu scolaire a varié selon les CSSS (annexe R5-C). En ce qui a trait aux filles de 11-13 ans, dans la majorité des CSSS, et ce, autant en 2008-2009 qu'en 2009-2010, peu de filles ont été vaccinées (dont aucune dans respectivement 7 et 8 CSSS). Dans trois CSSS, entre 21 et 50 filles de cet âge ont été vaccinées à chacune des années du programme, alors que plus de 100 filles ont été vaccinées dans deux CSSS en 2008-2009 et dans un seul en 2009-2010. Le nombre de filles de 14-17 ans vaccinées dans ce cadre a été plus important : dans la majorité des CSSS, plus de 100 filles ont été vaccinées en 2008-2009, alors qu'environ la moitié des CSSS ont vacciné plus de 100 adolescentes en 2009-2010. Le nombre d'adolescentes de 14-17 ans vaccinées a même atteint plus de 2000 dans deux CSSS en 2008-2009 et dans un CSSS en 2009-2010. Les sources de données pour établir ces estimations ont été I-CLSC ou les archives dans la plupart des CSSS. Aussi, d'autres sources de données ont été consultées : les données de gestion des produits immunisants, les données des carnets de rendez-vous, des statistiques personnelles, l'évaluation des besoins venant de la direction de santé publique ou des collègues.

4.2.2.2 Moyens pour favoriser l'offre

Dans pratiquement tous les CSSS, l'information sur le nombre d'adolescentes vaccinées et sur la CV obtenue dans le territoire est transmise aux vaccinateurs en milieu scolaire, alors que cette information n'est transmise aux vaccinateurs hors du milieu scolaire que dans environ la moitié des CSSS. Cependant, on rappelle l'importance de la vaccination VPH des adolescentes dans la majorité des CSSS autant aux vaccinateurs du milieu scolaire qu'à ceux hors du milieu scolaire.

Lors des deux premières années du Programme VPH, plusieurs services ont été mis en œuvre dans les CSSS pour favoriser la vaccination des adolescentes visées, mais qui n'étaient toujours pas vaccinées (annexe R6). Dans la majorité des CSSS, lorsqu'on rencontrait de ces filles, on a profité de l'occasion pour offrir la vaccination sur le champ, on pouvait aussi suggérer la prise d'un rendez-vous pour la vaccination ou référer à une autre clinique du CSSS comme la clinique jeunesse ou le service de santé sexuelle. Dans environ le quart des CSSS, une note à ce sujet était mise au dossier des adolescentes ou encore, dans près d'un CSSS sur cinq, on incluait le nom de ces filles dans des listes pour les relancer. Dans quelques CSSS, les filles rencontrées au GMF ou par un médecin du CSSS, notamment lors de suivi gynécologique, ont été référées aux infirmières scolaires ou encore vaccinées sur le champ. Si cela survenait en période de vaccination VPH scolaire, les adolescentes étaient invitées à se présenter dans une école, car elles pouvaient être intégrées à une clinique de vaccination se tenant dans une école même si elles ne fréquentaient pas nécessairement cette école. Dans deux CSSS, on mentionne cependant que ces démarches particulières étaient plus intenses lors de l'an 1 du programme.

4.2.2.3 Moyens pour améliorer la demande

Divers moyens ont été instaurés dans les CSSS, afin d'encourager la vaccination des filles visées par le Programme VPH (tableau 10), et ce, autant lors de l'an 1 que lors de l'an 2. Concernant la promotion s'adressant aux filles de 9 à 18 ans hors 4^{e} année du primaire ou hors 3^{e} secondaire, dans plus de 80 % des CSSS, on a fait de la promotion à l'école ainsi qu'au CSSS. Lorsque les moyens de promotion à l'école ont été précisés, il s'agissait de plus de la moitié des cas de visites en classe. On a aussi procédé à des rencontres individuelles ou de groupes avec l'infirmière scolaire, à la remise de dépliants ou de documentation (dont matériel fourni par le MSSS), à de l'affichage, à la tenue de kiosques d'information et à l'envoi de lettres d'information aux jeunes ainsi qu'aux parents. Dans certains cas, on a distribué des formulaires d'inscription à l'école aux filles de 4^{e} et 5^{e} secondaire pour

qu'elles puissent aller se faire vacciner au CSSS et installé des affiches à l'école donnant les dates et sites de vaccination. Enfin, comme mentionné plus haut, dans certains CSSS on a offert la vaccination scolaire élargie aux filles de 4e et 5e secondaire et à celles âgées de 9-13 ans plus à risque.

Quant à la promotion faite au CSSS, dans la majorité des cas, il s'agissait d'affichage, de mise à disposition de dépliants ou de feuillets d'information ainsi que de diffusion de matériel promotionnel et éducatif. Parmi les autres moyens mentionnés, il y a : la transmission d'information à la CJ, lors de visites à domicile SIPPE, de cliniques de vaccination, d'ateliers ITSS, de dépistage ITSS et de rencontres SIDEP, dans tous les points de service ou encore par Info-Santé. On a profité de différentes opportunités pour sensibiliser le personnel des CSSS à l'importance de profiter de toutes les occasions pour offrir la vaccination VPH : lors de réunions cliniques ou par de l'information dans le journal du CSSS. De la formation et information spécifique aux infirmières ont également été évoquées.

Dans environ la moitié des CSSS, on a effectué une relance pour les filles qui ont manqué un rendez-vous ou une clinique de vaccination et on a confirmé les rendez-vous de vaccination, bien que ce dernier moyen fût utilisé dans une proportion un peu moindre de CSSS. Dans certains CSSS, on a mentionné avoir offert la vaccination VPH aux filles de moins de 18 ans qui devaient recevoir des vaccins comme exigence de formation au Cégep. Aussi, lors de consultation de l'infirmière à l'école, le carnet de vaccination était vérifié pour la présence de vaccination VPH. Enfin, en 2009-2010, on a parfois offert un rattrapage aux filles qui n'avaient pas été vaccinées l'année précédente.

4.2.2.3.1 Matériel promotionnel utilisé

Dans presque tous les CSSS (97 %), le dépliant « J'ai entendu parler du VPH » a été utilisé pour informer ou sensibiliser les adolescentes sur la vaccination VPH (tableau 11). Dans la majorité des CSSS, des lettres aux parents ou adolescentes ont été envoyées pour annoncer la vaccination scolaire et des affiches ont été installées. Le dépliant de la compagnie pharmaceutique a été employé dans environ le tiers des CSSS. Des billets de rappel sur la tenue de séances de vaccination scolaire ont été envoyés aux parents ou adolescents dans quelques CSSS, mais cette pratique a été abandonnée en 2009-2010 dans un CSSS.

Tableau 10 Moyens mis en place en CSSS afin que les adolescentes visées par le Programme VPH soient personnellement encouragées à se faire vacciner, Québec, 2008-2009 et 2009-2010 (n = 29)

Moyens pour encourager les adolescentes	2008-2009[(1)]			2009-2010[(1)]		
	n total	n	%	n total	n	%
Promotion de la vaccination VPH à l'école pour les filles qui sont hors 3e secondaire ou hors 4e primaire (ex. : affiches, visites dans les classes)	28	25	89	28	23	82
Promotion de la vaccination VPH au CSSS	28	24	86	28	23	82
Relance si rendez-vous manqué (ex. : relance téléphonique)	29	15	52	29	15	52
Confirmation des rendez-vous de vaccination	28	11	39	28	14	50
Vérification du dossier (carnet) de vaccination lors d'une consultation médicale	21	9	43	20	8	40

(1) Aucune différence entre les années 2008-2009 et 2009-2010 (Test de McNemar) et aucune différence selon les zones territoriales (Test de khi-carré de Pearson).

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

Tableau 11 Matériel promotionnel utilisé en CSSS pour informer ou sensibiliser les adolescentes sur la vaccination VPH, Québec, 2010 (n = 29)

Matériel promotionnel utilisé	n	%
Dépliant du MSSS « J'ai entendu parler du VPH »	28	97
Lettres aux parents/adolescentes au début de l'année scolaire	23	79
Affiche	18	62
Dépliant de la compagnie pharmaceutique	10	35
Billets de rappel sur la vaccination scolaire aux parents/adolescentes	5	17
Publicité dans les journaux	2	7

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

4.2.2.4 Moyens pour accroître l'accès aux services de vaccination VPH hors du milieu scolaire

En cohérence avec les résultats présentés plus haut, dans la majorité des CSSS, une fille se présentant sur place pouvait obtenir un rendez-vous pour une vaccination ultérieure ou être vaccinée sur le champ. Dans certains cas, cela s'applique particulièrement aux CJ ou aux cliniques de santé sexuelle du CSSS. Une adolescente pouvait aussi facilement téléphoner au CSSS pour obtenir un rendez-vous. Dans un seul CSSS, l'unique façon de procéder était de téléphoner pour obtenir un rendez-vous de vaccination. Il était aussi possible qu'une infirmière, l'infirmière scolaire, l'infirmière en périnatalité ou un autre professionnel par exemple, prenne rendez-vous pour l'adolescente. Dans quelques CSSS, si une adolescente téléphonait pour la vaccination VPH en période de vaccination scolaire, elle était invitée à se présenter à l'école où se tenait cette vaccination. Enfin, dans un CSSS, une infirmière de rue offrait la vaccination. Ces moyens n'ont pas varié entre 2008-2009 et 2009-2010.

Quant aux rendez-vous de vaccination pour l'administration des seconde et troisième doses, les filles pouvaient téléphoner pour les obtenir dans pratiquement tous les CSSS. Cependant, dans la majorité des CSSS, on fixait le rendez-vous de la seconde dose, lors de l'administration de la première dose. Dans environ 40 % des CSSS, on déterminait même à ce moment les dates pour les deux doses subséquentes. Dans un seul CSSS, la seule façon d'obtenir ces rendez-vous était de téléphoner au CSSS. Certains des moyens mentionnés pour l'obtention du rendez-vous initial étaient également possibles pour ces doses ultérieures : prise de rendez-vous par l'infirmière, intégration à la vaccination à l'école, vaccination sur le champ si l'adolescente était sur place et que le délai de vaccination était respecté. Dans quelques cas, des méthodes supplémentaires ont été mises en place : lettre envoyée entre la seconde et troisième dose pour demander de prendre rendez-vous et relance téléphonique.

Divers moyens ont été mis en œuvre pour améliorer l'accessibilité à la vaccination hors du milieu scolaire (tableau 12). Plusieurs de ces moyens ont déjà été mentionnés auparavant : ajout de cliniques de vaccination (fait dans les deux tiers des CSSS dont plus de 40 % régulièrement), prolongation occasionnelle de l'horaire de cliniques prévues et vaccination des filles se présentant sans rendez-vous (pratique régulière dans environ 40 % des CSSS faisant cette pratique, mais faite en proportion statistiquement significative moins grande en zone urbaine).

Tableau 12 Moyens utilisés dans les CSSS pour rendre la vaccination VPH hors scolaire accessible aux adolescentes, Québec, 2010 (n = 29)

Moyens (nombre de participants ayant répondu)	**n**[(1)]	**%**
Accepter de vacciner les adolescentes même si elles se présentent sans rendez-vous à une clinique de vaccination avec rendez-vous (n = 28)	20	71
Ajouter des cliniques ou des rendez-vous de vaccination lorsque nécessaire (n = 29)	19	66
Prolonger l'horaire des cliniques de vaccination existantes lorsque nécessaire (n = 29)	8	28
Alléger le processus d'ouverture de dossier ou d'inscription pour les adolescentes désirant uniquement une vaccination (n = 29)	5	17
Offrir une possibilité de transport aux adolescentes (n = 29)	3	10
Offrir une ligne d'attente « express » pour les adolescentes désirant uniquement la vaccination (n = 29)	2	7

(1) Aucune différence selon les zones territoriales, sauf pour la vaccination sans rendez-vous qui était faite en moins grande proportion en zone urbaine (p = 0,024; Test de khi-carré de Pearson).

Source : Enquête auprès des responsables des CSSS (automne 2010).

D'autres moyens ont aussi été mis en place dans quelques CSSS comme l'allègement du processus d'ouverture de dossier (fait systématiquement dans la plupart des CSSS qui ont mentionné cette pratique) et quelquefois offrir une possibilité de transport ou encore la mise en place d'un système de prise de rendez-vous spécifique. Ces moyens ont été modulés lors des années 1 et 2 du programme en fonction de la demande et de la disponibilité des vaccins à l'automne 2008.

Selon les participants des CSSS, dans certains cas, en plus des services de vaccination VPH encadrés par le CSSS, les adolescentes pouvaient être vaccinées en clinique médicale, dans des cliniques de santé-voyage, dans des cliniques privées de vaccination ou en pharmacie.

4.2.3 Mise à l'épreuve des modalités de prise de rendez-vous (cas standardisés)

Cette section s'intéresse aux modalités de prise de rendez-vous en CSSS pour la vaccination VPH. Pour ce faire, ces modalités ont été mises à l'épreuve en procédant à la manière d'une adolescente voulant recevoir le vaccin VPH, et ce, en utilisant un cas standardisé. Ainsi, à la fin 2010 et au début de 2011, des appels ont été logés par une professionnelle de recherche dans 4 CSSS selon un scénario préétabli, ce qu'on a appelé des cas standardisés. Le détail du scénario est présenté à l'annexe M3-F.

Les coordonnées des CLSC-CSSS à contacter ont été trouvées sur leurs sites Internet à partir du moteur de recherche Google. Un seul site présentait clairement l'information sur la façon de prendre un rendez pour la vaccination VPH sous la rubrique « vaccination ». Les autres sites font mention des services de vaccination en général avec les coordonnées des CLSC[2] dans une autre rubrique.

Lors de l'appel logé dans chacun des 4 CSSS, à chaque fois, la personne responsable de donner les rendez-vous a vérifié les coordonnées de l'adolescente, afin de valider le critère d'admissibilité à la vaccination gratuite. La vaccination VPH est offerte sur rendez-vous dans 3 des 4 CSSS contactés (annexe R7). Dans un de ces CSSS, les dates de vaccination pour les trois doses du vaccin ont été fixées lors de cet appel, alors que dans les deux autres, seul le rendez-vous pour l'administration de la première dose a été donné. Le délai entre le moment de prise de rendez-vous et la date effective du rendez-vous a été d'environ 4 semaines dans tous ces cas. Dans le quatrième CSSS, la vaccination VPH est disponible avec ou sans rendez-vous. Dans ce dernier CSSS, la vaccination sans rendez-vous est offerte une fois par semaine. Il est possible d'être vaccinée sur rendez-vous, cependant, au moment de l'appel, le délai pour obtenir un tel rendez-vous était de six mois.

4.3 DÉTERMINANTS DE LA VACCINATION VPH DES ADOLESCENTES

Cette dernière section du chapitre des résultats est consacrée aux déterminants de la vaccination VPH des adolescentes québécoises. Les résultats présentés dans cette section sont tirés de plusieurs sources, mais principalement des enquêtes postales menées auprès des adolescentes et des parents au printemps 2010. En préalable de ces enquêtes, la fiabilité du questionnaire à employer auprès des adolescentes a été testée et le modèle théorique de l'évaluation a été validé. Les premières parties sont donc respectivement consacrées à ces étapes préliminaires. Viennent après le point de vue des adolescentes suivi du point de vue des parents tirés des enquêtes. Enfin, les derniers résultats se pencheront sur la perception des vaccinateurs relativement aux déterminants de la vaccination VPH des adolescentes.

4.3.1 Fiabilité du questionnaire d'enquête auprès des adolescentes

La fiabilité du questionnaire d'enquête à employer auprès des adolescentes a été évaluée par l'étude test (questionnaire papier)-retest (questionnaire en ligne) menée en octobre et novembre 2009. En plus d'évaluer la fiabilité du questionnaire, cette étude a permis de tester à petite échelle le processus de l'enquête à mener ultérieurement auprès des échantillons d'adolescentes québécoises.

[2] Pour simplifier le texte, la terminologie CSSS sera utilisée, même si dans la plupart des cas, c'est dans une installation CLSC que les services de vaccination sont donnés.

4.3.1.1 Participation à l'étude et caractéristiques des participantes

Des 110 filles sollicitées au départ, 67 ont rempli le questionnaire papier pour un taux de réponse de 61 %. Au retest, le taux de participation a été de 82 %, 55 filles ayant rempli le questionnaire en ligne.

Pratiquement toutes les participantes étaient francophones, nées au Canada et âgées de 14 ans (annexe R8). Un peu plus de la moitié des participantes considéraient leur situation financière familiale comme étant celle d'une famille aussi à l'aise que la plupart des familles des jeunes de leur âge. La majorité des participantes (93 %) ont été vaccinées contre les VPH.

4.3.1.2 Évaluation de la fiabilité

Les résultats sur la fiabilité des questionnaires papier et électronique montrent que les meilleurs kappas (1,00) ont été obtenus pour les questions relatives aux données sociodémographiques, au statut vaccinal VPH, aux facteurs ayant influencé la décision des adolescentes de ne pas être vaccinées, aux ressources ayant encouragé ou découragé la vaccination VPH et à la perception des bénéfices et des coûts du vaccin VPH (tableau 13). Les questions les moins fidèles avaient trait à l'histoire antérieure de vaccination et aux croyances générales sur les vaccins, à la perception de la vulnérabilité et de la sévérité de la maladie aux VPH, aux connaissances relatives aux VPH ainsi qu'aux facteurs ayant influencé la décision d'être vaccinées, le moins bon kappa pour ces questions étant de -0,07 (IC à 95 % -0,14 – -0,01). Le détail des résultats descriptifs de cette étude ainsi que les kappas pour chacune des questions sont présentés à l'annexe R9.

Tableau 13 Résultats des kappas comparant les réponses au test et au retest selon les catégories de variables, le nombre de questions concernées et le numéro des questions

Catégories de variables	Nombre de questions concernées (numéros des questions)[1]	Meilleur kappa	Intervalle de confiance	Moins bon kappa	Intervalle de confiance
Données sociodémographiques	11 (Q18 – Q24; Q29 – 32)	1,00	1,00 – 1,00	0,22	-0,20 – 0,63
Statut vaccinal VPH	1 (Q10)	1,00	1,00 – 1,00	-	-
Facteurs ayant influencé la décision de non-vaccination VPH	6 (Q15a – Q15f)	1,00	1,00 – 1,00	1,00	1,00 – 1,00
Ressources ayant encouragé ou découragé la vaccination VPH	8 (Q16a – Q16h)	1,00	1,00 – 1,00	0,00	0,00 – 0,00
Perception des bénéfices et des coûts du vaccin VPH	5 (Q3a – Q3e)	1,00	1,00 – 1,00	0,10	-0,22 – 0,41
Pratique sexuelle	1 (Q5)	0,85	0,55 – 1,00	---	-
Perceptions sur le cancer	4 (Q9a – Q9d)	0,85	0,55 – 1,00	0,50	0,16 – 0,85
Histoire antérieure de vaccination	4 (Q25 – Q28)	0,68	0,46 – 0,90	-0,04	-0,09 – -0,001
Perception de la vulnérabilité et de la sévérité de la maladie au VPH	4 (Q2a – Q2d)	0,65	0,20 – 1,00	0,39	-0,04 – 0,82
Influence des parents	4 (Q13a – Q13d)	0,65	0,43 – 0,88	0,51	0,26 – 0,76
Connaissances sur le VPH	10 (Q1a – Q1j)	0,62	0,37 – 0,88	-0,07	-0,14 – 0,01
Facteurs ayant influencé la décision de vaccination VPH	7 (Q14a – Q14g)	0,53	0,06 – 1,00	0,28	-0,09 – 0,66
Croyances sur les vaccins en général	3 (Q4a – Q4c)	0,48	-0,12 – 1,00	0,23	-0,23 – 0,69

[1] Voir questionnaire à l'annexe M5-C.

Source : Étude test-retest (automne 2009).

4.3.2 Validation du modèle théorique

Dans le but de valider et bonifier le modèle théorique pressenti pour l'évaluation, des groupes de discussion auprès d'adolescentes (deux groupes) et de parents (un groupe) ont été réalisés à l'automne 2009. Cette section fait état des résultats de ces groupes de discussion.

4.3.2.1 Caractéristiques des personnes participantes

Les 11 adolescentes qui ont pris part à un des deux groupes de discussion étaient âgées de 15 ans ou plus et fréquentaient toutes l'école (4e secondaire ou plus) (annexe R10). Six d'entre elles avaient reçu le vaccin VPH et les cinq autres n'étaient pas vaccinées. Les six personnes qui ont participé au groupe de discussion parents étaient les mères d'adolescentes visées par le Programme VPH dont une seule était vaccinée (annexe R11). Ces mères participantes étaient toutes âgées entre 40 et 49 ans et parlaient le français à la maison. Aucune d'entre elles n'était les mères des filles ayant participé aux groupes de discussion adolescentes.

4.3.2.2 Aperçu des déterminants de la vaccination VPH

Les résultats relatifs aux trois groupes de discussion sont regroupés dans cette section. Ils permettent de décrire, et ce, de manière impressionniste les grandes lignes des déterminants de la vaccination VPH. Nous en présentons les grands constats dans les lignes suivantes et ils sont schématisés à la figure 2. Un résumé et des comptes rendus plus détaillés de chacun de ces groupes de discussion sont présentés aux annexes R12 à R15.

Toutes disent manquer d'information sur le VPH, sur le vaccin et sur son accès gratuit. On ne connaît pas bien les conditions d'accès au vaccin hors de l'école. On reconnaît les bienfaits du vaccin tout en s'inquiétant de son innocuité : « … On est des cobayes… » et d'effets secondaires potentiels à long terme : « … Quel est le risque d'avoir les effets du vaccin? On ne sait pas. On ne connaît pas les risques à long terme sur la santé ». On juge que l'information transmise par les autorités : « … c'est certain qu'un ministre ne pourrait pas se prononcer contre la vaccination… » et les annonces télé sont biaisées. Plusieurs filles disent ne pas être vaccinées tout simplement par manque d'information.

Parmi les professionnels de la santé qui influencent la décision de vaccination, la recommandation d'un médecin et, dans une moindre mesure, celle de l'infirmière scolaire sont importantes, le médecin influençant autant les parents que les adolescentes. Le point de vue des parents et de la mère en particulier sont pris en compte également, la confiance envers les parents : « … c'est ma mère je lui fais confiance… normalement quand ma mère me dit des choses je lui fais confiance j'ai confiance en son jugement... » et le système sont des éléments mentionnés.

Une attitude parentale pro-vaccination : « … elle voudrait [que je sois vaccinée] parce qu'elle est ben ben vaccin, c'est sûr que ça a une influence, moi j'aimerais ça me faire vacciner parce que je trouve que ça a de l'allure… » et le souci de protéger la santé de leur fille motivent les parents à encourager leur fille à recevoir le vaccin VPH : « … Si je peux éviter ce risque-là à mes filles, pourquoi ne pas le faire »?

Le fait que certaines adolescentes ne soient pas vaccinées par choix (par opposition à celles non vaccinées par manque d'information) peut s'expliquer par une méfiance envers les vaccins : « … Je ne peux pas dire que j'ai une conviction totale en la vaccination. On y va parce que, OK, on y va. Mais des fois je me dis… Oui mais s'il y avait quelque chose de pas bon? On manque d'information, de confirmation… ». Aussi, le vaccin ne serait pas nécessaire parce que l'éducation sexuelle est adéquate : « … Pourquoi une jeune fille de 14 ans aurait-elle des relations sexuelles à risque »? Cependant, dans tous les cas, que l'adolescente soit vaccinée ou non, il y a présence de discussion entre l'adolescente et les parents face à la décision de vaccination, bien que selon les parents

participants la décision finale revienne à l'adolescente : « … On les guide mais c'est à elles de décider ».

Pour les adolescentes vaccinées, la vaccination scolaire est appréciée et facilite l'accès, mais les adolescentes vaccinées y déplorent le manque d'intimité et l'impression de vaccination en groupe et sous pression : « … Comme un troupeau, style camp militaire ».

Pour les deux adolescentes vaccinées hors du milieu scolaire, la rapidité du processus (rendez-vous obtenu dans un délai raisonnable, les trois rendez-vous donnés en même temps, pas d'attente lors de la visite), l'attitude de la personne vaccinatrice et la qualité de l'information reçue constituent des points forts. Par contre, les plages horaires (soirs de semaine) convenaient plus ou moins bien : « … J'aurais préféré le recevoir à l'école pour éviter le déplacement… » pour l'une des participantes.

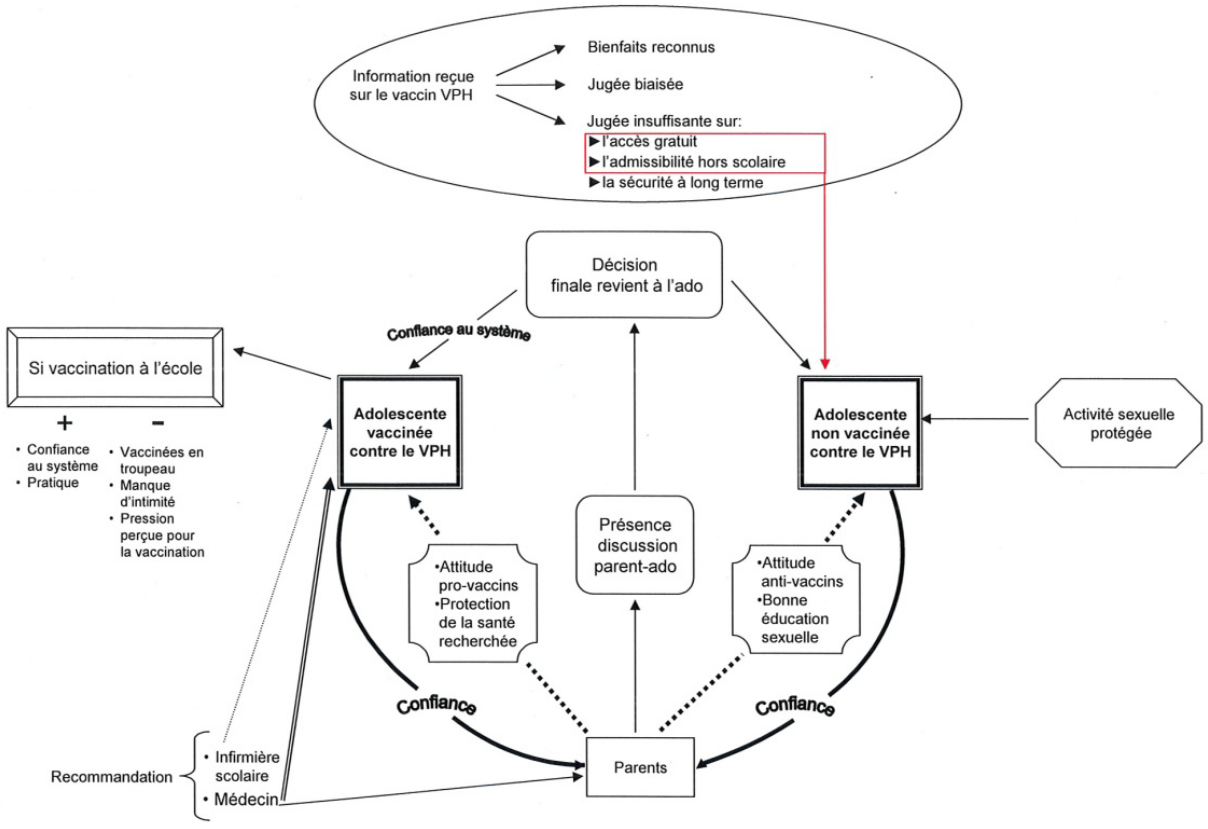


Figure 2 Représentation schématique des résultats des groupes de discussion – Déterminants de la vaccination contre les VPH des adolescentes

Source : Groupes de discussion adolescentes et parents – Automne 2009.

4.3.3 Point de vue des adolescentes

Cette section relate les résultats descriptifs obtenus par l'enquête postale (ou en ligne) auprès des adolescentes dont la collecte de données a été faite au printemps 2010. Les résultats sont présentés ici en suivant les composantes de notre modèle théorique. Également, des comparaisons selon l'âge, le niveau de scolarité et le statut vaccinal VPH (au moins 1 dose) sont donnés. Quelques tableaux de résultats sont insérés au texte et d'autres plus détaillés se trouvent aux annexes R16 à R30. Étant

donné que les proportions des participantes correspondent aux proportions de départ à l'égard des deux cohortes d'âge, il n'a pas été nécessaire de pondérer les données. Les résultats sont donc présentés de manière combinée, peu importe la cohorte de départ d'où ils sont tirés. Pour faciliter la compréhension, les références aux numéros des questions du questionnaire seront données.

4.3.3.1 Participation à l'étude et caractéristiques des participantes

Le taux de réponse à l'enquête a été de 45,6 % (1318/2965 car 35 sujets retirés pour mauvaise adresse), 34 filles ayant refusé explicitement. Parmi les participantes, 82 filles (6 %) ont répondu en ligne. L'échantillon des participantes est significativement différent de l'échantillon RAMQ de départ à l'égard de la région de résidence, les filles de certaines régions éloignées des grands centres ayant participé en plus grande proportion (annexes R16, R17 et R18).

La plupart des participantes sont francophones (83 %), nées au Québec (91 %), fréquentent l'école (96 %) dont environ le tiers en 3e secondaire, de religion catholique (81 %), mais peu ou pas pratiquantes (question #14 à 16 et 24 à 38; annexe R19). Elles auraient reçu en majorité tous les vaccins prévus depuis la naissance (81 %). Un peu plus des trois quarts des adolescentes (78 %) ont reçu au moins une dose du vaccin contre les VPH, la plupart d'entre elles ayant été vaccinées à l'école. Des proportions significativement plus élevées d'adolescentes sont vaccinées contre les VPH (au moins une dose) parmi les plus jeunes, les francophones, les élèves les moins scolarisées, les natives du Québec ou d'appartenance ethnique québécoise, les catholiques, les moins pratiquantes et celles qui ont reçu tous leurs vaccins depuis la naissance (annexe R20). Proportionnellement plus de filles sont vaccinées (> 90 %) si elles résident dans les régions du Bas-St-Laurent, du Saguenay–Lac-St-Jean, de la Capitale-Nationale, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord ou de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Il n'y a pas de différences significatives au point de vue statistique à l'égard de la vaccination VPH pour les autres caractéristiques évaluées.

4.3.3.2 Connaissances des adolescentes

La majorité des adolescentes a déjà entendu parler du VPH (89 %; question #1) ou du vaccin VPH (88 %; question #2). Les connaissances plus spécifiques, évaluées par les réponses *Vrai* ou *Faux* données par les participantes à divers énoncés (question #3), sont généralement bonnes : au moins 57 % des participantes ont répondu correctement à au moins 7 des 10 questions sur les connaissances évaluées (tableau 14). Cependant, peu d'adolescentes savent que les hommes peuvent attraper les VPH (33 %), que l'infection aux VPH est l'infection transmissible sexuellement la plus répandue (24 %) et que l'infection aux VPH disparaît habituellement sans traitement (3 %). De plus, seulement 59 % des jeunes savent que le condom ne protège pas complètement des infections aux VPH.

Les adolescentes plus âgées ou de niveau de scolarité plus élevé, qui avaient déjà entendu parler du VPH ou du vaccin VPH ou encore qui ont reçu le vaccin VPH ont obtenu de meilleurs scores de connaissances (annexe R21).

Tableau 14 Connaissances des adolescentes sur les VPH, le vaccin VPH et le cancer du col utérin, Québec, 2010 (n = 1318)

Énoncés (Bonne réponse)	Réponses correctes	
	n	%[1]
Avoir plusieurs partenaires sexuels augmente le risque pour une personne d'être infectée par le VPH (n = 1302) (*Vrai*)	1118	85,9
Une personne peut être infectée par le VPH pendant plusieurs années sans le savoir (n = 1302) (*Vrai*)	1081	83,0
Le vaccin contre le VPH protège contre l'ensemble des infections transmissibles sexuellement (n = 1306) (*Faux*)	1053	80,6
Chaque année au Québec, des femmes meurent du cancer du col de l'utérus (n = 1308) (*Vrai*)	1012	77,4
L'utilisation du condom protège complètement contre l'infection au VPH (n = 1308) *(Faux)*	773	59,1
La plupart des personnes qui ont une infection au VPH ne présentent pas de symptômes (n = 1302) (*Vrai*)	753	57,8
Certains types de VPH peuvent causer des verrues génitales (n = 1301) (*Vrai*)	736	56,6
Les hommes ne peuvent pas attraper le VPH (n = 1295) (*Faux*)	422	32,6
L'infection au VPH est l'infection transmissible sexuellement la plus répandue dans le monde (n = 1305) (*Vrai*)	312	23,9
L'infection au VPH disparaît habituellement sans traitement (n = 1305) (*Vrai*)	36	2,8
Score de connaissances[2] (0 à 10)	Moyenne = 5,54 et Écart-type = 1,79; Médiane = 6,00	

[1] Les pourcentages sont calculés en considérant les réponses « Ne sait pas » comme une réponse erronée. Les « sans réponses » sont exclues.

[2] Le score de connaissances inclut les dix énoncés. La moyenne et l'écart type sont indiqués à titre indicatif seulement, la variable n'ayant pas une distribution normale. Les scores de connaissances sont statistiquement plus élevés chez les filles plus âgées ($p = 0,027$), plus scolarisées, qui avaient déjà entendu parler du VPH, du vaccin VPH ou qui étaient vaccinées ($p \leq 0,006$ pour toutes ces dernières variables).

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

4.3.3.3 Attitudes et croyances des adolescentes

En accord avec le modèle théorique, les adolescentes ont été interrogées relativement à leurs attitudes et croyances sur les VPH (questions #4 et 5; annexes R22 et R23) et le vaccin VPH. La majorité d'entre elles perçoivent leur vulnérabilité aux infections aux VPH et aux conséquences de ces infections ainsi que leur vulnérabilité au cancer du col utérin et aux conséquences de ce cancer (proportions en accord avec les énoncés à ce sujet variant de 60 % à 98 %). Ces attitudes ne varient pas selon le statut vaccinal des filles. Concernant les croyances sur le vaccin, évaluées par cinq énoncés, la plupart des filles (de 69 % à 96 %) sont en accord avec quatre de ces énoncés (2 énoncés sur les croyances en l'efficacité du vaccin et 2 énoncés sur la sécurité du vaccin), une plus grande proportion de filles vaccinées croyant d'ailleurs en l'efficacité du vaccin et en sa sécurité ($p < 0,001$). Quant au cinquième énoncé, seulement 38 % des adolescentes croient que le vaccin VPH protège contre les verrues génitales, et ce, peu importe leur statut vaccinal VPH.

On a également vérifié l'attitude générale sur la vaccination par trois énoncés (question #6) : avantages de la vaccination, sécurité des vaccins et nécessité de vaccination malgré une bonne alimentation. Au moins 89 % des filles ont une attitude favorable à la vaccination, celles qui sont vaccinées ayant une attitude favorable en plus grande proportion ($p < 0,001$ à chacun des énoncés).

4.3.3.4 Comportements sexuels et histoire personnelle ou dans l'entourage de dépistage pour cancer cervical, de dépistage anormal, d'ITSS ou de cancer

Étant donné les modes de transmission des infections aux VPH, la nature préventive associée au vaccin VPH et en accord avec le modèle théorique, les adolescentes ont été interrogées relativement à leurs comportements sexuels (questions #7 à 10; annexe R24), leur histoire personnelle (questions #11 et 12; annexes R25 et R26) ou d'une personne de leur entourage (question #13; annexes R27, R28) à l'égard du dépistage par test de Pap, de test de Pap anormal, d'ITSS ou de tout type de cancer.

Quatre adolescentes sur dix ont déjà eu une relation sexuelle (annexe R24). La pilule et le condom, utilisés seuls ou conjointement, sont les méthodes contraceptives employées par la plus grande proportion de filles; près des deux tiers des filles ont employé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans ces comportements selon le statut vaccinal VPH, à l'exception de l'absence de contraception et de l'utilisation de la contraception hormonale. En effet, 6 % des filles non vaccinées n'ont pas utilisé de contraception dans la dernière année contre 2 % chez les vaccinées ($p = 0,04$). Quant à la contraception hormonale, elle est employée par 91 % des adolescentes vaccinées, mais 74 % des non-vaccinées ($p = 0,02$). Tel qu'attendu, la proportion de filles ayant déjà eu des relations sexuelles augmente avec l'âge et la scolarité ($p < 0,001$).

Au moins 13 % des filles ont déjà subi un dépistage du cancer du col par le test de Pap (annexe R25). De ce nombre, une faible proportion (5 %) a eu un test de dépistage anormal. Parmi celles qui ont déjà eu des relations sexuelles, 3 % ont eu une ITSS. Enfin, 0,5 % des filles ont déjà eu un cancer, peu importe le type. Il n'y a aucune différence statistiquement significative quant au statut vaccinal relativement à l'histoire antérieure de test de Pap, de dépistage anormal, d'ITSS ou de tout type de cancer (annexe R26).

Comparativement à leur expérience personnelle, une plus grande proportion d'adolescentes, soit 12 % d'entre elles, connaissent une personne qui a eu un dépistage cervical anormal (annexe R27). De la même manière, pour 6 % d'entre elles, il y a dans leur entourage une personne qui a déjà eu des verrues génitales, pour 11 % des filles, une personne qui a eu un cancer du col utérin. Plus des deux tiers des adolescentes connaissent une personne dans leur entourage qui a déjà eu un cancer (peu importe le type). Ces proportions ne varient pas selon le statut vaccinal des adolescentes (annexe R28).

4.3.3.5 Facteurs ayant influencé la décision de vaccination et discussion avec les parents

Pour les filles vaccinées contre les VPH, le facteur ayant influencé leur décision de vaccination (question #18) mentionné par la plus grande proportion d'entre elles (95 %) était le désir de protéger leur santé (tableau 15). Plus de 80 % des adolescentes ont dit avoir été influencées par la peur de développer le cancer du col ou par les bénéfices du vaccin perçus plus grands que ses risques. L'influence des amies a été mentionnée par seulement 15 % des adolescentes.

Pour 37 % des filles, la recommandation reçue d'un médecin a influencé leur décision, cette proportion variant de manière statistiquement significative avec l'âge (p = 0,02) et la scolarité (p = 0,004), les filles plus âgées et plus scolarisées étant influencées en plus grande proportion. La scolarité des participantes agit aussi sur l'influence du fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ou de penser en avoir dans le futur (p = 0,013). Autrement, ces facteurs d'influence sur la décision de vaccination ne varient pas en fonction de l'âge ou la scolarité des adolescentes.

Tableau 15 Facteurs d'influence des adolescentes vaccinées contre les VPH sur leur décision de recevoir le vaccin, Québec, 2010 (n = 1031)

Énoncés[1] (nombre de participantes ayant répondu)	**n**[2]	**Proportion (%)**
Le désir de protéger ma santé (n = 1009)	957	94,8
La peur de développer le cancer du col de l'utérus (n = 1005)	835	83,1
Le fait de penser que les bénéfices du vaccin soient plus grands que ses risques (n = 969)	790	81,5
La peur de contracter une infection transmissible sexuellement (n = 987)	767	77,7
Le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ou que je pense en avoir dans le futur (n = 978)[3]	595	60,8
Le fait que j'aie confiance au système de santé (n = 988)	579	58,6
Le fait de penser que le vaccin protège contre les verrues génitales (n = 894)	448	50,1
Le fait que mes parents m'aient recommandé le vaccin VPH (n = 991)	465	46,9
Le fait qu'un médecin m'ait recommandé le vaccin VPH (n = 941)[4]	347	36,9
L'impression qu'on ne m'a pas laissé le choix d'être vaccinée (n = 984)	198	20,1
Le fait que mes amies soient vaccinées (n = 999)	148	14,8

[1] Participantes qui ont répondu fortement influencées ou plutôt influencées.

[2] Les réponses « Je ne sais pas » et les « sans réponses » sont exclues.

[3] Différence statistiquement significative selon la scolarité (p = 0,013).

[4] Différence statistiquement significative selon l'âge (p = 0,02) et la scolarité (p = 0,004).

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

Pour les filles non vaccinées, les facteurs ayant influencé leur décision (question #19) et mentionnés par les plus grandes proportions d'entre elles ont trait pour la plupart au manque d'information : soit un manque d'information sur le VPH (40 %), sur les critères de gratuité (27 %) ou sur les lieux pour recevoir le vaccin (25 %) (tableau 16). Également, près de 40 % des filles signalent qu'on ne leur a pas offert le vaccin, cette proportion variant significativement selon l'âge ou la scolarité des participantes (p < 0,001). Le fait qu'il faut recevoir trois doses du vaccin (30 %) ou la peur des piqûres (21 %) sont aussi des facteurs d'influence à ne pas recevoir le vaccin VPH. Une plus grande proportion de jeunes de 3e secondaire sont influencées par les trois doses de vaccin dans leur décision de ne pas être vaccinées en comparaison des filles de scolarité plus élevée (p = 0,01).

Les deux tiers des filles ont discuté de la vaccination VPH avec leurs parents (question #17; annexe R29), cette proportion étant légèrement plus élevée chez les filles de 16 ans ou plus en comparaison des plus jeunes (p = 0,01). Un peu plus du quart (27 %) dit avoir été influencé par eux. Pour la majorité des adolescentes (81 %), leur mère était d'accord avec leur décision, alors que l'approbation du père était présente pour 66 % d'entre elles. On observe une plus grande proportion de

jeunes vaccinées contre les VPH parmi celles ayant discuté avec leurs parents ($p < 0,001$) ou ayant obtenu l'approbation de leur père ($p = 0,008$) ou de leur mère ($p < 0,001$).

4.3.3.6 Sources d'encouragement/découragement et d'information sur la vaccination VPH

Les adolescentes ont également été interrogées relativement aux ressources qui ont pu les encourager ou décourager à recevoir le vaccin (question #20; tableau 17). Pratiquement 90 % et plus des filles disent avoir été encouragées par les ressources suivantes : professionnels de la santé dont médecin et infirmière scolaire, membres de la famille, amis, enseignant ou les médias; l'infirmière scolaire a été mentionnée par la plus grande proportion d'adolescentes, soit 97 %. Ces proportions ne varient pas selon l'âge ou la scolarité des adolescentes. En revanche, une plus grande proportion de filles vaccinées ont été encouragées par leurs parents ou un autre membre de leur famille, par leurs amis, par un professeur ou par les médias ($p < 0,001$).

En ce qui a trait aux principales sources d'information des adolescentes sur la vaccination contre les VPH (question #21; annexe R30), l'infirmière scolaire est la source première mentionnée par la plus grande proportion, soit par 46 % des adolescentes. Viennent ensuite les médias, un médecin et les parents qui sont la source principale d'environ 20 % des filles. Une plus grande proportion d'adolescentes ayant eu l'une ou l'autre des sources d'information ont reçu le vaccin VPH en comparaison des filles qui n'ont eu aucune source d'information ($p < 0,001$).

Tableau 16 Facteurs d'influence des adolescentes qui ne sont pas vaccinées contre les VPH sur leur décision de ne pas recevoir le vaccin, Québec, 2010 (n = 266)

Énoncés[1] (nombre total de participantes ayant répondu)	**n**[2]	**Proportion (%)**
Le manque d'information sur le VPH (n = 240)	97	40,4
Le fait qu'on ne m'ait pas offert le vaccin contre le VPH (n = 239)[3]	95	39,7
Le fait qu'il y ait trois doses du vaccin contre le VPH à recevoir (n = 244)[4]	74	30,3
Le fait que je ne sois pas au courant que le vaccin est gratuit pour moi (n = 242)	66	27,3
Le fait que je ne sois pas à risque de contracter l'infection au VPH (n = 231)	60	26,0
Le fait que je ne sache pas où aller pour recevoir le vaccin contre le VPH (n = 240)	60	25,0
La peur des aiguilles (piqûres) (n = 250)	53	21,2
Le fait que mes parents soient contre la vaccination contre le VPH (n = 228)	30	13,2
Le fait de penser que d'être vaccinée contre le VPH encourage à avoir des relations sexuelles non protégées (n = 242)	24	9,9
Le fait de penser que d'être vaccinée contre le VPH encourage à avoir des relations sexuelles trop jeune (n = 242)	21	8,7
Le fait que mes amies ne soient pas vaccinées (n = 242)	16	6,6
La peur que je sois étiquetée comme une fille facile en recevant le vaccin contre le VPH (n = 244)	7	2,9

(1) Participantes qui ont répondu fortement influencées ou plutôt influencées.

(2) Les réponses « Je ne sais pas » et les « sans réponses » sont exclues.

(3) Différences statistiquement significatives selon l'âge ($p < 0,001$) et la scolarité ($p < 0,001$).

(4) Différence statistiquement significative selon la scolarité ($p = 0,01$).

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

Tableau 17 Adolescentes encouragées à recevoir le vaccin VPH selon diverses ressources, Québec, 2010 (n = 1318)

Ressources ayant encouragé à recevoir le vaccin VPH (nombre de participantes ayant répondu à chacune)	**Adolescentes encouragées**[1]	
	Nombre (n)	**Proportion (%)**
L'infirmière scolaire (n = 765)	738	96,5
Un médecin (n = 586)	562	95,9
Un autre professionnel de la santé (n = 446)	416	93,3
Mes parents (n = 954)[2]	890	93,3
Un autre membre de ma famille (n = 478)	432	90,4
Des amis (es) (n = 761)[2]	678	89,1
Un professeur (n = 424)[2]	372	87,7
Les médias (ex. : télévision, internet) (n = 613)[2]	537	87,6
Autres ressources ayant encouragé à recevoir le vaccin	Cours de science (n = 3); École (n = 6); Dépliants (n = 4); Ce questionnaire (n = 3)	

[1] Participantes qui ont répondu fortement encouragées ou plutôt encouragées. Les réponses « Je ne sais pas » sont exclues.

[2] Différences statistiquement significatives selon le statut vaccinal ($p < 0,001$).

Source : Enquêtes auprès des adolescentes – Printemps 2010.

4.3.3.7 Opinion sur les services reçus lors de la vaccination VPH

Selon le lieu où la vaccination leur a été offerte (à l'école (question #22) ou à un autre endroit (question #22.1)), l'opinion des adolescentes a été obtenue concernant les services reçus (tableaux 18 et 19). Pour la majorité des filles vaccinées à l'école (plus de 84 %), la personne vaccinatrice a donné bonne impression, les périodes d'attente avant ou après la vaccination étaient adéquates, l'information reçue était adéquate et elles ont aimé recevoir le vaccin à l'école. Seulement une fille sur cinq trouvait que la vaccination à l'école manquait d'intimité. Ces opinions ne sont pas influencées par l'âge ou la scolarité des jeunes, à l'exception de celle ayant trait à l'adéquation de l'information reçue concernant la vaccination qui varie selon la scolarité. Dans ce cas, 67 % des filles de niveau scolaire plus élevé (au-delà de la 5e secondaire) ou qui ne fréquentent pas l'école sont en accord avec l'énoncé, alors que plus de 86 % des filles de niveau scolaire plus faible le sont ($p = 0,03$).

La plupart des filles vaccinées à l'extérieur de l'école (au moins 92 %) ont également trouvé que la personne vaccinatrice a donné bonne impression, que l'accès au lieu de vaccination était facile, que le rendez-vous de vaccination avait été facile à obtenir, que l'heure de ce rendez-vous convenait, que les périodes d'attente avant ou après la vaccination étaient adéquates et que l'information reçue était adéquate.

Pour une plus faible proportion d'adolescentes (80 %), la date du rendez-vous de vaccination a été rapide à obtenir, soit à l'intérieur d'un délai d'un mois entre le moment de la demande de rendez-vous et la date effective de ce rendez-vous. Pour l'ensemble des éléments d'opinion sur la vaccination à l'extérieur de l'école, il n'y a aucune différence selon l'âge ou la scolarité des jeunes.

Tableau 18 Opinion des adolescentes ayant reçu le vaccin VPH à l'école sur les services de vaccination reçus, Québec, 2010 (n = 731)

Énoncés (nombre de participantes ayant répondu à l'énoncé)	**Nombre en accord[1](n)**	**Proportion[2] (%)**
La personne qui m'a vaccinée m'a donné bonne impression (n = 692)	630	91,0
La période d'attente avant de me faire vacciner contre le VPH était adéquate (n = 685)	622	90,8
La période d'attente après avoir reçu le vaccin contre le VPH était adéquate (n = 684)	614	89,8
L'information que j'ai reçue concernant la vaccination contre le VPH était adéquate (n = 681)[3]	595	87,4
J'ai aimé recevoir le vaccin contre le VPH à l'école (n = 683)	576	84,3
La vaccination contre le VPH à l'école manquait d'intimité (n = 675)	148	21,9

[1] Nombre de participantes qui ont répondu très en accord ou plutôt en accord.

[2] Les réponses « Je ne sais pas » sont exclues.

[3] Différence statistiquement significative selon la scolarité (p = 0,03).

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

Tableau 19 Opinion des adolescentes ayant reçu le vaccin VPH à l'extérieur de l'école sur les services de vaccination reçus, Québec, 2010 (n = 300)

Énoncés (nombre de participantes ayant répondu à l'énoncé)	**Nombre en accord[1]**	**Proportion[2] (%)**
La personne qui m'a vaccinée m'a donné bonne impression (n = 267)	261	97,8
Le lieu de vaccination pour recevoir le vaccin contre le VPH était facile d'accès (n = 271)	262	96,7
La période d'attente après avoir reçu le vaccin contre le VPH était adéquate (n = 267)	257	96,3
L'heure du rendez-vous pour recevoir le vaccin contre le VPH me convenait (n = 267)	251	94,0
Le rendez-vous pour recevoir le vaccin contre le VPH a été facile à obtenir (n = 264)	245	92,8
L'information que j'ai reçue concernant la vaccination contre le VPH était adéquate (n = 264)	243	92,0
Le jour de la vaccination, la période d'attente avant de me faire vacciner contre le VPH était adéquate (dans la salle d'attente) (n = 269)	247	91,8
La date pour recevoir le vaccin contre le VPH a été rapide à obtenir (délai entre le moment de la prise de rendez-vous et la date du vaccin inférieur à 1 mois) (n = 259)	206	79,5

[1] Nombre de participantes qui ont répondu très en accord ou plutôt en accord.

[2] Les réponses « Je ne sais pas » sont exclues.

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

4.3.3.8 Couverture vaccinale hors du milieu scolaire et déterminants de la vaccination VPH dans et hors du milieu scolaire

Afin de répondre à l'objectif 4 de l'évaluation, soit l'estimation de la proportion de filles vaccinées hors de l'école, des analyses des adolescentes âgées de 17 ans et plus et de celles de 5e secondaire et plus ont été réalisées (tableau 20). Ces analyses restreintes à ces groupes de filles concernent donc celles pour lesquelles il était moins probable d'avoir été vaccinées en milieu scolaire en 2008-2009, correspondant à la première année du programme, car elles étaient alors en 4e secondaire. Cependant, comme expliqué précédemment, en raison de la vaccination scolaire élargie dans certaines régions (c'est-à-dire les régions où le vaccin VPH était donnée à l'école pendant les heures de classe non seulement aux filles de 3e secondaire, mais aussi à plusieurs sinon toutes les adolescentes ciblées), il a fallu prendre en compte la région de résidence des filles pour départager celles ayant pu être vaccinées à l'école de celles qui n'ont pas pu l'être. Ainsi, en tenant compte des résultats obtenus lors de la collecte des données dans les DSP et les CSSS, la région de résidence des adolescentes a été classée selon deux catégories en fonction de l'offre d'un programme scolaire élargi.

Tableau 20 Statut vaccinal VPH (au moins 1 dose) des adolescentes de 17 ans et plus et de 5e secondaire et plus selon la région de résidence offrant ou non le programme VPH scolaire élargi, Québec, 2010

Région de résidence selon l'offre de la vaccination VPH scolaire élargie (n d'adolescentes au total)	Statut vaccinal VPH (au moins 1 dose)				
	Vaccinées		Non vaccinées		Valeur de p(1)
	n	% (IC à 95 %)	n	%	
Adolescentes âgées de ≥ 17ans (n = 289)					
Région avec programme scolaire élargi(2)	223	83,2 (78,7 – 87,7)	45	16,8	< 0,001
Région sans programme scolaire élargi(2)	185	64,0 (58,5 – 69,6)	104	36,0	
Adolescentes de scolarité ≥ 5e secondaire (n = 268)					
Région avec programme scolaire élargi(2)	261	82,6 (78,4 – 86,8)	55	17,4	< 0,001
Région sans programme scolaire élargi(2)	222	61,8 (56,8 – 66,9)	137	38,2	

(1) Les comparaisons ont été faites par un test de khi-carré de Pearson.

(2) Les régions considérées avec Programme VPH scolaire élargi étaient les régions 01, 02, 03, 05, 07, 08, 09, 10, 11, 12 et 15. La région 01 a été classée parmi celles ayant offert la vaccination VPH scolaire élargie à la suite d'une communication personnelle du Dr Claude Gauthier.

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

Parmi les filles de 17 ans ou plus ou de scolarité de 5e secondaire ou plus, environ deux tiers ont été vaccinées hors de l'école. Une plus grande proportion de ces filles (83 %) ont été vaccinées chez celles habitant dans les régions où le Programme VPH scolaire était élargi, en comparaison de celles qui résidaient dans des régions sans programme scolaire élargi (respectivement 64 % et 62 % ; $p < 0,001$).

Les analyses multivariées (tableau 21) nous révèlent que les facteurs suivants sont associés à la vaccination VPH des adolescentes québécoises (qu'elles soient vaccinées à l'école ou hors de l'école) : l'encouragement des professionnels du milieu scolaire (infirmière scolaire ou professeur), l'encouragement des parents ou d'une autre personne de l'entourage de l'adolescente, l'accord d'au moins un des deux parents, la résidence dans une région offrant le Programme VPH scolaire élargi, l'habitude de se faire vacciner, les bénéfices perçus de la vaccination VPH et les connaissances adéquates concernant les VPH et la vaccination. Les facteurs associés au fait de ne pas être vaccinées contre les VPH chez les jeunes québécoises sont : l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois, la pratique religieuse occasionnelle, les barrières perçues de la vaccination VPH (dont des inquiétudes sur la sécurité du vaccin) et le découragement provenant d'un des deux parents ou d'une autre personne de l'entourage de l'adolescente.

Tableau 21 Facteurs augmentant ou diminuant la chance d'être vaccinée contre les VPH chez les adolescentes du Québec, 2010 (RC ajusté et IC à 95 % - analyse multivariée) (n = 1124)

Facteurs	Estimé du rapport de cote ajusté (RC)	IC à 95 %		Valeur de p
		Limite inférieure	Limite supérieure	
Plus haut niveau d'encouragement à recevoir le vaccin VPH émis par l'un ou l'autre des acteurs du réseau scolaire (infirmière scolaire, professeur)[(1)]	2,83	1,72	4,74	< 0,001
Plus haut niveau d'encouragement à recevoir le vaccin VPH émis par l'un ou l'autre de ses parents, d'un autre membre de la famille ou des amis[(2)]	2,36	1,40	4,02	0,001
Accord d'au moins un des parents avec la décision de l'adolescente de se faire vacciner	2,22	1,41	3,48	0,001
Région de résidence qui offre le Programme VPH scolaire élargi	1,99	1,34	2,98	0,001
Habitude de se faire vacciner	1,92	1,21	3,04	0,005
Bénéfices perçus à la vaccination VPH	1,75	1,29	2,39	0,001
Connaissances adéquates concernant les infections au VPH, le vaccin contre le VPH et le cancer du col	1,15	1,03	1,28	0,010
Appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois	0,61	0,41	0,91	0,015
Pratique religieuse occasionnelle	0,58	0,38	0,89	0,013
Barrières perçues à la vaccination VPH	0,53	0,46	0,61	< 0,001
Plus haut niveau de découragement à recevoir le vaccin VPH émis par l'un ou l'autre de ses parents, d'un autre membre de la famille ou des amis[(3)]	0,21	0,10	0,47	< 0,001

(1) Variable synthétique indiquant le plus fort encouragement d'un des acteurs scolaires.

(2) Variable synthétique indiquant le plus fort encouragement d'un parent, d'un membre de la famille ou des amis.

(3) Variable synthétique indiquant le plus fort découragement d'un parent, d'un membre de la famille ou des amis.

Source : Enquête auprès des adolescentes – Printemps 2010.

4.3.4 Point de vue des parents

Cette section décrit les résultats obtenus par l'enquête postale (ou en ligne) auprès des parents. Cette collecte de données a été réalisée aussi au printemps 2010. Un plan de présentation semblable à celui de la section précédente est suivi en cohérence avec le modèle théorique de l'évaluation. En plus des résultats descriptifs, des comparaisons selon différentes caractéristiques ont été faites dont les résultats statistiquement significatifs sont exposés. Plusieurs résultats sous forme de tableau sont inclus à cette section, d'autres se trouvent aux annexes R31 à 41. Les références aux numéros des questions concernées sont incluses au texte. Enfin, les résultats n'ont pas été pondérés, car les proportions de parents participants correspondent aux proportions de départ en ce qui a trait aux cohortes d'âge des adolescentes.

4.3.4.1 Participation à l'étude et caractéristiques des parents participants

Le taux de réponse à l'enquête des parents des adolescentes a été de 45,8 % (1319/2963 car 37 sujets retirés, dont 35 pour mauvaise adresse, 1 parce que le parent de jumelles et 1 parent de 2 filles de l'échantillon d'adolescentes) dont 81 (6 %) ont répondu en ligne. Trente-neuf personnes ont manifesté un refus explicite. L'échantillon des parents participants est statistiquement différent de l'échantillon RAMQ des adolescentes de départ à l'égard de la région de résidence (annexes R31, R32 et R33).

C'est la plupart du temps la mère de l'adolescente visée par l'enquête qui a répondu au questionnaire (89 %) (questions #8, 11, 12, 23, 26-28, 34-40; annexe R34). Les parents participants sont majoritairement âgés de 40 ans ou plus (89 %), francophones (83 %), de groupe ethnique québécois ou canadien (84 %), vivant avec un conjoint (79 %), dans une famille de 2 enfants ou moins (80 %), de religion catholique (72 %), mais peu ou pas pratiquants (83 %), se considèrent à l'aise financièrement ou considèrent que leur revenu est suffisant (85 %). Les valeurs politiques des parents sont assez partagées, les valeurs à mi-chemin entre conservatrices et libérales étant celles mentionnées par la plus grande proportion (28 %), bien que le tiers d'entre eux ne sachent pas les classer.

Une forte proportion de parents est en faveur de la vaccination VPH de leur fille (83 %), une plus grande proportion de parents étant favorable parmi ceux ayant des valeurs politiques à mi-chemin entre conservatrices et libérales ($p = 0,013$). L'école a été la source d'information sur la vaccination VPH offerte à leur fille mentionnée le plus souvent (36 %), alors que 8 % des parents n'en ont pas été informés. La plupart des parents (78 %) ont discuté de la vaccination contre les VPH avec leur fille et 57 % d'entre eux (580/1024) perçoivent que leur opinion à l'égard de la vaccination contre les VPH a eu de l'influence sur la décision de vaccination de leur fille.

Selon les parents, les caractéristiques des adolescentes visées par l'enquête montrent qu'un peu plus de la moitié d'entre elles (53 %) ont 16 ans ou moins ou sont en 5^{e} secondaire ou plus (questions #7, 9, 10, 18, 19, 24-25; annexe R35). Cette description des caractéristiques des adolescentes qu'en font les parents est semblable à celle donnée par les filles elles-mêmes. La plupart des jeunes ont reçu les vaccins recommandés depuis la naissance (92 %) ou contre l'hépatite B (94 %). Ces caractéristiques sont associées à la vaccination VPH des filles, on trouve une plus grande proportion de filles ayant reçu les vaccins recommandés parmi celles ayant reçu le vaccin VPH ($p < 0,001$ autant pour la vaccination depuis la naissance et la vaccination contre l'hépatite B). En cohérence avec ce que nous apprenaient les filles, selon les parents, 76 % des adolescentes sont vaccinées contre les VPH.

Cependant, les parents indiquent en moins grande proportion (67 %) que ce que disaient les adolescentes (78 %) que la vaccination VPH est complète soit trois doses du vaccin reçues ($p < 0,001$).

En examinant les caractéristiques des parents participants selon le statut vaccinal déclaré pour leur fille, on observe que parmi les parents de filles vaccinées (annexe R36), on retrouve une plus grande proportion de mères participant à l'enquête, de parents âgés de 49 ans ou moins, de francophones, de parents à l'aise financièrement, de groupe ethnique québécois, de religion catholique, de parents favorables à la vaccination VPH, ainsi que de parents ayant des valeurs politiques à mi-chemin entre conservatrices et libérales. Également, chez les parents de filles vaccinées, il y a une plus grande proportion de parents informés par leur fille ou par l'école concernant la vaccination VPH, de parents ayant eu une discussion avec leur fille et de parents qui perçoivent que leur opinion a eu de l'influence sur la décision de vaccination VPH de leur fille. On constate aussi des variations significatives de proportions entre la région de résidence des parents et le statut vaccinal déclaré pour leur fille.

4.3.4.2 Connaissances des parents

La plupart des parents ont entendu parler du VPH (85 %; question #1) et du vaccin VPH (84 %; question #2), les mères en ayant entendu en plus grande proportion ($p < 0,001$). Les connaissances plus spécifiques des parents, mesurées, comme dans le cas du questionnaire aux adolescentes, par leurs réponses aux mêmes questions de type Vrai ou Faux, sont assez bonnes (question #3; tableau 22). En effet, au moins la moitié des parents ont répondu correctement à 7 des 10 questions posées. Les questions les moins bien réussies sont les mêmes que celles qui ont été moins bien répondues par les adolescentes : peu de parents savent que les hommes peuvent attraper les VPH (38 %), que l'infection aux VPH est l'infection transmissible sexuellement la plus répandue au monde (30 %) et que l'infection aux VPH disparaît habituellement sans traitement (4 %). De plus, seulement 48 % des parents savent que le condom n'offre pas une protection complète aux infections aux VPH. Les scores de connaissances sont moins élevés chez les parents des jeunes de scolarité plus élevée ou qui ne fréquentent pas l'école ($p = 0,015$) et chez les parents des filles non vaccinées ($p = 0,006$).

4.3.4.3 Attitudes et croyances des parents

En ayant toujours le modèle théorique de l'étude en filigrane, les attitudes et croyances des parents ont été sondées relativement aux infections aux VPH et au vaccin VPH (questions #4, 5, 6; annexes R37 et R38). Plus des trois quarts des parents perçoivent que leur fille est vulnérable aux infections aux VPH et au cancer du col de l'utérus. Pratiquement tous les parents (99 %) perçoivent la gravité des conséquences des infections aux VPH et du cancer du col utérin. Ces attitudes ne varient pas selon le statut vaccinal VPH déclaré pour leurs filles.

La majorité des parents croient aux bénéfices de la vaccination VPH, quoique la proportion de parents croyant en l'efficacité du vaccin en prévention des verrues génitales soit un peu moindre (71 % en accord c. 90 % et plus pour les trois autres énoncés). Il y a des variations selon le statut vaccinal VPH déclaré pour leurs filles pour deux des quatre énoncés ayant trait aux bénéfices de la vaccination VPH : une plus grande proportion de parents sont en accord avec les énoncés sur la sécurité du vaccin VPH et celui sur l'efficacité du vaccin en prévention du cancer du col utérin lorsque leurs filles sont vaccinées, en comparaison des parents dont les filles ne sont pas vaccinées. Environ le tiers ou moins des parents perçoivent des barrières en lien avec la vaccination VPH, et très peu (9 % et moins) en perçoivent relativement aux comportements sexuels des adolescentes.

Tableau 22 Connaissances des parents sur les VPH, le vaccin VPH et le cancer du col de l'utérus, Québec, 2010 (n = 1319)

Énoncés (n total de parents ayant répondu) (Bonne réponse)	**Réponses correctes**	
	n	**%**[1]
Avoir plusieurs partenaires sexuels augmente le risque pour une personne d'être infectée par le VPH (n = 1304) (*Vrai*)	1217	93,3
Chaque année au Québec, des femmes meurent du cancer du col de l'utérus (n = 1301) (*Vrai*)	1133	87,1
Une personne peut être infectée par le VPH pendant plusieurs années sans le savoir (n = 1300) (*Vrai*)	1051	80,8
Le vaccin contre le VPH protège contre l'ensemble des infections transmissibles sexuellement (n = 1305) (*Faux*)	1052	80,6
La plupart des personnes qui ont une infection au VPH ne présentent pas de symptômes (n = 1302) (*Vrai*)	883	67,8
Certains types de VPH peuvent causer des verrues génitales (n = 1296) (*Vrai*)	703	54,2
L'utilisation du condom protège complètement contre l'infection au VPH (n = 1299) (*Faux*)	622	47,9
Les hommes ne peuvent pas attraper le VPH (n = 1286) (*Faux*)	484	37,6
L'infection au VPH est l'infection transmissible sexuellement la plus répandue dans le monde (n = 1302) (*Vrai*)	385	29,6
L'infection au VPH disparaît habituellement sans traitement (n = 1301) (*Vrai*)	50	3,8
Score de connaissances[2] (0 à 10)	Moyenne = 5,80 et Écart-type = 1,93; Médiane = 6,00	

[1] Les pourcentages sont calculés en considérant les réponses « Je ne sais pas » comme une réponse erronée. Les sans réponse sont exclus.

[2] Le score de connaissances inclut les dix énoncés. La moyenne et l'écart type sont indiqués à titre indicatif seulement, la variable n'ayant pas une distribution normale. Les scores de connaissances sont statistiquement plus élevés chez les parents de filles de scolarité plus faible (p = 0,015) et chez les parents dont la fille est vaccinée (p = 0,006).

Source : Enquête auprès des parents – Printemps 2010.

Un peu moins de la moitié des parents (46 %) se croient obligés de discuter de sexualité avec leur fille à l'occasion de l'offre de la vaccination VPH. À l'exception de cette dernière croyance, toutes les autres ayant trait aux barrières perçues à la vaccination VPH et celles en lien avec les comportements sexuels varient selon le statut vaccinal VPH des adolescentes déclaré par les parents, les parents de filles vaccinées percevant ces barrières en moins grande proportion.

À l'égard de la disponibilité de l'information sur le vaccin VPH, 74 % des parents croient qu'il n'y a pas suffisamment d'information sur le vaccin VPH et 79 % pensent que d'autres recherches sur la sécurité du vaccin VPH sont nécessaires, les proportions de parents en accord avec ces énoncés étant plus élevées parmi les parents dont les filles ne sont pas vaccinées. Quant aux derniers énoncés évalués à l'égard spécifiquement de la vaccination VPH, 77 % des parents estiment qu'ils le regretteraient si leur fille n'était pas vaccinée contre les VPH et 87 % accordent leur confiance aux autorités de santé publique. Encore là, ces énoncés sont modulés par le statut vaccinal VPH déclaré pour leur fille.

Enfin, les attitudes et croyances des parents concernant la vaccination en général sont généralement favorables. Plus de 93 % des parents sont en accord avec les énoncés sur l'utilité, les avantages et la sécurité des vaccins ainsi que sur le suivi des calendriers de vaccination. Seulement 7 % des parents ont déjà eu une mauvaise expérience de vaccination, 10 % des parents croient qu'une bonne santé ou une saine alimentation peuvent se suppléer à la vaccination et 18 % d'entre eux croient que leurs enfants reçoivent trop de vaccins. À l'exception de l'énoncé sur l'utilité de la vaccination en prévention de certaines maladies contagieuses, tous les énoncés relatifs à la vaccination en général varient selon le statut vaccinal des adolescentes déclaré par les parents, une plus grande proportion de parents étant favorables à la vaccination parmi ceux dont les filles sont vaccinées contre les VPH. En cohérence avec cette dernière observation, une plus grande proportion de parents en désaccord avec l'énoncé sur une mauvaise expérience de vaccination se retrouve parmi ceux dont la fille est vaccinée. Dans le même sens, ces attitudes et croyances générales des parents à l'égard de la vaccination sont associées au statut vaccinal depuis la naissance ou contre l'hépatite B de leur fille, déclarée par les parents; les six énoncés varient de manière significative au plan statistique pour ces deux variables ($p < 0,002$).

4.3.4.4 Histoire personnelle ou dans l'entourage des parents de dépistage pour cancer cervical, de dépistage anormal ou de cancer

Dans la même lignée des questions posées aux adolescentes et toujours en accord avec le modèle théorique, les parents ont été interrogés relativement à divers aspects en lien avec le cancer du col ou le cancer en général (annexe R39).

Mis à part les parents de sexe masculin qui ne peuvent évidemment pas avoir subi de tests de dépistage du cancer du col, 84 % des parents (1024/1222) ont déjà eu un test de Pap dont 20 % chez qui le résultat a été anormal (250/1024). Les proportions de parents qui ont des antécédents de cancer sont faibles, 3 % ayant déjà eu un diagnostic de cancer du col et 4 % ayant déjà eu un diagnostic de cancer autre que celui du cancer cervical. En ce qui a trait à l'entourage, ces proportions sont plus élevées, puisque 27 % des parents ont une connaissance dont un test de Pap a été anormal, 26 % ont une connaissance ayant eu un cancer cervical et 71 % des parents ont une ou des personnes de leur entourage atteintes d'un cancer autre que le cancer du col. Alors que les énoncés relatifs aux antécédents personnels des parents ne sont pas associés au statut vaccinal VPH de leur fille, ce n'est pas le cas de la présence de personne dans l'entourage qui a déjà eu un test de dépistage anormal ou atteinte d'un cancer autre que le cancer cervical. En effet, on retrouve une plus grande proportion de parents ayant dans leur entourage quelqu'un avec un dépistage cervical anormal ou quelqu'un atteint de cancer autre que le cancer du col parmi ceux dont la fille est vaccinée contre les VPH (respectivement $p = 0,026$ et 0,008).

4.3.4.5 Facteurs ayant influencé l'opinion et sources d'information des parents sur la vaccination contre les VPH de leur fille

Le facteur ayant influencé la plus grande proportion de parents quant à leur opinion sur la vaccination VPH (83 %) est le désir de protéger la santé de leur fille (question #14; tableau 23 et annexe R40). Les recommandations du MSSS ou d'un médecin ont influencé environ les deux tiers des parents. L'information véhiculée par les médias a également influencé plus de la moitié des parents. Certains des facteurs d'influence de l'opinion des parents varient en fonction du statut vaccinal VPH de leur fille. Il s'agit du désir de protéger la santé de leur fille ($p < 0,001$), des recommandations venant d'une

infirmière ($p = 0,024$) ou du MSSS ($p < 0,001$) et de l'information véhiculée par les médias ($p = 0,035$). Cependant, ces facteurs d'influence ne varient pas selon l'âge ou la scolarité de leur fille, à l'exception de la recommandation du vaccin par un autre professionnel de la santé ou par le MSSS. Une plus grande proportion de parents dont la fille était plus jeune ont été influencés par ces recommandations (respectivement, $p = 0,048$ et $0,027$).

Pour 39 % des parents, les médias ont été la principale source d'information sur la vaccination VPH (annexe R41; question #15). L'école a été la première source d'information de 31 % des parents et un médecin pour un peu moins, soit pour 26 % des parents. Les sources d'information des parents sont associées au statut vaccinal de leur fille. Il y a une plus grande proportion de parents n'ayant aucune source d'information quand leur fille n'est pas vaccinée, en comparaison des parents dont la fille est vaccinée ($p < 0,001$).

Par une question ouverte, les parents ont été invités à s'exprimer sur les raisons pour lesquelles ils étaient en faveur ou contre la vaccination VPH de leur fille (question #13). Plusieurs parents ont pris la peine de répondre à cette question ($n = 1054$). En général, ils ont une opinion largement favorable à la vaccination VPH de leur fille tel qu'en témoigne le grand nombre des parents, soit 976 sur les 1319 participants qui ont exprimé un commentaire positif face à ce sujet. Les raisons évoquées sont principalement une attitude positive face à la vaccination et aux vaccins en général, la croyance en la sécurité et en l'efficacité du vaccin VPH, l'intérêt accordé à la prévention et leur volonté d'offrir une protection à leurs enfants. Les recommandations que font les professionnels de la santé, les autorités de santé publique ainsi que l'entourage ont également un impact considérable sur leur attitude favorable par rapport à la vaccination VPH. La préoccupation des nombreux parents relativement aux comportements sexuels à risque que pourrait adopter leur fille constitue un autre facteur qui influence les parents en faveur de la vaccination VPH.

Parmi les autres raisons exprimées, par toutefois un moins grand nombre de parents, on retrouve le regret anticipé de ne pas accepter la vaccination, le sentiment de sécurité procuré par la vaccination, l'habitude de faire vacciner leur enfant, la confiance envers le système de santé, l'influence positive de l'information et de la documentation reçue, la gratuité du vaccin, l'exercice d'une profession dans le domaine de la santé, la présence d'une discussion avec leur fille et la protection donnée par la vaccination en cas d'agression sexuelle. Quelques-uns ont dit avoir tout simplement appuyé la décision de leur fille de recevoir le vaccin, tandis que d'autres rapportent ne pas avoir eu le choix, leur fille ayant décidé sans eux.

Tableau 23 Facteurs d'influence des parents relativement à la vaccination VPH de leur fille, Québec, 2010 (n = 1199)

Énoncés (nombre ayant répondu à l'énoncé)[1]	**Parents influencés**	
	n[2]	**Proportion (%)**[3]
Le désir de protéger la santé de ma fille (n = 1124)	1093	82,9
La recommandation du vaccin par le ministère de la Santé et des Services sociaux (n = 992)[4]	655	66,0
La recommandation du vaccin par un médecin (n = 832)	510	61,3
L'information véhiculée par les médias (n = 972)	567	58,3
La recommandation du vaccin par une infirmière (n = 684)	333	48,7
La recommandation du vaccin par un autre professionnel de la santé (n = 642)[5]	275	42,8
La recommandation du vaccin par une personne de mon entourage (autre parent de l'ado, conjoint, famille, ami, collègue) (n = 775)	303	39,1
Le fait que la majorité des parents de mon entourage partagent mon opinion sur la vaccination contre le VPH (n = 760)	218	28,7

(1) Pour chaque énoncé, les résultats sont présentés pour les parents ayant répondu seulement.

(2) Nombre de participants qui ont répondu fortement influencé ou plutôt influencé.

(3) Les pourcentages excluent les réponses « Ne s'applique pas » et les « Sans réponses ».

(4) Différence statistiquement significative selon l'âge de leur fille (p = 0,027).

(5) Différence statistiquement significative selon l'âge de leur fille (p = 0,048).

Source : Enquête auprès des parents – Printemps 2010.

Moins de parents en défaveur de la vaccination ont répondu à cette question ouverte, soit 78 d'entre eux. Les principaux arguments évoqués concernent d'une part une opposition formelle à toute forme de vaccination où l'emprise des compagnies pharmaceutiques est mise en cause par certains. D'autre part, la nouveauté du vaccin et la peur des effets secondaires à long terme expliquent les réticences des parents. L'opposition à la vaccination VPH est également motivée par la perception de la présence d'autres moyens pour se protéger contre les VPH comme une bonne éducation sexuelle, l'adoption des comportements sexuels préventifs par l'utilisation des préservatifs et la limitation du nombre de partenaires, la perception de la rareté du cancer cervical et l'existence d'un test de dépistage de ce cancer. Les autres raisons énumérées sont l'âge trop précoce de recommandation de cette vaccination, un accès insuffisant à l'information sur la vaccination VPH, une mauvaise expérience antérieure lors d'une autre vaccination, des allergies et des problèmes pratiques comme un trop long temps d'attente avant de pouvoir se faire vacciner.

4.3.4.6 Opinion des parents sur la prise de décision sur la vaccination VPH de leur fille

Comme les adolescentes de 14 ans ou plus sont en mesure de prendre toutes seules leur décision de vaccination, l'opinion des parents à ce sujet a été obtenue par leur degré d'accord relativement à quatre énoncés (tableau 24; question #17). Environ les deux tiers des parents (68 %) considèrent qu'ils sont les personnes les plus aptes à prendre la décision finale de vaccination même si leur consentement n'est pas requis et un peu moins (62 %) souhaitent être impliqués dans la réflexion, tout en reconnaissant que la décision finale revient exclusivement à leur fille. Une grande proportion de

parents (77 %) considère que la décision finale de vaccination doit être partagée avec leur fille et en cohérence, 30 % des parents pensent que la décision de vaccination revient exclusivement à leur fille.

Tableau 24 Opinion des parents sur la prise de décision de vaccination VPH de leur fille, Québec, 2010 (n = 1319)

Énoncé (nombre de parents ayant répondu à la question)[1]	**Parents en accord**	
	n[2]	**Proportion (%)**[3]
1- Les parents sont les personnes les plus aptes à prendre la décision finale, même si notre consentement n'est pas requis (n = 1265)[4]	858	67,8
2- En tant que parents, nous devrions être impliqués dans la réflexion, et la décision finale revient autant à nous qu'à notre fille (n = 1276)[5]	981	76,9
3- En tant que parents, nous devrions être impliqués dans la réflexion, mais la décision finale revient exclusivement à notre fille (n = 1275)[6]	795	62,4
4- La décision appartient exclusivement à notre fille (n = 1258)[7]	383	30,4

(1) Pour chaque énoncé, les résultats sont présentés pour les parents ayant répondu seulement.

(2) Nombre de participantes qui ont répondu très en accord ou plutôt en accord.

(3) Les pourcentages excluent les réponses « Je ne sais pas » et les « Sans réponses ».

(4) Différences statistiquement significatives selon l'âge ($p < 0,001$) et la scolarité de leur fille ($p = 0,004$).

(5) Différences statistiquement significatives selon l'âge ($p < 0,001$) et la scolarité de leur fille ($p < 0,001$), ainsi que les valeurs politiques ($p = 0,018$).

(6) Différences statistiquement significatives selon l'âge ($p = 0,027$) et le statut vaccinal VPH (1 dose) de leur fille ($p = 0,039$).

(7) Différences statistiquement significatives selon l'âge ($p = 0,011$) et le statut vaccinal VPH (1 dose) de leur fille ($p = 0,008$).

Source : Enquête auprès des parents – Printemps 2010.

Ces opinions des parents sont toutes influencées par l'âge de leur fille. En comparant les parents en accord avec les parents en désaccord avec les énoncés, une plus grande proportion de parents de filles plus jeunes sont en accord avec les deux premiers énoncés ($p < 0,001$ dans les deux cas), alors qu'à l'inverse, ce sont les parents de filles plus âgées qui sont en accord en plus grande proportion avec les énoncés 3 et 4 (respectivement, $p = 0,027$ et $p = 0,011$). Dans le même sens, les parents de filles de scolarité plus faible sont en accord en plus grande proportion avec les deux premiers énoncés (1- $p = 0,004$ et 2- $p < 0,001$). Bien qu'aucune de ces opinions ne varie à l'égard de la religion des parents, ce n'est pas le cas des valeurs politiques parentales, l'énoncé 2 y étant associé. En effet, 82 % des parents aux valeurs conservatrices considèrent qu'ils doivent être impliqués dans la réflexion sur la vaccination et que la décision finale leur revient autant qu'à leur fille, mais 70 % des parents aux valeurs politiques libérales sont en accord avec cet énoncé ($p = 0,018$).

Les opinions parentales à l'égard de deux des énoncés sur la prise de décision de vaccination sont également associées au statut vaccinal de leur fille. En ce qui a trait aux énoncés 3 et 4, il y a une plus grande proportion de parents en accord avec ces énoncés parmi les parents de filles non vaccinées (énoncé 3 : 68 % c. 61 % pour les parents de filles vaccinées, $p = 0,039$; énoncé 4 : 37 % c. 20 % pour les parents de filles vaccinées, $p = 0,008$).

Les parents ont également été interrogés par une question ouverte au sujet des raisons qui, selon eux, a poussé leur fille à accepter ou à refuser la vaccination (question #16); plus de 200 d'entre eux ont répondu à cette question. Selon eux, les principales raisons qui ont motivé leur fille à accepter le vaccin VPH sont la peur des maladies, des infections aux VPH et du cancer du col de l'utérus, leur volonté de prévenir ces maladies et de protéger leur santé. La recommandation obtenue d'un médecin, des parents, des amies ou des personnes du réseau scolaire ont aussi été évoquées.

L'expérience vécue par un membre de la famille ou de l'entourage à l'égard d'une infection aux VPH, d'un cancer du col de l'utérus ou d'un autre cancer, ainsi que la perception des risques liés à la sexualité constituent, selon les parents, d'autres facteurs qui ont pu jouer dans la décision de leur fille. L'information relative aux VPH reçue par leur fille, la gratuité du vaccin et l'offre de la vaccination à l'école ont également été mentionnées. Pour quelques parents, la décision de l'adolescente de se faire vacciner l'a été tout simplement par manque de choix, car elle pensait que la vaccination était obligatoire. Quelques autres ont indiqué être des professionnels de la santé et avoir conseillé la vaccination à leur fille ou encore que l'habitude qu'a l'adolescente de se faire vacciner, la croyance en l'efficacité du vaccin et le sentiment de sécurité qu'il lui procure ont été des éléments susceptibles d'avoir influencé la décision des jeunes.

Les parents ont expliqué l'opposition de leur fille à la vaccination VPH par la crainte des effets secondaires, la nouveauté du vaccin et du fait qu'eux-mêmes, des amis ou les médias ne recommandaient pas le vaccin. D'autres raisons ayant trait à l'accès insuffisant à l'information, la peur des aiguilles et de la douleur de leur fille ainsi que la faible perception des risques du fait de l'abstinence ou des relations sexuelles protégés ont été évoquées. Également, le refus de leur fille a été justifié par une crainte de la vaccination en général ou parce que la vaccination n'a pas été offerte à l'école pour leur fille. D'autres éléments mentionnés moins souvent par les parents sont le manque de temps pour aller se faire vacciner, le coût du vaccin, le nombre de doses à recevoir, le jeune âge de la vaccination et une mauvaise expérience vécue avec les vaccins.

4.3.4.7 Opinion des parents sur les services de vaccination VPH

Comme pour les adolescentes, l'opinion des parents sur les services de santé offerts aux adolescentes pour la vaccination VPH a été sondée (tableau 25; questions #21 et 22). Cependant, dans le cas des parents, cette opinion a été demandée à l'ensemble des parents et de manière générale pour les adolescentes et pas spécifiquement en lien avec la vaccination de leur fille. La majorité des parents (80 %) considèrent que l'offre de cette vaccination à l'école durant les heures de classe est la meilleure façon de le faire. Chacune des autres modalités est retenue par moins du quart des parents. Les suggestions des parents ont été présentées à la section 4.1.5.3.3.

Tableau 25 Opinion des parents sur les services offerts aux adolescentes pour la vaccination VPH, Québec, 2010 (n = 1319)

Meilleure façon d'offrir la vaccination VPH aux adolescentes[1]	**n**	**Proportion (%)**
À l'école durant les heures de classe	1054	79,9
À l'école en dehors des heures de classe	174	13,2
Au CLSC (CSSS) **sur** rendez-vous	305	23,1
Au CLSC (CSSS) **sans** rendez-vous	267	20,2
Dans une clinique médicale **sur** rendez-vous	188	14,3
Dans une clinique médicale **sans** rendez-vous	154	11,7
Dans les pharmacies	153	11,6
Ne sait pas	19	1,4
Réponses multiples[2]	496	37,5
2 réponses	213	16,1
≥ 3 réponses	283	21,4
Autre : Hôpital	1	0,1
Sans réponse	33	2,5

(1) Les catégories ne sont pas mutuellement exclusives et regroupent tous les parents qui ont mentionné la façon d'offrir la vaccination VPH par réponse unique ou en réponses multiples.

(2) La catégorie « réponses multiples » regroupe les parents qui ont coché plus d'une réponse parmi les choix de réponses du questionnaire.

Source : Enquête auprès des parents – Printemps 2010.

4.3.4.8 Déterminants de la vaccination VPH de leur fille selon les parents

À la lumière des analyses multivariées (tableau 26) relatives aux divers éléments que nous a appris l'enquête auprès des parents, les facteurs suivants sont associés à la vaccination VPH de leur fille (1 dose) : être eux-mêmes en faveur de la vaccination VPH, avoir reçu la recommandation favorable d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière ou autre), avoir des attitudes et croyances favorables à la vaccination en général, habiter une région où le Programme VPH scolaire était élargi, la scolarité plus faible de leur fille et le regret anticipé par la non-vaccination de leur fille. En contrepartie, les facteurs suivants sont associés à la non-vaccination de leur fille contre les VPH : avoir reçu une recommandation d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou une infirmière à l'encontre de la vaccination, le fait que leur fille ne fréquente pas l'école, l'âge plus élevé de leur fille, l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois, avoir comme source principale d'information une source autre que leur fille, l'école ou le CSSS, la perception de barrières à la vaccination (dont des inquiétudes sur la sécurité du vaccin), avoir apporté des suggestions pour améliorer les services de vaccination VPH offerts aux adolescentes et enfin, ne pas avoir été informé de la vaccination VPH offerte à leur fille.

Tableau 26 Facteurs qui, selon les parents, ont augmenté ou diminué la chance que leur fille ait reçu le vaccin VPH – Québec, 2010 (RC ajusté et IC à 95 % - analyse multivariée) (n = 1066)

Facteur	Estimé du rapport de cote ajusté (RC)	IC à 95 %		Valeur de p
		Limite inférieure	Limite supérieure	
En faveur de la vaccination VPH de sa fille	3,01	2,07	4,46	< 0,001
Plus haut niveau de recommandation pour le vaccin VPH émis par l'un ou l'autre des professionnels (médecin, infirmière ou autre professionnel)(1)	2,94	1,53	5,82	0,002
Attitudes et croyances favorables concernant les vaccins en général	2,11	1,14	3,93	0,018
Région de résidence avec programme VPH scolaire élargi	1,69	1,08	2,65	0,022
Scolarité de l'adolescente visée par l'enquête :				
3e secondaire et moins	1,03	0,49	2,26	0,933
4e secondaire	2,61	1,09	7,20	0,045
Ne fréquente pas l'école	0,12	0,01	0,96	0,043
Regret anticipé	1,27	1,04	1,54	0,018
Plus haut niveau de recommandation de ne pas recevoir le vaccin contre le VPH provenant d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou une infirmière(2)	0,66	0,51	0,83	0,001
Âge de l'adolescente visée par l'enquête	0,65	0,45	0,92	0,016
Groupe ethnique ou culturel autre que québécois	0,63	0,41	0,97	0,034
A été informé(e) de la vaccination offerte à sa fille par une autre source (autre que sa fille, l'école de sa fille, le CSSS)	0,55	0,34	0,91	0,018
Barrières perçues à la vaccination VPH	0,53	0,38	0,72	< 0,001
A des suggestions pour améliorer les services de vaccination contre le VPH offerts aux adolescentes	0,52	0,31	0,91	0,019
N'a pas été informé(e) de la vaccination VPH offerte à sa fille	0,04	0,02	0,09	< 0,001

(1) Variable synthétique indiquant la plus forte recommandation positive d'un des trois professionnels.

(2) Variable synthétique indiquant la plus forte recommandation négative d'un professionnel autre qu'un médecin ou une infirmière.

Source : Enquête auprès des parents – Printemps 2010.

4.3.5 Point de vue des vaccinateurs

Cette dernière section est tirée des entrevues réalisées auprès des vaccinateurs. La plupart des résultats relatifs à ces entrevues ont été présentés à la section 4.1. Cependant, un des objectifs des entrevues réalisées auprès des vaccinateurs était de vérifier, à travers leur opinion et leur perception, l'acceptation de la vaccination VPH chez les filles et leurs parents. Voilà pourquoi il a semblé intéressant d'ajouter ces perceptions des vaccinateurs à la suite de ce que nous ont appris les adolescentes et leurs parents sur les déterminants de la vaccination VPH. Les dimensions abordées ici

comprennent les attitudes et croyances face à la vaccination, les motifs d'acceptation ou de refus de la vaccination, les sources d'information sur les VPH et la vaccination et les sources d'influence en lien avec la décision de l'adolescente. Les sections qui suivent présentent un résumé des propos des vaccinateurs à ce sujet. L'annexe R1-I-4 illustre autrement une synthèse de ces propos. La version complète des résultats à ce sujet tirés des entrevues est disponible à l'annexe R1-I-1.

4.3.5.1 Attitudes et croyances des adolescentes

L'accueil réservé au vaccin VPH par les adolescentes a généralement été positif. Selon les vaccinateurs rencontrés, les jeunes perçoivent les bénéfices apportés par le vaccin et croient en son efficacité préventive. L'attitude qui prévaut chez plusieurs adolescentes est empreinte d'un sentiment de responsabilité par rapport à leur santé et une prise de conscience de leur pouvoir dans les décisions qui permettent de protéger leur santé et de réduire les risques de maladie.

Malgré cette attitude favorable, les jeunes filles ont exprimé des craintes et appréhensions, la principale peur étant la peur des piqûres et de la douleur. À cette peur s'ajoutent la peur d'avoir un malaise ou de perdre connaissance devant les amis, d'être ridiculisée et de faire rire de soi et d'être jugée en raison de sa peur du vaccin. La peur des condylomes et de la douleur des traitements est aussi fréquemment évoquée. Malgré tout, la plupart des filles acceptent d'être vaccinées parce qu'elles croient en l'efficacité du vaccin comme protection contre les VPH. Aussi, les adolescentes expriment plusieurs préoccupations sur des aspects touchant les VPH et la vaccination, notamment sur l'incidence du cancer du col utérin. La nouveauté du vaccin, ses effets secondaires, son innocuité et ses effets à long terme sont souvent discutés.

4.3.5.2 Raisons d'acceptation ou de refus de la vaccination VPH des adolescentes

Les vaccinateurs sont d'avis que le principal motif lié à la décision des adolescentes de se faire vacciner réside dans leur croyance en l'efficacité du vaccin comme protection contre les VPH. La protection contre les condylomes figure aussi comme raison importante de vaccination. On note à ce sujet que les condylomes présentent, pour les adolescentes, une image plus concrète que le cancer du col utérin, ce qui peut expliquer son influence prédominante dans le consentement à la vaccination.

Comme autre raison de vaccination, on souligne la décision de la jeune qui veut assumer ses responsabilités concernant sa santé. La jeune fille est ainsi motivée par le fait de pouvoir éviter un cancer et bénéficier d'une bonne santé. Chez les plus âgées, l'expérience personnelle (ex. : avoir eu des cellules précancéreuses ou des condylomes) constitue souvent une raison importante de demander la vaccination VPH. Aussi, l'expérience d'amies ou de la mère qui ont dû subir des traitements douloureux contre les condylomes exerce une grande influence dans la décision de vaccination. Enfin, chez une minorité, la décision de vaccination est calquée sur celle des amies ou des pairs. Les jeunes filles consentent alors à la vaccination parce que les autres le font.

Le principal motif de refus de la vaccination VPH, selon les vaccinateurs, a été la peur des piqûres et de la douleur. Aussi, la peur de tous les vaccins contribue également au refus du vaccin VPH. Les jeunes filles justifient leur décision sur la nouveauté du vaccin VPH et ses effets secondaires potentiels inconnus. La peur de subir un malaise devant les autres est souvent associée à ce refus de toute vaccination. Dans une moindre mesure, la raison de non-vaccination est liée à une position défavorable sur la vaccination en général. De même, des adolescentes refusent le vaccin VPH parce

qu'elles adhèrent à des valeurs familiales préconisant l'abstinence sexuelle avant le mariage, soutenant alors que le vaccin VPH n'est pas pertinent pour elles. Enfin, chez certaines adolescentes qui vivent une phase d'opposition marquée (ex. : jeunes en Centre jeunesse), le refus de la vaccination VPH figure parfois comme une opposition similaire à celle observée face à toute autre mesure.

4.3.5.3 Position des parents sur la vaccination VPH

En raison de la grande influence exercée par les parents sur la décision des filles concernant la vaccination VPH, les motifs qui les guident dans leur décision rejoignent, selon les vaccinateurs, pour une large part, la position endossée par leurs parents. Les vaccinateurs pensent que la principale raison qui soutient les parents dans leur décision d'appuyer la vaccination VPH pour leur adolescente a fait référence à leur volonté de lui offrir une protection contre les VPH et d'assurer son bien-être. On attribue cette attitude aux préoccupations des parents face aux risques de contracter une ITSS auxquels leur adolescente pourrait être exposée.

D'autre part, les vaccinateurs soulignent qu'après avoir obtenu de l'information et des explications de leur part et avoir consulté de la documentation, les parents d'abord réticents ont pu changer d'opinion et ont soutenu leur fille dans sa décision de recevoir le vaccin. On observe également, au fil des ans, que les parents consultent plusieurs sources d'information, sont de plus en plus informés, démontrent moins d'inquiétudes et font preuve d'une attitude davantage positive face à la vaccination VPH.

En dépit d'une attitude favorable par rapport au vaccin VPH observée chez plusieurs parents, les vaccinateurs mentionnent que quelques-uns se sont opposés à ce que leur fille soit vaccinée. Les motifs donnés sont identiques à ceux exprimés par les filles : nouveauté du vaccin, études non concluantes sur le vaccin, effets secondaires et effets à long terme inconnus. Certains d'entre eux ont appuyé leur position sur le décès d'une adolescente rapporté par les médias comme étant associé au vaccin VPH. Par ailleurs, pour certains parents, surtout lors de la vaccination au primaire, le jeune âge de leur fille constitue la raison principale du refus. D'autres soutiennent que leur fille est inactive sexuellement et que le vaccin est alors inutile. Enfin, d'autres parents ont une attitude défavorable sur la vaccination en général. Ils ne croient pas à la vaccination, se disent anti-vaccins et remettent en question l'utilité de la vaccination dans son ensemble. D'autres s'appuient sur des croyances erronées, comme l'association entre le vaccin et la maladie (ex. : le vaccin donne la maladie; le vaccin est un accélérateur de la maladie) ou encore l'enrichissement que font les compagnies pharmaceutiques *sur le dos du monde*.

4.3.5.4 Sources d'information et d'influence

Il ressort des entretiens avec les vaccinateurs dont les adolescentes ont eu accès et ont consulté plusieurs sources d'information sur les VPH et sur la vaccination. L'information fournie par le vaccinateur, que ce soit en clinique ou à l'école, éclaire les jeunes filles sur plusieurs aspects, allant de l'admissibilité au programme, du calendrier de vaccination et de la gratuité de la vaccination jusqu'à l'incidence des VPH, les composantes du vaccin et ses effets secondaires. Les dépliants et autres outils promotionnels viennent compléter ces renseignements. Une autre source importante d'information comprend les échanges et le bouche à oreille entre adolescentes. En ce sens, le réseau d'amies figure comme source d'information privilégiée par les adolescentes. Enfin, les autres sources d'information consultées sont l'Internet, Facebook, ainsi que la publicité présentée à la télévision.

Les sources qui, selon les vaccinateurs, ont influencé les filles dans leur décision de vaccination VPH sont multiples et leur action se combine fréquemment. L'influence des parents s'est avérée déterminante dans la décision de la jeune de se faire vacciner. Cette influence prévaut parfois sur le refus de l'adolescente et s'exerce même quand la fille a plus de 14 ans. À l'inverse, les hésitations ou la position défavorable des parents face à la vaccination influencent la décision de la jeune fille qui, dans un tel cas, refusera généralement le vaccin. Outre les parents, les amies et les pairs jouent un rôle important dans la décision d'une fille en rapport avec la vaccination VPH. Cette influence s'exerce principalement à l'école où l'on observe souvent un effet d'entraînement du groupe de pairs quant à la décision d'accepter de se faire vacciner. Cet effet de domino joue aussi dans la situation inverse où des jeunes plus influentes refusent le vaccin et entraînent alors les autres dans leur décision.

Chez quelques adolescentes, la décision de se faire vacciner découle d'un choix et d'une décision personnelle. Après l'information reçue sur les VPH et le vaccin, la réflexion de la jeune, ou encore un cheminement personnel lui permettant de gérer sa peur de la vaccination, conduisent à la décision de se faire vacciner. La responsabilité qu'assume la fille face à sa santé peut aussi influencer sa décision.

Les vaccinateurs interviewés notent que plusieurs adultes de l'entourage des adolescentes ont pu influencer ces dernières dans leur décision de se faire vacciner. La recommandation du médecin exerce un grand rôle à cet égard et devient rassurante, particulièrement pour les jeunes filles qui ont peur de la vaccination. On observe toutefois que l'influence du médecin présente certaines limites en raison notamment de la pénurie de médecins de famille. De même, le peu de temps que le médecin peut généralement consacrer à une consultation limite son influence auprès des jeunes à risque qui ont souvent besoin d'une approche davantage personnalisée. De plus, l'influence des enseignants et des éducateurs en Centre jeunesse contribue souvent à la décision de la jeune fille de se faire vacciner.

Enfin, les vaccinateurs reconnaissent l'influence qu'ils exercent auprès des parents et des filles par les messages, les opinions et l'information éclairée qu'ils transmettent et par leur disponibilité à répondre aux questions. Ils soulignent que l'influence de la famille est prédominante comparativement à la leur. Leur rôle principal et leur influence s'accomplissent essentiellement par l'enseignement et l'information donnés. Un autre rôle important est celui de rassurer, tant les jeunes que les parents. Auprès des parents, ce rôle vise à les rassurer dans leur choix d'appuyer la vaccination de leur fille, à confirmer qu'ils ne se trompent pas et à confirmer le bien-fondé de leur position. Auprès des jeunes, leur intervention s'inscrit dans un ensemble de stratégies dont l'objectif est de les rassurer par rapport à la douleur associée au vaccin.

5 DISCUSSION

La présente évaluation a été réalisée à la demande du MSSS, afin de rendre compte de l'implantation du Programme VPH lancé à l'automne 2008, en mettant en évidence les facteurs qui ont favorisé ou contraint sa mise en œuvre, et plus particulièrement, la mise en place du volet hors du milieu scolaire. Dans la quête de réponses à cet objectif, un des constats majeurs a trait à la variabilité des perceptions et de l'application de ce qu'a été le Programme VPH hors du milieu scolaire. Comme cela a été mentionné en introduction, le programme provincial prévoyait la vaccination à l'école des filles de 4e année du primaire et de celles de 3e année du secondaire. Les autres adolescentes de moins de 18 ans qui étaient également ciblées par le programme gratuit étaient jointes par des modalités laissées à la discrétion des régions. C'est pourquoi il avait été entendu au départ de nos travaux d'évaluation que la vaccination hors du milieu scolaire concernait les jeunes qui n'étaient pas ciblées par les activités de vaccination faites à l'école en 4e année du primaire ou en 3e secondaire. Or, dans les faits, nos résultats montrent que dans plusieurs régions, les filles de 4e secondaire, de 5e secondaire voire même du Cégep ont eu accès à la vaccination VPH à leur institution scolaire pendant les heures de classe, au même titre que celles de la 3e secondaire. Ainsi, dans ces régions, la vaccination VPH en milieu scolaire qu'on a qualifiée de vaccination scolaire élargie a fait en sorte que la vaccination hors du milieu scolaire a pris un sens tout autre que celui donné ailleurs. C'est donc en ayant cette mise en garde en mémoire qu'il faut analyser nos résultats.

À notre connaissance, au moment où s'est amorcée notre évaluation, peu d'études s'étaient penchées sur les déterminants de la vaccination VPH après l'implantation d'un programme universel ou après l'offre réelle de la vaccination. La plupart des études publiées alors s'étaient adressées aux adolescentes ou à leurs parents dans le cas hypothétique d'offre du vaccin VPH ou en mesurant l'intention de vaccination (Brabin et autres, 2006; Brewer et Fazekas, 2007; Chan et autres, 2009; Constantine et Jerman, 2007; Conroy et autres, 2009; Dempsey et autres, 2006; Di Guiseppe et autres, 2008; Höglund et autres, 2009; Kahn et autres, 2008; Kwan et autres, 2008; Marlow et autres, 2007; 2008; Ogilvie et autres, 2007; Toffolon-Weiss et autres, 2008; Wong, 2008; Wong et autres, 2009; Woodland et autres, 2007). Le bien-fondé de notre évaluation en est donc accru et la place importante de la vaccination scolaire qui en ressort de manière probante en est d'autant plus pertinente.

5.1 FACTEURS FAVORABLES ET OBSTACLES À LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE VACCINATION VPH AU QUÉBEC

De façon quasi unanime, la mise en œuvre du Programme VPH a été jugée de manière fort positive. Le délai d'un an laissé pour la préparer, l'apport du Comité de soutien provincial, la qualité du soutien donné aux vaccinateurs par les directions de santé publique, la qualité des formations offertes (formations dont l'évaluation a d'ailleurs montré une amélioration des scores de connaissances après la formation (Sauvageau et Kiely, 2010)) et la qualité du matériel promotionnel ont été maintes fois soulignés. Le souci d'informer tous les acteurs, et ce, à tous les niveaux, ressort de manière évidente. Le volet scolaire du programme ciblant les filles de 4e année du primaire et celles de la 3e secondaire a été implanté relativement facilement, en s'appuyant sur les acquis à tous les paliers, sur une organisation de vaccination à l'école déjà rodée, sur la conviction profonde des infirmières vaccinatrices quant au bien-fondé du programme ainsi que sur une collaboration entre les divers intervenants autant du secteur de la santé que du secteur scolaire dont le rôle central a été souvent mentionné. Les attitudes respectueuses et la disponibilité des vaccinateurs, leur expérience et leur bonne connaissance du milieu scolaire ont aussi contribué au succès du Programme VPH. La place de

la vaccination à l'école est largement reconnue par toutes les parties prenantes du programme partant des responsables provinciaux jusqu'aux parents et leurs filles. L'encouragement par le réseau scolaire mis en évidence parmi les analyses multivariées des déterminants de la vaccination des adolescentes appuie encore plus le rôle capital joué par le milieu scolaire pour assurer le succès du programme.

La qualité des services de vaccination scolaires a été reconnue. Par contre, le manque d'intimité qui peut exister lors de la vaccination à l'école a été mentionné par plusieurs. Même si seulement 22 % des filles étaient en accord avec l'énoncé à ce sujet dans l'enquête auprès des adolescentes, des commentaires à cet effet sont revenus à plusieurs occasions, autant par les vaccinateurs, les filles lors des groupes de discussion et les parents. Dans le même sens, la peur des aiguilles ou des piqûres, qui a été indiquée dans notre enquête par seulement 21 % des filles non vaccinées comme raison pour ne pas avoir reçu le vaccin VPH, a cependant été relatée à maintes reprises, entre autres, lors des groupes de discussion et d'entrevues. Il faudra donc s'assurer que ces éléments soient pris en compte, car ils semblent toucher certaines jeunes filles plus que d'autres. Dans ces cas, la possibilité de recevoir le vaccin ailleurs qu'à l'école semble pouvoir répondre aux besoins spécifiques de ces adolescentes.

5.1.1 Programme VPH et iniquités

Malgré plusieurs éléments positifs liés à l'implantation du programme, certaines de ses particularités ont produit des iniquités. Tout d'abord, les difficultés d'approvisionnement en vaccins qui sont survenues lors de l'an 1 du programme, en plus d'en avoir irrité et découragé plusieurs, ont généré des iniquités interrégionales dans la distribution des doses. Ces difficultés peuvent s'expliquer entre autres par les disparités quant à la capacité de prévoir les doses de vaccin nécessaires pour les régions, que les responsables régionaux ont attribuées au manque de directives pour ce faire, et par la réponse des filles plus favorable qu'anticipée. Devant le manque de disponibilité des vaccins, la consigne provinciale a été de donner priorité à la vaccination scolaire. Or, en lien avec nos observations, dans certaines régions on a appliqué un Programme VPH scolaire élargi, en vaccinant à l'école, en plus des élèves de 4^{e} année du primaire et de 3^{e} secondaire, les élèves de 4^{e}, 5^{e} secondaire voire même les étudiantes du Cégep. Dans les autres régions où la vaccination scolaire des adolescentes était restreinte aux filles de 3^{e} secondaire, l'accès au vaccin pour les adolescentes de niveau scolaire plus élevé devenait donc très laborieux. Cela s'est parfois traduit par peu d'effort de sensibilisation pour joindre les adolescentes admissibles à la vaccination en dehors de l'offre en milieu scolaire comme en témoignent les consignes données et nos résultats. Au global, des iniquités d'accès à la vaccination pour les filles plus âgées sont confirmées par les CV estimées plus faibles chez celles vaccinées hors de l'école et les analyses multivariées de l'enquête auprès des adolescentes et des parents montrant que la région de résidence avec programme scolaire élargi est un des déterminants de la vaccination VPH. Dans le même sens, le facteur, pour les parents, le plus fortement associé à la non-vaccination de leur fille était le fait de ne pas avoir été informé de la vaccination offerte.

5.1.2 Messages lancés par le programme VPH

Bien que les acquis en matière de vaccination scolaire soient importants, il faut considérer le fardeau additionnel qu'a représenté la mise en œuvre du Programme VPH. Ce fardeau a été mentionné par les participants de plusieurs paliers. Comme pour d'autres programmes de vaccination, les infirmières scolaires déplorent que la mise en œuvre du Programme VPH les ait écartées de leurs autres mandats de prévention et promotion qu'elles jugent tout aussi importants. Aussi, les particularités du programme peuvent avoir contribué à ce fardeau, notamment parce que la vaccination VPH n'était

offerte qu'aux élèves de sexe féminin. De plus, malgré les efforts de sensibilisation et d'information qui ont été soutenus et très appréciés, il n'en demeure pas moins que la vaccination des filles seulement a pu lancer des messages paradoxaux. On peut comprendre le bien-fondé d'une vaccination ciblée vers les filles, à la lumière des objectifs de prévention du cancer cervical, mais de ce fait, la majorité des adolescentes et des parents ne savent pas que les hommes peuvent attraper les VPH, tel qu'en témoignent nos résultats sur les connaissances dans ces deux groupes. Encore plus, comme nos résultats le montrent, en accord avec d'autres (Chan et autres, 2009; Woodhall et autres, 2007), les connaissances des adolescentes déterminent leur vaccination, cela appuie l'importance de la communication d'une information juste. En lien avec le fait que le programme ciblait les filles uniquement, plusieurs ont suggéré d'élargir l'accès gratuit à la vaccination aux garçons, sans oublier celles de 18 ans et plus. Certains sont même allés jusqu'à prétendre que le Programme VPH ne faisait que de la demi-prévention.

Selon nos résultats sur les connaissances, on voit que presque toutes les filles et parents ne savaient pas que l'infection aux VPH peut disparaître sans traitement. Ce constat met l'accent sur une bonne transmission de l'information, pour éviter entre autres, de prêter flanc aux critiques du programme.

5.1.3 Suivi du programme VPH

La transmission de l'information de part et d'autre est un des aspects intéressants mis en évidence par notre évaluation et concerne le suivi des doses de vaccins distribués ou administrés et celui des CV. Alors qu'au palier provincial on a reconnu en début de programme l'utilité du suivi hebdomadaire des doses administrées, à d'autres paliers, on a jugé ces demandes fastidieuses, on remettait en doute la qualité des données transmises et on n'en comprenait pas toujours bien la pertinence. Pour éviter ce type d'incohérence, il faut s'assurer que les raisons et les bénéfices de ces demandes soient bien compris de toutes les parties prenantes. Un autre aspect montrant des différences de perception entre les acteurs du palier provincial et ceux des autres paliers concerne les outils de communication. Alors que les responsables du MSSS ont mentionné le besoin de revoir la stratégie de communication, notamment à l'égard des dépliants utilisés, les autres acteurs ont maintes fois manifesté leur satisfaction à l'égard du matériel promotionnel.

En ce qui a trait aux données de vaccination colligées sur une base plus régulière, plusieurs indices laissent croire à un manque d'uniformité dans ce qui est transmis d'un palier à l'autre. Par exemple, certains ont inclus les données relatives aux filles qui reprennent leur année scolaire, aux filles des territoires autochtones, aux filles dont la vaccination a été reportée à cause de la vaccination pandémique, alors que d'autres ne l'ont pas fait. Tout cela sème des doutes à l'égard de la qualité des données de CV. Nous avons d'ailleurs constaté des incohérences pour les mêmes données qui nous ont été transmises dans le cadre de l'évaluation, tout dépendant de leur provenance. Par exemple, les données sur les doses de vaccins attribuées à une même région ou encore les données de CV pour une même région pouvaient varier selon qu'elles étaient rapportées par les responsables du palier provincial ou régional, variations qui ne semblaient pas relever de l'erreur aléatoire.

Les acteurs apprécient avoir une rétroaction et connaître les résultats de CV. Cela permet de reconnaître le bon travail accompli à tous les paliers et donne des indications sur les orientations futures à donner au programme. En ce sens, il semble essentiel que tous comprennent le bien-fondé de la collecte des données permettant de calculer les CV pour en assurer la meilleure qualité possible et que tous les acteurs du programme puissent disposer de résultats de CV, même ceux qui sont

susceptibles de conseiller la vaccination bien qu'ils n'administrent pas eux-mêmes les vaccins. Les vaccinateurs souhaiteraient également pouvoir accéder facilement à l'information sur le statut vaccinal VPH des adolescentes. Cependant, en l'absence de registre de vaccination, cela demeure impossible.

5.1.4 Vaccination VPH et exclusivité en CSSS

Bien que le Programme VPH se soit articulé surtout sur la vaccination donnée par les vaccinateurs des CSSS (à l'école ou au CSSS), dans quelques régions, la vaccination a été offerte aux filles par d'autres voies comme dans les Centres jeunesse, en clinique médicale ou chez des infirmières en clinique privée. Alors que la disponibilité de la vaccination auprès de plusieurs prestataires devrait être vue en complémentarité comme une amélioration de l'accessibilité, les témoignages obtenus laissent entrevoir plutôt un sentiment de compétition entre les ressources pour vacciner des adolescentes qui « appartiendraient » plus à certains qu'à d'autres. On comprend que pour des raisons logistiques, il soit nécessaire de limiter la distribution de vaccins dispendieux comme le vaccin VPH, d'autant plus dans un contexte de pénurie relative comme cela est survenu en début de programme. Cependant, cela peut laisser entendre aux professionnels de la santé, qui pourraient souhaiter s'engager en vaccination, qu'ils ne sont pas utiles dans la mise en œuvre d'un tel programme. Or, nos résultats montrent que la recommandation de recevoir le vaccin VPH provenant d'un professionnel de la santé, dont le médecin était pour les parents un des déterminants associés à la vaccination de leur fille. De plus, le fait de recevoir la recommandation d'un médecin a été également mis en évidence lors de nos groupes de discussion ainsi que par les entrevues auprès des vaccinateurs. En accord avec les suggestions des personnes interviewées, il faut donc s'assurer dans l'implantation d'un programme comme le Programme VPH que tous les professionnels de la santé y soient engagés et se sentent concernés, même s'ils ne vaccinent pas nécessairement eux-mêmes. Aussi certaines filles peuvent préférer être vaccinées dans un environnement autre que celui de l'école (par crainte de pleurer, de perdre conscience devant les autres et alors d'être ridiculisées). La possibilité d'être vaccinée en clinique infirmière privée ou chez leur médecin de famille peut alors constituer une solution de rechange.

De manière étonnante, le sentiment de compétition ou de conflit décrit plus haut a aussi été évoqué au sein même de certains CSSS, notamment quand l'organisation faisait en sorte que la responsabilité de la vaccination VPH de divers groupes d'adolescentes pouvait revenir à des personnes d'équipes différentes (par ex. équipe scolaire et équipe de soins courants). De plus, ces situations pouvaient générer des manières divergentes d'interpréter le programme (par ex. à l'égard de l'admissibilité des adolescentes à la vaccination gratuite), ce qui pouvait malheureusement accentuer les iniquités.

5.1.5 Critères d'admissibilité au programme VPH

Des incompréhensions ou nuances d'interprétation sont survenues quant aux critères d'admissibilité à la vaccination VPH gratuite des filles plus âgées. Les critères énoncés lors du lancement du programme, qui s'appuyaient sur la date de naissance des adolescentes, ont été précisés ultérieurement pour tenir compte de la date d'administration de la première dose du vaccin : une adolescente admissible à la vaccination VPH gratuite lors de l'administration de premières doses du vaccin pouvait recevoir les doses ultérieures gratuitement, même si elle était alors âgée de 18 ans ou plus. Ces zones grises qui ont pu en découler ont été déplorées à maintes reprises dans le cadre de notre évaluation.

Il faut donc s'assurer que tous les acteurs du programme comprennent la logique sous-jacente aux décisions relatives, par exemple aux critères d'admissibilité. L'information à cet égard se doit alors d'être disponible à tous les paliers pour éviter que des iniquités ou des refus de vaccination soient générés par une mauvaise diffusion se répercutant par des divergences de pratiques.

5.1.6 Événements ayant influencé la mise en œuvre du programme VPH

La seconde année du Programme VPH a coïncidé avec la vaccination influenza pandémique A(H1N1) de l'automne 2009. Cette situation a occasionné un fardeau additionnel et des contretemps dans la mise en œuvre du Programme VPH. Malgré tout, les résultats de CV VPH pour l'année 2009-2010 semblent en avoir été que peu touchés. Cela peut être lié au fait que l'administration des premières doses du vaccin VPH en milieu scolaire était bien souvent terminée avant que ne commence la vaccination pandémique ou du moins avant que la désinformation au sujet de la pandémie commence à circuler et que le recul du temps ait montré des impacts pandémiques moins dramatiques que ce qui avait été anticipé. Cependant, selon plusieurs des personnes interrogées plus tardivement dans le cadre de notre évaluation, l'effet « pandémie » semble bien réel, mais se serait plutôt fait sentir lors de la troisième année du programme, les adolescentes et leurs parents auraient semblé alors plus critiques à l'égard de la vaccination VPH. Cela est corroboré par certains des commentaires reçus des parents et des jeunes sondés au printemps 2010.

D'autres événements survenus durant le déroulement du Programme VPH ont perturbé sa réalisation et ont été maintes fois mentionnés par l'ensemble des acteurs du programme, et ce, à tous les niveaux. Il s'agit du lancement du film *Silence on vaccine* (Moreco, 2008), de la publication d'un article en défaveur de la vaccination VPH dans la revue *Protégez-vous* (Maillard, 2010), et de la diffusion dans les médias de la nouvelle relative au décès d'une jeune fille qui aurait été temporellement associé à la vaccination VPH[3]. Ces incidents ont fait en sorte que les adolescentes et leurs parents s'interrogeaient sur le bien-fondé de la vaccination VPH. Tous les intervenants ont alors dû répondre aux nombreuses préoccupations soulevées. Certains ont attribué à ces événements les diminutions des CV VPH observées entre l'an 1 et l'an 3. Il est cependant difficile d'estimer leur poids réel sur les décisions finales de vaccination et l'impact véritable sur les CV. Il demeure possible que des données de meilleure qualité reflétant mieux la réalité par ajustement des grilles de compilation du MSSS puissent expliquer les changements de CV dans le temps.

5.2 VACCINATION VPH HORS DU MILIEU SCOLAIRE

Malgré les embûches à offrir la vaccination aux filles visées par le Programme VPH hors du milieu scolaire, dont plusieurs ont été discutées précédemment, l'enquête dans les CSSS nous a appris que dans plusieurs régions et CSSS, on s'est efforcé d'offrir une gamme de services à ces jeunes. Malheureusement, l'information sur cet intéressant éventail de services ne transparaît pas sur les sites Internet des CSSS à l'exception peut-être des sites des CSSS de la Montérégie. L'offre de vaccination large en milieu scolaire dans certaines régions (au-delà de la 3e secondaire), comme on l'a démontré auparavant, a grandement facilité l'accès au vaccin VPH pour ces filles.

[3] Le rapport du coroner conclut dans ce cas qu'il n'y a aucun indice permettant d'associer le décès de cette adolescente et la vaccination VPH (BSV, 2011b).

Autrement, divers moyens ont été mis en œuvre pour atteindre ces adolescentes, par exemple, des cliniques de rattrapage mentionnées dans plusieurs volets de nos résultats. Dans la plupart des régions avec vaccination scolaire limitée à la 4e primaire et à la 3e secondaire, plusieurs de ces moyens ont ciblé les filles fréquentant l'école. La vaccination VPH a pu être offerte à l'école, mais en dehors des heures de classe ou au CSSS par les services courants, les SIDEP et les CJ. L'accessibilité hors des heures ouvrables était garantie dans peu de CSSS, ce qui a pu constituer un frein à la vaccination VPH. On n'a constaté que peu de différences statistiquement significatives selon les zones des CSSS (rurale ou urbaine) quant à cette offre de services. Il reste possible que ces absences de différences soient dues à un manque de puissance statistique étant donné le faible effectif pour le volet enquête CSSS de l'évaluation (29 CSSS). Cependant, cet aspect de l'évaluation avait pour objet de décrire les services offerts pour joindre les adolescentes visées par le Programme VPH hors du milieu scolaire, mais pas de déceler des différences entre les zones territoriales.

Des délais dans les rendez-vous de vaccination VPH pour les adolescentes et la création de longues listes d'attente ont été critiqués, ce qui est cohérent avec le problème de pénurie de vaccins survenu surtout lors de l'an 1 du programme. Ce problème semble avoir été résolu les années subséquentes, comme en témoignent la facilité d'obtenir un rendez-vous de vaccination dans les résultats obtenus par les cas standardisés et le délai d'une à deux semaines rapporté par la plupart des responsables des CSSS. Il faut quand même déplorer des délais d'un mois ou plus dans quelques cas, confirmés aussi par notre volet par cas standardisé. L'absence d'objectifs spécifiques de CV du Programme VPH pour les filles plus âgées n'est probablement pas étrangère à ces délais et aux problèmes décrits plus haut.

Globalement, assez peu de moyens de joindre ou de vacciner spécifiquement les filles qui sont complètement hors du réseau scolaire semblent avoir été mis en œuvre. Les difficultés à joindre les jeunes qui ont abandonné l'école ont été mentionnées par plusieurs responsables des CSSS et vaccinateurs. Ces adolescentes ont probablement des comportements sexuels plus à risque et auraient d'autant plus bénéficié de la vaccination VPH, ce qui semble assez paradoxal. Les consignes de départ du programme et les divergences d'interprétation d'admissibilité ont pu accentuer ce paradoxe. Malgré tout, dans certaines régions, comme nous l'ont indiqué quelques vaccinateurs et responsables des CSSS, l'accès à la vaccination VPH en Centre jeunesse ou par des vaccinateurs autres qu'en CSSS ont pu aider à vacciner des filles ne fréquentant plus l'école. Certains ont suggéré que dans le but d'assurer une meilleure continuité, des liens devraient être établis entre ces divers vaccinateurs pour faire en sorte de ne pas perdre de vue ces adolescentes au fil de l'administration de la série vaccinale VPH. Il faut souligner aussi que peu de filles parmi les plus jeunes auraient été jointes par la vaccination hors du milieu scolaire, c'est-à-dire, les filles à risque âgées de 9 à 13 ans. Il est probable que le nombre réel de ces filles soit relativement faible, mais il est quand même étonnant que dans certaines régions, on n'ait pas prévu en vacciner et que dans les faits, dans quelques CSSS, on n'en ait vacciné aucune.

Au final, dans nos analyses stratifiées selon la région de résidence avec ou sans vaccination scolaire élargie, il est estimé qu'environ 62 % des filles âgées de 17 ou 18 ans et que 64 % de celles de niveau scolaire de 5e secondaire ou plus ont été vaccinées, ces groupes correspondant aux adolescentes visées par la vaccination hors du milieu scolaire du Programme VPH. Ces résultats pourraient être jugés assez satisfaisants malgré tout, sans oublier cependant que ces résultats peuvent constituer une surestimation de la réalité (nous y reviendrons), les filles ne fréquentant plus l'école étant probablement sous-représentées parmi les participantes à notre enquête. En effet, seulement 4 % des participantes à l'enquête ne fréquentaient plus l'école.

5.3 DÉTERMINANTS DE LA VACCINATION VPH DES ADOLESCENTES QUÉBÉCOISES

En réponse à l'objectif 3 de l'évaluation, les déterminants de la vaccination VPH des adolescentes québécoises ont été étudiés. L'enquête auprès des filles révèle qu'outre les connaissances adéquates dont il a été question plus haut, ces déterminants ont trait au soutien donné par le milieu scolaire ou par l'entourage dont celui de l'accord des parents, l'habitude de vaccination supervisée par les parents antérieurement et les bénéfices perçus de la vaccination. Plusieurs de ces déterminants sont présents dans notre modèle théorique dont entre autres les bénéfices et barrières perçus qui proviennent du modèle des croyances relatives à la santé (Janz et Becker, 1984; Rosenstock et autres, 1988). Ces déterminants ont également été identifiés par d'autres qui les ont associés à la vaccination VPH ou à l'intention de vaccination chez les adolescentes (Conroy et autres, 2009; de Visser et autres, 2011; Di Guiseppe et autres, 2008; Gottvall et autres, 2009; Höglund et autres, 2009; Kahn et autres, 2008). En revanche, les barrières perçues à la vaccination VPH, le découragement de l'entourage de recevoir la vaccination VPH, l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois et la pratique religieuse sont associés au fait de ne pas être vaccinée contre les VPH. Marlow et autres (2008) avaient d'ailleurs identifié la religion hindoue ou musulmane comme un facteur associé à l'intention d'adolescentes anglaises âgées de ne pas être vaccinées contre les VPH. Ces résultats sur les déterminants associés à la vaccination ou à la non-vaccination convergent avec ce que nous ont dit les adolescentes lors des groupes de discussion. Quelques auteurs ont aussi mis ces déterminants en évidence lors de groupes de discussion (Kwan et autres, 2008; Wong, 2008).

Pour les parents québécois, les déterminants de la vaccination VPH de leur fille sont d'être en faveur de la vaccination, d'avoir reçu la recommandation d'un professionnel de la santé, d'avoir des attitudes favorables à la vaccination en général ou d'anticiper un regret si leur fille n'était pas vaccinée. Plusieurs de ces résultats sont consistants avec ceux relevés par d'autres en lien avec l'intention de vaccination (Brewer et Fazekas, 2007; Dempsey et autres, 2006; Marlow et autres, 2007; Morison et autres, 2010; Ogilvie et autres, 2007). De plus, à l'inverse, les facteurs suivants ont été reconnus par les parents comme étant associés au fait que leur fille n'était pas vaccinée contre les VPH : la contre-recommandation par un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou une infirmière, l'âge plus élevé de leur fille, les barrières perçues à la vaccination VPH (craintes quant à la sécurité du vaccin), l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois, le fait d'avoir été informé de la vaccination offerte à leur fille par une source autre que leur fille, l'école ou le CSSS ou encore de ne pas avoir du tout été informé de la vaccination offerte à leur fille, et enfin, le fait d'avoir des suggestions pour améliorer les services de vaccination offerts aux adolescentes. Encore là, certains de ces résultats vont dans le même sens que ceux d'autres auteurs (Constantine et Jerman, 2007; EKOS Research Associates, 2011; Marlow et autres, 2007; Woodhall et autres, 2007) et de ce que nous ont dit les parents ayant participé à nos groupes de discussion. Également, Toffolon-Weiss et autres (2008) ainsi que Wong (2008), qui ont interrogé des parents dans des groupes de discussion ont aussi trouvé que les inquiétudes des parents relativement à la sécurité du vaccin VPH justifiaient leur refus de la vaccination de leur fille. L'appartenance à un groupe ethnique autre que québécois comme facteur de non-vaccination identifié autant chez les filles que chez les parents pourrait expliquer en partie les CV plus faibles observées dans la région de Montréal. Enfin, contrairement à ce que Constantine et Jerman (2007) ont observé, les valeurs politiques des parents québécois ne se retrouvent pas parmi les facteurs qui déterminent la vaccination de leur fille.

En accord avec notre modèle théorique, des résultats obtenus lors de nos groupes de discussion et lors des entrevues et enquêtes auprès de plusieurs personnes interrogées, l'influence des parents dans la prise de décision de la vaccination des adolescentes a une place importante et doit donc être prise en compte. Cela doit se faire même si les adolescentes peuvent elles-mêmes décider de recevoir ou non la vaccination. Nos résultats montrent que les parents sont partagés à l'égard du processus de décision autonome de leur fille. Comme les parents d'adolescentes anglaises (Brabin et autres, 2007) et du Vietnam (Breitkopf et autres, 2009), sachant que plusieurs différences culturelles puissent exister, les parents québécois souhaitent que la décision de vaccination de leur fille soit prise conjointement. Notre modèle théorique de départ qui tient compte de l'influence mutuelle de l'adolescente, des parents, des professionnels de la santé et de différents aspects relatifs à l'organisation des services de vaccination est confirmé par l'ensemble de nos résultats et converge avec le modèle intégrateur élaboré par Fernandez et autres (2010).

Bien que nous ayons déjà traité de l'importance de la vaccination scolaire comme élément facilitant dans le cadre du programme de vaccination VPH, ce qui d'ailleurs a été souligné par Sauvageau et Kiely (2010) en corollaire de nos précédentes observations, le fait de vivre dans une région ayant offert une vaccination scolaire élargie est un facteur déterminant de la vaccination des jeunes québécoises. Ce résultat ressort autant de l'enquête auprès des adolescentes que de celle auprès des parents. Dans le même sens, l'enquête auprès des parents met en lumière que le fait de ne pas fréquenter l'école est associé à la non-vaccination. Tous ces résultats convergent encore vers la pertinence de la vaccination en milieu scolaire et sont cohérents avec les recommandations en matière de stratégies pour améliorer les couvertures vaccinales (TFCPS, 2011). Ainsi, si d'autres programmes de la sorte doivent être implantés au Québec, la vaccination à l'école reste une stratégie essentielle pour joindre les jeunes d'âge scolaire et permet sans doute de le faire de manière plus équitable.

5.4 FORCES DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation a l'avantage d'avoir utilisé plusieurs sources de données auprès de diverses populations pour décrire l'implantation du Programme VPH, ce qui en représente une grande force. Ces sources se sont penchées sur tous les paliers de mise en œuvre du programme et la convergence des résultats à travers ces diverses sources donnent confiance en la validité de l'évaluation.

Les personnes interviewées au palier provincial étaient celles impliquées de près dans la mise en œuvre du programme. Au palier régional, les responsables en immunisation de toutes les directions de santé publique, à l'exception d'une seule, ont participé à la collecte. Ainsi, pour ces deux volets de l'étude, un biais de sélection est peu probable. En ce qui a trait au volet CSSS, un échantillon raisonné des responsables du programme a été interrogé, ce qui pourrait avoir généré un biais de sélection. Comme des responsables de CSSS venant de toutes les régions du Québec ont participé à cette partie de l'évaluation, cela lui assure malgré tout une assez bonne représentativité géographique.

Les échantillons d'adolescentes et de parents sont des échantillons aléatoires stratifiés pour prendre en compte la réalité démographique des régions, ce qui assure une bonne validité à l'enquête réalisée. De plus, la taille importante de ces échantillons a permis une plus grande précision des estimations de couvertures vaccinales et d'obtenir un nombre suffisant de jeunes non vaccinées pour pouvoir recueillir leur opinion ainsi que celle de leurs parents. Bien que le taux de participation des adolescentes et des parents ne soit que de 46 %, le taux obtenu auprès des adolescentes est supérieur à ceux de 22 % et 25 % déjà décrits dans la littérature (Bouganim et autres, 2009; Woodhall et autres,

2007). Dans le même sens, le taux de réponse obtenu auprès des parents est meilleur que le taux de 22 % obtenu dans l'enquête postale de Brabin et autres (2006).

Les questionnaires utilisés pour les enquêtes auprès des adolescentes et les parents ont été élaborés avec minutie. Ils ont été préparés en s'appuyant sur une revue extensive des écrits et sur un modèle théorique qui a été mis à l'épreuve avec succès dans les diverses facettes de cette évaluation. Également, avant de procéder à l'enquête, des groupes de discussion ont été réalisés pour bonifier le modèle, notamment à l'égard de la place des parents dans la prise de décision de vaccination des adolescentes et pour s'assurer que les questionnaires captaient l'ensemble des variables en jeu. En plus des prétests des questionnaires réalisés avec rigueur ayant permis de leur apporter les ajustements appropriés, la fiabilité du questionnaire auprès des adolescentes a été évaluée préalablement à l'enquête. On a pris soin aussi d'offrir la possibilité aux jeunes et à leurs parents de répondre au questionnaire par Internet. Tout cela nous permet de croire que les instruments de mesure employés dans les enquêtes auprès des parents et de leur fille sont solides et de qualité.

5.5 LIMITES DE L'ÉVALUATION

Bien que cette évaluation ait été construite avec soin et rigueur, elle n'est malheureusement pas exempte de limites. Tout d'abord, il est possible qu'un biais d'information soit présent, à divers degrés, car l'évaluation portait sur des événements qui pouvaient remonter parfois à plus de deux ans. Les retards dans la collecte occasionnés par les activités en lien avec la pandémie d'influenza A(H1N1) en 2009 et la vaccination de masse qui s'en suivit ont donc non seulement retardé la production de la présente évaluation, mais peuvent aussi en influencer la validité interne. En plus, il est arrivé dans certains cas que les personnes qui avaient mis en œuvre le programme en 2008 au palier régional ou local ne soient pas disponibles, parce qu'elles avaient quitté pour la retraite ou pour occuper un autre poste, ce qui a pu aussi contribuer au biais d'information.

Un biais de désirabilité ne peut non plus être exclu et peut avoir été présent chez les participants aux diverses collectes. L'anonymat garanti aux participants ainsi que les explications disant qu'on souhaitait obtenir leurs réponses sincères et sans porter de jugement ont tout de même pu le minimiser.

Également, un biais de mauvaise classification du statut vaccinal peut être présent dans les enquêtes auprès des filles et des parents. Il pourrait venir tant du statut vaccinal VPH déclaré par les filles, que de celui déclaré par les parents pour leur fille, pouvant être lui-même lié à un biais de désirabilité. Nos estimations de proportion d'adolescentes de 17 ans et plus (ou de 5^{e} secondaire et plus) vaccinées à l'école (au moins une dose reçue, soit 83 % (I.C. à 95 % : 79–88)) sont semblables à celles rapportées par le MSSS pour la vaccination scolaire (CV une dose de 87 % chez les filles de 3^{e} secondaire en 2008-2009). Même s'il ne s'agit pas de populations tout à fait semblables, cela nous rassure quant à la faible influence d'un biais de mauvaise classification. Une autre source de mauvaise classification pourrait venir d'erreurs de saisie. La validation des données saisies ayant montré un faible taux d'erreur, juxtaposé à la similitude de nos estimations de CV scolaires à celles faites par les responsables régionaux et provinciaux font en sorte que si ce biais est présent, il semble peu influencé.

Aussi, une mauvaise classification a pu survenir pour la région de résidence avec ou sans programme VPH scolaire élargi. Cela pourrait venir du manque de précision lié à la variable qu'on a dû créer pour traduire la réalité de la vaccination VPH scolaire élargie et aussi du fait que la région de résidence était auto déclarée par les adolescentes ou les parents participants. Cela a pu faire en sorte que les CV hors

du milieu scolaire calculées ici ont pu être surestimées. En corrigeant pour le taux de réponse, on pourrait estimer que la réalité de la CV hors du milieu scolaire des filles se situe entre 29 % (CV de 62 % X taux de réponse de 46 %; en considérant que toutes les filles n'ayant pas participé à l'enquête ne sont pas vaccinées, ce qui est probablement trop pessimiste) et 62 % (en considérant que toutes les filles n'ayant pas participé à l'enquête sont vaccinées, ce qui est probablement trop optimiste).

La validité interne de l'évaluation des déterminants de la vaccination par l'enquête auprès des adolescentes et des parents pourrait également être touchée par des facteurs de confusion. Outre la possibilité de facteurs inconnus ou non disponibles pour analyse dans notre évaluation, on s'est efforcé de considérer les facteurs connus en élaborant un modèle conceptuel extensif au départ et en effectuant des analyses par modélisation statistique multivariée qui permettent des ajustements statistiques de leur effet de confusion. Plusieurs des facteurs connus dans la littérature et qui étaient disponibles se sont avérés admissibles pour les inclure aux analyses multivariées, les résultats finaux sont alors probablement peu influencés par des biais de confusion.

En ce qui concerne la validité externe de l'étude, des biais de sélection ont pu être générés par l'échantillon des CSSS qui est un échantillon raisonné, par le taux de participation de 46 % des adolescentes et de leurs parents ainsi que par la provenance géographique (région de résidence déclarée) des adolescentes et des parents participants statistiquement différente de celle des échantillons RAMQ de départ. Il est difficile d'anticiper par exemple si des parents mieux informés ou encore moins informés ont pu participer à l'enquête. De la même manière, on ne peut pas présumer si des adolescentes plus réceptives au Programme VPH ou au contraire des adolescentes plus réticentes face au Programme VPH ont pu être enclines à participer à l'étude. Étant donné les méthodes employées ici, il n'est pas possible de répondre à ces interrogations.

En ce qui a trait au portrait de l'organisation des services de vaccination VPH hors du milieu scolaire, le choix d'échantillons raisonnés de CSSS et de vaccinateurs pour l'établir a pu générer également un biais de sélection dont il faut tenir compte, sans oublier que les vaccinateurs qui ont une pratique plus favorable risquent d'avoir accepté plus volontiers de participer. Il est possible que le portrait réel de la vaccination hors du milieu scolaire soit moins rose que ce qui a été décrit ici. D'autres éléments contextuels de l'évaluation ont pu contribuer à un biais de sélection lié au volontariat des participants. En effet, les adolescentes visées par les différentes collectes ont été libres de participer, de même que les répondants en vaccination dans les DSP et les CSSS ainsi que les vaccinateurs. De plus, les adolescentes vaccinées ont probablement été surreprésentées parmi les participantes. Dans le cas de l'étude test-retest et de l'enquête, pour minimiser ce biais et favoriser un meilleur taux de réponse, une incitation à la participation des adolescentes a été offerte sous la forme d'offre de participation au tirage d'un *iPod touch*. Aussi, il a été clairement indiqué que les adolescentes, qu'elles soient vaccinées ou non, étaient invitées à participer.

Alors qu'il avait été prévu au départ d'adresser l'envoi des questionnaires d'enquête postale directement à la fille sélectionnée, soit le questionnaire lui étant destiné et celui destiné à ses parents (pour qu'elle remette le questionnaire à ses parents), le CÉR a exigé que l'envoi postal soit plutôt adressé aux parents. C'est donc de cette manière que nous avons procédé. L'envoi postal a été adressé aux parents de l'adolescente sélectionnée. Les parents pouvaient donc remettre le matériel d'enquête à leur fille s'ils l'autorisaient à y participer. Cela semble paradoxal, car les adolescentes étaient interrogées au sujet d'une décision de vaccination qu'elles étaient en mesure de prendre elles-mêmes. Cette situation a pu influencer le taux de participation. Il est possible également que les adolescentes

aient répondu différemment au questionnaire. De plus, cette manière de procéder a retardé le début de la collecte de ces données. En effet, la Commission d'accès à l'information, selon les échanges eus avec la professionnelle de cet organisme responsable de notre demande d'autorisation d'accès aux données de la RAMQ, était en défaveur de la manière de procéder exigée par le CÉR pour l'envoi postal. On proposait de faire selon la méthode que nous avions prévue initialement. Après quelques discussions, il a finalement été décidé de faire selon les exigences du CÉR. Cela a fait en sorte que l'échantillon de filles demandé en juillet 2009 a été reçu 10 mois plus tard, en mai 2010.

Ce délai a donc fait en sorte que le premier envoi de l'enquête postale a été fait à la fin mai 2010 et que les autres envois se sont déroulés jusqu'à la fin juin 2010. Cette période pour procéder à une enquête postale n'est vraiment pas idéale. Elle correspond à la période d'examens de fin d'année scolaire et à une période très proche des déménagements du 1er juillet. Ces deux particularités ont d'ailleurs été mentionnées par plusieurs des participants parents autant qu'adolescentes. Nous étions très conscients de cette situation et n'avons pas pu faire autrement, puisqu'il aurait fallu attendre pour débuter la collecte au mois de septembre suivant, et alors l'échantillon reçu de la RAMQ ne correspondait plus à la population à l'étude. Bref, toute cette situation a pu également amoindrir le taux de réponse. Nous avions heureusement prévu une taille d'échantillon élevée (voir section 3.1.3 pour le détail du calcul de taille d'échantillon), ce qui a tout de même permis d'obtenir un nombre de sujets participants relativement important.

Certains biais liés aux enquêtes électroniques doivent de plus être considérés. Par exemple, la nécessité d'avoir accès à un ordinateur constitue un biais de sélection. Cependant, dans le cas de notre étude, les participants ont été invités par courrier postal et ont eu la possibilité de remplir le questionnaire par écrit s'ils le préféraient. Cependant, au final, peu de participants ont utilisé le questionnaire en ligne ce qui laisse croire que ce biais, s'il existe, a probablement peu d'impact sur la validité de l'étude. Par ailleurs, comme il a fallu beaucoup d'efforts pour élaborer, donner accès et intégrer les questionnaires en ligne dans notre évaluation, en comparaison de leur utilisation réelle, il semble peu efficient de procéder de la sorte. On peut spéculer sur les raisons de cette faible utilisation des questionnaires en ligne : facilité d'utilisation des questionnaires papier, car ils étaient déjà sous la main dans l'envoi postal, adresse Internet longue à écrire, craintes quant à l'anonymat, etc. Il est probable que les questionnaires en ligne soient plus pertinents quand on peut communiquer directement aux participants éventuels par voie électronique.

Enfin, des biais liés aux méthodes qualitatives pourraient également influencer les résultats de l'étude. Il est possible que les intervieweurs aient influencé le point de vue des participants au cours des entrevues. Il y a également un risque d'avoir interprété les données sous une perspective pro vaccination. Pour atténuer ces effets liés au chercheur, les intervieweurs ont tenu un journal de bord, afin de consigner leurs impressions et les partager avec l'équipe de recherche sans oublier les débriefings faits après les entrevues. La triangulation des sources de données, des analyses et des résultats permet également de minimiser cet effet, en plus de donner plus de robustesse à l'évaluation. Il faut compter de plus que les analyses ont été réalisées par une personne indépendante de l'équipe ayant fait les entrevues, ce qui a assuré une meilleure objectivité et validité à l'évaluation.

6 CONCLUSION ET PISTES D'ACTION

L'évaluation montre que le Programme de vaccination VPH s'est implanté avec succès en s'appuyant sur une structure de vaccination scolaire et en CSSS bien rodée. La préparation préalable, les efforts de promotion et de soutien à tous les paliers, l'engagement des professionnels du réseau de la santé à tous les niveaux et du milieu scolaire ont été reconnus et ont contribué à ce succès. Le volet scolaire du programme et l'application élargie qui en a été faite dans plusieurs régions montrent encore tout le potentiel de cette stratégie de vaccination. Les CV atteintes, bien qu'elles n'atteignent pas les objectifs sont quand même appréciables et supérieures à celles obtenues dans plusieurs provinces canadiennes.

Le volet hors scolaire du Programme VPH a connu plusieurs embûches en lien, entre autres, avec l'application élargie de la vaccination scolaire dans certaines régions. Cela a généré quelques difficultés, dont des iniquités d'accès à la vaccination pour les adolescentes plus âgées dans d'autres régions. Il demeure ardu de joindre les adolescentes en dehors du réseau de l'école. Les moyens mis en œuvre pour y arriver semblent assez limités.

En ce qui a trait à la continuation du Programme VPH auprès des adolescentes, l'évaluation met en lumière quelques pistes d'action. Tout d'abord, à l'égard de l'information sur les infections aux VPH, elle doit mettre l'accent sur l'histoire naturelle de ces infections et sur le fait que les infections aux VPH sont des ITSS qui infectent autant les hommes que les femmes. Les connaissances adéquates s'étant avérées un déterminant de la vaccination VPH, la transmission d'information percutante prend donc toute son importance. Les messages relatifs aux bénéfices et à la sécurité du vaccin VPH doivent être très présents étant donné que les bénéfices de la vaccination sont aussi un déterminant de la vaccination VPH et en contrepartie, les barrières perçues à la vaccination ayant trait à la sécurité du vaccin sont un déterminant de la non-vaccination. Il ne faut pas négliger la place importante des parents dans le processus de décision de vaccination des jeunes, même si, à partir de l'âge de 14 ans, elles sont en mesure de décider elles-mêmes d'être vaccinées. À cet effet, le regret anticipé par les parents de refuser la vaccination pour leur fille déterminant la vaccination, cette voie pourrait être explorée auprès des parents des filles de 4^{e} année. Comme l'habitude de vaccination ainsi que les attitudes et croyances favorables à la vaccination en général sont aussi déterminantes, il faut continuer à travailler sur la promotion globale de la vaccination et de l'ensemble des programmes de vaccination. Enfin, il faut faire en sorte que les adolescentes et les parents des adolescentes des communautés ethniques se sentent interpellés par la vaccination VPH.

À l'égard de l'acte vaccinal lui-même, la qualité des services rendus a été maintes fois soulignée. Dans la plupart des cas, les manières de faire semblent correspondre aux besoins. Cependant, pour certaines adolescentes qui ont besoin de plus d'intimité ou qui ont des craintes lors de la vaccination (peur de la douleur, de pleurer, etc.), des solutions de rechange devraient être proposées. La vaccination sans obstacle au CSSS (par ex. lors de cliniques de vaccination sans rendez-vous) ou encore chez d'autres prestataires de soins pourrait constituer une alternative intéressante, en garantissant une complémentarité.

Concernant des aspects de gestion du programme, il serait intéressant que les résultats de CV soient transmis à tous les acteurs du programme, même auprès de professionnels qui sont susceptibles de recommander la vaccination même s'ils ne vaccinent pas eux-mêmes. De plus, il demeure pertinent que les acteurs de chacun des paliers comprennent le bien-fondé des exigences du programme (par ex. la nécessité de retourner des données de vaccination) dans le but de travailler en harmonie vers

l'atteinte d'objectifs communs. La disponibilité d'outils simples, rigoureux et adaptés permettrait probablement d'y arriver plus facilement.

Enfin, dans l'éventualité où un programme semblable devait être implanté à l'avenir, il serait souhaitable de convenir, en concertation, d'objectifs précis à l'égard de toutes les populations et de tous les milieux visés ainsi que de modalités d'application en cohérence à travers la province. Cela éviterait sans doute que des problèmes d'iniquités comme ceux qui sont survenus avec le Programme VPH ne se reproduisent.

RÉFÉRENCES

ALONZO-PROULX, I., et autres (2001). *Vaccination des enfants contre l'influenza : qu'en pensent les parents?* Travail présenté au D[re] Johanne Laguë dans le cadre du stage d'externat en santé communautaire, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 32 p. et annexes.

BECKER, M.H., (1974). "The health belief model and personal behaviour", *Health Education Monographs*, 2 : p. 324-508.

BOUGANIM, N., et autres (2009). *Déterminants de la vaccination VPH chez les filles du 3[e] secondaire.* Travail de recherche présenté à D[re] Maryse Guay dans le cadre du stage d'externat en santé communautaire, Direction de santé publique de la Montérégie, 29 p. et annexes.

BOULIANNE, N., et autres (2000). *Étude des occasions manquées de vaccination et des facteurs associés à une vaccination primaire incomplète chez les enfants de deux ans au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 49 p. et annexes.

BOULIANNE, N., et autres (2007). *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants québécois en 2006*, Institut national de santé publique du Québec, 103 p.

BRABIN, L., et autres (2006). "Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination: A survey of parental attitudes", *Vaccine*, 24 (16): p. 3087-94.

BRABIN, L., et autres (2007). "A semi-qualitative stydy of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent", *BMC Public Health*, 7: p. 20.

BREITKOPF, C.R., et autres (2009). "Human Papillomavirus Vaccine Decision-making in Da Nang, Vietnam : Perceived Spousal and Adolescent-Parent Concordance", *Vaccine*, 27 : p. 2367-2371.

BREWER, N.T. et K.I. FAZEKAS (2007). "Predictors of HPV vaccine acceptability: a theory-informed, systematic review", *Prev Med*, Aug-Sep, 45 (2-3): p. 107-114.

BRISS, P.A., et autres (2000) au nom du TFCPS. "Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults", *Am J Prev Med*, 18(1S), p.97-140.

BRITISH COLUMBIA CENTER FOR DISEASE CONTROL (BCCDC) (2010). Immunization in British Columbia, 2008, Vancouver, 47 p. [En ligne]. http://www.bccdc.ca/NR/rdonlyres/4F2E7994-8A4A-4F2E-9E3E-FFFB7BAD0B1E/0/2008AnnualReportFINALcolour28OCT2010.pdf (Document téléchargé le 15 juin 2011).

BROUSSELLE A. et autres (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 302 p.

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). Ministère de la Santé et des Services sociaux, compilations sur la vaccination contre les VPH, données inédites (Janvier).

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a). Vigie – Interventions – « Couverture vaccinale contre le VPH », *Flash Vigie* – Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses, vol. 5, no 2, Juin, 2 p.

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b). Vigie – Interventions – « Couverture vaccinale en milieu scolaire », *Flash Vigie – Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, vol. 5, no 3, Septembre, 2 p.

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011a). Vigie – Interventions – « Vaccination contre le VPH », *Flash Vigie – Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, vol. 6, no 6, Août, 2 p.

BUREAU DE SURVEILLANCE ET DE VIGIE, DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011b). Vigie – Interventions – « Mise au point : décès relié temporellement à la vaccination VPH en 2008 », *Flash Vigie – Bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, vol. 6, no 1, Janvier, 2 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDCP) (1999). "Vaccine-Preventable Diseases: Improving Vaccination Coverage in Children, Adolescents, and Adults. A report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48 (RR-8): p. 1-15.

CHAN, S.S., et autres (2007). "Women's attitudes on human papillomavirus vaccination to their daughters", *Journal of Adolescent Health*, 41 (2): p. 204-207.

CHAN, S.S., et autres (2009). "Adolescent girls' attitudes on human papillomavirus vaccination", *Journal Pediatr Adolesc Gynecol*, 22 (2): p. 85-90.

CHRISTIAN, W.J., et autres (2009). "Acceptance of HPV Vaccine for adolescent girls: analysis of the state-added questions from the BRFSS", *Journal of Adolescent Health*, 44: p. 437-445.

COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC (2007). *Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 76 p.

CONROY, K., et autres (2009). "Human papillomavirus vaccine uptake, predictors of vaccination and self-reported barriers to vaccination". *Journal of Women's Health*, 18 (10): p. 1679-1686.

CONSTANTINE, N.A., et P. JERMAN (2007). "Acceptance of human papillomavirus vaccination among Californian parents of daughters: A representative statewide analysis", *Journal of Adolescent Health*; 40 (2): p. 108-115.

CONSTANTINE, N. (nconstantine@berkeley.edu). *Questionnaire intitulé « California Adolescent Sexual Health Policy Project: Parent Survey Questions »*. [Courrier électronique à Paule Clément], 9 juillet 2009.

DAVIS, K., et autres (2004). "Human papillomavirus vaccine acceptability among parents of 10-to15-year-old adolescents", *J Low Genit Tract Dis*, 8 (3): p. 188-194.

DE VISSER, R., et MCDONNELL E. (2008). "Correlates of parents' reports of acceptability of human papillomavirus vaccination for their school-aged children", *Sex Health,* 5 (4): p. 331-338.

DE VISSER, R., et autres (2011). "The importance of social norms for uptake of catch-up human papillomavirus vaccination in young women", *Sex Health,* 8 (3): p. 330-337.

DEMPSEY, A.F., et autres (2006). "Factors that are associated with parental acceptance of human papillomavirus vaccines: a randomized intervention study of written information about HPV", *Pediatrics,* 117 (5): p. 1486-1493.

DI GIUSEPPE, G., et autres (2008). "Human papillomavirus and vaccination: knowledge, attitudes, and behavioural intention in adolescents and young women in Italy", *Br J Cancer*, 99 (2): p. 225-229.

DILLMAN, D.A. (2007). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method- Second Edition*, New York : John Wiley & Sons, Inc., 523 p.

DUBE, È., et autres (2008). *Devis d'évaluation - Prévention par la vaccination des maladies attribuables aux virus du papillome humain au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 71 p.

EKOS RESEARCH ASSOCIATES (2011). *Survey of Parents on Key Issues Related to Immunization – Final Report*. Toronto, 45 p. et annexes.

FERNANDEZ, M.E. et autres (2010). "Integrating clinical, community, and policy perspectives on HPV vaccination", *Annu Rev Public Health*, 31: p. 235-252.

GEMMILL, I. (2008). *Ontario's HPV Immunisation Programme – What went wrong?* Présentation orale sur invitation, Conférence canadienne sur l'immunisation, Toronto, 30 novembre 2008.

GILCA, V. (vladimir.gilca@ssss.gouv.qc.ca). *Questionnaire intitulé « How do parents feel about the HPV vaccine*? ». [Courrier électronique à Maryse Guay], mai 2009.

GOTTVAL, M., (2009). "High HPV vaccine acceptance despite low awareness among Swedish upper secondary school students", *Eur J Contracept Reprod Health Care,* 14(6): p. 399-405.

GREEN, L.W. et M.W. KREUTER (2005). *Health Program Planning – An Educationanl and Ecological Approach- 4th Edition*, McGraw Hill, Boston, 458 p. et annexes.

GUAY, M., et autres (2005). *Étude de validation et d'appréciation des fichiers de vaccination et de population en Estrie, en Montérégie et dans la région de Québec*, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne, 70 p. et annexes .

GUAY, M., et autres (2006). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination des enfants de 0-2 ans au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 183 pages.

GUAY, M., et autres (2007). *Étude sur les coûts et l'efficacité du programme de vaccination contre l'influenza au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2007, 151 pages.

GUAY, M., et autres (2009). *Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales?* Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 62 p.

HAMID, A., (2008). *Évaluation de la couverture vaccinale des jeunes enfants de la Montérégie au regard des facteurs sociodémographiques et impact de l'ajout de nouveaux vaccins - Rapport de recherche*, Université de Sherbrooke, Département des sciences de la santé communautaire, 199 p.

HÖGLUND, A.T., et autres (2009). "Knowledge of human papillomavirus and attitudes to vaccination among Swedish high school students", *Int J STD AIDS*, 20 (2): p. 102-107.

HOOVER, D.R., et autres (2000). "Attitudes of adolescent/young adult women toward human papillomavirus vaccination and clinical trials", *Health Care Women Int.*, 21 (5): p. 375-391.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (1999). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ-E1). *Questionnaire intitulé « En 2002… J'aurai 5 ans! Questionnaire informatisé rempli par l'interviewer (QIRI)*. Document téléchargé à http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/questionnaires/E01_QIRI.pdf le 29 juin 2009.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2001). Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ-E4). *Questionnaire intitulé « En 2002… J'aurai 5 ans! Questionnaire papier rempli par l'interviewer (QPRI)*. Document téléchargé à http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/questionnaires/E04-QPRI_3ans-et-demi.pdf le 29 juin 2009.

JANZ, N.K. et M.H. BECKER (1984). "The Health Belief Model: A Decade Later", *Health Education Quaterly*, 11 (1): p. 1-47.

KAHN, J.A., et autres (2008). "Rates of human papillomavirus vaccination, attitudes about vaccination, and human papillomavirus prevalence in young women", *Obstet Gynecol.*, 111 (5): p. 1103-1110.

KIELY, M. (2010). *Vaccination contre les VPH, dépistage du cancer du col utérin et sexualité : connaissances, croyances et comportements des femmes québécoises, mémoire de maîtrise*, Québec (Canada), Université Laval, 2010.

KIELY, M., et autres. (2011). « Virus du papillome humain : connaissances, croyances et comportements des femmes québécoises », *Revue canadienne de santé publique*, juillet-août, 102 (4): p. 303-7.

KWAN, T.T.C., et autres (2008). "Barriers and facilitators to human papillomavirus vaccination among Chinese adolescent girls in Hong Kong: a qualitative-quantitative study", *Sex Transm Infect*; 84: p. 227-232.

LAJOIE, E. (2001). *Portrait de l'utilisation des services cliniques en matière de sexualité chez les Montérégiens de 5e secondaire et impact des cliniques jeunesse scolaires sur cette utilisation*, Mémoire présenté à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, 284 p.

LAZCANO-PONCE, E., et autres (2001). "Acceptability of a human papillomavirus (HPV) trial vaccine among mothers of adolescents in Cuernavaca, Mexico", *Arch Med Res.*; 32 (3): p. 243-247.

LENSELINK, C.H., et autres (2008). "Parental Acceptance of Human Papillomavirus vaccines", *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, Mar;137 (1): p. 103-7.

LI, J., et autres (2009). "Knowlege and attitudes about human papillomavirus (HPV) and HPV vaccines among women living in metropolitan and rural regions of China", *Vaccine*, 27: p. 1210-15.

LIPPMAN, A., et autres (2007). "Human papillomavirus, vaccines and women's health: questions and cautions", *Can J Med Ass*, Aug 28; 177(5): p. 484-7.

LIPPMAN, A., (2008). "Human papillomavirus (HPV) vaccination and the development of public policies", *J Epidemiol Community Health*, 62: p. 570-571.

LUNEAU, K., (2007). "The epidemiologist on her controversial stance against the HPV vaccine, why it might not work for some women and how it could impact Canadians for years to come", *The Macleans.ca* Interview: Abby Lippman. [En ligne]. http://www.macleans.ca/article.jsp?content=20070802_164509_5908&page=2 (Page consultée le 15 juin 2011).

MAILLARD, R. (2010). « Un vaccin pour rien? », *Protégez-vous*, Octobre, p. 22-27.

MARLOW L.A, et autres (2007). "Parental attitudes to pre-pubertal HPV vaccination", *Vaccine*, Mar 1; 25 (11): p. 1945-52.

MARLOW, L.A., et autres (2008). "Sociodemographic Predictors of HPV testing and vaccination acceptability: Results from a population-representative sample of British women", *J Med Screen.*; 15 (2): p. 91-96.

MARLOW, L.A., et autres, (2009). "Predictors of interest in HPV vaccination: A study of British adolescents", *Vaccine*, 27: p. 2483-2488.

MARLOW, L. (l.marlow@ucl.ac.uk). *Questionnaire intitulé « Your attitudes to Health and Illness ».* [Courrier électronique à Yamina Tahmi], été 2009.

MAYS, R.M., et autres (2000). "Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women", *Health Care Women Int.*, 21 (5): p. 361-374.

MILES, M.B. et A.M. Huberman (1994). *Qualitative Data Analysis. Second Edition.* Thousand Oaks: Sage Publications. 338 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Chapitre 14 – VPH* dans *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 342I à 342O.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b). *Lettre du Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint aux directrices et directeurs de santé publique – Modifications au Programme québécois d'immunisation*, 31 mars, Québec, Gouvernement du Québec N/Ref. : 08-MTL-049, 7 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008c). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Chapitre 10.4 – Vaccin contre le virus du papillome humain* dans *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Mise à jour de novembre 2010, Québec, Gouvernement du Québec, p. 305-310.

MORECO L.B. (2008). *Silence on vaccine*, Office national du film du Canada. http://onf-nfb.gc.ca/fra/collection/film/?id=56020 page consultée le 5 mars 2012.

MOREIRA, E.D. Jr., et autres (2006). "Assessment of knowledge and attitudes of young uninsured women toward human papillomavirus vaccination and clinical trials", *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 19 (2): p. 81-87.

MORGAN, D.L. et R.A. KRUEGER (1998). *The focus group kit.* Thousand Oaks: Sage. Vol. 1 *The focus group guidebook* (Morgan). Vol. 2 *Planning focus groups* (Morgan). Vol. 3 *Developing questions for focus groups* (Krueger). Vol. 4 *Moderating focus groups* (Krueger). Vol. 5 *Involving community members in focus groups* (Krueger). Vol. 6 *Analyzing and reporting focus groups results (Krueger).*

MORISON L.A., et autres (2010). "Temporal perspective and parental intention to accept the human papillomavirus vaccination for their daughter", *British Journal of Health Psychology*, 15: p. 151-165.

OGILVIE, G.S., et autres (2007). "Parental intention to have daughters receive the human papillomavirus vaccine", *CMAJ*, 177 (12): p. 1506-1512.

OGILVIE, G. (Gina.Ogilvie@bccdc.ca). *Guide d'enquête téléphonique intitulé « Parental Knowledge, attitudes, beliefs, and intentions regarding the school-aged Human Papilloma Virus vaccine vaccination program »*. [Courrier électronique à Paule Clément], 19 juin 2009.

ROBERTS, L. (2010). "Health information and the internet: The 5cs website evaluation tool",.*British Journal of Nursing*,,19 (5): p. 322-325.

ROSBERGER, Z. et autres (2009). *Parents, daughters and the HPV vaccine: Factors affecting parental decision-making in a universal immunization program*. Université McGill.

ROSENSTOCK, I.M., et autres (1988). "Social Learning Theory and the Health Belief Model", *Health Education Quaterly*,15 (2): p. 175-183.

ROSSI, PH., et autres (2004). *Evaluation – A Systematic Approach – 7th Edition*. Thousand Oaks : Sage Publications, 470 p.

SAUVAGEAU, C. (chantal_sauvageau@ssss.gouv.qc.ca). *Questionnaire téléphonique français rempli par la firme « SOM-recherches et sondages » intitulé « santé-publique-Québec »*. [Courrier électronique à Paule Clément], 20 mai 2009.

SAUVAGEAU, C. et M. KIELY (2010). « Les connaissances des infirmières contribuent au succès du programme de vaccination », *Perspective infirmière*, Juillet-août, p. 50-52.

SAUVAGEAU, C. et autres (2007). "Human Papilloma Virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec, Canada", *BMC Public Health*, 7 (1): p. 304.

SOM RECHERCHES ET SONDAGES (2009). *Évaluation de la documentation concernant les programmes de vaccination au primaire (VPH et hépatite).* Rapport présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, 38 p. et annexes.

SPERBER, N.R., et autres (2008). "Influence of parent characteristics and disease outcome framing on HPV vaccine acceptability among rural, Southern women", *Cancer Causes Control*, 19 (1): p. 115-118.

ST-AMOUR, M., et autres (2004). *Trousse de promotion de la vaccination – Rapport d'évaluation*, Longueuil, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 113 p. et annexes.

ST-AMOUR, M., et autres (2006). "Are information leaflets useful for vaccinators and parents?", *Vaccine*, 24 : p. 2491-2496.

TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES (2000). "Recommendations Regarding Interventions to improve Vaccination Coverage in Children, Adolescents and Adults", *Am J. Prev. Med.*, 18 (S1): p. 92-96.

TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES (2011). "The Guide to Community Preventive Services", *Vaccines*, [En ligne], [http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html] (page consulté le 27 décembre 2011).

TOFFOLON-WEISS, M., et autres (2008). "Alaska native parental attitudes on cervical cancer, HPV and the HPV vaccine", *Int J Circumpolar Health*, Sep;67 (4): p. 363-373.

WALLER, J., et autres (2006). "Mothers' attitudes towards preventing cervical cancer through Human Papillomavirus Vaccination: A qualitative study", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*; 15 (7): p. 1257-61.

WALSH, J.M.E. et S.J. MCPHEE (1992). "A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physicians", *Health Education Quaterly*, 19 (2): p. 157-175.

WETZEL, C., et autres (2007). "Development of an HPV educational protocol for adolescents", *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, 20: p. 281-287.

WONG, L.P. (2008). "Young multiethnic women's attitudes toward the HPV vaccine and HPV vaccination", *Int J Gynecol Obstet.*, 103 (2): p. 131-135.

WONG, L.P., (2009). "Preventing Cervical Cancer through Human Papillomavirus Vaccination: Perspective from Focus Group", *Low Genit Tract Dis*, 13 (2): p. 85-93.

WOODHALL, S.C., et autres (2007). "Anticipated acceptance of HPV vaccination at the baseline of implementation: A survey of parental and adolescent knowledge and attitudes in Finland", *J Adolesc Health*, May;40(5): p. 466-9.

ZIMET, G.D., et autres (2005). "Predictors of STI vaccine acceptability among parents and their adolescent children", *Journal of Adolescent Health*, 37: p. 179-186.

N° de publication : 1561



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.**inspq**.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national de santé publique Québec