



Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance

Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Juin 2014

AUTEURES

Dominique Gagnon

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

Ève Dubé

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

AVEC LA COLLABORATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE POUR LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Chantal Sauvageau

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

Maryse Guay

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

Nadine Sicard

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Nathalie Hudon

Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Nicole Boulianne

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

MISE EN PAGES

Marie-France Richard

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

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 – 3^e TRIMESTRE 2014

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-71339-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-71340-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Préambule

Le Plan québécois de promotion de la vaccination, premier effort afin d'optimiser et de structurer les activités de promotion de la vaccination à l'échelle provinciale, a été publié en mars 2010[1]. Trois axes d'intervention avaient alors été identifiés, soit (1) augmenter la demande de la population pour la vaccination, (2) améliorer l'accessibilité aux services de vaccination et (3) bonifier l'offre de services par les vaccinateurs¹.

Rappelons que le but de la démarche de promotion de la vaccination est de **favoriser la mise en place des conditions permettant de s'assurer que les Québécois(es) aient accès aux vaccins recommandés et qu'ils soient vaccinés aux moments opportuns, afin de bien les protéger contre les maladies évitables par la vaccination (MEV)**. De ce but général découlent cinq grands objectifs, à savoir :

1. Atteindre et maintenir les objectifs de couverture vaccinale fixés dans le Programme national de santé publique (PNSP) pour tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation;
2. Favoriser le respect du calendrier vaccinal, en particulier pour la vaccination des enfants âgés entre 0 et 2 ans;
3. Favoriser des attitudes positives par rapport à la vaccination chez les professionnels de la santé et favoriser leur propre vaccination;
4. Favoriser des attitudes positives à l'égard de la vaccination dans la population;
5. Réduire les inégalités dans les couvertures vaccinales au sein de la population.

Le plan d'action, qui constituait la suite logique du plan de promotion, a été publié en 2011[2]. Cinq actions et interventions prioritaires étaient au cœur de ce plan, soit :

1. Rappel de la vaccination prévue à 2 mois à tous les parents de nouveau-nés et prise du rendez-vous pour la vaccination prévue à 2 mois des parents qui souhaitent faire vacciner leur enfant en centre de santé et de services sociaux (CSSS);
2. Relance des enfants non vaccinés à 2 mois après le rendez-vous manqué;
3. Ajout de plages horaires (incluant en début de soirée ou le samedi) pour répondre aux demandes dans un délai optimal, afin de respecter le calendrier vaccinal;
4. Rappel aux parents des élèves de 4^e année du primaire n'ayant pas signé le formulaire de consentement. Relance pour les élèves de 4^e année du primaire ayant un formulaire de consentement signé et qui n'ont pas reçu ou complété la vaccination;
5. Rendre disponibles, à court terme, des formations en ligne sur le PIQ et ses mises à jour.

Depuis sa publication, le plan d'action a été présenté aux responsables des directions de santé publique qui l'ont ensuite diffusé aux professionnels des CSSS de leurs régions. Un processus interactif d'évaluation a été réalisé en collaboration avec les partenaires (journaux de bord et sondage en ligne dans les CLSC). Les résultats régionaux de cette évaluation ont été transmis à chacune des régions au printemps 2013 et un bilan provincial a été publié en mars 2014[3].

¹ Selon le modèle logique ayant guidé la démarche de promotion de la vaccination, présenté à l'annexe 1.

Table des matières

Liste des tableaux	V
Liste des figures	V
Résumé	1
1 Mise en contexte	5
2 Buts et objectifs	7
3 Méthodes	9
3.1 Mise à jour de la littérature sur les connaissances, attitudes et pratiques	9
3.2 Identification d'interventions sur les connaissances, attitudes et pratiques face à la vaccination	10
3.3 Consultation d'experts	12
4 Résultats des recherches documentaires : connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la vaccination	13
4.1 La population	13
4.1.1 Les parents et la vaccination	13
4.1.2 Les adolescents, les adultes et la vaccination	15
4.2 Les travailleurs et les professionnels de la santé québécois	18
4.2.1 Leur propre vaccination	18
4.2.2 Perceptions sur la vaccination et recommandation aux patients	19
5 Résultats des recherches documentaires : Interventions démontrées efficaces pour agir sur les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la vaccination	23
5.1 Interventions visant l'augmentation de la demande de la communauté pour la vaccination	23
5.1.1 Revue de la littérature	23
5.1.2 Scan environnemental	25
5.2 Interventions visant la bonification de l'offre de services par les vaccinateurs	27
5.2.1 Revue de la littérature	27
5.2.2 Scan environnemental	27
5.3 Interventions de promotion de la santé supportées par les TIC	28
5.3.1 Évaluation des interventions de rappel et de relance supportées par les TIC	28
5.3.2 Évaluation des interventions d'éducation et d'information supportées par les TIC	29
6 Résultats de la consultation auprès d'experts	31
7 Synthèse	35
7.1 CAP sur la vaccination dans la population	35
7.2 CAP sur la vaccination des professionnels de la santé	36
7.3 Stratégies pour augmenter la demande de la communauté et bonifier l'offre de vaccination par les professionnels de la santé	37
7.4 Consultation d'experts et de vaccinateurs	38
8 Recommandations	41
9 Conclusion	43
Références	45

Annexe 1	Modèle logique ayant structuré les activités entourant le plan de promotion de la vaccination et le plan d'action.....	57
Annexe 2	Liste des mots clés utilisés en langage naturel lors de la recherche documentaire.....	61
Annexe 3	Tableaux des principaux résultats des études CAP – Mise à jour 2008-2014	65
Annexe 4	Bases de données consultées et plateformes associées pour la recherche documentaire sur les interventions de promotion de la vaccination	129
Annexe 5	Tableau des principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des interventions auprès des travailleurs de la santé afin de promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière	133
Annexe 6	Tableau des principaux constats portant sur les stratégies de promotion de la vaccination.....	137
Annexe 7	Questionnaires utilisés lors de la consultation Delphi	145
Annexe 8	Tableau d'interventions supportées par les TIC en vaccination	161

Liste des tableaux

Tableau 1	Facteurs cognitifs associés en analyse multivariée au statut vaccinal de l'enfant ou à l'intention de faire vacciner son enfant – études menées auprès de parents québécois 2008-2014	14
Tableau 2	Facteurs associés en analyse multivariée au statut vaccinal ou à l'intention de se faire vacciner auprès de la population adulte/adolescente – études menées 2008-2014.....	17
Tableau 3	Facteurs associés en analyse multivariée au statut vaccinal ou à l'intention de se faire vacciner auprès de la population des travailleurs et des professionnels de la santé - études menées 2008-2014	19
Tableau 4	Facteurs associés en analyse multivariée à l'intention de recommander la vaccination par les professionnels de la santé - études menées 2008-2014	20
Tableau 5	Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès des parents entre 2008 et 2014	67
Tableau 6	Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014	90
Tableau 7	Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014	111
Tableau 8	Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014	117
Tableau 9	Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP auprès des travailleurs de la santé pour promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière – pays comparables au Canada depuis 2005	135
Tableau 10	Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005	139
Tableau 11	Exemples d'interventions supportées par les TIC en vaccination.....	163

Liste des figures

Figure 1	Contribution de la présente synthèse à la démarche de planification inspirée du marketing social, phase II du plan d'action	7
Figure 2	Principale intervention dirigée vers la population identifiée par les participants à la consultation Delphi.....	32
Figure 3	Principale intervention dirigée vers les professionnels de la santé identifiée par les participants à la consultation Delphi.....	33

Résumé

S'inscrivant dans la foulée de la démarche de promotion de la vaccination au Québec, ce document présente une synthèse des études sur les connaissances, attitudes et pratiques au regard à la vaccination au Québec et des interventions efficaces pour favoriser des attitudes positives par rapport à la vaccination, et ce, autant chez la population que les professionnels de la santé. Cette mise à jour de la littérature permet de mieux circonscrire les facteurs externes et internes susceptibles d'avoir un impact sur le processus de planification des interventions de promotion de la vaccination.

Afin de compléter la synthèse qualitative des connaissances, une consultation d'experts, selon une méthode Delphi, a été réalisée pour identifier des interventions à prioriser dans l'élaboration des futures stratégies de promotion (public cible, objectifs à prioriser, interventions pressenties efficaces).

L'ensemble des informations recueillies permettra de baliser la démarche d'élaboration du plan d'action (phase II). Les principaux constats sont présentés ci-dessous.

Connaissances, attitudes et pratiques en regard à la vaccination au Québec

- Plusieurs études sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population et des professionnels de la santé à l'égard de la vaccination ont été réalisées au Québec depuis la publication du Plan québécois de promotion de la vaccination en 2010.
- La perception des risques et des bénéfices des vaccins, les attitudes par rapport à la vaccination, les normes et les connaissances étaient parmi les déterminants les plus fréquemment associés aux décisions vaccinales dans la population, mais également chez les professionnels de la santé pour leur propre vaccination.
- Les recommandations des professionnels de la santé ont été identifiées comme ayant une influence importante sur les décisions vaccinales, et ce, tant chez les parents pour la vaccination infantile, que chez les adolescents ou les adultes.
- La perception des bénéfices, de l'efficacité et de la sécurité des vaccins ainsi qu'un niveau suffisant de connaissances étaient fortement associés à l'intention des professionnels de la santé de recommander la vaccination.
- Les résultats de la plupart des études qui questionnaient différents groupes de professionnels de la santé ont relevé des différences entre les attitudes et les comportements des médecins, des infirmières et des autres travailleurs de la santé; les premiers étant généralement les plus favorables à la vaccination.

Interventions et stratégies de promotion de la vaccination

- Les méta-analyses et revues de la littérature recensées ont souligné que le rappel et la relance étaient efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales (CV).
- Les conclusions sont plus nuancées en ce qui a trait à l'impact des communications en face à face, de la formation et l'éducation des professionnels de la santé et de l'utilisation des médias de masse, dont Internet.
- Il demeure difficile d'identifier un type d'intervention réussissant mieux dans un contexte vaccinal particulier, car les études analysées incluent des interventions dont le contenu et les modalités diffèrent et qui sont déployées dans des contextes différents, auprès de populations distinctes et en employant divers supports pour l'intervention.

- Certains grands principes peuvent néanmoins être formulés. Pour être efficaces, les stratégies devraient : reposer sur un cadre de planification et des théories de changement de comportement; utiliser une combinaison de différentes interventions plutôt qu'une intervention unique; être soutenues dans le temps plutôt que ponctuelles et réactives; être personnalisées et s'appuyer sur des données empiriques, tant pour bien connaître la situation au départ (identifier les groupes à cibler, développer les outils adéquats et les tester, avoir une bonne compréhension des barrières potentielles) que pour pouvoir bien évaluer les retombées de l'intervention.

Consultation auprès des experts

Au total, quatre-vingt-huit (88) experts et vaccinateurs sur le terrain ont été invités à participer à la consultation. En avril 2014, 60 personnes ont répondu au premier questionnaire qui comportait majoritairement des questions ouvertes (taux de réponse de 68 %). Les réponses obtenues ont été regroupées en fonction de grands thèmes qui ont servi à l'élaboration du second questionnaire comportant principalement des questions fermées. En mai 2014, l'ensemble des experts et vaccinateurs ciblés, qu'ils aient répondu ou non au premier questionnaire, ont été invités à remplir le second questionnaire et 73 l'ont fait (taux de réponse de 83 %). Les résultats de ce second questionnaire sont présentés ci-dessous. La proportion de participants ayant répondu « assez prioritaire » ou « très prioritaire » est indiquée entre parenthèses.

En ce qui concerne les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination auprès de la population seraient prioritaires, les experts et vaccinateurs ont identifié les craintes par rapport aux effets secondaires et à la sécurité des vaccins (93 %) ainsi que le manque de connaissances et les fausses croyances (92 %).

De plus, les parents ont été identifiés comme étant le groupe à cibler en priorité lors du développement d'interventions de promotion de la vaccination (97 %). Les autres groupes mis en priorité étaient les personnes plus à risque (personnes défavorisées, malades chroniques) (88 %) et les adultes (86 %). Les vaccins administrés durant l'enfance (99 %) ont été identifiés comme cibles prioritaires pour les interventions de promotion de la vaccination, suivis de l'ensemble des vaccins recommandés (91 %). Les vaccins contre l'influenza (86 %), le RRO (83 %), le VPH (82 %) et le pneumocoque (81 %) figurent parmi les vaccins individuels mis en priorité par les experts et les vaccinateurs.

Au niveau des thèmes à aborder par les interventions de promotion de la vaccination, les participants ont retenu plusieurs des thèmes identifiés lors du premier questionnaire, soit : les bénéfices et l'importance de la vaccination (96 %), les maladies évitables par la vaccination (96 %), les fausses croyances (96 %), la sécurité des vaccins (96 %) et l'efficacité des vaccins (92 %).

Le développement d'interventions sur Internet et les médias sociaux destinées aux parents pour la vaccination de l'enfance a été identifié comme étant prioritaire par la majorité des participants pour la phase II du plan d'action.

En ce qui a trait à la promotion auprès des professionnels de la santé, le manque de connaissances et les fausses croyances (90 %), le manque de conviction (88 %) et le manque de compétences liées à l'acte vaccinal (88 %) étaient les principaux problèmes identifiés par les participants. Bien qu'aux yeux des experts consultés, l'ensemble des vaccinateurs (85 %) devraient être ciblés par les interventions de promotion de la vaccination, les infirmières (93 %) constituaient le principal groupe pour lequel des interventions devraient être mises en place en priorité selon les experts et les vaccinateurs. En ce qui concerne les thèmes à aborder, les bénéfices et l'importance de la

vaccination (94 %), le développement de compétences pour répondre aux patients hésitants (94 %), la sécurité (92 %) et l'efficacité (92 %) des vaccins figuraient parmi les plus prioritaires.

Chez les professionnels de la santé, l'amélioration des connaissances semble être un point unanime chez les experts et vaccinateurs sondés, mais la formule choisie devra être attrayante et s'inscrire dans les contraintes des milieux, notamment le peu de temps disponible pour participer à des activités de formation. On suggère également de développer les compétences des professionnels pour discuter de la vaccination avec les patients hésitants et de diffuser de l'information sur la vaccination de façon plus soutenue dans les médias utilisés par les professionnels de la santé.

Recommandations

Les travaux de la phase II viseront principalement à développer des interventions sur Internet et les médias sociaux destinées aux parents pour faire la promotion de la vaccination ainsi que des stratégies novatrices pour améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé au regard de la vaccination. La définition d'objectifs opérationnels précis, la description détaillée des interventions, la segmentation des groupes cibles et les approches prévues pour l'évaluation formative et de l'implantation seront au cœur de ce deuxième plan d'action.

Pour ce faire, nous recommandons que les travaux de la phase II de promotion de la vaccination misent sur les éléments suivants :

- La conception et l'implantation des stratégies devront être **planifiées** rigoureusement, en s'appuyant sur un **cadre théorique** et sur des données de **recherche** (connaissance des publics cibles, de leurs comportements et des facteurs qui influent sur eux).
- L'**évaluation** devra faire partie prenante du développement, de la planification et de l'implantation des stratégies de promotion de la vaccination. Le développement des outils et des messages devra également être soutenu par des évaluations formatives. Ensuite, lorsque les interventions seront mises en œuvre, l'évaluation permettra de mesurer le niveau d'implantation des différentes stratégies ou composantes de la campagne. Enfin, l'évaluation des résultats visera à décrire quels ont été les impacts de l'intervention, notamment en ce qui a trait à la couverture vaccinale. On pourra aussi vouloir vérifier la notoriété des messages et leur influence sur les connaissances et attitudes des groupes ciblés.
- Les interventions de promotion devront être basées sur une approche permettant de répondre rapidement aux doutes soulevés dans la population (**être proactif**) et évaluer régulièrement les perceptions, afin d'identifier les programmes qui pourraient faire face à des problèmes d'acceptabilité. À ce sujet, les enquêtes sur les couvertures vaccinales permettent ce type de suivi. Par ailleurs, l'existence d'outils permettant de suivre l'évolution de l'opinion publique via les médias sociaux peut également être utilisée pour la conception de stratégies s'adressant aux préoccupations décelées.
- Les interventions devront être implantées en **collaboration** avec les différents acteurs impliqués dans la promotion de la vaccination, notamment entre les paliers provincial, régional et local. Il faudra donc s'assurer que les conditions nécessaires à cette collaboration soient en place, par exemple en favorisant le partage des connaissances auprès des partenaires (réseau des responsables régionaux en immunisation, à la TCNMI, etc.), en encourageant le développement de communautés de pratique et en favorisant la synergie avec des projets de recherche sur la vaccination menés au Québec.

En plus du développement d'interventions à court et moyen termes, nous recommandons qu'une stratégie globale à long terme soit élaborée, afin que les actions de promotion soient cohérentes et incitent au changement. Afin de maintenir la confiance de la population et des professionnels de la santé envers la vaccination, il apparaît essentiel que l'ensemble des actions en matière de promotion de la vaccination s'insère dans une réflexion stratégique plus large. Pour ce faire, un partenariat doit être accentué entre tous les acteurs impliqués et intéressés à la promotion de la vaccination à l'échelle provinciale.

1 Mise en contexte

Bien qu'en général la population québécoise soit favorable à la vaccination, plusieurs études ont démontré une faiblesse des connaissances sur la vaccination et des attitudes négatives à son sujet[4-9]. La vaccination serait victime de son succès : les craintes relatives à la sécurité des vaccins s'accroissent à mesure que diminue l'exposition de la population aux MEV[10-11]. Ainsi, il est de plus en plus fréquemment question d'un phénomène nommé l'hésitation à la vaccination[12-14]. En effet, plutôt que de répartir les individus en deux groupes distincts (ceux qui acceptent la vaccination et ceux qui la refusent), les recherches récentes représentent l'acceptation de la vaccination sur un continuum allant des individus qui refusent fermement toute vaccination à ceux qui en font la demande active. Entre les deux se situerait un groupe intermédiaire : les individus « hésitants » par rapport à la vaccination[15-16]. Ceux-ci peuvent refuser certains vaccins et en accepter d'autres, retarder la vaccination de leur(s) enfant(s) ou suivre les recommandations vaccinales des autorités de santé, tout en ayant des craintes et doutes importants[16-18]. En raison de l'émergence d'un tel phénomène, des efforts de promotion de la vaccination auprès de la population et des professionnels de la santé doivent être soutenus, afin de maintenir et d'améliorer les gains de santé liés à la vaccination.

Dans son plan d'action global en vaccination, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'ailleurs que les futurs efforts de promotion de la vaccination s'adressent à la montée de l'hésitation et insiste pour que les organisations réalisent notamment des recherches en communication, afin d'être proactifs face aux inquiétudes de la population à l'égard de la vaccination[14].

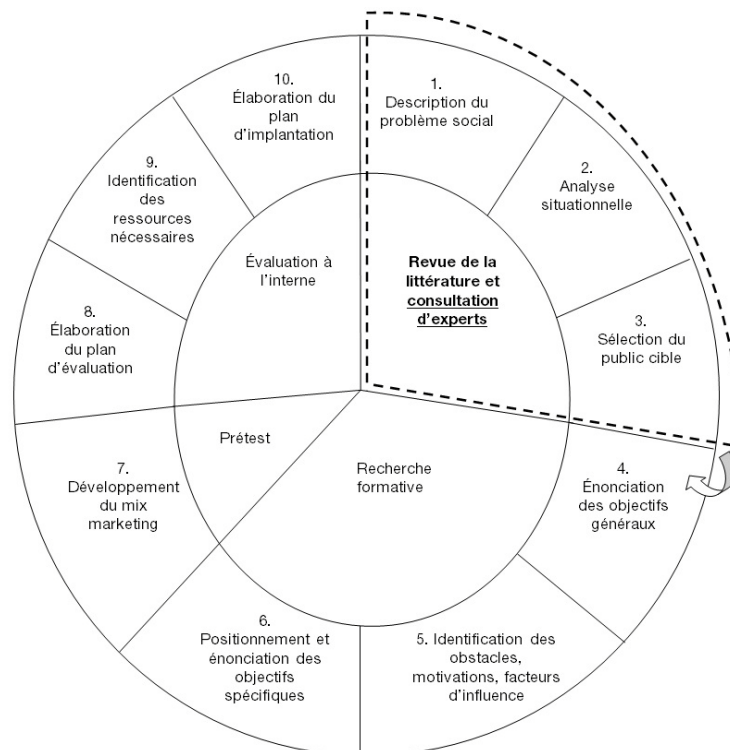
Pour avoir du succès, les interventions de santé publique doivent correspondre aux valeurs et intérêts des groupes à qui elles sont destinées. De plus, l'ensemble des interventions de communication et de promotion entourant une problématique de santé telle que la vaccination contribue au façonnement d'un message général à son égard d'où l'importance de réaliser une réflexion globale quant aux interventions et aux messages de promotion. Ce rapport synthèse présente donc les premières étapes de la démarche de planification de la deuxième phase des travaux de promotion de la vaccination. Ces travaux serviront de fondements pour définir les objectifs d'action, les groupes à cibler et les stratégies à mettre en place qui seront au cœur du plan d'action de la phase II.

2 Buts et objectifs

Pour la deuxième phase des travaux de promotion, on visera à **agir pour maintenir la confiance envers la vaccination** en favorisant des attitudes positives à l'égard de la vaccination chez la population et chez les professionnels de la santé.

Pour faciliter la mise en place et favoriser le succès des interventions en promotion de la vaccination, il est recommandé de s'appuyer sur un cadre théorique[19]. Le présent document présente une synthèse qualitative des connaissances. Cette synthèse repose sur un ensemble de stratégies de recherche documentaire et une consultation d'experts, et est un document préliminaire à l'élaboration du plan d'action pour la phase II des travaux de promotion de la vaccination. Cette synthèse vise à décrire la situation actuelle en lien avec les objectifs visés de la démarche de promotion de la vaccination, ce qui correspond aux premières étapes d'une démarche de planification comme celle du marketing social (c'est-à-dire la définition de la problématique et l'analyse situationnelle)[20]. La mise à jour de la littérature sur 1) les attitudes, connaissances et pratiques en matière de vaccination ainsi que sur 2) les interventions et stratégies efficaces en promotion de la vaccination permettra de bien circonscrire les facteurs externes et internes qui risquent d'avoir un impact sur le processus de planification des interventions de promotion de la vaccination. La consultation d'experts sert, quant à elle, à identifier certains éléments à considérer en priorité dans l'élaboration d'une stratégie de promotion future. L'ensemble des informations recueillies au moyen de la synthèse des connaissances et de la consultation d'experts permettra de mieux baliser la démarche de promotion qui suivra (par ex. : énoncer les objectifs, établir une séquence d'activités en fonction des problèmes perçus et des modifications comportementales souhaitées) (figure 1).

Figure 1 Contribution de la présente synthèse à la démarche de planification inspirée du marketing social, phase II du plan d'action



Ce document est donc structuré en trois parties. D'abord, les méthodes ayant guidé la recherche documentaire et la consultation des experts sont décrites. Ensuite, les résultats des recherches sont présentés et des recommandations sur les interventions à concevoir, qui seront au cœur du plan d'action phase II, complètent le document.

3 Méthodes

3.1 Mise à jour de la littérature sur les connaissances, attitudes et pratiques

L'objectif visé par la mise à jour de la littérature était d'identifier des études décrivant les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des différents groupes de la population et de professionnels de la santé québécois et canadiens en lien avec la vaccination. Pour ce faire, une revue de la littérature et un scan environnemental ont été réalisés.

Compte tenu de la recherche effectuée sur les connaissances, attitudes et pratiques lors de la rédaction du Plan québécois de promotion de la vaccination[1], la présente synthèse s'est limitée aux articles publiés depuis 2008. De plus, seuls les articles présentant des données sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population ou des professionnels du Québec ont été retenus.

Une recherche dans les bases de données *PubMed*, *Social Sciences Citation Index* et *Web of Knowledge* a été réalisée en juin 2012 et une mise à jour a été faite en janvier 2014. Une combinaison de mots clés (termes principaux et synonymes) a été utilisée pour la recherche d'articles pertinents (voir l'annexe 2). L'activation du filtre « date », pour ne tenir compte que des articles publiés depuis 2008, a également été utilisée lors des requêtes. À cette recherche s'est greffée la « méthode boule de neige », c'est-à-dire que la liste des références des articles les plus pertinents a été examinée, afin d'en extraire d'autres articles d'intérêt.

Parallèlement, un scan environnemental a été réalisé sur un ensemble de sites Internet. La recherche sur ces sites a été réalisée essentiellement via le moteur de recherche ainsi que l'onglet « Publications » lorsqu'il était présent sur le site Internet. La saisie des mots clés « vaccination » ou « immunisation » a été employée. De plus, lorsqu'un onglet consacré à la vaccination était présent sur le site, celui-ci a fait l'objet d'une vérification manuelle. Le scan environnemental a été réalisé sur les sites Internet des agences de santé publique et des directions régionales de santé publique, dans la base de données de l'INSPQ, sur les sites Internet de Santé Canada, de l'Agence de santé publique du Canada, des programmes d'immunisation provinciaux et territoriaux, de Thèses Canada et de l'ensemble des universités québécoises. Lorsque l'interface du site consulté était en langue anglaise, le mot clé « *immunization* » a été ajouté.

Les résultats de recherche ont permis l'établissement d'une liste préliminaire de titres d'articles et de documents qui a été soumise, en septembre 2012, aux membres du comité consultatif du Plan québécois de promotion de la vaccination et au réseau des responsables en immunisation pour qu'ils puissent la compléter au besoin.

Une fois la liste complétée, la version intégrale des articles et autres documents admissibles a été téléchargée. Une lecture approfondie de ces documents a permis de statuer de façon finale sur leur admissibilité² et a mené à l'extraction des données de l'ensemble des documents retenus. Un premier tableau comparatif résumant les principaux résultats a été complété pour chacune des études retenues. Les études qui ont fait l'objet de plus d'une publication ont été traitées de façon à ce que l'étude ne soit présentée qu'une seule fois. L'ensemble des articles ont été révisés par un

² Pour être admissibles, les documents devaient fournir des données d'études sur les CAP de la population ou de professionnels de la santé du Québec par rapport à la vaccination. Les études devaient également avoir été publiées après 2008.

second chercheur. L'admissibilité des articles ayant été identifiés lors de la mise à jour réalisée en janvier 2014 a été déterminée par deux chercheurs.

Une synthèse des principaux résultats de cette mise à jour est présentée dans la section 4. En plus de décrire brièvement l'ensemble des documents inclus, cette synthèse s'est intéressée à identifier, lorsque les études avaient réalisé une analyse multivariée, les facteurs associés de façon statistiquement significative au comportement vaccinal, à l'intention de se faire vacciner ou de faire vacciner son enfant ou encore, pour les professionnels de la santé, à l'intention de recommander un vaccin. Des tableaux présentant les différents paramètres des études se trouvent en annexe 3.

Les facteurs inclus ont été regroupés selon des catégories élaborées à partir des principaux modèles de prédiction des comportements de santé, tels que le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie de l'action raisonnée, la théorie du comportement planifié et la théorie de l'autoefficacité[21-23]. Celles-ci renvoient à la sévérité des MEV, la susceptibilité perçue aux MEV, la perception des bénéfices associés aux vaccins et à la vaccination en général (questions sur l'efficacité ou l'utilité de la vaccination), la perception des risques (effets secondaires, douleur, craintes des injections multiples), les attitudes (par rapport à la vaccination, à la santé et à sa prévention), la recommandation d'un professionnel de la santé, la norme morale (la vaccination est de l'ordre de la responsabilité), la norme subjective (les gens de mon entourage proche voudraient que je me fasse vacciner ou que je fasse vacciner mon enfant), la norme sociale (tout le monde se fait vacciner ou fait vacciner son enfant), l'efficacité personnelle (être capable ou encore se sentir à l'aise de recourir à la vaccination), l'habitude, le regret anticipé, les connaissances (sur les vaccins ou la vaccination en général, les sources d'information et leur influence) ainsi que la norme professionnelle (soutien perçu des professionnels de la santé), cette dernière catégorie ne s'appliquant qu'aux études réalisées auprès de professionnels de la santé. L'identification de ces facteurs pourra offrir des pistes d'élaboration d'interventions appropriées pour promouvoir la vaccination. Il convient de noter que les facteurs sociodémographiques et organisationnels qui étaient associés au comportement ne sont pas présentés dans ces tableaux.

3.2 Identification d'interventions sur les connaissances, attitudes et pratiques face à la vaccination

De façon complémentaire à la revue de la littérature sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), une seconde revue a permis d'identifier un nombre d'interventions efficaces pour favoriser des attitudes positives à l'égard de la vaccination et favoriser les comportements de vaccination en **augmentant la demande de la communauté pour la vaccination ou en bonifiant l'offre de services par les vaccinoteurs**. Il convient de préciser qu'en fonction des objectifs ciblés par la présente synthèse, les interventions s'adressant spécifiquement à **l'amélioration de l'accessibilité aux services de vaccination** n'ont pas été retenues.

La stratégie de recherche dans les bases de données a été élaborée à partir de mots clés identifiés pour trois concepts. On s'intéressait à différentes **interventions de promotion de la vaccination**, particulièrement en vue de modifier les **CAP ou les couvertures vaccinales** (voir annexe 2 pour la liste des mots clés utilisés en langage naturel). En plus des mots clés identifiés en langage naturel, les termes en langage contrôlé ont également été identifiés via les thésaurus de quatre plateformes de recherche. Ces plateformes ont permis d'interroger plusieurs bases de données (voir la liste des plateformes et des bases de données à l'annexe 4).

La logique booléenne a été utilisée pour lancer la recherche documentaire sur les différentes plateformes de recherche. Afin d'optimiser les résultats, plusieurs techniques ont été employées, dont l'utilisation de la troncature (ex. « intervention* »), le masque (ex. « behavio?r ») et l'utilisation d'opérateur d'adjacence et de proximité (ex. « vaccination ADJ2 rate »). Au moment de la recherche, aucune restriction de langue n'a été appliquée. Les requêtes ont été soumises à nouveau six mois suivant la première recherche, soit en janvier 2014.

La recherche dans les bases de données s'est premièrement concentrée à l'identification de revues de la littérature ou de méta-analyses réalisées, afin de recenser des stratégies ou des types d'interventions les plus efficaces pour agir sur les couvertures vaccinales. Ces interventions devaient avoir été déployées dans des pays comparables au Canada et avoir fait l'objet d'une publication depuis l'année 2005.

Parallèlement à l'identification de revues de la littérature et de méta-analyses, une recherche d'études primaires mettant en œuvre des interventions particulières a été réalisée. L'objectif visé par cette recherche était de compléter au besoin les résultats des revues de la littérature ou des méta-analyses recensées. Suivant la méthode de recherche élaborée précédemment (en omettant les mots clés spécifiques au type d'étude), un ensemble de documents présentant des interventions jugées intéressantes a été identifié, notamment des interventions utilisant comme support les technologies de l'information et des communications (TIC). En effet, l'avènement de l'Internet et des TIC a transformé les pratiques de promotion, et ce, dans l'ensemble des domaines liés à la santé. Un certain nombre de facteurs peuvent favoriser leur utilisation, afin de diffuser des informations et des interventions, dont la portée des actions de communication, la diffusion rapide et à large échelle d'une information, la capacité de personnaliser cette information en fonction des caractéristiques de l'individu et son accessibilité en tout temps et en tous lieux à un coût relativement peu élevé[24]. Enfin, un scan environnemental visant à recenser des initiatives québécoises a été réalisé, afin de compléter la description des stratégies.

Par ailleurs, l'exercice d'évaluation des stratégies visant spécifiquement la promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les travailleurs de la santé a été réalisé dans une démarche parallèle en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Une publication intitulée Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière : des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé, a abordé les stratégies dirigées à l'intention des travailleurs de la santé, afin de hausser les couvertures vaccinales[25]. Une démarche d'identification de revues de la littérature et de méta-analyses avait eu lieu à ce moment et avait permis de conserver quatre documents spécifiques[26-29]. Les stratégies orientées vers les travailleurs de la santé en vue de hausser les couvertures vaccinales du vaccin contre la grippe saisonnière ne seront pas discutées dans le présent document. Un résumé des principaux constats est par ailleurs disponible à l'annexe 5.

Une synthèse des principaux résultats concernant les stratégies efficaces pour faire la promotion de la vaccination est présentée à la section 5. Elle s'intéresse principalement à dégager des constats pouvant guider les prochains efforts en matière de promotion de la vaccination au Québec. Une synthèse qualitative a été préférée à une approche systématique, notamment en raison du caractère fort hétérogène des documents identifiés (une grande variabilité des types d'interventions déployés, des caractéristiques générales ou spécifiques des populations visées et des vaccins (par exemple un seul, une combinaison de vaccins, ou la vaccination en général)). Un tableau synthèse présente les constats principaux des revues de la littérature et méta-analyses identifiées et des résultats plus détaillés, regroupés selon l'axe d'intervention (augmentation de la demande de la communauté,

bonification de l'offre de services par les vaccinateurs), sont présentés à l'annexe 6. Certains résultats d'études primaires sont rapportés en complément, afin d'approfondir un type d'intervention en particulier ou d'apprécier une démarche d'implantation ayant connu du succès.

3.3 Consultation d'experts

L'objectif visé était d'identifier des priorités d'action pour augmenter la demande de vaccination dans la population, bonifier l'offre de vaccination par les professionnels de la santé et favoriser leur propre vaccination. Pour ce faire, une consultation, selon la méthode Delphi, qui est une méthode reconnue pour créer un consensus parmi un groupe d'experts[30], a été réalisée. Le choix de recourir à cette technique reposait sur la capacité de consulter rapidement des acteurs clés dans toutes les régions du Québec, à peu de frais et sans les barrières logistiques inhérentes à une rencontre en personne.

La consultation a été réalisée en avril et mai 2014. Les coordonnateurs en maladies infectieuses, les responsables en immunisation et des vaccinateurs sur le terrain ont été invités à participer à la consultation. Des vaccinateurs sur le terrain ont été identifiés par l'entremise des coordonnateurs en maladies infectieuses et des responsables en immunisation des dix-huit régions sociosanitaires, qui ont été sollicités pour identifier et transmettre les noms et adresses courriels de quelques professionnels de la santé (de 3 à 10) impliqués en vaccination dans leur région. Il pouvait s'agir d'infirmières ou de médecins, travaillant en CSSS ou en cliniques médicales. Parmi les noms soumis, 46 professionnels ont été sélectionnés aléatoirement pour participer à la consultation.

Deux courts questionnaires électroniques (moins de 15 questions) ont été élaborés et envoyés via l'outil SurveyMonkey (voir l'annexe 7). Le premier questionnaire a été envoyé par courriel dans la semaine du 7 avril 2014 et une relance a été faite une semaine après le premier envoi. Pour la majorité des questions de ce premier questionnaire, les participants devaient élaborer brièvement leurs réponses en se basant sur leurs connaissances, expériences et opinions (questions ouvertes). Une première section portait sur les interventions à développer pour faire la promotion de la vaccination dans la population, alors que la seconde section portait sur la promotion de la vaccination auprès des professionnels de la santé. Les résultats de ce premier tour ont été analysés pour ensuite être utilisés, afin d'élaborer un second questionnaire avec des questions fermées. Pour répondre à la plupart des questions, les participants devaient indiquer leur opinion quant à la priorité à accorder aux items (groupes, thèmes ou interventions, pour la population et pour les professionnels de la santé) sur une échelle à 4 niveaux (pas du tout prioritaire; peu prioritaire; assez prioritaire; très prioritaire). Ce second questionnaire a été envoyé dans la semaine du 5 mai 2014, avec une relance la semaine suivant l'envoi.

Une synthèse des principaux résultats de la consultation est présentée dans la section 6.

4 Résultats des recherches documentaires : connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la vaccination

Au total, ce sont 45 documents différents (articles scientifiques, rapports, mémoires de maîtrise, présentations lors de congrès) qui ont été identifiés et retenus pour la mise à jour de la littérature sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à la vaccination. Pour 7 documents, des données ont été extraites pour plus d'une population, tandis qu'un document a été conservé à titre de complément d'un autre document. Des tableaux présentant différents paramètres des études se trouvent en annexe 3. Ces études sont présentées en fonction des populations ciblées (ex. : parents, travailleurs de la santé, etc.) et par vaccins, lorsqu'un nombre suffisant d'études ont été recensées.

4.1 La population

4.1.1 LES PARENTS ET LA VACCINATION

Vingt études ont été réalisées auprès de parents[7, 31-47]. Neuf études traitaient de la vaccination en général[7, 33-35, 37-38, 43, 46-47], tandis que huit études concernaient un vaccin en particulier, soit le vaccin contre le rotavirus[36, 41], le vaccin contre les VPH[31, 42, 45], le vaccin conjugué contre le pneumocoque[32], le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1)[39-40] et le vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B[44]. Quinze études ont été réalisées au moyen d'une méthode quantitative[31-41, 43-45, 47] et les trois études restantes au moyen d'une méthode qualitative[7, 46] ou mixte[42]. Le nombre de répondants ayant participé aux études présentant un devis qualitatif variait de 6[42] à 55[46], tandis que le nombre de participants pour les études de type quantitatif variait de 180[39] à 2 565[33].

Il ressort de ces études que les parents ont généralement des attitudes positives quant à la vaccination des enfants. Les répondants considéraient, dans la grande majorité des cas, les vaccins recommandés comme étant sécuritaires, efficaces et bénéfiques pour la santé[32, 35, 38-40, 43, 48]. Par ailleurs, certaines craintes ou opinions plus défavorables à la vaccination ont été rapportées dans les études, dont la crainte de possibles effets secondaires liés à la vaccination de l'enfant[7, 33, 38, 40, 48] ou encore la présence de barrières à la vaccination[45]. Les autres préoccupations des parents soulignées par les études concernent les risques liés à l'injection multiple[7, 33, 35, 43], le nombre élevé de vaccins actuellement administrés aux enfants[48], l'introduction de nouveaux vaccins contre des maladies considérées comme étant bénignes[7] et des doutes sur la sécurité et l'efficacité des vaccins[33, 38] ou encore sur leur nécessité[33, 38]. Par exemple, les résultats d'une enquête récente menée auprès de 1 463 parents québécois d'enfants de 5 à 17 ans indiquaient que près de la moitié considéraient que les enfants recevaient trop de vaccins (43 %) et qu'une bonne hygiène de vie pouvait éliminer le recours à la vaccination (46 %)[48]. Par ailleurs, une étude traitant de l'acceptabilité du vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B auprès de parents canadiens a illustré que ni le nombre d'injections, ni le profil d'événements indésirables du vaccin n'avaient d'influence sur l'intention parentale de faire vacciner. Seul le coût élevé du vaccin avait un impact négatif sur son acceptabilité[44].

Le niveau de connaissances des parents sur la vaccination était généralement plutôt élevé et ces derniers se considéraient suffisamment informés sur le vaccin ou sur la maladie en particulier[35-38, 41, 43, 48]. Dans les études qualitatives, l'importance de l'information sur la vaccination dans la prise de décision des parents a également été rapportée[7, 42]. Le manque d'information chez les parents pouvait même justifier la non-vaccination de son enfant[33, 38]. En ce

qui a trait aux principales sources d'information des parents en matière de vaccination, les études rapportaient les professionnels de la santé, les médias, la famille et les amis[7, 36, 39-40, 46, 48].

Le tableau 1 présente les facteurs significativement associés au statut vaccinal de l'enfant. Ces facteurs sont tirés des études ayant réalisé une analyse multivariée, soit concernant le statut vaccinal de l'enfant ou l'intention du parent de faire vacciner son enfant.

Tableau 1 Facteurs cognitifs associés en analyse multivariée au statut vaccinal de l'enfant ou à l'intention de faire vacciner son enfant – études menées auprès de parents québécois 2008-2014

Facteurs	Vaccination en général ou vaccin spécifique											H1N1
	[31]	[32]	[35]	[36]	[37]	[41]	[42]	[43]	[44]	[45]	[47]	[39]
Sévérité perçue des MEV												
Susceptibilité perçue aux MEV		.		.								
Perception des bénéfices du/des vaccins		.	.	.				.		.	.	
Perception des risques des vaccins	.				.		.	.			.	
Attitudes	.	.					.		.			.
Recommandation d'un professionnel de la santé		.		.			.					
Norme morale						.						
Norme subjective	.	.				.			.		.	
Norme sociale												
Efficacité personnelle, contrôle comportemental		.				.				.		
Habitude vaccinale									.			.
Regret anticipé							.					
Connaissances ((autorapportées ou mesurées objectivement), sources d'information et influences)	.		.	.	.		.	.		.	.	.

Chez les parents, les facteurs ayant la plus grande influence dans la prise de décision relative à la vaccination de leur(s) enfant(s) incluaient la perception des bénéfices et des risques, les attitudes, la norme et les connaissances. La perception de la sécurité du vaccin a été trouvée comme étant le facteur le plus fortement associé à l'acceptation du vaccin dans une étude[45]. Le fait de ne pas être en faveur des injections multiples[37, 43] et celui de ne pas trouver qu'il est risqué de retarder la vaccination[37] ont également été associés négativement au statut vaccinal de l'enfant tout comme le fait de ne pas se sentir suffisamment informé en matière de vaccination a aussi été associé négativement au statut vaccinal de l'enfant[35, 37, 43]. Dans une étude, le fait d'avoir déjà entendu parler du rotavirus a été associé négativement à l'intention vaccinale[36]. Pour la grippe pandémique A(H1N1), une seule étude a réalisé une analyse multivariée pour laquelle les attitudes, l'habitude vaccinale contre la grippe saisonnière et les connaissances se sont révélées être significativement associées au statut vaccinal de l'enfant[39].

En ce qui concerne l'étude pour laquelle une méthode mixte fut utilisée, 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[42]. Enfin, les études qualitatives menées auprès de parents sur la vaccination en général[7, 46] ont souligné le fait que les parents avaient des attitudes partagées en ce qui concerne la vaccination et qu'ils adoptaient des positions différentes à son égard. Ces études illustrent que les attitudes des parents à l'égard de la vaccination ne sont pas dichotomiques et qu'elles s'inscrivent plutôt sur un continuum allant d'une très grande confiance envers la vaccination au rejet ferme de tous les vaccins.

4.1.2 LES ADOLESCENTS, LES ADULTES ET LA VACCINATION

4.1.2.1 Vaccination des adolescents

Une étude a été réalisée auprès d'adolescentes québécoises ($n = 1\,318$ pour le volet quantitatif, 11 pour le volet qualitatif), afin d'évaluer leurs connaissances et attitudes au regard de la vaccination contre les VPH[42]. Cette étude a été réalisée avec une méthode mixte. Essentiellement, les données indiquent que la recommandation de vaccination venant d'un médecin ou d'une infirmière était un facteur important dans la décision de recourir à la vaccination. L'attitude favorable ou défavorable des parents à l'égard des vaccins avait une forte influence sur la décision de l'adolescente. 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 avec eux ainsi que leur influence et la confiance qui leur est accordée sont des facteurs ayant été associés par les adolescentes à leur décision.

La seconde étude réalisée auprès d'adolescents cherchait à identifier les déterminants de la vaccination contre la grippe saisonnière[49]. Cette étude quantitative a été réalisée auprès d'un échantillon de 12 170 adolescents canadiens. Les données ont été tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1. Près du tiers des répondants interrogés avaient reçu le vaccin contre la grippe saisonnière durant l'année précédant l'enquête. Chez les répondants n'ayant pas reçu le vaccin, la raison la plus souvent mentionnée était de ne pas le considérer comme étant nécessaire.

4.1.2.2 Vaccination des adultes

Grippe A(H1N1)

Cinq études ont exploré les connaissances, les attitudes et les pratiques au sujet de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1)[50-54] ($n = 194$ à $n = 5\,410$, exclusivement avec une méthodologie quantitative). Parmi les principaux motifs liés à l'intention vaccinale ou à la décision d'avoir reçu le vaccin, comptons la recommandation d'un professionnel de la santé ou d'un membre de la famille[51-52], la perception de sa vulnérabilité face à la grippe pandémique A(H1N1)[52], une habitude générale de recourir à la vaccination[52], le sentiment de responsabilité morale[52], le fait de vouloir protéger son entourage[54] et la perception que le vaccin est sécuritaire[51-52, 54].

Au nombre des facteurs négativement associés à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1), des préoccupations sur la sécurité et l'efficacité du vaccin[51, 53-54], la croyance que le vaccin peut entraîner la grippe[50, 52], l'idée de collusion avec des compagnies pharmaceutiques et une préférence pour une approche naturelle[54] ont été identifiées.

Quant à l'information distribuée au sujet de la grippe pandémique A(H1N1), jugée imprécise dans certains cas[53] ou satisfaisante dans d'autres[51], on note néanmoins l'influence jouée par les médias lors de la pandémie[51-53]. L'importance des recommandations des professionnels de la santé était aussi un facteur important dans les décisions vaccinales[54].

Autres vaccins

Parmi les autres études réalisées chez les adultes, les données les plus fréquemment collectées concernaient le vaccin contre la grippe saisonnière[48, 50, 52, 54-57], le vaccin contre les VPH[58-63], le vaccin contre le pneumocoque[48, 52-53, 56], le vaccin contre le tétanos[48] et le vaccin contre la coqueluche[64]. Deux études se sont consacrées à l'exploration des déterminants concernant les programmes d'immunisation auprès de la population adulte[53, 65], la première utilisant une méthode quantitative (n = 1 451) et la seconde une méthode qualitative (n = 22). Outre les motifs de vaccination contre certaines maladies, on y apprend que la grande majorité des Québécois obtiennent principalement de l'information sur la vaccination auprès des professionnels de santé. L'étude qualitative a identifié trois raisons principales pour lesquelles les adultes estimaient que la vaccination était nécessaire : la prévention de la grippe, la protection à la suite d'une blessure et celle en prévision d'un voyage et, qu'en dehors de ces situations, la vaccination est plutôt associée à l'enfance[65]. De façon générale, les résultats d'une enquête populationnelle québécoise récente indiquaient que plus de 90 % des personnes âgées de 50 ans ou plus considéraient les vaccins en général comme étant sécuritaires, efficaces et utiles[48]. Notons toutefois que plus de la moitié de ces participants étaient d'accord avec le fait qu'une bonne hygiène de vie pouvait éliminer la nécessité de la vaccination.

En ce qui a trait aux études sur la vaccination contre la grippe saisonnière[48, 50, 52, 54-57] (n = 194 à n = 11 938), les principaux motifs pour recourir à la vaccination incluaient la protection personnelle ou le fait de se considérer à risque[48, 52, 56], le fait de vouloir protéger les membres de sa famille ou son entourage[48, 52, 54], l'efficacité perçue du vaccin[54, 56] et l'habitude vaccinale[50]. Les motifs de non-vaccination incluaient : une faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie et de l'utilité du vaccin[48, 52, 54-57]; le manque de temps, d'intérêt ou d'information[48, 52, 55-57], des doutes sur l'efficacité du vaccin[48, 52, 56]; la peur des effets secondaires ou le fait d'avoir fait une mauvaise réaction[48, 56-57]; le fait d'être contre les médicaments ou de privilégier une approche naturelle[48, 54]; ou la perception d'avoir une contre-indication à la vaccination[56] ou le fait d'avoir été vacciné contre la grippe pandémique A(H1N1) et de considérer qu'un vaccin est suffisant[52].

Cinq études portant sur les VPH ont été réalisées auprès d'échantillons de femmes[58-62] (n = 175 à n = 1 347) et une auprès d'un échantillon masculin[63] (n = 123). Une seule étude incluait un devis mixte[59], tandis que les autres ont privilégié une méthode de collecte de données quantitative. En général, ces études soulignaient que, malgré le fait qu'une majorité pouvait avoir été sensibilisée à l'infection et à ses conséquences, les connaissances propres à leur sujet étaient plus faibles. La principale source d'information était le médecin.

Pour les études s'étant intéressées au pneumocoque[48, 52-53, 56], les principales raisons de vaccination étaient la volonté de se protéger, le fait de se considérer à risque et le fait d'avoir reçu une recommandation à la vaccination[48, 53]. Les principales raisons de non-vaccination incluaient le manque d'intérêt, de temps et/ou d'information[48, 52, 56], la faible perception de sa vulnérabilité[52, 56], de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin[48] ainsi que le fait de ne pas avoir reçu de recommandation à la vaccination[48, 52, 56] ou une attitude négative à la vaccination[56]. Quant à l'étude menée auprès de mères sur la vaccination contre la coqueluche, bien que leurs connaissances face à la maladie et à la vaccination dcaT s'élevaient à un score moyen

de ≥ 3 sur 5, seulement 11,9 % d'entre elles étaient au fait de la recommandation de vaccination[64]. Après des répondantes éligibles à la vaccination qui ont mentionné ne pas vouloir recevoir le vaccin, les principales raisons de leur refus étaient liées au besoin d'information supplémentaire et la peur d'effets secondaires[64].

Le tableau 2 présente les facteurs liés aux connaissances, attitudes et pratiques de populations adultes et adolescentes ayant été trouvés significatifs pour le statut vaccinal ou l'intention de recevoir ou non un vaccin en analyse multivariée pour les sept études où ce type d'analyse a été réalisé.

Tableau 2 Facteurs associés en analyse multivariée au statut vaccinal ou à l'intention de se faire vacciner auprès de la population adulte/adolescente – études menées 2008-2014

Facteurs	Vaccination en général ou vaccin spécifique					H1N1	
	[42]	[50]	[58]	[61]	[63]	[51]	[52]
Sévérité perçue des MEV				•			•
Susceptibilité perçue aux MEV				•			•
Perception des bénéfices du/des vaccins	•		•			•	•
Perception des risques des vaccins	•			•		•	•
Attitudes		•		•			
Recommandations d'un professionnel de la santé				•		•	•
Norme morale							•
Norme subjective	•	•		•			
Norme sociale							
Efficacité personnelle, contrôle comportemental		•	•				
Habitude vaccinale	•	•					•
Regret anticipé							
Connaissances ((autorapportées ou mesurées objectivement), sources d'information et influences)	•	•			•	•	•

Les principaux facteurs associés à la vaccination dans ces études concernaient la perception des bénéfices du ou des vaccins en question, la perception des risques, les connaissances et la recommandation d'un professionnel de la santé. Il est à noter que, dans certains cas, la faible perception de barrières ou de risques à la vaccination était positivement associée à la vaccination[61], tandis qu'à d'autres moments, le fait de percevoir des risques à la vaccination pouvait être négativement associé à la vaccination[42, 51-52]. Le fait d'avoir été découragé à recevoir le vaccin par l'un des deux parents ou d'une personne de l'entourage a été associé à la non-vaccination dans l'étude menée auprès des adolescentes, tandis que l'accord d'au moins un des deux parents était associé à leur vaccination[42]. Dans une autre étude portant sur le vaccin contre la grippe A(H1N1), la consultation du site Pandémie-Québec était associée positivement à la vaccination, tandis que la consultation de sites Internet généraux était associée à un plus faible taux de vaccination contre[51]. Dans une autre étude, seules les connaissances perçues étaient associées significativement à l'intention de recevoir le vaccin[63].

Outre l'étude présentant un devis mixte[42], seules deux études ont utilisé une méthode incluant la recherche qualitative[59, 65]. La première étude[65], menée auprès de vingt-deux adultes, a démontré que ceux-ci avaient des opinions et attitudes favorables à l'égard de la vaccination en

général et que la majorité se trouvait suffisamment informée. Au nombre des sources d'information, les professionnels de la santé constituaient la source la plus utilisée et crédible. La seconde étude, menée auprès de femmes avec un devis mixte[59] (n = 175), concernait la vaccination contre les VPH. Les répondantes avaient un faible niveau de connaissances du vaccin (27 %). Les bénéfices et la sécurité du vaccin contre les VPH étaient reconnus par une majorité de celles ayant entendu parler du vaccin. L'influence des recommandations du professionnel de la santé dans la prise de décision relative au vaccin était aussi mentionnée par plusieurs participantes.

4.2 Les travailleurs et les professionnels de la santé québécois

4.2.1 LEUR PROPRE VACCINATION

Cinq études ont exploré les connaissances, les attitudes et les pratiques des travailleurs et des professionnels de la santé[48, 52, 66-68] au sujet de leur propre vaccination. Ces études ont toutes été réalisées avec une méthodologie quantitative (n = 424 à n = 5 410) et se sont concentrées sur la grippe saisonnière et/ou la grippe pandémique A(H1N1).

En ce qui a trait à la grippe saisonnière, les principales raisons de recourir à la vaccination chez les travailleurs et les professionnels de la santé incluaient le fait de se considérer à risque[48], pour des raisons de protection personnelle ou de protection des membres de la famille, d'une personne à risque ou de la clientèle[48, 68]. Une troisième étude s'est intéressée aux déterminants de la vaccination contre la grippe saisonnière[67]. Ceux-ci incluaient l'intention, le regret anticipé, la norme professionnelle ainsi que l'habitude vaccinale. Quant aux motifs liés à la non-vaccination ou à l'intention de ne pas recevoir le vaccin, ceux-ci comprenaient la faible perception de sa vulnérabilité[52] combinée à une faible perception de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin[48], le manque d'intérêt, de temps ou d'information[48, 52], la peur des effets secondaires[48], le fait de se positionner contre les médicaments et les vaccins[48] et le fait d'entretenir des doutes quant à l'efficacité du vaccin[52]. Dans une étude portant sur la vaccination contre la grippe saisonnière à la suite de la pandémie[52], le fait d'avoir été vacciné contre la grippe pandémique A(H1N1) ou de considérer qu'un vaccin était suffisant avait été associé à la non-intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière.

Concernant la grippe pandémique A(H1N1), les principaux incitatifs à l'action incluaient la recommandation reçue en faveur de la vaccination par un professionnel de la santé ou par un membre de la famille[52]. Comparativement aux données portant sur la population en général, une plus grande proportion de professionnels de la santé percevaient le vaccin comme étant sécuritaire. La responsabilité morale des travailleurs de la santé de recevoir le vaccin contre la grippe A(H1N1) était aussi associée à la vaccination[52, 66]. Les autres raisons incluaient la protection personnelle, la protection de la famille ou la protection de la clientèle[68] et l'habitude vaccinale contre la grippe saisonnière[66, 68]. Une plus grande perception de la sévérité de la maladie semblait également avoir une influence sur le recours à la vaccination[66]. Pour ce qui est des raisons en défaveur de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1), notons la crainte des effets secondaires[68], la croyance que le vaccin peut causer la grippe[66], les doutes relatifs à l'efficacité ou le manque de confiance envers le vaccin[66, 68] ainsi que la perception que la grippe A(H1N1) est une infection peu sévère[68]. Le fait de se percevoir en bonne santé[68] a également été mentionné comme raison de refus du vaccin.

Le tableau 3 présente les facteurs ayant été associés au statut vaccinal ou à l'intention de recourir à la vaccination par les travailleurs de la santé. Trois de ces études portaient spécifiquement sur la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1)[52, 66, 68].

Tableau 3 Facteurs associés en analyse multivariée au statut vaccinal ou à l'intention de se faire vacciner auprès de la population des travailleurs et des professionnels de la santé - études menées 2008-2014

Facteurs	H1N1			
	[67]	[52]	[66]	[68]
Sévérité perçue des MEV			•	
Susceptibilité perçue aux MEV		•		
Perception des bénéfices du/des vaccins				
Perception des risques des vaccins		•	•	
Attitudes				
Recommandations d'un professionnel de la santé				
Norme morale		•	•	
Norme subjective				
Norme sociale				
Efficacité personnelle, contrôle comportemental				
Habitude vaccinale	•	•	•	•
Regret anticipé	•			
Norme professionnelle	•			
Connaissances ((autorapportées ou mesurées objectivement), sources d'information et influences)				

L'habitude de se faire vacciner contre la grippe saisonnière a été associée positivement à la vaccination contre la grippe pandémique dans l'ensemble des études. La perception des risques et la norme morale, soit la perception que les travailleurs de la santé avaient une responsabilité morale de se faire vacciner, sont aussi des déterminants de la vaccination contre la grippe A(H1N1). Enfin, bien que non présentée dans le tableau, l'intention de se faire vacciner contre la grippe A(H1N1) a été associée au statut vaccinal dans une étude[67], tandis que l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière était associée à l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) dans une autre étude[68].

4.2.2 PERCEPTIONS SUR LA VACCINATION ET RECOMMANDATION AUX PATIENTS

Dix études ont recueilli de l'information en ce qui a trait à l'intention du professionnel de la santé de recommander ou d'administrer certains vaccins[7, 48, 69-76]. Deux de ces études ont utilisé une méthode qualitative; l'une a été réalisée auprès de vaccinataires[7] et l'autre auprès de sages-femmes[76] (n = 12 et 25). Les autres études quantitatives incluaient entre 299 et 1 283 participants.

De façon générale, les résultats d'une enquête récente indiquaient que plus de 90 % des travailleurs de la santé étaient en accord avec l'efficacité, la sécurité et l'utilité des vaccins recommandés au Québec[48]. Comparativement aux autres travailleurs de la santé, les médecins et infirmières étaient significativement plus nombreux à être « tout à fait en accord » avec ces énoncés. Notons toutefois que plus du tiers des travailleurs de la santé interrogés, incluant 30 % des médecins et infirmières, étaient d'accord avec le fait que les enfants recevaient trop de vaccins. Près du quart des médecins et des infirmières considéraient également qu'une bonne hygiène de vie pouvait éliminer la nécessité de la vaccination[48].

Globalement, les professionnels de la santé estimaient leur niveau de connaissances sur la vaccination ou sur un vaccin spécifique comme étant satisfaisant[48, 69-71, 73, 75]. La plupart des études recensées mettaient en exergue le fait qu'une grande majorité des professionnels de la santé

considéraient les vaccins comme étant sécuritaires, efficaces et bénéfiques pour la santé[48, 70-74]. Toutefois, la perception de l'utilité d'un vaccin et l'intention de le recommander variaient selon les vaccins[72-73]. De façon générale, les vaccins combinés étaient perçus de façon plus favorable par les professionnels de la santé. Par ailleurs, dans les études recensées, les médecins, et particulièrement les pédiatres, étaient généralement les professionnels de la santé ayant les attitudes les plus favorables à l'égard de la vaccination comparativement aux infirmières et aux autres professionnels ou travailleurs de la santé[73, 75]. Enfin, les études recensées indiquaient que les recommandations des groupes d'experts et des associations professionnelles exerçaient une influence sur les décisions des professionnels de recommander un vaccin[70-71, 74].

Des perceptions tant positives que négatives face à la vaccination ont également été identifiées dans les deux études qualitatives[7, 76]. En général, les bienfaits de la vaccination étaient reconnus, mais des difficultés de promotion de l'acte vaccinal et des pratiques qui s'éloignaient des recommandations semblaient subsister. Ainsi, les sages-femmes[76], suivant une approche de choix éclairé, auraient davantage tendance à remettre la décision aux parents après leur avoir présenté le pour et le contre de la vaccination sur un même pied d'égalité, contrairement aux médecins et infirmières qui doivent « recommander » la vaccination selon la position de leur ordre professionnel[77-78].

Le tableau 4 présente les facteurs ayant été associés, en analyse multivariée, à l'intention des travailleurs de la santé de recommander la vaccination.

Tableau 4 Facteurs associés en analyse multivariée à l'intention de recommander la vaccination par les professionnels de la santé - études menées 2008-2014

Facteurs	Vaccination en général ou vaccin spécifique					H1N1
	[69]	[70]	[71]	[72]	[73]	[74]
Sévérité perçue des MEV		•	•			•
Susceptibilité perçue aux MEV						
Perception des bénéfices du/des vaccins	•	•	•	•	•	•
Perception des risques des vaccins						
Attitudes						
Recommandation d'un professionnel de la santé						
Norme morale						
Norme subjective						
Norme sociale	•			•	•	
Efficacité personnelle, contrôle comportemental						
Habitude vaccinale						
Regret anticipé						
Norme professionnelle	•	•	•	•	•	•
Connaissances ((autorapportées ou mesurées objectivement), sources d'information et influences)	•	•	•		•	•

La perception des bénéfices de la vaccination et de l'efficacité et la sécurité des vaccins ont été significativement associées à l'intention de recommander la vaccination dans l'ensemble des études, incluant celle sur le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1)[69-74]. La perception de l'acceptabilité d'un vaccin par les autres vaccinataires a également été associée à l'intention de le recommander dans l'ensemble des études[69, 71-74]. Le fait d'estimer ses connaissances sur la vaccination ou sur un vaccin spécifique comme étant suffisantes était également être un facteur d'influence dans la recommandation des professionnels de la santé[69-71, 73-74]. De façon un peu

plus marginale, les perceptions concernant la sévérité d'une MEV ou son fardeau économique ont été associées dans trois études[70-71, 74]. La perception de l'acceptabilité d'un vaccin par la population a aussi été associée à l'intention de recommander un vaccin par un professionnel de la santé[69, 72-73]. De plus, bien que non présenté dans le tableau, dans le cas de la grippe pandémique A(H1N1), l'intention de recommander le vaccin était associée à l'intention du professionnel de recevoir lui-même le vaccin[74].

5 Résultats des recherches documentaires : Interventions démontrées efficaces pour agir sur les connaissances, attitudes et pratiques en lien avec la vaccination

Bien que près de cinq ans se soient écoulés depuis la publication du Plan québécois de promotion de la vaccination, les constats des revues systématiques et des méta-analyses en ce qui a trait aux interventions efficaces pour augmenter les couvertures vaccinales demeurent inchangés[1].

Concernant l'axe lié à **l'augmentation de la demande de la communauté pour la vaccination**, rappelons que les seules stratégies démontrées efficaces lorsqu'utilisées seules pour augmenter les couvertures vaccinales sont le rappel et la relance pour la personne à vacciner, l'utilisation d'incitatifs et la vaccination obligatoire[79]. Concernant l'axe lié à **bonification de l'offre de services par les vaccinateurs**, les seules stratégies démontrées efficaces lorsqu'utilisées seules sont le rappel et la relance pour le vaccinateur et le retour d'information aux vaccinateurs sur les couvertures vaccinales et les populations vaccinées (rétroaction)[79]. Les interventions d'information et d'éducation seraient efficaces lorsqu'elles sont implantées dans le cadre d'interventions à composantes multiples, et ce, tant pour augmenter la demande de la communauté que pour bonifier l'offre de services par les vaccinateurs[79].

La recherche dans les bases de données a permis d'identifier dix revues de la littérature ou méta-analyses portant sur des stratégies pour augmenter les couvertures vaccinales publiées depuis l'année 2005. Les études qui y sont recensées s'intéressent à des interventions uniques ou à composantes multiples, à des vaccins spécifiques ou à la vaccination en général, à des populations et des milieux divers. Les principaux constats dégagés de celles-ci sont rapportés ci-dessous selon l'axe d'intervention visé et un tableau détaillé des études se retrouve à l'annexe 6. Tel que mentionné dans les méthodes, un certain nombre d'études présentant des interventions supportées par les TIC a également été identifié. Un volet consacré à ces interventions complète cette section du document.

5.1 Interventions visant l'augmentation de la demande de la communauté pour la vaccination

5.1.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'analyse des données de la revue de la littérature indique que le recours aux interventions, seules et combinées, déployées via les médias de masse pourrait avoir un impact positif sur les couvertures vaccinales[26, 80]. Dans la revue de Cairns et collaborateurs, les stratégies personnalisées ou celles comportant une composante personnalisée présentaient des impacts positifs sur les couvertures vaccinales; toutefois, les données étaient insuffisantes pour conclure de manière significative sur l'efficacité des stratégies personnalisées[26]. Quant aux communications de type « face à face », les revues de la littérature s'y étant intéressées ont formulé des conclusions nuancées[26, 81]. Kaufman et collaborateurs rapportent des effets assez limités et ces derniers concluent que la communication sur la vaccination en « face à face » serait faisable et appropriée, notamment dans le contexte d'une rencontre de soins de santé[81]. Les interventions de type « face à face » pourraient également être déployées auprès d'un auditoire ayant des comportements résistants à la vaccination[26]. En opposition aux interventions de type « face à face », les données probantes sur les interventions ciblant la communauté étaient de faible qualité et ne permettaient pas de statuer sur l'efficacité de ce type d'intervention pour agir sur les connaissances, attitudes et pratiques[82].

Par ailleurs, le rappel, soit le fait de rappeler à un individu dans les jours ou les semaines qui précèdent la date de vaccination prévue de faire vacciner son enfant ou de se faire vacciner par différents moyens (lettre, carte postale, appel téléphonique, etc.), a déjà été démontré efficace pour différents vaccins et dans différents contextes[83]. Les revues de la littérature recensées ici suggèrent que les interventions de rappel seraient efficaces pour hausser les couvertures vaccinales chez les enfants[84-86], mais peut-être moins efficaces dans le cas de la vaccination des adolescents[84]. Chez les adultes, les données probantes sont de faible qualité dans le cas des rappels en contexte de vaccination contre la grippe saisonnière[87], alors que leur efficacité a été démontrée pour la vaccination contre le pneumocoque, le tétanos et l'hépatite B[84]. Quant aux différents moyens utilisés pour faire le rappel, tous seraient susceptibles de présenter un effet positif sur les couvertures vaccinales[84-85]. Le téléphone serait le moyen le plus efficace, mais également le plus coûteux[84].

Interventions de rappel – un exemple de la littérature

Dans le contexte où le rappel et la relance ne sont pas des pratiques largement utilisées aux États-Unis, Kempe et collaborateurs ont cherché à mesurer l'efficacité et le coût-efficacité d'un rappel populationnel centralisé (utilisant leur registre de vaccination – le *Colorado Immunization Information System - CIIS*) comparativement à un rappel organisé par les milieux cliniques (les milieux étaient invités à participer à un webinaire sur le CIIS et se voyaient offrir un soutien financier pour réaliser les envois)[88]. Six mois après l'implantation, la proportion d'enfants ayant un statut vaccinal complet et sans retard a été mesurée. Les auteurs ont conclu que le rappel était plus efficace et coût-efficace pour augmenter les couvertures vaccinales chez les enfants de 19-35 mois lorsqu'il était réalisé dans une approche populationnelle plutôt qu'à partir des milieux cliniques.

Parmi les autres types d'information fréquemment utilisés, les interventions d'éducation aux parents n'ont pas démontré d'effets significatifs sur les couvertures vaccinales[85-86], tout comme l'utilisation de carnets ou dossiers de vaccination conservés par les patients[85]. Enfin, lorsqu'il est question d'augmenter la demande de la communauté, les campagnes de masse font souvent partie des stratégies employées. Une revue de la littérature a conclu que les campagnes de masse pouvaient produire des changements positifs sur la santé des individus[89]. Des études ont également indiqué que les campagnes sociétales pourraient avoir des effets positifs sur les couvertures vaccinales[90-93]. Toutefois, d'autres études n'ont pas permis d'obtenir de résultats concluants[94].

Campagnes de promotion utilisant les médias de masse : constats tirés de la littérature

Les médias de masse sont souvent une stratégie utilisée dans les campagnes à composantes multiples. Par ailleurs, les effets observés ne peuvent être spécifiquement attribués aux médias, car il est difficile d'isoler les effets de ces campagnes. En ce sens, les campagnes dans les médias de masse devraient être considérées à titre de composante s'inscrivant dans une approche globale pour améliorer le comportement sur lequel on cherche à agir. Afin de maximiser les retombées positives de ce type d'intervention, plusieurs conditions doivent être remplies. D'abord, les campagnes dans les médias de masse nécessitent que les services nécessaires à l'adoption du comportement soient disponibles et accessibles. Des ressources financières suffisantes doivent être également disponibles, afin d'exposer les individus aux messages de façon continue[89]. Outre les canaux de communication à utiliser, le développement des campagnes devrait également se baser sur la recherche auprès de l'auditoire cible[89]. Par exemple, le contenu des messages doit être développé rigoureusement, s'appuyer sur un cadre théorique et être adapté aux groupes ciblés. Par exemple, une revue de la littérature cherchant à rendre compte de l'effet de persuasion de messages pour encourager la vaccination (formulés en termes de gain ou de perte) a souligné que le type de formulation n'aurait pas d'impact sur le niveau de persuasion[95]. Par ailleurs, des évaluations ont illustré que le fait de cibler et de personnaliser le message permet une meilleure appropriation de son contenu[96]. Dans tous les cas, le contenu des campagnes devrait aussi être soumis à un pré-test auprès des groupes cibles[97]. Enfin, une évaluation des résultats doit être planifiée dès la conception de la campagne.

5.1.2 SCAN ENVIRONNEMENTAL

Le scan environnemental nous a permis d'identifier certaines interventions prometteuses ayant été implantées et évaluées au Québec. L'étude PROMOVAC, réalisée en 2010-2011 en Estrie avait comme objectif de mesurer l'impact d'un programme de promotion de la vaccination en maternité selon les techniques de l'entrevue motivationnelle[47]. Une information standardisée portant sur les maladies prévenues par les vaccins administrés à 2, 4 et 6 mois a été conçue. L'intervention était conçue de façon à déterminer où se situaient les parents quant à la décision de vacciner leur enfant, afin d'adapter le contenu de l'intervention. Les résultats ont indiqué une augmentation statistiquement significative de 15 % dans les intentions vaccinales des parents ayant reçu l'intervention et des couvertures vaccinales des enfants à 3, 5 et 7 mois statistiquement plus élevées d'environ 7 %, démontrant ainsi l'efficacité d'une intervention éducative en contexte de maternité[47]. La promotion de la vaccination en maternité a également été évaluée dans une autre étude québécoise[64]. Dans ce cas, on a testé différentes approches en vue de hausser la couverture vaccinale des parents pour le vaccin contre la coqueluche, soit avec une offre de vaccination en communauté ou une offre de vaccination en maternité. À la phase I de l'étude, après avoir répondu à un questionnaire sur les CAP face à la coqueluche, on présentait de l'information sur la vaccination des parents (cocooning) et la vaccination contre la coqueluche et les parents étaient invités à recevoir le vaccin en communauté. La phase II était à visée informative seulement (sans questionnaire) et la vaccination était offerte en maternité. Les résultats de cette étude indiquent que l'offre vaccinale aux parents en contexte de maternité était une approche efficace pour promouvoir le cocooning et augmenter la couverture vaccinale, car plus de parents avaient reçu le vaccin à la phase II que lors de la phase I[64].

Une autre intervention évaluée est celle portant sur la trousse de promotion de la vaccination[98]. Cette trousse a été conçue, afin de sensibiliser les vaccinateurs et les parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans à l'importance de la vaccination et pour soutenir les parents dans leur prise de décision. Diffusée depuis 2001, l'évaluation réalisée en 2003 concluait que les infirmières vaccinatrices connaissaient, appréciaient et utilisaient le matériel, mais que la pénétration de la trousse semblait

plus modeste chez les médecins vaccinateurs. Bien que la trousse ait été diffusée à travers le réseau, les efforts de distribution n'avaient pas permis de rejoindre beaucoup de parents[98]. À ce jour, le MSSS poursuit la diffusion de la trousse et en fait des mises à jour, mais aucune autre évaluation n'a été réalisée depuis.

Quant à l'utilisation de campagnes de masse, une campagne de promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière est réalisée annuellement au Québec. Selon une enquête, la campagne publicitaire pour la promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière en 2012 semble avoir eu peu d'influence sur la décision de vaccination[48]. En effet, seule la moitié des personnes âgées de 50 ans ou plus se souvenaient avoir entendu ou vu le slogan de la campagne et pour 79 % d'entre elles, ce message n'avait eu aucune influence sur leur décision de vaccination. De plus, les couvertures vaccinales n'étaient pas différentes entre les individus qui se souvenaient du slogan ou non[48]. D'ailleurs, une analyse réalisée évoquait le besoin de reconsidérer les approches et stratégies pour en évaluer la pertinence et apporter des améliorations ainsi que l'utilisation des données disponibles dans la création et la diffusion des messages[99].

Dans un autre contexte, en ce qui concerne les outils développés, afin de promouvoir la vaccination contre les VPH, les données d'un sondage réalisé auprès d'infirmières face au programme de vaccination contre les VPH en milieu scolaire[100] indiquent que ceux-ci ont été utilisés, soit « toujours » ou « souvent », par environ 85 % d'entre elles. En ce qui a trait à la satisfaction envers ces outils, le document question/réponse produit par le MSSS, le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), et les outils développés pour la clientèle obtenaient un niveau de satisfaction élevé (« tout à fait satisfait » et « satisfait » respectivement 87,1 %, 98,5 % et 87,4 %)[100]. Quant à la campagne de promotion de la vaccination contre les VPH, elle a été jugée « très utile » ou « utile » par le quart des répondantes et plus de 20 % considéraient même cette campagne comme « très inutile »[100]. Près de la moitié des répondantes ne croyaient pas que cette campagne les avait soutenues dans leur travail et, selon les répondantes, cette campagne aurait davantage été perçue négativement que positivement par la clientèle[100].

En somme, parmi les stratégies efficaces pour augmenter la demande de la communauté pour la vaccination, notons sans surprise le rappel, particulièrement dans le contexte de la vaccination infantile. Il s'agit également de l'intervention la plus commune et la plus fréquemment évaluée. Rappelons toutefois que l'implantation de telles mesures peut se heurter à certaines difficultés. Dans une revue de la littérature, dix études ont identifié des barrières à l'implantation d'interventions de rappel, dont les ressources humaines et financières nécessaires, la faible confiance dans l'exactitude des dossiers vaccinaux des patients (sur lesquels baser les rappels et la relance), le changement des méthodes de travail et le manque de fonctionnalités électroniques pour suivre les patients[101]. Au Québec, l'évaluation de la phase I du Plan d'action québécois pour la promotion de la vaccination a aussi illustré que le rappel aux parents de la vaccination prévue à 2 mois est une stratégie déjà bien implantée[3]. Les données de la dernière enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec indiquaient également que, bien que non significatives ($p = 0,06$), les proportions d'enfants qui avaient reçu leur premier vaccin avant l'âge de 2 mois et 2 semaines étaient plus élevées quand ceux-ci faisaient l'objet d'un rappel. La couverture vaccinale à 15 mois des enfants qui ont fait l'objet d'un rappel était de 11 points supérieurs à celle des enfants qui n'en n'avaient pas fait l'objet (90 % contre 79 %; $p < 0,0001$)[102].

Parmi les autres stratégies qui ont eu des impacts positifs dans certaines études et plus mitigés dans d'autres, notons l'utilisation de stratégies personnalisées (*tailored*), l'usage des médias de masse et les campagnes sociétales de promotion de la vaccination ainsi que les interventions visant la communauté (*community-based*). Enfin, il convient de préciser que la majorité des revues de la

littérature et des méta-analyses utilisent des systèmes rigoureux de gradation des données probantes qui, en présence d'un faible nombre d'études, rendent impossible de statuer sur l'efficacité de l'intervention. Il apparaît donc essentiel d'utiliser des devis d'évaluation rigoureux lorsque des interventions de promotion de la vaccination sont implantées. Par exemple, les résultats de l'évaluation de l'intervention en maternité PROMOVAC présentés dans cette section indiquent qu'une intervention d'éducation et d'information utilisée seule serait efficace pour augmenter les couvertures vaccinales[47]. Un essai clinique randomisé est actuellement en cours, ce qui permettra de statuer de façon plus définitive sur les impacts potentiels de cette stratégie et éventuellement de recommander son utilisation à l'échelle de la province.

5.2 Interventions visant la bonification de l'offre de services par les vaccinateurs

5.2.1 REVUE DE LA LITTÉRATURE

À l'exception des interventions de formation et d'éducation des professionnels de la santé utilisées seules qui ont eu des retombées positives dans certaines études[26], les interventions efficaces demeurent inchangées et les principales interventions évaluées demeurent le rappel aux vaccinateurs, la rétroaction et les interventions à composantes multiples incluant l'éducation[86]. Ces interventions permettraient d'hausser les couvertures vaccinales d'enfants en âge préscolaire[85] et d'adultes vivant en communauté[103], tandis que les données probantes sont de faible qualité concernant leur utilisation dans le cadre de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les adultes[87].

5.2.2 SCAN ENVIRONNEMENTAL

Une seule évaluation québécoise a été identifiée pour la bonification de l'offre de services par les vaccinateurs. Le projet de recherche VIP, déployé entre 2004 et 2007, visait à décrire, renforcer et évaluer les pratiques vaccinales des infirmières auprès des enfants de 0 à 5 ans. Le projet avait identifié 35 pratiques vaccinales souhaitables comprenant des activités techniques, relationnelles, organisationnelles ainsi que de maintien de compétences[104]. L'évaluation a illustré que certaines pratiques étaient fréquemment utilisées, tandis que d'autres l'étaient moins. De plus, les connaissances scientifiques et les croyances variaient entre les infirmières. L'un des constats majeurs était à l'effet que les infirmières qui se sentaient plus compétentes et plus à l'aise dans les situations complexes étaient celles qui s'engageaient davantage dans la promotion de la vaccination auprès des parents, des collègues et des gestionnaires. La deuxième phase du projet consistait en l'élaboration d'une formation interactive de deux jours, afin de favoriser l'adoption d'une pratique vaccinale plus proactive. En plus d'avoir été qualifiée de satisfaisante par les participantes, les infirmières ayant suivi la formation ont obtenu des scores plus élevés de pratiques proactives et une meilleure argumentation en réaction à une situation clinique simulée. L'approche développée dans le cadre du projet VIP pourrait être utilisée pour bonifier les formations continues et pourrait alors faire l'objet d'une évaluation à plus grande échelle.

En somme, le rappel et la relance aux vaccinateurs, en plus d'être les interventions les plus efficaces, demeurent les plus utilisées et évaluées. Les données probantes demeurent limitées sur l'efficacité des interventions de formation et d'éducation utilisées seules, mais celles-ci seraient efficaces dans le cadre de stratégies à composantes multiples.

5.3 Interventions de promotion de la santé supportées par les TIC

Les effets de l'usage d'Internet à des fins de promotion de la santé demeurent, quant à eux, variables. Par exemple, une méta-analyse ayant porté sur 82 interventions en ligne concluait que ces interventions peuvent modifier certains comportements (alimentation, tabagisme, drogues, alcool, vie sexuelle), mais pas tous (activité physique, perte de poids, gestion du diabète)[105]. Une méta-analyse de 22 articles comparant des interventions supportées ou non par Internet rapportait des effets supérieurs sur les connaissances et les comportements pour les interventions sur Internet[106]. Deux méta-analyses[107-108] ont tenté d'identifier les caractéristiques qui influenceraient le succès des interventions de promotion en ligne. Les auteurs de la première étude suggéraient que, pour être plus efficaces, les interventions devraient notamment informer les individus des conséquences de leur comportement, les aider à identifier les objectifs à atteindre, leur enseigner les « habiletés nécessaires » pour ce faire, leur indiquer la norme attendue, leur offrir des mécanismes de rétroaction et exiger une implication de courte durée[107]. Les auteurs de la seconde étude indiquaient que les interventions ayant un effet positif sur les comportements en matière de santé utilisaient un cadre théorique, des techniques de changement de comportement et des modalités additionnelles de diffusion des messages, telles que l'utilisation de la messagerie texte ou un accès à un conseiller. Enfin, une méta-analyse de 10 interventions utilisant Internet pour favoriser un changement dans les habitudes de vie chez les personnes âgées de 50 ans et plus concluait que les interventions à composantes multiples étaient plus efficaces que les interventions simples, que les médias sociaux avaient le potentiel d'accroître le soutien social (mais que la moitié des interventions utilisant les forums de discussion avaient un faible niveau d'activités et peu de mises à jour de leur contenu), que l'établissement d'objectifs et le recours à l'*automonitoring* entraînaient des effets positifs et que l'envoi de courriels favorisait l'engagement dans l'intervention[109]. Une plus récente méta-analyse, s'intéressant à la comparaison d'interventions personnalisées ou non supportées par Internet, a identifié 40 études. Les résultats indiquaient que les interventions personnalisées résultaient en une amélioration significative des comportements visés comparativement aux conditions contrôles[110]. Enfin, aucune des méta-analyses présentées n'incluait des études traitant de la vaccination. Nous avons toutefois recensé plusieurs études individuelles portant sur l'utilisation des TIC pour le rappel et la relance ainsi que dans le cadre de stratégies d'information et d'éducation en lien avec la vaccination. Ces études sont présentées dans les deux prochaines sous-sections. Bien que n'ayant pas fait l'objet d'évaluation publiée, une liste des principales initiatives nord-américaines supportées par les TIC pour faire la promotion de la vaccination est présentée à l'annexe 8.

5.3.1 ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DE RAPPEL ET DE RELANCE SUPPORTÉES PAR LES TIC

Les études ayant mesuré les préférences des parents concernant l'utilisation de différents modes de communication pour les rappels des vaccins indiquaient que, bien que les modes de communication traditionnels (téléphone, courrier) demeurent fort appréciés par les parents, plusieurs sont ouverts à recevoir des messages textes ou des courriels en lien avec la vaccination de leur(s) enfant(s)[111-117]. La faisabilité de l'utilisation d'une application de rappel pour téléphone intelligent en contexte de vaccination dans des milieux de soins pédiatriques a été évaluée dans deux études. Par contre, les données de ces études pilotes étaient insuffisantes pour conclure quant à l'impact de ces applications sur les couvertures vaccinales[114-115]. Une autre étude visait l'implantation et l'évaluation des rappels par messagerie texte pour la seconde et la troisième dose du vaccin VPH[113]. Les adolescentes dont les parents avaient accepté de recevoir un rappel sous la forme de messagerie texte étaient plus susceptibles que les adolescentes du groupe contrôle d'avoir reçu la dose suivante du vaccin à l'intérieur de l'intervalle de temps recommandé[113]. La différence entre le groupe soumis à l'intervention et le groupe contrôle était similaire, voire supérieure à celles rapportées par d'autres études ayant utilisé des supports d'intervention traditionnels[113]. Deux

autres études présentées dans un même article ont été réalisées, afin de déterminer l'impact du rappel aux parents au moyen de la messagerie texte[111]. Les résultats indiquent que les adolescents des parents du groupe d'intervention étaient plus nombreux à avoir reçu un vaccin comparativement à ceux du groupe contrôle. De plus, les parents ayant reçu un rappel par messagerie texte conjointement avec un rappel postal ont été plus nombreux à se présenter à une séance de vaccination de rappel pour leur enfant comparativement aux parents n'ayant reçu que le rappel postal[111]. L'efficacité du rappel par messagerie texte demeurait significative même une fois les variables sociodémographiques contrôlées[111]. Une dernière étude a cherché à évaluer des rappels sous la forme d'un message texte pour promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière chez les enfants et adolescents[112]. Bien que les taux de couverture soient demeurés faibles, une plus grande proportion d'enfants et d'adolescents soumis au groupe d'intervention avaient reçu le vaccin[112].

Certaines barrières à l'utilisation des TIC par les vaccinateurs pour le rappel ont également été identifiées[117-118]. Les principales préoccupations en lien avec l'usage d'Internet mentionnées par les vaccinateurs concernaient les coûts initiaux et continus, les préférences des parents, le respect de la vie privée du patient, les questions légales liées au consentement et à la responsabilité possible des vaccinateurs face à des courriels non répondus[118]. L'exactitude des numéros de téléphone, la disponibilité des rendez-vous et un volume d'appels accru figuraient au nombre de préoccupations relatives à l'usage spécifique de la messagerie texte[117].

5.3.2 ÉVALUATION DES INTERVENTIONS D'ÉDUCATION ET D'INFORMATION SUPPORTÉES PAR LES TIC

Des études pilotes ont été menées, afin de déterminer l'efficacité d'un outil informatisé d'aide à la décision[119-122]. En utilisant des mesures avant et après, ces études montraient un effet positif sur les connaissances, attitudes et intentions vaccinales. Pour les parents, un tel outil était perçu comme acceptable et utile[120-121]. Un essai randomisé s'est intéressé à mesurer le conflit décisionnel, soit la perception que la décision prise est éclairée et qu'elle est conforme aux valeurs de la personne, auprès de deux groupes d'intervention et d'un groupe contrôle[122]. Outre la pratique usuelle, le premier groupe d'intervention était soumis à une intervention basée sur un outil d'aide à la décision en ligne, tandis que le second recevait un feuillet d'information sur le RRO. Le groupe contrôle ne recevait que la pratique usuelle. Les participants issus du groupe soumis à l'intervention avec l'outil d'aide à la décision ont rapporté un moins grand sentiment de conflit décisionnel que ceux des deux autres groupes étudiés. Toutefois, les couvertures vaccinales pour le vaccin RRO étaient de 100 %, 91 % et 99 %.

Plusieurs autres études randomisées sur des interventions supportées par les TIC ont été réalisées, dont certaines ont rapporté des effets positifs sur les couvertures vaccinales ou les attitudes à l'égard de la vaccination. Un essai randomisé a mesuré les effets d'une intervention éducative informatisée sur la vaccination contre les VPH auprès d'étudiants[123]. À court terme, les étudiants avaient de meilleures connaissances et des attitudes plus favorables à la vaccination contre le VPH, et ce groupe continuait d'avoir de meilleures connaissances à long terme. Un autre essai portait sur l'impact d'un système de contrôle et de gestion de sa santé sur la vaccination antigrippale chez des étudiants et du personnel d'université[124]. Les utilisateurs du système étaient plus susceptibles d'avoir reçu le vaccin contre la grippe et d'avoir visité leur prestataire de soins de santé[124]. Par ailleurs, une troisième étude randomisée a cherché à déterminer l'impact de dossiers médicaux personnalisés où des messages de promotion de la grippe saisonnière étaient diffusés chez un groupe d'employés[125]. L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur les connaissances et les couvertures vaccinales, mais elle a eu un impact sur certaines croyances, dont la perception de

l'efficacité du vaccin[125]. Cette étude a par ailleurs démontré une bonne acceptabilité de l'utilisation d'un tel système chez les participants[125].

Deux autres études ont testé l'effet d'interventions en ligne pour la promotion de la vaccination chez les adultes. Une première étude a testé les effets d'interventions dirigées vers un groupe d'employés qui a reçu une intervention via courrier électronique[126]. L'évaluation a illustré que les employés soumis à l'intervention avaient davantage réfléchi et planifié de se faire vacciner que les employés du groupe contrôle. Les couvertures vaccinales étaient également plus élevées chez ce groupe comparativement au groupe contrôle. La seconde étude identifiée concernait un outil d'aide à la décision clinique en ligne pour la vaccination contre le zona. Une évaluation avec des mesures avant et après l'implantation, dont le nombre de vaccins administrés, indiquait une augmentation du nombre de vaccins contre le zona qui avaient été administrés dans les deux cliniques[127].

Un autre essai randomisé a évalué une intervention à composantes multiples pour promouvoir la vaccination contre les VPH dirigée vers les familles (appels téléphoniques pour faire la promotion d'un site Internet) et les cliniciens (capsules d'éducation, alertes électroniques et rétroaction)[128]. Cette étude indique que les interventions en ligne sont acceptées et appréciées en contexte vaccinal, tant par les familles que les cliniciens[128]. Les résultats de l'évaluation indiquent que l'intervention combinée (familles et cliniciens) augmentait la couverture vaccinale pour les trois doses du vaccin en plus de diminuer les retards vaccinaux[128]. L'intervention dirigée aux cliniciens s'avérait plus efficace que l'intervention dirigée à la famille pour la réception de la première dose du vaccin, alors qu'elle s'avérait moins efficace pour les doses subséquentes, suggérant ainsi que l'initiation d'une série vaccinale obtient un meilleur résultat avec une intervention aux cliniciens, mais qu'une intervention à la famille serait plus efficace pour compléter la vaccination.

En ce qui concerne l'utilisation des médias sociaux, une seule étude traitant de la vaccination a été identifiée[129]. Celle-ci, réalisée auprès d'étudiants en médecine, concluait que ces derniers sont ouverts à l'utilisation de *Facebook* comme canal d'information sur la vaccination contre la grippe saisonnière et que le nombre d'utilisateurs actifs de ces pages serait plus élevé si les contenus qui y étaient diffusés étaient de nature informelle (avec animations, hyperliens, contenu sortant de l'ordinaire) plutôt que strictement formelle et technique[129].

En somme, plusieurs études se sont intéressées à l'intégration des TIC, afin de promouvoir la vaccination. À ce sujet, Stockwell et Fiks[130] ont réalisé une synthèse des données disponibles quant à l'efficacité des TIC pour promouvoir la vaccination. Ces auteurs soulignent les avantages importants des nouvelles approches telles que la messagerie texte qui transforme dorénavant les façons d'implanter les rappels et les relances et soulignent comment les médias sociaux peuvent être utiles pour contrer la désinformation au sujet de la vaccination.

6 Résultats de la consultation auprès d'experts

Au total, quatre-vingt-huit (88) experts et vaccinateurs sur le terrain ont été invités à participer à la consultation. La consultation s'est déroulée de manière anonyme et toutes les personnes ciblées ont été invitées à compléter les deux questionnaires.

Soixante personnes (60) ont répondu au premier questionnaire (taux de réponse de 68 %). Les réponses aux questions ouvertes du premier questionnaire ont été regroupées en fonction de grands thèmes qui ont servi à l'élaboration du second questionnaire comportant principalement des questions fermées. Plusieurs participants ont mentionné des interventions relevant davantage du domaine de l'organisation des services de vaccination, qui n'ont pas été retenues pour l'élaboration du second questionnaire. Par ailleurs, les résultats du premier questionnaire ont mis en évidence la préoccupation des experts quant à la qualité des interventions et des outils développés pour promouvoir la vaccination. Les suggestions ayant trait à l'adaptation des messages et des outils aux groupes ciblés par les interventions et à leur pré-test avant la diffusion n'ont pas été utilisées pour l'élaboration du second questionnaire, mais seront néanmoins prises en compte lors du développement futur d'interventions. Soixante-treize personnes (73) ont répondu au second questionnaire (taux de réponse de 83 %). Les résultats de ce second questionnaire sont présentés ci-dessous. La proportion de participants ayant répondu « assez prioritaire » ou « très prioritaire » est indiquée entre parenthèses pour les principaux résultats.

En ce qui concerne les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination auprès de la population seraient prioritaires, les experts et vaccinateurs ont identifié les **craintes** par rapport aux effets secondaires et à la sécurité des vaccins (93 %) ainsi que le **manque de connaissances** et les **fausses croyances** (92 %) comme étant les plus prioritaires.

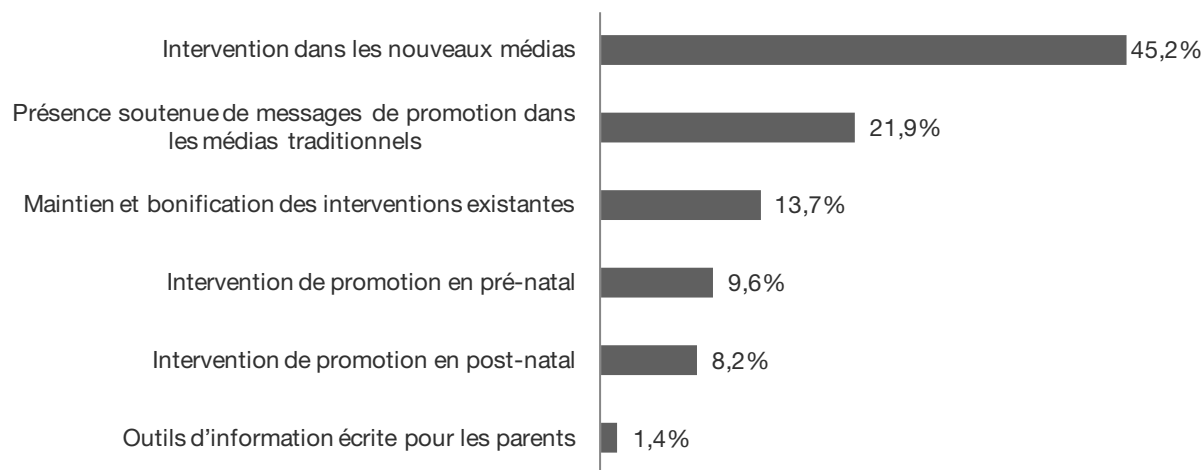
De plus, les **parents** ont été identifiés comme étant le groupe à cibler en priorité lors du développement d'interventions de promotion de la vaccination (97 %). Les autres groupes mis en priorité étaient les **personnes plus à risque** (personnes défavorisées, malades chroniques) (88 %) et les **adultes** (86 %). Les vaccins administrés durant l'**enfance** (99 %) suivis de l'**ensemble des vaccins recommandés** (91 %) ont été identifiés comme cibles prioritaires pour les interventions de promotion de la vaccination. Les vaccins contre l'influenza (86 %), le RRO (83 %), le VPH (82 %) et le pneumocoque (81 %) figurent parmi les vaccins individuels mis en priorité par les experts et les vaccinateurs.

Au niveau des thèmes à aborder par les interventions de promotion de la vaccination, les participants ont retenu plusieurs des thèmes identifiés lors du premier questionnaire, soit : les **bénéfices et l'importance de la vaccination** (96 %), les **maladies évitables par la vaccination** (96 %), les **fausses croyances** (96 %), la **sécurité** des vaccins (96 %) et l'**efficacité** des vaccins (92 %).

Enfin, la figure 2 présente les résultats quant à l'intervention identifiée par les participants comme étant la plus prioritaire à développer pour la population dans le cadre de la phase II du plan d'action (une seule réponse était possible). Le développement d'interventions dans les **nouveaux médias** (Internet et médias sociaux) (45 %) est le type d'intervention qui a été identifié par le plus grand nombre d'experts et de vaccinateurs.

Figure 2 **Principale intervention dirigée vers la population identifiée par les participants à la consultation Delphi**

Selon vous, quelle serait la principale intervention à développer, à maintenir ou à bonifier pour promouvoir la vaccination au Québec auprès de la population?



Une question ouverte permettait aux participants de donner leur opinion en ce qui a trait à l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention qu'ils avaient mise en priorité. En lien avec le développement d'une intervention dans les nouveaux médias, les participants ont mentionné qu'il s'agit d'un moyen de communication grandement utilisé, parfois davantage que les médias traditionnels (notamment chez les plus jeunes) et que beaucoup d'information négative sur la vaccination y circule. Plusieurs ont mentionné qu'il pourrait s'agir d'une stratégie avec une grande faisabilité et d'un moyen peu coûteux pour transmettre de l'information positive sur la vaccination à un grand nombre de personnes. Certains ont également mentionné la possibilité d'utiliser ce type d'intervention pour rejoindre les professionnels de la santé. Enfin, certains ont noté que l'utilisation des médias sociaux demandera une réflexion plus large sur son opérationnalisation aux paliers local, régional et provincial, notamment en raison du peu de flexibilité des communications gouvernementales. D'autres participants ont suggéré l'identification d'un porte-parole et ont noté l'importance d'une présence active et soutenue.

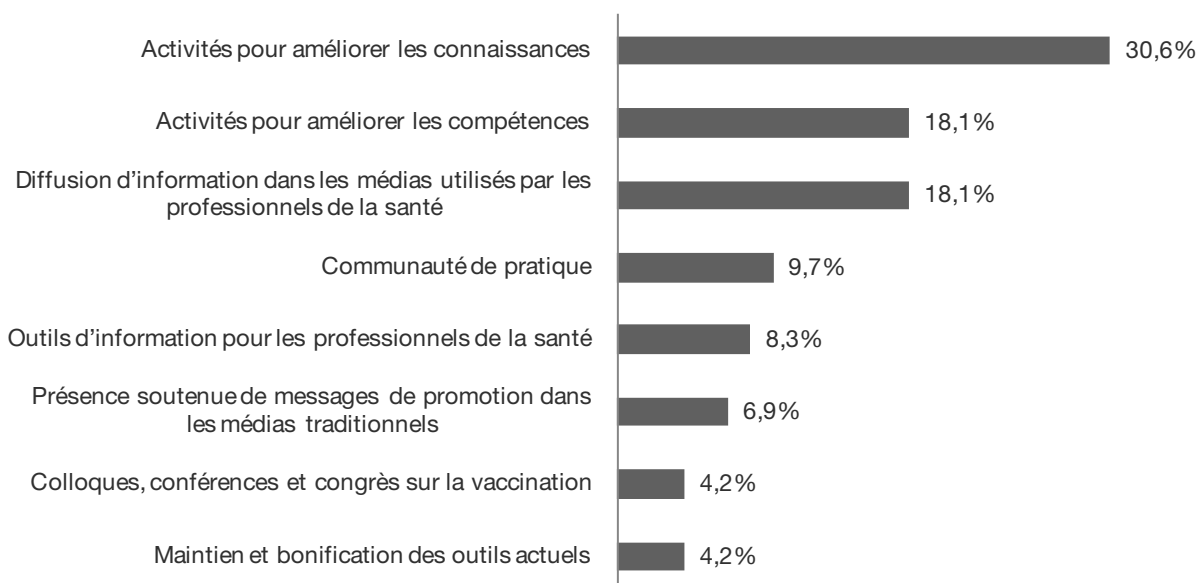
En ce qui a trait à la promotion de la vaccination auprès des professionnels de la santé, le manque de **connaissances** et les **fausses croyances** (90 %), le manque de **conviction** (88 %) et le manque de **compétences** liées à l'acte vaccinal (88 %) étaient les principaux problèmes identifiés par les participants. Bien qu'aux yeux des experts consultés, l'ensemble des **vaccinateurs** (85 %) devraient être ciblés par les interventions de promotion de la vaccination, les **infirmières** (93 %) constituaient le principal groupe pour lequel des interventions devraient être mises en place en priorité selon les experts et les vaccinateurs. En ce qui concerne les thèmes à aborder, les bénéfices et l'**importance de la vaccination** (94 %), le développement de compétences pour répondre aux **patients hésitants** (94 %), la **sécurité** (92 %) et l'**efficacité** (92 %) des vaccins figuraient parmi les plus prioritaires.

Enfin, la figure 3 présente les résultats quant à l'intervention identifiée par les participants comme étant la plus prioritaire à développer pour les professionnels de la santé dans le cadre de la phase II du plan d'action (une seule réponse était possible). C'est le développement d'activités de **formation pour améliorer les connaissances** qui a été mis en priorité par le plus grand nombre de participants

(31 %). Les activités de formation pour développer les **compétences** des vaccinateurs ainsi que la diffusion d'information sur la vaccination dans les **médias utilisés par les professionnels de la santé** ont aussi été retenues comme étant prioritaires par un nombre important de participants (18 % chacune).

Figure 3 **Principale intervention dirigée vers les professionnels de la santé identifiée par les participants à la consultation Delphi**

Selon vous, quelle serait la principale intervention à développer, à maintenir ou à bonifier pour promouvoir la vaccination au Québec auprès des professionnels de la santé?



De façon similaire à l'identification d'une intervention à mettre en priorité pour la population, une question ouverte permettait également aux participants de donner leur opinion en ce qui a trait à l'acceptabilité et la faisabilité de l'intervention qu'ils avaient mise en priorité. En lien avec le développement d'activités pour améliorer les connaissances des professionnels de la santé sur la vaccination, les participants ont mentionné que les activités de formation doivent être attrayantes et composer avec des contraintes importantes, dont le temps disponible pour la formation. Les techniques de l'entrevue motivationnelle ou l'intégration de mises en situation de cas cliniques ont également été mentionnées par plusieurs participants.

7 Synthèse

7.1 CAP sur la vaccination dans la population

Outre les barrières liées à l'accès et à l'offre de services de vaccination, plusieurs facteurs associés aux perceptions et cognitions des individus ont une influence sur les décisions vaccinales. Ces facteurs peuvent être regroupés dans les catégories suivantes : les facteurs liés aux connaissances et au niveau d'information sur la vaccination, les perceptions de la santé et l'importance accordée à la vaccination, les perceptions des risques des MEV et des vaccins, les normes subjectives et morales, les convictions religieuses ainsi que les expériences et comportements antérieurs[131].

Plusieurs études sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population à l'égard de la vaccination ont été réalisées au Québec depuis 2008. Tel qu'illustré dans la section 4, la perception des risques et des bénéfices des vaccins, les attitudes par rapport à la vaccination, les normes et les connaissances figurent parmi les déterminants les plus fréquemment associés aux décisions vaccinales et devraient être visés par des stratégies pour promouvoir la vaccination. Il est aussi important de souligner l'influence importante des recommandations reçues par les professionnels de la santé sur les décisions vaccinales, et ce, tant chez les parents pour la vaccination infantile que chez les adolescents ou les adultes.

Pour tracer un portrait juste, il convient également de noter les limites des études recensées. Par exemple, l'utilisation d'un cadre théorique (tel que le modèle des croyances relatives à la santé) est certainement une force des études. Toutefois, puisque la plupart de ces modèles théoriques mesurent des variables similaires (attitudes, intention, normes, etc.), cela fait également en sorte que certains facteurs qui déterminent les décisions vaccinales ont pu ne pas être identifiés puisqu'ils n'ont pas été mesurés. La façon dont les questions sont posées peut également orienter les réponses. Enfin, en présentant les barrières à la vaccination sous la forme de variables discrètes et mesurables, l'analyse interprétative du contexte culturel et social dans lequel les barrières à la vaccination prennent leur sens est souvent évacuée des études qui s'appuient sur des modèles de psychologie sociale. En effet, il ne suffit pas d'identifier les déterminants d'une moins bonne couverture vaccinale dans certains groupes de la population, mais de comprendre *comment* et *pourquoi* ces déterminants influencent la couverture vaccinale. À cet effet, les résultats des deux études qualitatives réalisées auprès de parents peuvent nous éclairer. Ainsi, l'un des objectifs d'une étude réalisée en 2007-2008 en Estrie était d'explorer les savoirs, croyances et pratiques de professionnels de la santé et de parents concernant la vaccination[7]. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 18 parents d'enfants âgés entre 2 mois et 2 ans n'ayant pas reçu tous les vaccins recommandés. Cette étude a permis de faire émerger deux profils de parents « hésitants » par rapport à la vaccination : certains parents refusaient de faire vacciner leur enfant de par leurs convictions axées sur une vision « naturelle » de la santé, alors que d'autres étaient favorables à la vaccination comme moyen de prévention des maladies infectieuses, tout en adoptant des comportements contraires aux recommandations de la santé publique (refus de vaccins pour des maladies perçues comme bénignes, refus d'injections multiples lors d'une même visite, reports de la vaccination). Selon les auteurs, les parents ayant ce deuxième profil présentaient plus de caractéristiques associées à la « vulnérabilité psychosociale » (monoparentalité, pauvreté, problème de transport, tendance à oublier les rendez-vous)[7]. Par ailleurs, les résultats d'une autre étude qualitative longitudinale réalisée auprès de 55 mères québécoises indiquent que les 24 mères qui ont accepté la vaccination l'ont fait parce que la plupart d'entre elles croyaient aux bénéfices de la vaccination, voulaient protéger leur enfant contre les MEV et voyaient la vaccination comme « la chose normale à faire »[46]. Ces mères faisaient confiance aux professionnels de la santé et suivaient les recommandations reçues sur la vaccination. D'autres mères, qui avaient été considérées comme

« hésitantes » par rapport à la vaccination au moment de la première entrevue (n = 25) exprimaient beaucoup de questionnements sur celle-ci. Ces dernières cherchaient davantage d'information sur la vaccination avant de prendre leur décision et puisaient à différentes sources (professionnels de la santé, professionnels des médecines alternatives et complémentaires, Internet, livres, etc.). Au moment de la deuxième entrevue, 14 des 25 mères hésitantes avaient choisi de suivre le calendrier vaccinal, alors que huit avaient retardé la vaccination ou refusé certains vaccins. La décision de ces mères hésitantes avait été modulée par différents facteurs, notamment l'influence du conjoint, des conversations avec des amis, des expériences antérieures, des rencontres avec des professionnels de la santé, etc. À l'opposé, tout comme dans l'étude estrienne[7], les neuf mères qui ont refusé tous les vaccins avaient souvent une vision du monde particulière, basée sur une approche holistique et naturelle de la santé, et voyaient la vaccination comme une mesure de prévention non nécessaire, voire dangereuse. Cette étude illustre également que les perceptions variaient selon les MEV et les vaccins. De façon générale, les nouveaux vaccins (ex. : VPH, grippe A(H1N1), rotavirus) généraient davantage d'hésitation que les vaccins faisant l'objet d'un programme universel depuis plus longtemps (ex. : poliomyélite, diphtérie, etc.). En somme, ces études témoignent de l'importance du phénomène de l'hésitation à la vaccination, notamment chez les parents[12-14]. Les individus hésitants par rapport à la vaccination constituent un segment de la population où des interventions de promotion de la vaccination pourraient avoir le plus de retombées[132]. En effet, ces personnes ont des attitudes moins tranchées que celles qui refusent tous les vaccins et sont plus enclines et ouvertes à discuter de ce sujet avec un professionnel de la santé[133]. Notons toutefois que les personnes hésitantes à la vaccination ne constituent pas un groupe homogène. Pour certains, l'hésitation fait partie du processus normal et sain de prise de décision, alors que pour d'autres il s'agit d'un état où des doutes et craintes importants envers la vaccination subsistent, même une fois que la décision vaccinale est prise[46]. Ainsi, les interventions ciblant les personnes hésitantes à la vaccination devront aussi faire l'objet d'une segmentation en fonction des « degrés d'hésitation ».

7.2 CAP sur la vaccination des professionnels de la santé

L'interaction entre les patients et les professionnels de la santé est un élément crucial dans le succès des programmes de vaccination[134-136]. Tel qu'illustré à la section 5, les professionnels de la santé demeurent l'une des sources d'information sur la vaccination à laquelle la population accorde le plus de confiance[38, 48]. D'ailleurs, le fait de recevoir une recommandation vaccinale de la part d'un professionnel de la santé est un déterminant majeur de l'acceptabilité de la vaccination[135, 137-138]. Plusieurs études ont également illustré que les attitudes et connaissances sur la vaccination des professionnels étaient significativement associées à leur propre vaccination, à leur intention de recommander la vaccination aux patients et même aux taux de couverture vaccinale chez ces derniers[139-144].

La majorité des études recensées à la section 5 sur les déterminants des décisions vaccinales des professionnels de la santé pour eux-mêmes ont été réalisées sur la vaccination contre la grippe saisonnière ou contre la grippe pandémique A(H1N1). Il ressort que l'habitude de vaccination contre la grippe, le désir de se protéger de la grippe ou de protéger ses proches ainsi que le fait de se considérer comme une personne « à risque » étaient associés avec la vaccination. À l'inverse, une faible perception de l'utilité du vaccin, de sa vulnérabilité à la grippe ou de la sévérité de cette maladie étaient associées à la non-vaccination. La crainte des effets secondaires, le fait de percevoir le vaccin comme peu ou pas efficace et le manque de temps ou d'intérêt pour la vaccination ont aussi été associés à la non-vaccination. Les résultats de la plupart des études qui questionnaient différents groupes de professionnels de la santé ont relevé des différences entre les attitudes et comportements des médecins, des infirmières et des autres travailleurs de la santé; les premiers étant généralement les plus favorables à la vaccination.

Ces différences se reflètent également dans les résultats au niveau des déterminants de l'intention des professionnels de la santé de recommander la vaccination à leurs patients. Ainsi, les pédiatres ont généralement des attitudes très favorables par rapport à la vaccination, suivis des médecins de famille et ensuite des infirmières. Les résultats des études revues ici indiquent que la perception des bénéfices, de l'efficacité et de la sécurité des vaccins ainsi qu'un niveau suffisant de connaissances étaient fortement associés à l'intention de recommander la vaccination. La perception de l'acceptabilité d'un vaccin par les vaccinateurs et par la population ont aussi été associées à l'intention de recommander un vaccin dans plusieurs des études recensées[71, 73-74].

En tenant compte des limites des études recensées (biais de sélection et de réponse, biais dû aux modèles utilisés, façon de poser les questions, etc.), notons tout de même que ces résultats rejoignent ceux de Godin qui a proposé un modèle théorique spécifiquement adapté à l'étude des comportements des travailleurs de la santé[145]. L'analyse, qui portait sur différents comportements cliniques incluant la vaccination, a permis de conclure que les deux principaux déterminants des comportements étaient 1) les croyances quant aux capacités d'adopter le comportement (l'efficacité personnelle, la perception du contrôle) et 2) l'intention. Selon ce modèle, l'intention chez les travailleurs de la santé serait déterminée par les croyances quant aux conséquences d'adopter le comportement (l'attitude), les croyances quant aux capacités d'adopter le comportement, la norme morale, les influences sociales (la norme subjective, le soutien social) et le rôle de l'identité sociale et professionnelle[145].

Enfin, il y a peu d'études sur la vaccination réalisées au Québec chez des professionnels de la santé autres que les médecins et les infirmières. Une seule étude a été réalisée auprès de sages-femmes du Québec[76]. Les résultats de cette étude indiquent que ces dernières abordent la vaccination avec les familles selon une perspective de choix éclairé, donc sans se positionner elles-mêmes en faveur ou en défaveur de la vaccination. Cette approche diffère largement de celle des professionnels de la santé qui, pour la majorité, recommandent aux patients de se faire vacciner[78, 146]. Les attitudes au sujet de la vaccination des praticiens québécois des médecines complémentaires et alternatives (MAC) devraient aussi être explorées davantage. En effet, plusieurs études ont noté une association entre l'utilisation des MAC comme l'homéopathie et la non-vaccination, et ce, tant chez les parents pour leurs enfants que parmi les adultes eux-mêmes[7, 147-153]. Cela est d'autant plus important que ces approches semblent gagner en popularité au Canada[154].

7.3 Stratégies pour augmenter la demande de la communauté et bonifier l'offre de vaccination par les professionnels de la santé

Il demeure difficile d'identifier un type d'intervention réussissant mieux dans un contexte vaccinal particulier, car les études analysées dans les revues de la littérature et méta-analyses incluent des interventions dont le contenu et les modalités diffèrent, qui sont déployées dans des contextes différents, auprès de populations distinctes et en employant divers supports pour l'intervention. Le nombre d'études portant sur des interventions assez similaires pour être regroupées est souvent faible et insuffisant pour démontrer une efficacité selon les critères de validité reconnus[155].

L'un des principaux constats des études identifiées renvoie à l'efficacité démontrée du rappel aux parents. Par ailleurs, les effets semblent être variables pour les communications de type « face à face », la formation et l'éducation des professionnels de la santé. Quant à l'utilisation des médias de masse, dont Internet, ces derniers pourraient avoir un impact pour les activités de promotion de la vaccination. Les interventions de promotion dans les médias de masse traditionnels (télévision, journaux, radio) demeurent difficiles à évaluer. Il demeure également difficile d'évaluer ce type de stratégies dans le cadre d'un essai randomisé, et les résultats des autres approches évaluatives sont

sujets à différents biais en raison des nombreux facteurs de confusion potentiels. Il appert que les interventions dans les médias de masse seraient plus utiles pour diffuser de l'information nouvelle ou faire connaître un nouveau produit ou une nouvelle approche au plus grand nombre[156]. Par exemple, puisque plus de 80 % des parents québécois font vacciner leurs enfants, les gains liés à l'implantation d'une campagne de masse en ce qui a trait à l'augmentation des couvertures vaccinales risquent de demeurer minimes. Toutefois, ce type de campagne peut être justifié et utile si l'objectif est de maintenir la norme vaccinale (soutenir les parents favorables à la vaccination). Bien que la présence soutenue de messages de promotion dans les médias traditionnels ait été retenue comme l'intervention la plus prioritaire par un peu moins du quart des experts et vaccinateurs lors de la consultation, ce type d'intervention est souvent demandé par les vaccinateurs sur le terrain comme appui à leur travail. Enfin, les interventions de promotion de la vaccination utilisant les nouveaux médias (Internet et médias sociaux) permettent de quantifier le nombre de visiteurs, la durée des visites, le nombre de pages vues ainsi que la diffusion des contenus dans les médias sociaux, ce qui pourrait permettre d'évaluer plus facilement leur impact potentiel sur les couvertures vaccinales ou les attitudes à l'égard de la vaccination.

Enfin, certains grands principes peuvent être formulés en ce qui a trait à l'efficacité des interventions déployées pour hausser les taux de couvertures vaccinales. Plusieurs études suggèrent que les interventions réussissent mieux lorsqu'elles sont utilisées en combinaison et ciblent simultanément les trois axes d'intervention[85, 157] ou qu'elles combinent du moins la demande et l'offre[86]. Pour avoir du succès, les interventions devraient également s'appuyer sur des cadres de planification, se baser sur des théories de changement de comportement et inclure des experts en communication[26]. La recherche est une composante fondamentale du développement de stratégies efficaces, tant pour bien connaître la situation au départ (avoir une bonne connaissance de l'environnement, identifier les groupes à cibler, développer les outils adéquats et les tester, avoir une bonne compréhension des barrières potentielles) que pour pouvoir bien évaluer les retombées de l'intervention[26]. Bien que les données soient insuffisantes pour conclure sur la meilleure façon de formuler les messages de promotion de la vaccination et sur les meilleurs porte-paroles, notons que l'adaptation ou la personnalisation des messages (*tailoring*) est une méthode qui a démontré son efficacité pour augmenter l'adhésion à des comportements préventifs, incluant en vaccination[158-160]. En ce sens, l'utilisation des TIC serait une avenue à privilégier étant donné le potentiel de personnalisation offert par ces technologies. À l'instar de Renaud[24], notons toutefois que les interventions en promotion de la vaccination en ligne menées de façon isolée ne permettront vraisemblablement pas à elles seules de faire modifier les comportements. Tout comme pour les interventions traditionnelles, l'absence d'assise théorique, d'objectifs de comportement, de liens avec des aides existantes ou de soutien professionnel compromettent la portée d'une intervention. En effet, il ne s'agit pas de mettre en ligne des informations pour qu'elles soient porteuses de changement[24]. Enfin, la promotion de la vaccination sur Internet et dans les médias sociaux implique également un changement de paradigme. En effet, dans un environnement d'utilisateurs interactifs, la communication efficace sur la vaccination n'est pas tant de contrôler l'information qui est disponible, mais d'y répondre et de participer activement aux échanges et discussions[161].

7.4 Consultation d'experts et de vaccinateurs

Bien que les données proviennent d'un échantillon de convenance, la consultation a permis de connaître l'opinion d'experts et de professionnels de la santé relativement à l'identification d'interventions à mettre en œuvre pour augmenter la demande de vaccination chez la population et la bonification de l'offre de services par les vaccinateurs.

Selon les participants, les problèmes qui devraient être ciblés en priorité, tant pour la population que pour les professionnels de la santé, concernent la perception des risques et des bénéfices de la vaccination ainsi que le manque de connaissances et les fausses croyances sur la vaccination. Ces éléments figurent d'ailleurs parmi les principaux déterminants de la vaccination, tels qu'identifiés dans les études sur les CAP recensées à la section 4. Pour plusieurs, l'augmentation du phénomène d'hésitation à la vaccination dans la population est un élément qu'il faudra considérer.

Le développement d'interventions sur Internet et les médias sociaux destinées aux parents pour la vaccination de l'enfance a été identifié comme étant prioritaire par la majorité des participants pour la phase II du plan d'action. Ce type d'intervention a été priorisé, notamment en raison de la popularité grandissante de ces médias, mais également en raison de l'abondance d'informations erronées sur la vaccination qui y circulent. L'engouement pour les médias sociaux pour promouvoir des comportements de santé est de plus en plus présent dans la littérature et la vaccination n'y fait pas exception. La mise en place d'interventions en contexte post-natal mérite une réflexion plus approfondie, notamment en raison des résultats encourageants du projet de recherche PROMOVAC. Chez les professionnels de la santé, l'amélioration des connaissances semble être un point unanime chez les experts et vacinateurs sondés, mais la formule devra être attrayante et s'inscrire dans les contraintes des milieux, notamment le peu de temps disponible pour participer à des activités de formation. On suggère également de développer les compétences des professionnels pour discuter de la vaccination avec les patients hésitants et de diffuser de l'information sur la vaccination de façon plus soutenue dans les médias utilisés par les professionnels de la santé.

8 Recommandations

Les travaux réalisés ont permis de dresser un portrait des CAP chez la population et les professionnels de la santé du Québec et de dégager certains principes gagnants pour l'élaboration et l'évaluation d'interventions des stratégies de promotion de la vaccination. La consultation réalisée auprès d'experts et de professionnels de la santé œuvrant en vaccination au Québec a permis d'identifier des priorités d'action pour lesquelles des interventions seront développées.

Ainsi, les travaux de la phase II du plan d'action viseront principalement à développer des interventions sur Internet et les médias sociaux destinées aux parents pour faire la promotion de la vaccination des jeunes enfants ainsi que des stratégies novatrices pour améliorer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé, principalement des infirmières sur la vaccination. La définition d'objectifs opérationnels précis, la description détaillée des interventions, la segmentation des groupes ciblés, les résultats de l'évaluation formative et les approches prévues pour l'implantation et l'évaluation des impacts seront au cœur de ce deuxième plan d'action.

Afin d'optimiser les retombées positives, nous recommandons également que les travaux de la phase II de promotion de la vaccination misent sur les éléments suivants :

- La conception et l'implantation des stratégies devront être **planifiées** rigoureusement, en s'appuyant sur un **cadre théorique** et sur des données de **recherche** (connaissance des publics cibles, de leurs comportements et des facteurs qui influent sur eux).
- L'**évaluation** devra être partie prenante du développement, de la planification et de l'implantation des stratégies de promotion de la vaccination. Le développement des outils et des messages devra également être soutenu par des évaluations formatives. Ensuite, lorsque les interventions seront mises en œuvre, l'évaluation permettra de mesurer le niveau d'implantation des différentes stratégies ou composantes de la campagne. Enfin, l'évaluation des résultats visera à décrire quels ont été les impacts de l'intervention, notamment en ce qui a trait à la couverture vaccinale. On pourra aussi vouloir vérifier la notoriété des messages et leur influence sur les connaissances et attitudes des groupes ciblés.
- Les interventions de promotion devront être basées sur une approche permettant de répondre rapidement aux doutes soulevés dans la population (**être proactif**) et évaluer régulièrement les perceptions, afin d'identifier les programmes qui pourraient faire face à des problèmes d'acceptabilité. À ce sujet, les enquêtes sur les couvertures vaccinales permettent ce type de suivi. Par ailleurs, l'existence d'outils permettant de suivre l'évolution de l'opinion publique via les médias sociaux pourra également être utilisée pour identifier des préoccupations émergentes[162].
- Les interventions devront être implantées en **collaboration** avec les différents acteurs impliqués dans la promotion de la vaccination, notamment entre les paliers provincial, régional et local. Il faudra donc s'assurer que les conditions nécessaires à cette collaboration soient en place, par exemple en favorisant le partage des connaissances auprès des partenaires (réseau des responsables régionaux en immunisation, à la TCNMI, etc.), en encourageant le développement de communautés de pratique et en favorisant la synergie avec des projets de recherche sur la vaccination menés au Québec tels que les projets OVQ et PROMOVAC.
- En plus du développement d'interventions à court et moyen termes, nous recommandons qu'une stratégie globale à long terme soit élaborée, afin que les actions de promotion soient cohérentes et incitent au changement. En effet, l'ensemble des interventions de communication et de promotion entourant une problématique de santé telle que la vaccination contribue au

façonnement d'un message général à son égard. Afin de maintenir la confiance de la population et des professionnels de la santé envers la vaccination, il apparaît essentiel que l'ensemble des actions en matière de promotion de la vaccination s'insère dans une réflexion stratégique plus large. Pour ce faire, un partenariat doit être accentué entre tous les acteurs impliqués et intéressés à la promotion de la vaccination à l'échelle provinciale à l'image de *ImmunizeBC*³.

Enfin, une stratégie de promotion de la vaccination globale et à long terme permettrait également :

- D'avoir les ressources en place, afin de développer et diffuser **rapidement** des informations essentielles sur la vaccination à la population et aux professionnels de la santé.
- D'être **proactif** plutôt que réactif dans le développement des interventions de promotion de la vaccination.
- D'avoir une structure, **crédible et reconnue**, en place en cas de crise (exemple : autisme et RRO).
- D'éviter de dupliquer les efforts en permettant une meilleure **coordination** des actions de promotion de la vaccination et de s'assurer que les messages diffusés sur la vaccination soient **cohérents**.
- De traduire en **actions** les résultats des **recherches** actuellement menées sur les déterminants des décisions vaccinales et sur les opinions et attitudes des professionnels de la santé[43, 48, 100, 163].

³ *ImmunizeBC*, qui est rattaché au BCCDC, est un projet collaboratif (BCCDC, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et gouvernement fédéral) qui a la responsabilité des activités de promotion de la vaccination à l'échelle provinciale : <http://immunizebc.ca/>.

9 Conclusion

Cette synthèse constitue la première étape des travaux entourant la phase II du Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec. Rappelons que les stratégies identifiées seront développées et opérationnalisées dans le cadre d'un plan d'action spécifique. Dans le contexte où l'on note un nombre grandissant de personnes qui hésitent à se faire vacciner et que ces hésitations sont également partagées par certains professionnels de la santé[164], il ne faut pas considérer les réussites liées aux programmes de vaccination comme des acquis. En ce sens, les efforts de promotion de la vaccination auprès de la population et de formation des professionnels de la santé devront être soutenus afin de maintenir, voire améliorer les gains de santé liés à la vaccination.

Références

- 1 Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., Petit, G. Plan québécois de promotion de la vaccination. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2010, 76 p.
- 2 Dubé, E., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M., Petit, G., Audet, D. Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2011, 50 pages + annexes.
- 3 Dubé, E., Bradet, R., Audet, D., Sauvageau, C., Boulianne, N., Guay, M. Plan d'action pour la promotion de la vaccination phase 1 : rapport d'évaluation. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2014, 202 p.
- 4 Ritvo, P., Wilson, K., Willms, D., Upshur, R. Vaccines in the public eye. *Nat Med.* 2005;11(4):S20-S24.
- 5 Lagarde, F. Summary of Public Opinion on Immunization in Canada: Public Health Agency of Canada, 2005, 19 p.
- 6 Tarrant, M., Gregory, D. Exploring childhood immunization uptake with First Nations mothers in north-western Ontario, Canada. *J Adv Nurs.* 2003;41(1):63-72.
- 7 Guay, M., Gallagher, F., Petit, G., Ménard, S., Clément, P., Boyer, G. Pourquoi les couvertures vaccinales chez les nourrissons de l'Estrie sont-elles sous-optimales? Sherbrooke: Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2009, 62 p.
- 8 Agence de santé publique du Canada. Étude effectuée à Calgary sur la vaccination des jeunes enfants contre la grippe : Opinions et comportements des parents. *RMTC.* 2006;32(13):1-9.
- 9 Boulianne, N., Duval, B., De Serres, G., Deceuninck, G., Dionne, M., Carsley, J., *et al.* Opinions of Quebec parents and vaccinators on the usefulness of chickenpox vaccine. *Can J Infect Dis.* 2001;12(3):153-156.
- 10 Hilton, S., Petticrew, M., Hunt, K. 'Combined vaccines are like a sudden onslaught to the body's immune system': parental concerns about vaccine 'overload' and 'immune-vulnerability'. *Vaccine.* 2006;24(20):4321-7.
- 11 Moreco, L. B. Silence on vaccine. Office national du film du Canada 2009.
- 12 Leask, J. Target the fence-sitters. *Nature.* 2011;473(7348):443-5.
- 13 Macdonald, N. E., Smith, J., Appleton, M. Risk perception, risk management and safety assessment: What can governments do to increase public confidence in their vaccine system? *Biologicals.* 2012;40(5):384-8.
- 14 World Health Organisation. Draft global vaccine action plan - Report by the Secretariat: World Health Organisation, 2012, 39 p.
- 15 Lantos, J. D., Jackson, M. A., Opel, D. J., Marcuse, E. K., Myers, A. L., Connelly, B. L. Controversies in vaccine mandates. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2010;40(3):38-58.
- 16 Benin, A. L., Wisler-Scher, D. J., Colson, E., Shapiro, E. D., Holmboe, E. S. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics.* 2006;117(5):1532-41.

- 17 Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A., Schwartz, B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*. 2008;122(4):718-25.
- 18 Massé, R. Éthique et santé publique : Enjeux, valeurs et normativité. Québec. 2003;Les Presses de l'Université Laval.
- 19 Opel, D. J., Diekema, D. S., Lee, N. R., Marcuse, E. K. Social marketing as a strategy to increase immunization rates. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163(5):432-7.
- 20 Kotler, P., Lee, N. R. (2008). *Social marketing: Influencing behaviors for good*. Thousand Oaks, Sage Publications Inc., 444 p.
- 21 Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., Becker, M. H. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175-83.
- 22 Godin, G., Kok, G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *Am J Health Promotion*. 1996;11(2):87-95.
- 23 Godin, G. (2002). Le changement des comportements de santé. In Fischer, G. N., (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris: Dunod, 375-388.
- 24 Renaud, L. (2012). Internet et la promotion de la santé. *Internet et santé - Acteurs, usages et appropriations*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec, p. 133-148.
- 25 Vivion, M., Dubé, E., Gagnon, D. Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière : des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2013, 57 p.
- 26 Cairns, G., MacDonald, L., Angus, K., Walker, L., Cairns-Haylor, T., Bowdler, T. Systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications. Stockholm: ECDC, 2012, 89 p.
- 27 Hollmeyer, H., Hayden, F., Mounts, A., Buchholz, U. Review: interventions to increase influenza vaccination among healthcare workers in hospitals. *Influenza Other Respi Viruses*. 2013;7(4):604-21.
- 28 Lam, P. P., Chambers, L. W., MacDougall, D. M., McCarthy, A. E. Seasonal influenza vaccination campaigns for health care personnel: systematic review. *CMAJ*. 2010;182(12):E542-8.
- 29 Schmidt, S., Saulle, R., Di Thiene, D., Boccia, A., La Torre, G. Do the quality of the trials and the year of publication affect the efficacy of intervention to improve seasonal influenza vaccination among healthcare workers? *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(2):349-361.
- 30 Hsu, C. C., Sandford, B. A. The Delphi Technique: Making Sense of Consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007;12(10):1-8.
- 31 Ogilvie, G. S., Remple, V. P., Marra, F., McNeil, S. A., Naus, M., Pielak, K., *et al*. Intention of parents to have male children vaccinated with the human papillomavirus vaccine. *Sex Transm Infect*. 2008;84(4):318-23.
- 32 Dubé, E., De Wals, P., Gilca, V., Boulianne, N., Ouakki, M., Lavoie, F., *et al*. New vaccines offering a larger spectrum of protection against acute otitis media: will parents be willing to have their children immunized? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73(7):987-91.

- 33 Hamid, A., Guay, M., Lemaire, J. Impact des injections multiples sur l'observance du calendrier de vaccination et opinions des parents en Montérégie. *Rev can santé publique*. 2010;101(1):20-24.
- 34 Gbaya, A. A., Payette, J. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants lanaudois en 2008 - Vaccination de base à l'âge de deux ans. Résultats présentés aux Comités locaux des délais vaccinaux ASSS de Lanaudière, Joliette 16 et 23 juin 2010.
- 35 Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D., Ouakki, M., Guay, M., De Serres, G., *et al.* Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2010. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2011, 98 p. + annexes.
- 36 Morin, A., Lemaitre, T., Farrands, A., Carrier, N., Gagneur, A. Maternal knowledge, attitudes and beliefs regarding gastroenteritis and rotavirus vaccine before implementing vaccination program: Which key messages in light of a new immunization program? *Vaccine*. 2012;30:5921-5927.
- 37 Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D., Deceuninck, G. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2008. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2009, 205 p.
- 38 Ekos Research Associates Inc. Survey of Parents on Key Issues Related to Immunization. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2011, 53 p. + Appendix.
- 39 Langlois, M. Étude sur les déterminants psychosociaux de la vaccination contre le virus A(H1N1) auprès des parents d'enfants qui fréquentent des services de garde éducatifs de Montréal. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval: Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, 2011, 91 p. + annexes.
- 40 Gagné, J., Leduc, F., Lussier, J., Messier, C., Pressé, R. Étude sur la vaccination contre la grippe A(H1N1) auprès des parents ayant un enfant fréquentant un centre de la petite enfance en Montérégie. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2010, 59 p.
- 41 Dubé, E., Bettinger, J. A., Halperin, B., Bradet, R., Lavoie, F., Sauvageau, C., *et al.* Determinants of parents' decision to vaccinate their children against rotavirus: results of a longitudinal study. *Health Educ Res*. 2012;27(6):1069-80.
- 42 Guay, M., Clément, P., Hamid, A., Lemaire, J., Sauvageau, C., Dubé, E., *et al.* Évaluation de l'implantation du Programme de vaccination contre les VPH chez les adolescentes du Québec. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2012, 105 p. + annexes.
- 43 Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D., Ouakki, M., De Serres, G., Guay, M., *et al.* Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2013, 195 p.
- 44 Fisher, W., Bettinger, J. A., Gilca, V., Sampalis, J., Brown, V., Yaremko, J., *et al.* Understanding parental acceptance of a novel meningococcal serogroup B vaccine for infants 10th Canadian Immunization Conference; December 3-5, 2012; Vancouver, Canada.
- 45 Krawczyk, A. Cancer prevention and the human papillomavirus vaccine: psychosocial and behavioural factors involved in vaccination decision-making. Montréal: Department of Psychology, McGill University, 2012, 165 p.

- 46 Dubé, E., Vivion, M., Sauvageau, C., Gagneur, A., Gagnon, R., Guay, M. Nature does things well, why should we get involved? Vaccine hesitancy among mothers in Quebec (Canada). *Qualitative Health Research*. 2014;Submitted article.
- 47 Gagneur, A., Petit, G., Valiquette, L., De Wals, P. Une promotion novatrice de la vaccination en maternité peut-elle améliorer les couvertures vaccinales des nourrissons. Résultats de l'étude PROMOVAC en Estrie. Québec: Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 2013, 112 p.
- 48 Dubé, E., Defay, F., Kiely, M., Guay, M., Boulianne, N., Sauvageau, C., *et al.* Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole en 2012. Québec: Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2013, 137 p.
- 49 Li, Z., Doan, Q., Dobson, S. Determinants of influenza immunization uptake in Canadian youths. *Vaccine*. 2010;28(19):3462-6.
- 50 Kiberd, M., Cooper, C., Slaunwhite, J., Halperin, B., Haase, D., McNeil, S. Pandemic influenza is a strong motivator for participation in vaccine clinical trials among HIV-positive Canadian adults. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2009;20(4):e124-9.
- 51 Fabry, P., Gagneur, A., Pasquier, J. C. Determinants of A (H1N1) vaccination: Cross-sectional study in a population of pregnant women in Quebec. *Vaccine*. 2011;29(9):1824-9.
- 52 Dubé, E., Kiely, M., Defay, F., Guay, M., Boulianne, N., Sauvageau, C., *et al.* Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A(H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque. Québec: Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011, 73 p. + annexes.
- 53 Environics Research Group. Canadian Adult National Immunization Coverage (NICS) Survey - 2010 - Québec. Ottawa: ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011, 109 p.
- 54 Cherkaoui, C., Levy, A., Mereniuk, A., Psyharis, C., Thai, K.-L., Guay, M. Étude sur la vaccination contre l'influenza auprès du personnel en centre de la petite enfance. Québec: Université de Sherbrooke, 2010, 79 p.
- 55 Chambers, C. T., Buxton, J. A., Koehoorn, M. Consultation with health care professionals and influenza immunization among women in contact with young children. *Can J Public Health*. 2010;101(1):15-9.
- 56 Guay, M., Côté, L., Boulianne, N., Landry, M., Markowski, F. Enquête québécoise sur les couvertures vaccinales contre l'influenza et le pneumocoque. Québec: Institut de la statistique du Québec, 2008, 57 p.
- 57 Vozoris, N. T., Loughheed, M. D. Influenza vaccination among Canadians with chronic respiratory disease. *Respir Med*. 2009;103(1):50-8.
- 58 Kiely, M., Sauvageau, C., Dubé, E., Deceuninck, G., De Wals, P. Virus du papillome humain : connaissances, croyances et comportements des femmes québécoises. *Can J Public Health*. 2011;102(4):303-07.
- 59 Cerigo, H., Macdonald, M. E., Franco, E. L., Brassard, P. Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. *Int J Circumpolar Health*. 2012(71):17996.

- 60 Cerigo, H., Macdonald, M. E., Franco, E. L., Brassard, P. Awareness and knowledge about human papillomavirus among Inuit women in Nunavik, Quebec. *J Community Health*. 2011;36(1):56-62.
- 61 Krawczyk, A. L., Perez, S., Lau, E., Holcroft, C. A., Amsel, R., Knauper, B., *et al.* Human papillomavirus vaccination intentions and uptake in college women. *Health Psychol*. 2012;31(5):685-93.
- 62 Lavoie, F., Goggin, P., Sauvageau, C., Dubé, E., Gilca, V., Deceuninck, G. What do young women know, think and do about HPV prevention in Québec (Canada)? Poster presentation. 26th International Papillomavirus Conference and Clinical and Public Health Workshops, Montréal, July 3-8, 2010.
- 63 Krawczyk, A., Stephenson, E., Perez, S., Lau, E., Rosberger, Z. Deconstructing Human Papillomavirus (HPV) knowledge: Objective and Perceived Knowledge in Males' Intentions to Receive the HPV Vaccine. *Am J Health Educ*. 2013;44:26-31.
- 64 Frere, J., De Wals, P., Ovetchkine, P., Coic, L., Audibert, F., Tapiero, B. Evaluation of several approaches to immunize parents of neonates against B. pertussis. *Vaccine*. 2013;31(51):6087-91.
- 65 Sauvageau, C., Dubé, E., Huot, C., Tremblay, G., Ouakki, M., Maranda-Aubut, R. Les services de vaccination offerts à la population adulte dans la région de la Capitale-Nationale - État de situation et déterminants. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2008, 191 p.
- 66 Dubé, E., Defay, F., Kiely, M., Sauvageau, C., Gilca, V., Guay, M., *et al.* Connaissances, attitudes et pratiques d'infirmiers(ères), pédiatres et omnipraticiens québécois sur la grippe A(H1N1) et la grippe saisonnière. Québec: Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011b, 50 p. + annexes.
- 67 Godin, G., Vezina-Im, L. A., Naccache, H. Determinants of influenza vaccination among healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(7):689-93.
- 68 Boucheron, L., Patrick, J.-P., Alix, A., Dascal, A., LeGuerrier, P., Paré, R., *et al.* L'intention de vaccination contre la grippe A(H1N1) parmi des travailleurs de la santé de première ligne à Montréal. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 24 p. + annexes.
- 69 Duval, B., Gilca, V., Boulianne, N., Pielak, K., Halperin, B., Simpson, M. A., *et al.* Cervical cancer prevention by vaccination: nurses' knowledge, attitudes and intentions. *J Adv Nurs*. 2009;65(3):499-508.
- 70 Dubé, E., Gilca, V., Sauvageau, C., Bradet, R., Bettinger, J. A., Boulianne, N., *et al.* Canadian paediatricians' opinions on rotavirus vaccination. *Vaccine*. 2011;29(17):3177-82.
- 71 Dubé, E., Gilca, V., Sauvageau, C., Bradet, R., Lavoie, F., Boulianne, N., *et al.* Acute otitis media and its prevention by immunization: a survey of Canadian pediatricians' knowledge, attitudes and beliefs. *Human Vaccines*. 2011;7(4):429-35.
- 72 Gilca, V., Boulianne, N., Dubé, E., Sauvageau, C., Ouakki, M. Attitudes of nurses toward current and proposed vaccines for public programs: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(9):1219-35.

- 73 Dubé, E., Gilca, V., Sauvageau, C., Bettinger, J. A., Boucher, F. D., McNeil, S., *et al.* Clinicians' opinions on new vaccination programs implementation. *Vaccine*. 2012;30(31):4632-7.
- 74 Dubé, E., Defay, F., Gilca, V., Bettinger, J. A., Sauvageau, C., Lavoie, F., *et al.* A(H1N1) pandemic influenza and its prevention by vaccination: Paediatricians opinions before and after the beginning of the vaccination campaign. *BMC Public Health*. 2011;11(1):128.
- 75 Comité sur l'immunisation du Québec, Comité scientifique ad hoc VPH. La vaccination contre les VPH au Québec : mise à jour des connaissances et propositions du comité d'experts. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2012, 148 p.
- 76 Dubé, E., Vivion, M., Valderrama, A., Sauvageau, C. Attitudes et croyances des sages-femmes québécoises sur la vaccination. *Santé publique*. 2013;25(1):35-43.
- 77 Robert, Y. Immuniser selon les règles de l'art. *Le collège*. 2008;48(5):5.
- 78 Durand, S., Allard, M., Thibault, C. Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière. Québec: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007, 15 p.
- 79 Community Preventive Service Task Force. Increasing Appropriate Vaccination [On line] <http://www.thecommunityguide.org/vaccines/index.html>. Page accessed January 25, 2014.
- 80 Sadaf, A., Richards, J. L., Glanz, J., Salmon, D. A., Omer, S. B. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*. 2013;31(40):4293-4304.
- 81 Kaufman, J., Synnot, A., Ryan, R., Hill, S., Horey, D., Willis, N., *et al.* Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD010038.
- 82 Saeterdal, I., Glenton, C., Austvoll-Dahlgren, A., Munabi-Babigumira, S., Lewin, S. Community-directed interventions for informing and/or educating about early childhood vaccination (Protocol). *The Cochrane Collaboration*. 2013(5):1-18.
- 83 Briss, P. A., Rodewald, L. E., Hinman, A. R., Shefer, A. M., Strikas, R. A., Bernier, R. R., *et al.* Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med*. 2000;18(1S):97-140.
- 84 JacobsonVann JC, J., Szilagyi, P. Patient reminder and patient recall systems for improving immunization rates (Review): *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 50 p.
- 85 Williams, N., Woodward, H., Majeed, A., Saxena, S. Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic review. *JRSM short reports*. 2011;2(10):81.
- 86 Ward, K., Kwan Chow, M. Y., King, C., Leask, J. Strategies to improve vaccination uptake in Australia, a systematic review of types and effectiveness. *Australian and New Zealand J Public Health*. 2012;36(4):369-377.
- 87 Thomas, R. E., Russell, M. L., Lorenzetti, D. L. Systematic review of interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older. *Vaccine*. 2010;28(7):1684-701.
- 88 Kempe, A., Saville, A., Dickinson, L. M., Eisert, S., Reynolds, J., Herrero, D., *et al.* Population-based versus practice-based recall for childhood immunizations: a randomized controlled comparative effectiveness trial. *Am J Public Health*. 2013;103(6):1116-23.

- 89 Wakefield, M. A., Loken, B., Hornik, R. C. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 2010;376(9748):1261-71.
- 90 Van Buynder, P. G., Carcione, D., Rettura, V., Daly, A., Woods, E. Marketing paediatric influenza vaccination: results of a major metropolitan trial. *Influenza Other Respir Viruses*. 2011;5(1):33-8.
- 91 Cates, J. R., Shafer, A., Diehl, S. J., Deal, A. M. Evaluating a County-Sponsored Social Marketing Campaign to Increase Mothers' Initiation of HPV Vaccine for their Pre-teen Daughters in a Primarily Rural Area. *Soc Mar Q*. 2011;17(1):4-26.
- 92 Toscani, L., Gauthey, L., Robert, C. F. The information network of senior citizens in Geneva, Switzerland, and progress in flu vaccination coverage between 1991 and 2000. *Vaccine*. 2003;21(5-6):393-8.
- 93 McPhee, S. J., Nguyen, T., Euler, G. L., Mock, J., Wong, C., Lam, T., *et al*. Successful promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children ages 3 to 18: results of a controlled trial. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 1):1278-88.
- 94 Peddecord, K. M., Jacobson, I. G., Engelberg, M., Kwizera, L., Macias, V., Gustafson, K. W. Can movie theater advertisements promote health behaviors? Evaluation of a flu vaccination pilot campaign. *J Health Commun*. 2008;13(6):596-613.
- 95 O'Keefe, D. J., Nan, X. The relative persuasiveness of gain- and loss-framed messages for promoting vaccination: a meta-analytic review. *Health Commun*. 2012;27(8):776-83.
- 96 Gomez Zamudio, M., Renaud, L. Les interventions personnalisées via les courriers électroniques permettent-elles de générer la cessation tabagique? *Santé Publique*. hs2/2009;21:105-115.
- 97 Mullins, R., Coomber, K., Broun, K., Wakefield, M. Promoting cervical screening after introduction of the human papillomavirus vaccine: the effect of repeated mass media campaigns. *J Med Screen*. 2013;20(1):27-32.
- 98 Saint-Amour, M., Guay, M., Clément, P., Perron, L., Baron, G., Petit, G. Trousse de promotion de la vaccination. Rapport d'évaluation : Direction de la santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 2004, 202 p.
- 99 Ministère de la Santé et des Services sociaux. Campagnes de prévention de l'influenza - Analyse des évaluations 2006-2011 : Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1-8.
- 100 Dubé, E., Kiely, M., Turmel, B. Sondage réalisé auprès des infirmiers(ères) scolaires : Programme de vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) en milieu scolaire. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2013, 36 p.
- 101 Pereira, J. A., Quach, S., Heidebrecht, C. L., Quan, S. D., Kolbe, F., Finkelstein, M., *et al*. Barriers to the use of reminder/recall interventions for immunizations: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:145.
- 102 Boulianne, N., Bradet, R., Audet, D., Ouakki, M., De Serres, G., Guay, M., *et al*. Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2012. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2013, p. 68.

- 103 Lau, D., Hu, J., Majumdar, S. R., Storie, D. A., Rees, S. E., Johnson, J. A. Interventions to improve influenza and pneumococcal vaccination rates among community-dwelling adults: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2012;10(6):538-46.
- 104 Petit, G., Letellier, M., Gauvin, L., Boulianne, N., Valiquette, L. Les pratiques vaccinales des infirmières au Québec. *Can J Public Health.* 2007;98(4):311-17.
- 105 Portnoy, D. B., Scott-Sheldon, L. A., Johnson, B. T., Carey, M. P. Computer-delivered interventions for health promotion and behavioral risk reduction: a meta-analysis of 75 randomized controlled trials, 1988-2007. *Prev Med.* 2008;47(1):3-16.
- 106 Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R., McGhee, E. M. The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40.
- 107 Cugelman, B., Thelwall, M., Dawes, P. Online interventions for social marketing health behavior change campaigns: a meta-analysis of psychological architectures and adherence factors. *J Med Internet Res.* 2011;13(1):e17.
- 108 Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., Michie, S. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res.* 2010;12(1):e4.
- 109 Aalbers, T., Baars, M. A., Rikkers, M. G. Characteristics of effective Internet-mediated interventions to change lifestyle in people aged 50 and older: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):487-97.
- 110 Lustria, M. L., Noar, S. M., Cortese, J., Van Stee, S. K., Glueckauf, R. L., Lee, J. A meta-analysis of web-delivered tailored health behavior change interventions. *J Health Commun.* 2013;18(9):1039-69.
- 111 Stockwell, M. S., Kharbanda, E. O., Martinez, R. A., Lara, M., Vawdrey, D., Natarajan, K., *et al.* Text4Health: impact of text message reminder-recalls for pediatric and adolescent immunizations. *Am J Public Health.* 2012;102(2):e15-21.
- 112 Stockwell, M. S., Kharbanda, E. O., Martinez, R. A., Vargas, C. Y., Vawdrey, D. K., Camargo, S. Effect of a text messaging intervention on influenza vaccination in an urban, low-income pediatric and adolescent population: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2012;307(16):1702-8.
- 113 Kharbanda, E. O., Stockwell, M. S., Fox, H. W., Andres, R., Lara, M., Rickert, V. I. Text message reminders to promote human papillomavirus vaccination. *Vaccine.* 2011;29(14):2537-41.
- 114 Ahlers-Schmidt, C. R., Chessier, A. K., Nguyen, T., Brannon, J., Hart, T. A., Williams, K. S., *et al.* Feasibility of a randomized controlled trial to evaluate Text Reminders for Immunization Compliance in Kids (TRICKs). *Vaccine.* 2012;30(36):5305-9.
- 115 Peck, J. L., Stanton, M., Reynolds, G. E. Smartphone Preventive Health Care: Parental Use of an Immunization Reminder System. *J Pediatr Health Care.* 2012;28(1):35-42.
- 116 Clark, S. J., Butchart, A., Kennedy, A., Dombkowski, K. J. Parents' experiences with and preferences for immunization reminder/recall technologies. *Pediatrics.* 2011;128(5):e1100-5.

- 117 Hofstetter, A. M., Vargas, C. Y., Kennedy, A., Kitayama, K., Stockwell, M. S. Parental and provider preferences and concerns regarding text message reminder/recall for early childhood vaccinations. *Prev Med.* 2013;57(2):75-80.
- 118 Dombkowski, K. J., Cowan, A. E., Harrington, L. B., Allred, N. J., Hudson, E., Clark, S. J. Feasibility of initiating and sustaining registry-based immunization recall in private practices. *Acad Pediatr.* 2012;12(2):104-9.
- 119 Wallace, C., Leask, J., Trevena, L. J. Effects of a web based decision aid on parental attitudes to MMR vaccination: a before and after study. *BMJ.* 2006;332(7534):146-8.
- 120 Joshi, A., Lichenstein, R., King, J., Arora, M., Khan, S. Evaluation of a Computer-based Patient Education and Motivation Tool on Knowledge, Attitudes and Practice towards Influenza Vaccination. *Int Electron J Health Educ.* 2009;12:1-15.
- 121 Jackson, C., Cheater, F. M., Peacock, R., Leask, J., Trevena, L. Evaluating a web-base MMR decision aid to support informed decision-making by UK parents: A before-and-after feasibility study. *Health Educ J.* 2010;69(1):74-83.
- 122 Shourie, S., Jackson, C., Cheater, F. M., Bekker, H. L., Edlin, R., Tubeuf, S., *et al.* A cluster randomised controlled trial of a web based decision aid to support parents' decisions about their child's Measles Mumps and Rubella (MMR) vaccination. *Vaccine.* 2013;31(50):6003-10.
- 123 Doherty, K., Graff, K. The Effects of a Web-Based Intervention on College Students' Knowledge of Human Papillomavirus and Attitudes toward Vaccination. *International Journal of Sexual Health.* 2008;20(4):223-32.
- 124 Lau, A. Y., Sintchenko, V., Crimmins, J., Magrabi, F., Gallego, B., Coiera, E. Impact of a web-based personally controlled health management system on influenza vaccination and health services utilization rates: a randomized controlled trial. *J Am Med Inform Assoc.* 2012;19(5):719-27.
- 125 Bourgeois, F. T., Simons, W. W., Olson, K., Brownstein, J. S., Mandl, K. D. Evaluation of influenza prevention in the workplace using a personally controlled health record: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2008;10(1):e5.
- 126 Ernsting, A., Gellert, P., Schneider, M., Lippke, S. A mediator model to predict workplace influenza vaccination behaviour--an application of the health action process approach. *Psychol Health.* 2013;28(5):579-92.
- 127 Chaudhry, R., Schietel, S. M., North, F., Dejesus, R., Kesman, R. L., Stroebel, R. J. Improving rates of herpes zoster vaccination with a clinical decision support system in a primary care practice. *J Eval Clin Pract.* 2013;19(2):263-6.
- 128 Fiks, A. G., Grundmeier, R. W., Mayne, S., Song, L., Feemster, K., Karavite, D., *et al.* Effectiveness of decision support for families, clinicians, or both on HPV vaccine receipt. *Pediatrics.* 2013;131(6):1114-24.
- 129 Mena, G., Llupia, A., Garcia-Basteiro, A. L., Aldea, M., Sequera, V. G., Trilla, A. The willingness of medical students to use Facebook as a training channel for professional habits: the case of influenza vaccination. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012;15(6):328-31.
- 130 Stockwell, M. S., Fiks, A. G. Utilizing health information technology to improve vaccine communication and coverage. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9(8):1802-11.

- 131 Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., Bettinger, J. A. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9(8):1-11.
- 132 Opel, D. J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Solomon, C., Zhao, C., Catz, S., *et al.* Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine.* 2011;29(38):6598-605.
- 133 Opel, D. J., Robinson, J. D., Heritage, J., Korfiatis, C., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R. Characterizing providers' immunization communication practices during health supervision visits with vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Vaccine.* 2012;30(7):1269-75.
- 134 Cooper, L. Z., Larson, H. J., Katz, S. L. Protecting public trust in immunization. *Pediatrics.* 2008;122(1):149-53.
- 135 Schmitt, H. J., Booy, R., Aston, R., Van Damme, P., Schumacher, R. F., Campins, M., *et al.* How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. *BMC Med.* 2007;5:11.
- 136 Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H., Rowles, G. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatr.* 2012;12:154.
- 137 Ridda, I., Motbey, C., Lam, L., Lindley, I. R., McIntyre, P. B., Macintyre, C. R. Factors associated with pneumococcal immunisation among hospitalised elderly persons: a survey of patient's perception, attitude, and knowledge. *Vaccine.* 2008;26(2):234-40.
- 138 Stefanoff, P., Mamelund, S. E., Robinson, M., Netterlid, E., Tuells, J., Bergsaker, M. A., *et al.* Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). *Vaccine.* 2010;28(35):5731-7.
- 139 Clark, S. J., Cowan, A. E., Wortley, P. M. Influenza vaccination attitudes and practices among US registered nurses. *Am J Infect Control.* 2009;37(7):551-6.
- 140 Hollmeyer, H. G., Hayden, F., Poland, G., Buchholz, U. Influenza vaccination of health care workers in hospitals--a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine.* 2009;27(30):3935-44.
- 141 Posfay-Barbe, K. M., Heininger, U., Aebi, C., Desgrandchamps, D., Vaudaux, B., Siegrist, C. A. How do physicians immunize their own children? Differences among pediatricians and nonpediatricians. *Pediatrics.* 2005;116(5):e623-33.
- 142 Katz-Sidlow, R. J., Sidlow, R. A look at the pediatrician as parent: experiences with the introduction of varicella vaccines. *Clin Pediatr (Phila).* 2003;42(7):635-640.
- 143 Zimmerman, R. K., Bradford, B. J., Janosky, J. E., Mieczkowski, T. A., DeSensi, E., Grufferman, S. Barriers to measles and pertussis immunization: the knowledge and attitudes of Pennsylvania primary care physicians. *Am J Prev Med.* 1997;13(2):89-97.
- 144 Connors, C. M., Miller, N. C., Krause, V. L. Universal hepatitis B vaccination: hospital factors influencing first- dose uptake for neonates in Darwin. *Aust N Z J Public Health.* 1998;22(1):143-5.
- 145 Gagnon, M.-P., Légaré, F., Godin, G. (2012). L'application des théories de prédiction pour les comportements associés aux pratiques cliniques des travailleurs de la santé. In: Presses de l'Université de Montréal. Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir. Montréal, p. 211-227.

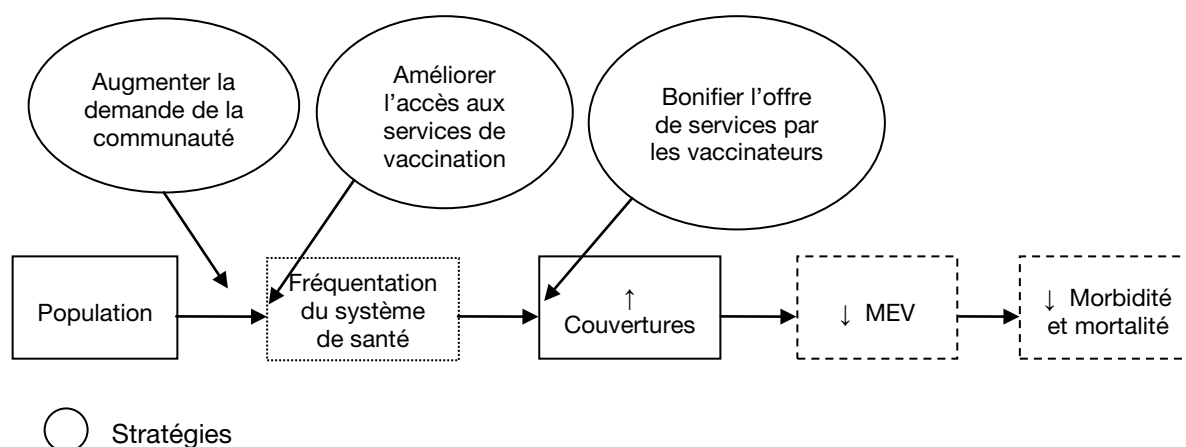
- 146 Sirnick, A. Les nouveaux vaccins - Quelles sont les obligations des médecins? Feuille d'information. 2008;1-2.
- 147 Downey, L., Tyree, P. T., Huebner, C. E., Lafferty, W. E. Pediatric vaccination and vaccine-preventable disease acquisition: associations with care by complementary and alternative medicine providers. *Matern Child Health J.* 2010;14(6):922-30.
- 148 Cassell, J. A., Leach, M., Poltorak, M. S., Mercer, C. H., Iversen, A., Fairhead, J. R. Is the cultural context of MMR rejection a key to an effective public health discourse? *Public Health.* 2006;120(9):783-94.
- 149 Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C., *et al.* Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Rep.* 2011;126 Suppl 2:135-46.
- 150 Jones, L., Sciamanna, C., Lehman, E. Are those who use specific complementary and alternative medicine therapies less likely to be immunized? *Prev Med.* 2010;50(3):148-54.
- 151 Gaudino, J. A., Robison, S. Risk factors associated with parents claiming personal-belief exemptions to school immunization requirements: community and other influences on more skeptical parents in Oregon, 2006. *Vaccine.* 2012;30(6):1132-42.
- 152 Zuzak, T. J., Zuzak-Siegrist, I., Rist, L., Staubli, G., Simoes-Wust, A. P. Attitudes towards vaccination: users of complementary and alternative medicine versus non-users. *Swiss Med Wkly.* 2008;138(47-48):713-8.
- 153 Ernst, E. Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination. *Vaccine.* 2002;20:S90-S93.
- 154 Park, J. Le recours aux soins de santé non traditionnels. *Rapports sur la santé.* 2005;16(2):41-44.
- 155 Higgins, J. P. T., Green, S. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration. www.cochrane-handbook.org.
- 156 Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations*. 5th Edition, New York, The Free Press, 551 p.
- 157 Ndiaye, S. M., Hopkins, D. P., Shefer, A. M., Hinman, A. R., Briss, P. A., Rodewald, L., *et al.* Interventions to improve influenza, pneumococcal polysaccharide, and hepatitis B vaccination coverage among high-risk adults: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2005;28(5 Suppl):248-79.
- 158 Kreuter, M. W., Caburnay, C. A., Chen, J. J., Donlin, M. J. Effectiveness of individually tailored calendars in promoting childhood immunization in urban public health centers. *Am J Public Health.* 2004;94(1):122-7.
- 159 Gowda, C., Schaffer, S. E., Kopec, K., Markel, A., Dempsey, A. F. A pilot study on the effects of individually tailored education for MMR vaccine-hesitant parents on MMR vaccination intention. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9(2):437-45.
- 160 Gerend, M. A., Shepherd, M. A., Lustria, M. L. Increasing human papillomavirus vaccine acceptability by tailoring messages to young adult women's perceived barriers. *Sex Transm Dis.* 2013;40(5):401-5.

- 161 Witteman, H. O., Zikmund-Fisher, B. J. The defining characteristics of Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate. *Vaccine*. 2012;30(25):3734-40.
- 162 Larson, H. J., Smith, D. M., Paterson, P., Cumming, M., Eckersberger, E., Freifeld, C. C., *et al.* Measuring vaccine confidence: analysis of data obtained by a media surveillance system used to analyse public concerns about vaccines. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(7):606-13.
- 163 Dubé, E., Huot, C., Jacques, S., Paré, R., Kossowski, A. Évaluation du projet de démonstration : Vaccination contre la grippe en clinique externe pédiatrique spécialisée: Institut national de santé publique du Québec, 2013, 38 p. + annexes.
- 164 Dubé, E., Defay, F., Kiely, M., Guay, M., Boulianne, N., Sauvageau, C., *et al.* Vaccine hesitancy: attitudes of parents and health care workers. Poster presentation. 10th Canadian Immunization Conference, Vancouver, December 3-5, 2012.
- 165 Hamid, A. Évaluation de la couverture vaccinale des jeunes enfants de la Montérégie au regard des facteurs sociodémographiques et impact de l'ajout de nouveaux vaccins. Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, 199 p.
- 166 Arsenault, K., Bernier, V., Gromova, S., Maltais, S., Wassimi, S. Rapport de l'étude sur la perception de la gastroentérite aiguë (GEA) et du vaccin anti-rotavirus auprès des mères en Estrie. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, 2011, 39 p.
- 167 Kiely, M., Sauvageau, C., Dubé, E., Deceuninck, G., De Wals, P. Factors associated with HPV vaccination among adult women in Quebec. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(7):1421-1424.

Annexe 1

**Modèle logique ayant structuré les activités entourant le
plan de promotion de la vaccination et le plan d'action**

Modèle logique ayant structuré les activités entourant le plan de promotion de la vaccination et le plan d'action



Adapté de Briss, P. A., Rodewald, L. E., Hinman, A. R., Shefer, A. M., Strikas, R. A., Bernier, R. R., *et al.* Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med.* 2000;18(1S):97-140.

Annexe 2

**Liste des mots clés utilisés en langage naturel
lors de la recherche documentaire**

Liste des mots clés utilisés en langage naturel lors de la recherche documentaire

Identification des études CAP	
CONCEPTS	MOTS CLÉS
VACCINATION	<i>vaccination, immunisation, immunization, (mass immunization, immunization program)</i>
CAP/ CV	<i>knowledge, attitude, belief, practice, behavior, determinant</i>
Ces deux concepts ont été lancés séparément pour les professionnels de la santé et la population	
POPULATION	<i>population, adult, public, mother, father, parent, caregivers</i>
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	<i>healthcare worker, healthcare professional, health personnel, health professional, paediatrician, pediatrician, family physician, nurse</i>
Identification des études portant sur des interventions de promotion de la vaccination	
CONCEPTS	MOTS CLÉS
VACCINATION	<i>vaccination, immunisation, immunization, (mass immunization, immunization program)</i>
INTERVENTIONS DE PROMOTION	<i>social marketing, advertising, advertizing, advertisement, campaign, education, intervention, marketing, promotion, program</i>
CAP/ CV	<i>rate, coverage, uptake, knowledge, attitude, practice, behavior, awareness</i>

Annexe 3

Tableaux des principaux résultats des études CAP – Mise à jour 2008-2014

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès des parents entre 2008 et 2014**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
VACCINATION INFANTILE EN GÉNÉRAL					
Dubé et Vivion (2014)[46] Québec (4 régions) Collecte (2011-2012)	Comprendre comment et pourquoi les mères québécoises décident de faire vacciner ou non leur nouveau-né	Qualitative; entrevue face à face ou téléphonique Devis longitudinal (2 entrevues, second ou troisième trimestre de la grossesse et lorsque l'enfant était âgé entre 3 et 11 mois) Approche basée sur la théorisation ancrée	55	À la première entrevue Répondant – mère : 100 % Âge moyen : 30 ans Niveau scolaire - universitaire complété : 50,9 % (28/55) Grossesse suivie par un médecin : 47,3 % (26/55) % primipare : 25,5 % (14/55)	■ À la première entrevue, 24 mères étaient favorables à la vaccination, 6 mères étaient défavorables et 25 mères étaient hésitantes. ■ À la seconde entrevue, 21 des mères favorables à la vaccination (n = 24) ont accepté l'ensemble des vaccins recommandés selon le calendrier vaccinal. 2 mères ont refusé le vaccin contre le rotavirus et 1 mère a repoussé la vaccination de façon non intentionnelle. Les mères étaient satisfaites de leur décision et aucune n'a rapporté de réactions indésirables chez leur enfant. ■ Toutes les mères défavorables à la vaccination ont refusé les vaccins et étaient satisfaites de cette décision. ■ 14 mères hésitantes (14/25) ont choisi de faire vacciner leur enfant selon le calendrier vaccinal, tandis que 8 ont refusé certains vaccins ou ont repoussé la vaccination et 3 ont refusé tous les vaccins. Les mères hésitantes pour qui l'enfant né était le premier de la famille étaient plus nombreuses à avoir accepté les vaccins (9/12) que les mères hésitantes ayant déjà d'autres enfants (5/13). ■ Les mères hésitantes qui ont suivi le calendrier vaccinal n'étaient pas convaincues d'avoir pris la bonne décision et certaines rapportaient des préoccupations relatives au vaccin contre la varicelle. Peu de mères hésitantes, peu importe leur décision, étaient entièrement satisfaites. ■ Les principaux facteurs ayant influencé les mères à accepter la vaccination incluent le désir de protéger l'enfant contre la maladie, la peur de la maladie, le regret anticipé, le fait de considérer la vaccination comme une norme, la pression à faire vacciner, la confiance envers les professionnels de la santé, la susceptibilité de l'enfant et la protection d'autrui.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- Les principaux facteurs ayant influencé les mères à refuser un ou des vaccins ou encore à repousser la vaccination incluent une position de compromis, une perception de la maladie comme étant bénigne, la peur des effets secondaires, le fait qu'il s'agisse d'un nouveau vaccin, le sentiment de culpabilité ou de la pression ressentie à faire vacciner, une expérience antérieure désagréable de la vaccination, la peur des injections multiples dans une même visite, de l'information sur le choix d'un calendrier vaccinal alternatif. - Les principaux facteurs ayant influencé les mères à refuser la vaccination incluent la perception que les vaccins ne sont pas sécuritaires et efficaces, une préférence pour l'immunité naturelle, la perception d'un risque plus grand à la vaccination qu'à la maladie, une préférence pour d'autres modes de protection tels que les vaccins homéopathiques.
Boulianne <i>et al.</i> (2013)[43] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Estimer la couverture vaccinale des enfants québécois et examiner l'impact de certains facteurs socio-démographiques sur la couverture vaccinale des enfants québécois	Quantitative; questionnaire postal et relance téléphonique Devis transversal	1 450 Taux de réponse : 76 % parents de cohorte 1 an et 72 % parents de la cohorte 2 ans	Répondant - mère : 89,4 % cohorte 1 an 90,9 % cohorte 2 ans Âge moyen à la naissance - 20 à 29 ans : 43,9 % cohorte 1 an 45,0 % cohorte 2 ans Professionnel ayant assisté l'accouchement - médecin seulement : 95,8 % cohorte 1 an 95,4 % cohorte 2 ans	- Au niveau des deux cohortes, environ 9 répondants sur 10 se sont dits suffisamment informés par rapport à la vaccination et croyaient que les vaccins étaient sécuritaires, efficaces et utiles. Moins de 2 répondants sur 3 croyaient qu'il y avait des risques pour la santé si l'enfant recevait les vaccins en retard. 8 répondants sur 10 trouvaient acceptable que l'enfant reçoive 2 injections au moment d'une même visite (proportion diminuée à 16 % pour 4 injections). 3 répondants sur 10 croyaient qu'il n'y avait pas plus de risque d'effets secondaires avec les injections multiples et les trois quarts ont indiqué préférer les vaccins combinés. - En analyse multivariée, l'âge tardif au premier vaccin et le rang de l'enfant dans la fratrie étaient les seules variables communes aux deux cohortes parmi les facteurs associés de façon indépendante au statut vaccinal incomplet à 15 mois et à 24 mois.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Niveau scolaire - universitaire complété : 40,5 % cohorte 1 an 42,7 % cohorte 2 ans Langue maternelle - français : 78,9 % cohorte 1 an 79 % cohorte 2 ans Type de famille - avec conjoint : 91,6 % cohorte 1 an 93,3 % cohorte 2 ans	- Les variables qui exerçaient un lien significatif exclusivement dans la cohorte 1 an étaient le fait que le répondant ne croyait pas que les vaccins étaient sécuritaires, efficaces ou utiles, qu'il n'indiquait pas nécessairement son accord pour les vaccins combinés, que la mère n'ait jamais fréquenté l'université et le fait que l'enfant ait reçu des vaccins partiellement ou totalement en clinique médicale/centre hospitalier. - Auprès des répondants de la cohorte 2 ans, les variables associées significativement au statut vaccinal incomplet de leur enfant étaient la présence d'une occasion manquée à 12 mois, le fait de demeurer dans la région métropolitaine de Montréal ou dans une agglomération égale ou inférieure à 100 000 habitants et le fait de ne pas se sentir suffisamment informé sur la vaccination.
Dubé <i>et al.</i> (2012)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les attitudes des parents concernant la vaccination	Quantitative, questionnaire téléphonique Devis transversal	1 463	Sexe – féminin : 53 % Groupe d'âge - 18 à 49 ans : 88 %	91 % des répondants considéraient leurs connaissances sur la vaccination en général comme étant satisfaisantes. - Les sources principales d'information étaient les médecins et infirmières (25 %), Internet (13 %) et la télévision (12 %). - Plus de la moitié des répondants considéraient les vaccins comme étant sécuritaires, efficaces et bénéfiques pour la santé des individus. 43 % des répondants considéraient que les enfants recevaient trop de vaccins et 46 % étaient d'avis qu'un bon mode de vie pouvait éliminer le besoin de recourir à la vaccination.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Gagneur <i>et al.</i> (2012)[47] Québec (Estrie) Collecte (2010-2011)	Rechercher les facteurs déterminants de l'intention de vaccination auprès des familles d'enfants nés en maternité au CHUS	Quantitative; questionnaire au site Essai contrôlé quasi randomisé Entrevue motivationnelle et stades de Prochaska et DiClemente	Taux de refus : 14 %	Non définies	Les facteurs associés à l'intention de vaccination étaient le fait de savoir qu'il est important d'administrer les doses de vaccins à 2, 4 et 5 mois (RCa : 2,9), le fait de percevoir un risque encouru par l'enfant s'il ne se fait pas vacciner (RCa : 2,3), le fait de penser qu'il est important de vacciner dès l'âge de 2 mois (RCa : 10,0), l'opinion favorable du conjoint par rapport à la vaccination (RCa : 4,5) et le rang de l'enfant dans la fratrie (2° ou plus) (RCa : 3,6).
Boulianne <i>et al.</i> (2011)[35] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Mesurer les retards vaccinaux et les occasions manquées de vaccination et vérifier l'impact de certains facteurs socio-démographiques sur la couverture vaccinale des enfants québécois	Quantitative; questionnaire postal et relance téléphonique Devis transversal	1 233 Taux de réponse : 64 % parents de cohorte 1 an et 61 % parents de la cohorte 2 ans	Répondant - mère : 88,8 % cohorte 1 an 87,6 % cohorte 2 ans Âge moyen à la naissance - 20 à 29 ans : 48,7 % cohorte 1 an 49,8 % cohorte 2 ans Professionnel ayant assisté l'accouchement - médecin seulement : 96,6 % cohorte 1 an 97,4 % cohorte 2 ans Niveau scolaire - universitaire complété : 40,3 % cohorte 1 an 34,1 % cohorte 2 ans Langue maternelle - français : 77,8 % cohorte 1 an 78,2 % cohorte 2 ans	- Environ 85 % des répondants se sentaient suffisamment informés sur la vaccination dans les deux cohortes. La très grande majorité des répondants (environ 9 sur 10) croyaient que les vaccins étaient sécuritaires, efficaces et utiles. 52 % des répondants de la cohorte 1 an considéraient que les retards dans la vaccination pouvaient entraîner des risques pour la santé de l'enfant. - Près de 4 répondants sur 10 dans les deux cohortes considéraient qu'il y avait plus de risques d'effets secondaires si l'enfant recevait plusieurs injections lors de la même visite, et environ 7 sur 10 croyaient qu'il était préférable d'utiliser des vaccins combinés. - Un peu plus des trois quarts des répondants des deux cohortes trouvaient acceptable le fait qu'un enfant reçoive deux injections lors d'une même visite, mais cette proportion baissait de façon importante lorsqu'il s'agissait de trois et de quatre injections à la même visite. - En analyse multivariée, l'âge tardif au premier vaccin était la seule variable commune aux deux cohortes parmi les facteurs associés de façon indépendante au statut vaccinal incomplet à 15 mois et à 24 mois.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Type de famille - avec conjoint : 92,4 % cohorte 1 an 91,5 % cohorte 2 ans	- Les variables qui exerçaient un lien significatif exclusivement dans la cohorte 1 an et qui étaient également ressorties en 2008 étaient la présence d'une occasion manquée à la première visite prévue à 2 mois et le fait pour la mère d'avoir une langue maternelle autre que le français. Les autres variables qui étaient significativement liées au statut vaccinal incomplet étaient la vaccination exclusivement en clinique médicale/centre hospitalier, le fait pour le parent de ne pas croire que les vaccins soient utiles pour la santé de l'enfant et une naissance de l'enfant à l'extérieur du Québec. - Trois variables ressortaient exclusivement pour les répondants de la cohorte 2 ans. Il s'agissait, pour l'enfant, d'occuper le 3^e rang ou plus dans la famille, d'une occasion manquée à la visite prévue à 12 mois et, pour le parent, de ne pas se sentir suffisamment informé sur la vaccination. Être une mère âgée de moins de 30 ans ressortait également comme variable significative.
Ekos Research Associates (2011)[38] Canada (Québec inclus) Collecte (2011)	Établir les connaissances, les attitudes et le comportement des parents canadiens en matière d'immunisation	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal	1 745 N répondants pour le Québec : 423 Taux de réponse global : 23,4 %	Non définies	- La moitié des répondants (50 %) se disaient hautement familiers avec les vaccins. - En termes d'importance des vaccins, 80 % considéraient le vaccin DCaT-Polio-Hib comme étant hautement important, 76 % pour le vaccin méningocoque, 75 % pour RRO, 68 % pour Hépatite B, 67 % pour pneumocoque, 52 % pour les VPH, 51 % pour varicelle, 26 % pour grippe saisonnière. 88 % étaient en accord avec l'importance des vaccins et 86 % avec leur efficacité. Quant à la décision relative à la vaccination, 89 % des répondants disaient que l'enfant était à jour dans ses vaccins. - Les raisons de non-vaccination invoquées étaient la perception que les vaccins n'étaient pas nécessaires pour 28 %, la préoccupation sur la sécurité du vaccin pour 17 %, le fait de ne pas croire aux vaccins pour

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					16 % et le fait qu'il y a trop d'effets secondaires pour 12 %. 8 % des répondants disaient que la décision de recourir à la vaccination était difficile et 3 % qu'elle était très difficile. Chez les répondants ayant répondu qu'il était difficile de prendre une décision en matière de vaccination, la difficulté venait des effets secondaires possibles pour 22 % d'entre eux, de l'évidence de conflits ou controverse pour 18 %, d'une incertitude/incapacité de prendre une décision pour 14 % et du manque d'information pour 12 %.
Gbaya (2010)[34] Québec (Lanaudière) Collecte (2008)	Évaluer l'impact de certains facteurs socio-démographiques sur la couverture vaccinale d'enfants lanaudois âgés de 24 à 26 mois au premier avril 2008	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal	264 Taux de réponse : 71 %	Sexe - féminin : 87 % Âge à la naissance de l'enfant - 20 à 39 ans : majorité Langue maternelle - français : 95,1 % Statut matrimonial - famille avec conjoint : 92 % Niveau de scolarité - secondaire complété ou non : 33,6 %	85 % des enfants avaient une couverture vaccinale complète, 83 % une couverture vaccinale complète et valide, 14 % une couverture vaccinale incomplète et 2 % n'avaient pas été vaccinés. - Les enfants ayant reçu une dose du vaccin contre la grippe étaient, en proportion, plus nombreux à avoir un statut vaccinal complet à 24 mois que les non-vaccinés (89 % vs 79 %). Les facteurs significativement associés au statut vaccinal de l'enfant pour une couverture vaccinale complète à 24 mois étaient, en termes de caractéristiques de l'enfant; le sexe féminin et le rang de l'enfant dans la famille (premier), en termes d'opinions et de perceptions des répondants; les risques à la santé si l'on retarde la vaccination, le caractère acceptable d'une administration de 2 injections lors d'une même visite, en termes d'âge à l'administration du premier vaccin; < 3 mois et, en termes d'occasions manquées de vaccination; le fait d'avoir tous les vaccins administrés lors des visites prévues à 2 mois et tous les vaccins administrés lors des visites prévues à 12 mois.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					■ Au niveau de la perception des répondants quant aux retards à la vaccination, 8 % rapportaient un retard à la première visite. Deux raisons étaient invoquées, soit la difficulté d'obtenir un rendez-vous ou le fait d'oublier de prendre le rendez-vous. Seuls 43 % des répondants dont l'enfant avait reçu son premier vaccin en retard percevaient ce retard.
Hamid <i>et al.</i> (2010)[33, 165] Québec (Montréal) Collecte (2005-2008)	Évaluer la couverture vaccinale des enfants de la Montérégie au regard des facteurs socio-démographiques et explorer l'impact de l'ajout des nouveaux vaccins sur l'observance du calendrier de vaccination et l'opinion des parents	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	2 565 (1 457 parents de la cohorte 2002-03, 1 108 parents de la cohorte 2004-05) Taux de réponse : Cohorte 2002-03 : 56 % Cohorte 2004-05 : 57 %	Sexe - féminin : 91 % Âge - groupe 30 à 39 ans : 67 % cohorte 2002-03 56 % cohorte 2004-05 Scolarité - supérieure au niveau secondaire : plus des 2/3 pour les 2 cohortes Statut matrimonial au moment de l'enquête - avec conjoint : plus de 90 % dans les 2 cohortes Langue parlée à la maison - français : 87 %	■ 77 % des enfants de la cohorte 2002-03 avaient reçu tous les vaccins requis et 2 % n'avaient jamais été vaccinés. ■ Parmi les facteurs sociodémographiques, seul le rang dans la fratrie était associé significativement au statut vaccinal de l'enfant. Une plus forte proportion d'enfants avaient un statut vaccinal complet parmi les premiers nés de la famille en analyse bivariable et en multivariée (RCa : 1,34). ■ L'analyse de l'observance du calendrier de vaccination a montré un retard dans la réception des 2^e et 3^e doses du vaccin DCaT-Polio-Hib chez les enfants de la cohorte 2004-05 comparativement à ceux de la cohorte 2002-03. ■ Au niveau de l'opinion des répondants sur les injections multiples, la majorité reconnaissait l'importance de respecter les recommandations. Plus de 85 % des répondants des 2 cohortes étaient en accord avec l'énoncé : « Il est préférable que mon enfant reçoive ses vaccins à l'âge recommandé même si cela implique deux injections ou plus lors d'une même visite ». 73 % des répondants estimaient qu'il y avait des risques à retarder certains vaccins. Un peu plus de 65 % pensaient qu'il était avantageux d'administrer les vaccins en même temps lorsque c'était recommandé.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Rang de l'enfant dans la fratrie - 1^{er} : 50,1 % cohorte 2002-03 48,3 % cohorte 2004-05	- Les deux tiers (65 % cohorte 2002-03 et 67 % cohorte 2004-05) étaient en désaccord avec l'énoncé « Si on donne plusieurs piqûres au cours d'une même visite, la douleur de mon enfant sera plus difficile à soulager ». De nombreux répondants (76 %) préféraient 2 à 3 injections lors d'une même visite et 61 % craignaient une augmentation du risque d'effets secondaires. Une corrélation significative ($p > 0,01$) a été mise en évidence entre le nombre d'injections jugé acceptable par les répondants et leur degré d'accord quant aux énoncés sur les injections multiples. - Pour ce qui est de la section des commentaires sur le questionnaire, un grand nombre de répondants se disaient être en désaccord avec les injections multiples, semblaient préoccupés par la sécurité, l'efficacité des vaccins ainsi que les effets secondaires et leur impact sur l'enfant à long terme. Quelques répondants trouvaient qu'il y avait beaucoup trop de vaccins et se questionnaient sur la nécessité de certains (varicelle et grippe plus souvent rapportés) qu'ils trouvaient peu efficaces tandis que d'autres pensaient que la vaccination devait demeurer le choix du parent. Certains estimaient qu'il y avait un manque de sensibilisation sur l'importance de la vaccination en général et sur les conséquences de ne pas vacciner les enfants ou de retarder les vaccins. 9 % des enfants de la cohorte 2002-03 et 14 % de la cohorte 2004-05 ont affirmé être encouragés par leur vaccinateur à diminuer le nombre d'injections lors d'une même visite. 57 % des répondants de la cohorte 2002-03 étaient en faveur d'une à deux injections lors d'une même visite et cet avis n'était partagé que par 40 % des répondants de la cohorte 2004-05.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Boulianne <i>et al.</i> (2009)[37] Québec (16 régions) Collecte (2008)	Mesurer les retards vaccinaux et les occasions manquées de vaccination et vérifier l'impact de certains facteurs socio-démographiques sur la couverture vaccinale des enfants québécois	Quantitative; questionnaire postal et relance téléphonique Devis transversal	1 281 Taux de réponse : 66 % cohorte 1 an 64 % cohorte 2 ans	Sexe - féminin : 89,7 % cohorte 1 an 92,6 % cohorte 2 ans Groupe d'âge - 20 à 39 ans : plus de 90 % Niveau de scolarité - universitaire complété ou non : 43,5 % Famille avec conjoint : 94,2 % cohorte 1 an 92,2 % cohorte 2 ans	■ En analyse multivariée, le fait de recevoir son premier vaccin à l'âge de 3 mois ou plus alors qu'il est prévu à 2 mois, de ne pas recevoir simultanément les deux injections prévues à cette visite, d'être le 2^e enfant ou plus dans la famille, que la mère ait une langue maternelle autre que le français et que l'enfant soit né à l'extérieur du Québec étaient des facteurs de risque au fait de ne pas avoir complété le calendrier de vaccination. Le fait de ne pas avoir reçu en même temps les quatre vaccins prévus à 12 mois s'ajoutait également à ces variables. ■ Un peu plus de 86 % des répondants se sentaient suffisamment informés sur la vaccination dans les deux cohortes, alors que 62 % pour la cohorte 1 an et 65 % pour la cohorte 2 ans considéraient que les retards dans la vaccination pouvaient entraîner des risques pour la santé de l'enfant. ■ Entre 37 % (cohorte 1 an) et 41 % (cohorte 2 ans) des répondants considéraient qu'il y avait plus de risques d'effets secondaires si l'enfant recevait plusieurs injections lors de la même visite, et les trois quarts (74 %) croyaient qu'il était préférable d'utiliser des vaccins combinés. ■ Le niveau d'acceptabilité des injections multiples lors d'une même visite diminuait considérablement à mesure que le nombre d'injections augmentait, passant de 85 % pour deux injections à 23 % pour quatre injections dans le cas de la cohorte 1 an. ■ En ce qui concerne la plupart des énoncés d'opinions concernant la vaccination avec la cohorte 1 an, les répondants en accord avec l'énoncé étaient proportionnellement et significativement plus nombreux à avoir un enfant avec un statut vaccinal complet à 15 mois que ceux qui étaient en désaccord.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					■ Bien qu'allant dans le même sens, l'énoncé stipulant qu'il n'y avait pas plus de risques d'effets secondaires lorsqu'on donne plusieurs injections lors d'une même visite n'était pas significativement lié à la couverture vaccinale de l'enfant. ■ Les écarts les plus importants étaient observés avec les items « je me sens suffisamment informé sur la vaccination de mon enfant » et « il est préférable que mon enfant reçoive un vaccin combiné » où 78 % des répondants en accord avec ces items avaient un enfant avec une couverture complète contre environ 59 % pour ceux qui étaient en désaccord. ■ Dans le cas de la cohorte 2 ans, le constat était le même en ce qui concernait la comparaison des répondants en accord avec les énoncés par rapport à ceux en désaccord. Toutefois, il n'y avait pas de lien significatif avec la couverture complète de l'enfant à 24 mois dans le cas des items concernant l'acceptabilité de l'administration de deux et trois injections lors d'une même visite. ■ En analyse multivariée, l'âge tardif au premier vaccin, la présence d'une occasion manquée à 12 mois (ne pas avoir reçu les quatre vaccins simultanément à l'âge de 1 an), le rang de l'enfant dans la famille (2^e ou plus chez les 1 an et 3^e ou plus chez les 2 ans) ainsi que le fait pour le répondant de ne pas se sentir suffisamment informé sur la vaccination étaient des variables associées au statut vaccinal incomplet de l'enfant dans les deux cohortes. ■ L'association était beaucoup plus forte pour l'âge tardif au premier vaccin avec la cohorte 2 ans. ■ Les variables qui exerçaient un lien significatif exclusivement dans la cohorte 1 an étaient la présence d'une occasion manquée à la première visite prévue à 2 mois, le fait, pour le répondant, de ne pas avoir une opinion totalement favorable par rapport aux injections multiples et d'avoir une langue maternelle autre que le français.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					Les variables qui ressortaient exclusivement avec la cohorte 2 ans étaient le taux de population urbaine de la MRC de résidence (plus la population était urbaine, plus faible était la couverture vaccinale), le fait de ne pas trouver qu'il y avait de risques à retarder la vaccination et le fait que l'enfant soit né à l'extérieur du Québec.
Guay <i>et al.</i> (2009)[7] Québec (Estrie) Collecte (2007-2008)	Explorer les savoirs, croyances et pratiques des parents d'enfants âgés entre 0 et 2 ans concernant la vaccination	Qualitative; entrevues face à face Devis transversal	18	Sexe - féminin : 100 % (3 avec le conjoint) Âge moyen : 31 ans Niveau de scolarité : élevé pour la plupart Occupation : salariée pour la plupart Naissance - Québec : majorité Langue parlée - Français : majorité Vivre en couple : majorité Avoir plus d'un enfant : majorité	11 répondantes avaient eu recours à la vaccination comme moyen de protection contre certaines ou l'ensemble des maladies infectieuses. 7 répondantes avaient une perception favorable de la vaccination, 9 une perception défavorable et 2 étaient hésitantes. - L'évolution des perceptions quant à la vaccination survenait parfois au moment de faire vacciner un deuxième enfant. - Même si plusieurs des répondantes reconnaissaient les bienfaits de la vaccination, seulement 3 d'entre elles avaient fait référence à la protection collective que la vaccination peut conférer. - L'analyse réalisée témoignait de 2 profils de parents, soit ceux qui adoptaient des approches naturelles jugées préférables à la vaccination et ceux qui acceptaient la vaccination comme moyen de prévention. Parmi les points communs aux 2 profils, il y avait la préoccupation relative aux risques d'effets secondaires de la vaccination ainsi que la présence d'une certaine réserve face à l'introduction de nouveaux vaccins, face à la vaccination contre des maladies considérées bénignes et face aux injections multiples. Une importance était accordée au fait d'être bien informé sur la vaccination par les 2 profils. - En termes d'information sur la vaccination, la grande majorité se renseignait auprès de diverses sources selon leurs croyances. L'information provenant de ressources alternatives en santé ou de professionnels

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					de la santé réticents à la vaccination pouvait contribuer au développement de perceptions parentales négatives de la vaccination. À l'inverse, des échanges avec des personnes vaccinatrices étaient susceptibles de favoriser la construction d'une opinion positive de la vaccination.
VACCINATION SELON UN VACCIN SPÉCIFIQUE					
Dubé <i>et al.</i> (2013)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les croyances, attitudes et comportements des parents concernant la rougeole et sa prévention par la vaccination dans le contexte d'une campagne de vaccination de rattrapage	Quantitative, questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	770	Sexe - masculin : 46 % Groupe d'âge - 18 à 49 ans : 86 %	70 % considéraient leurs connaissances sur la vaccination contre la rougeole comme étant satisfaisantes. 98 % des répondants ont dit que leur enfant était vacciné contre la rougeole et 86 % ont dit que leur enfant avait reçu l'ensemble des vaccins recommandés. - Les raisons principales d'avoir eu recours à la vaccination contre la rougeole étaient le fait qu'il s'agisse d'un vaccin faisant partie du programme régulier d'immunisation (30,3 %), pour un motif de protection de l'enfant contre la rougeole (29,6 %) et en raison d'une recommandation d'un professionnel de la santé (19,3 %). - Environ 4 parents sur 5 percevaient la rougeole comme étant une maladie dangereuse pouvant avoir des complications sérieuses pour leur enfant. - Le vaccin contre la rougeole était perçu comme étant sécuritaire (93 %) et efficace pour 86 %. - Au moins 1 répondant sur 4 pensait que le vaccin pouvait causer la rougeole et 40 % étaient en accord avec le fait que le vaccin pouvait conduire à de sérieux effets secondaires. 84 % des répondants regretteraient ne pas avoir fait vacciner leur enfant dans le cas où ce dernier l'attraperait.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					■ S'il y avait des cas de rougeole dans une école, 73 % des parents considéreraient acceptable de retirer de l'école les étudiants non vaccinés. ■ 94 % des parents avaient confiance que les autorités de santé prennent les mesures appropriées pour protéger la santé des étudiants et du personnel.
Dubé <i>et al.</i> (2012)[41] Canada (3 villes dont Québec) Collecte (2008-2009)	Évaluer les connaissances, attitudes et l'intention concernant les maladies associées au rotavirus et identifier les déterminants de l'acceptation de faire vacciner son enfant contre le rotavirus	Quantitative, questionnaire téléphonique Devis longitudinal Théorie du comportement planifié et théorie des comportements interpersonnels	413 parents phase I et 394 phase II Taux de rétention : 95 %	Ville de résidence - Québec : 60,1 % Âge de la mère à la naissance de l'enfant - 30 à 39 ans : 61,5 % Niveau de scolarité - universitaire : 62,9 % Revenu annuel du ménage - plus de 75 000 \$: 55,7 %	■ 49 % des répondants avaient déjà entendu parler du rotavirus avant leur participation à l'étude. ■ 67 % avaient l'intention ferme de faire vacciner leur enfant contre le rotavirus. ■ Les variables associées à l'intention en analyse multivariée lors de la phase I étaient la norme morale, la norme subjective, le revenu du ménage et la capacité de faire vacciner son enfant. ■ De façon générale, 60 % des parents qui avaient l'intention ferme de faire vacciner leur enfant ont rapporté que ce dernier avait reçu 1 dose ou plus du vaccin à la phase II comparativement à 2 % chez les parents qui n'avaient pas l'intention de faire vacciner leur enfant. ■ Les variables associées avec le comportement de vaccination de l'enfant à la phase II étaient, outre l'intention de vaccination (RC : 9,78), le fait d'avoir été recruté dans une clinique pédiatrique à la ville de Québec (RC : 8,77), la norme morale (RC : 4,59) et le revenu du ménage supérieur à 75 000 \$ (RC : 2,24).

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Fisher <i>et al.</i> (2012)[44] Canada (Québec inclus) Collecte (était toujours en cours au moment de la présentation)	Évaluer les connaissances et les attitudes au regard de la vaccination de routine ainsi que celle contre le méningocoque de sérogroupe B chez des parents d'enfants âgés entre 2 et 6 mois	Quantitative; questionnaire pré/post visite médicale où de l'information standardisée sur le vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B est fournie durant la consultation Devis transversal	221 (cible visée à 300 répondants) 19 cliniques impliquées au pays	Non définies	- Les perceptions que les répondants entretiennent à l'égard de la vaccination étaient corrélées avec leurs perceptions de la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe B. - La majorité des parents avaient l'intention de faire vacciner leur enfant avec le vaccin. - Les attitudes, la perception de la norme sociale et l'expérience vaccinale d'un enfant plus âgé étaient les prédicteurs significatifs de l'intention de faire vacciner l'enfant contre le méningocoque de sérogroupe B. - Ni le nombre d'injections ou le profil d'événements indésirables du vaccin influençaient l'intention parentale. - Le coût du vaccin avait un impact sur l'acceptabilité, un coût plus élevé conduisant à une plus faible intention de vaccination.
Guay <i>et al.</i> (2012)[42] Québec Collecte (2009 et 2011)	Évaluer les déterminants (connaissances et attitudes) de la vaccination contre les VPH chez les parents d'adolescentes québécoises ainsi que les facteurs socio-démographiques associés	Quantitative/ qualitative; questionnaire/ groupe de discussion Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé, modèle systémique de médecine clinique préventive et modèle logique de vaccination	1 319 Taux de réponse : 45,8 % 6 mères ont participé au groupe de discussion	Sexe - féminin : 89 % Groupe d'âge - 40 ans et plus : 89 % Groupe linguistique - francophone : 83 % Groupe ethnique - québécois ou canadien : 84 % Vivant avec un conjoint : 79 % Famille composée de 2 enfants ou moins : 80 %	- En analyse multivariée, les facteurs associés au fait de vouloir que leur fille soit vaccinée étaient une attitude favorable à la vaccination contre les VPH (RCa : 3,01), la recommandation favorable d'un professionnel de la santé (RCa : 2,94), des attitudes et croyances favorables à la vaccination en général (RCa : 2,11), le fait d'habiter dans une région où le Programme VPH scolaire était élargi (RCa : 1,69), la scolarité de leur fille (4^e secondaire) (RCa : 2,61) et le regret anticipé par la non-vaccination de leur fille (RCa : 1,27). - Les facteurs associés au fait de ne pas vouloir que leur fille soit vaccinée étaient la recommandation à l'encontre de la vaccination d'un professionnel de la santé autre qu'un médecin ou une infirmière (RCa : 0,66), le fait que leur fille ne fréquente pas l'école (RCa : 0,12), l'âge plus élevé de leur fille (RCa : 0,65), l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois (RCa : 0,63), une source principale d'information sur les VPH qui est une source autre que leur fille, l'école de leur fille ou le CSSS

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Religion - catholique : 72 % Se considérant financièrement à l'aise : 85 %	(RCa : 0,55), la perception de barrières à la vaccination (dont des inquiétudes sur la sécurité du vaccin) (RCa : 0,53), le fait d'avoir apporté des suggestions pour améliorer les services de vaccination VPH offerts aux adolescentes (RCa : 0,52) et l'absence d'information sur la vaccination contre les VPH offerte aux adolescentes (RCa : 0,04).
Krawczyk <i>et al.</i> (2012) [45] Québec Collecte (2009-2010)	Identifier les différences présentes entre les parents qui acceptent et ceux qui refusent la vaccination de leur(s) fille(s) contre les VPH	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	834 Taux de réponse : 33 %	Sexe - féminin : 95,7 % Âge moyen : 40,2 ans Niveau scolaire complété - universitaire : 36,6 % Groupe linguistique - francophone : 90,6 % Groupe ethnique - caucasien : 88,5 % Statut matrimonial - marié ou conjoint de fait : 80,4 % Religion - catholique : 83,2 % Revenu annuel - entre 30 000 \$ et 100 000 \$: 56,9 %	88,2 % des répondants ont rapporté avoir accepté la vaccination. - En analyse univariée, la langue (RC : 4,63), la religion (RC : 0,87), l'adhésion aux autres vaccins de routine recommandés (RC : 0,14), le fait d'avoir refusé un vaccin par le passé (RC : 1,96), les normes sociales (RC : 1,65), des attitudes positives (RC : 1,13), des attitudes négatives (RC : 0,89), le fait de croire que le vaccin encourage l'activité sexuelle (RC : 0,77), le fait de croire que le vaccin joue sur l'activité sexuelle à un plus jeune âge (RC : 0,76) et le fait de penser que leur fille sera jugée si elle reçoit le vaccin (RC : 0,80) ont été trouvés comme étant significatifs de l'acceptabilité du vaccin. - En analyse multivariée, la perception parentale de la sécurité du vaccin était le facteur le plus fortement associé à l'acceptabilité du vaccin par les répondants (RO : 1,73). Les autres facteurs associés en analyse multivariée incluent la perception de barrières (RC : 0,94), les incitatifs à l'action (RC : 1,19) et les connaissances (RC : 0,87).

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Morin <i>et al.</i> (2012)[36, 166] Québec (Estrie) Collecte (2011)	Évaluer les connaissances, attitudes et croyances des femmes concernant la gastroentérite (GE) causée par le rotavirus et sa prévention par la vaccination et déterminer l'intention et les facteurs associés de recourir à la vaccination de l'enfant	Quantitative; questionnaire au site Devis transversal/ mesure avant-après intervention Modèle des croyances relatives à la santé, théorie de l'action raisonnée et cadre analytique de la stratégie nationale d'immunisation	343 Taux de réponse : 96,3 %	Sexe - féminin : 100 % Groupe d'âge - 18 à 29 ans : 57,3 % Niveau scolaire - universitaire : 34,7 % Revenu annuel - entre 26 000 \$ et 45 000 \$: 34,5 % Seconde moitié de grossesse : 61,5 % Rang dans la fratrie - 1^{er} enfant : 41,7 % Épisode de gastro-entérite antérieur : 43,9 %	74 % des répondantes ont l'intention de faire vacciner leur enfant contre le rotavirus. - Au niveau des connaissances et des croyances concernant la gastro-entérite, 77,5 % des répondantes ont répondu qu'il s'agissait d'une infection et 54,5 % ont mentionné une cause virale. - En ce qui a trait à la vulnérabilité de leur enfant, 93,3 % des répondantes pensaient que la gastro-entérite était une infection contagieuse et 73 % pensaient qu'elle était fréquente chez l'enfant de moins de 3 ans. 63,2 % des répondantes pensaient que le risque de contagion de leur enfant était élevé. Près de 80 % supposaient qu'une bonne hygiène de vie protégeait adéquatement l'enfant contre la gastro-entérite. - Au niveau de la sévérité, plus de 95 % des répondantes savaient que la gastro-entérite était associée à une déshydratation. 67 % croyaient que l'infection nécessitait souvent une consultation en urgence et 49 % une hospitalisation. 63 % pensaient qu'un enfant avec plusieurs épisodes de diarrhées dans une journée était très malade et que la gastro-entérite avait des conséquences importantes sur la vie professionnelle des parents. - Concernant la vaccination, 29 % des répondantes avaient entendu parler du vaccin. La principale source d'information était les médias (44 %) suivis par le médecin et l'infirmier (32 %) et la famille et les amis (16 %). - Une corrélation positive avec l'intention de recourir à la vaccination a été enregistrée avec la perception de la vulnérabilité ou de la sévérité de la maladie, la notion que la gastro-entérite est très fréquente chez les enfants de moins de 3 ans, la perception élevée que l'enfant soit à risque de contracter la gastro-entérite et la notion que l'infection nécessitait une

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					consultation en urgence. Une attitude générale positive face à la vaccination était aussi corrélée, spécialement quand les répondantes déclaraient que l'enfant recevrait tous les vaccins inclus dans le programme. ■ Le fait d'avoir déjà entendu parler des vaccins contre le rotavirus était inversement corrélé avec l'intention. ■ Les incitatifs à l'action étaient presque tous corrélés positivement avec l'intention vaccinale, les incitatifs principaux étant le remboursement du vaccin, l'intégration dans le programme et les recommandations par les autorités de santé, les médecins ou les parents. ■ En analyse multivariée, le fait de ne pas avoir d'autres enfants à la maison (RC : 2,3) et le fait d'avoir une perception de la vulnérabilité de l'enfant à la gastro-entérite (RC : 2,3) étaient associés avec une plus forte intention de vaccination. Le fait d'avoir déjà entendu parler de la gastro-entérite dans les médias (RC : 0,5) était négativement associé à l'intention vaccinale. Trois incitatifs à l'action étaient indépendamment associés avec une intention positive, soit le remboursement du vaccin (RC : 3,0), la recommandation par un médecin (RC : 22,1) et la protection contre les formes les plus graves de la gastro-entérite (RC : 4,4). ■ Au niveau de l'impact de la capsule d'information présentée, le fait de penser que la gastro-entérite était fréquente est passé de 73 % à 93 % et la proportion de répondantes qui pensaient que leur enfant était à grand risque de contracter la gastro-entérite est passée de 63 % à 95 %. Cependant, aucun changement n'était rapporté au niveau de l'intention vaccinale.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Langlois (2011)[39] Québec (Montréal) Collecte (2010)	Documenter les attitudes, les connaissances et les influences sociales des parents dont les enfants fréquentent des services de garde éducatifs (SGE) au regard à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) ainsi que la couverture vaccinale	Quantitative; questionnaire sur site Devis transversal Théorie des comportements interpersonnels	180 Taux de réponse : 33,8 %	Sexe - féminin : 83,7 % Groupe d'âge - 26-45 ans : 93,8 % Statut matrimonial - marié ou union libre : 91 % Niveau scolarité - minimalement complété des études partielles universitaires : 75,7 % Revenu brut familial - 75 000 \$ ou plus : 55,4 % Nombre d'enfants fréquentant le CPE – 1 : 75,4 %	- Le taux de vaccination des enfants était de 83,4 %. - Au niveau des connaissances et croyances par rapport à la vaccination, la grande majorité des répondants étaient en accord ou tout à fait en accord avec les énoncés traitant des effets indésirables des vaccins, du rôle primordial de la vaccination malgré la venue des médecines alternatives, du bien apporté par la vaccination dans la communauté et du rôle d'une alimentation saine dans le maintien des mécanismes de défense chez l'humain. 33 % ont mentionné être tout à fait en désaccord ou en désaccord avec le fait que la campagne de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) était justifiée. 21 % ont indiqué l'être aussi avec le fait qu'il était important de faire vacciner leur enfant. - Au niveau de la mesure des attitudes, elle était positive à 51 % pour la sécurité du vaccin, à 56 % concernant la décision que leur enfant reçoive un vaccin contre la grippe, à 41 % pour la nécessité que leur enfant reçoive un vaccin contre le virus de la grippe (neutre 42 %) et à 6 % pour l'appréciation du vaccin. - En ce qui concerne l'habitude, 45 % des répondants n'avaient pas reçu leur vaccin contre la grippe saisonnière durant les 5 dernières années et 42 % des enfants n'avaient pas reçu de vaccin contre la grippe saisonnière durant les 5 dernières années. 53 % craignaient les effets secondaires. - Au niveau des influences sociales, la vaccination d'une personne proche avait assez et beaucoup d'influence ainsi que les médias dans le recours à la vaccination. Toutefois, à une question sur l'intention vaccinale des répondants face à une autre pandémie, seuls 46 % des répondants feraient vacciner leur enfant alors que 33 % étaient indécis.

Tableau 5 Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					En analyse multivariée, les facteurs les plus significatifs associés à la vaccination étaient les croyances personnelles positives, de bonnes habitudes vaccinales et l'influence des médias (RC respectifs de 7,7, 3,1 et 4,2; $p < 0,05$).
Gagné <i>et al.</i> (2010)[40] Québec (Montréal) Collecte (2010)	Évaluer l'acceptabilité, par les parents fréquentant un CPE en Montérégie, de la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) pour leur enfant	Quantitative; questionnaire au site ou en ligne Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Échantillon analysé : 257 Taux de réponse : 30,2 %	Sexe - féminin : 86,1 % Groupe d'âge - 25 à 34 ans : 57,9 % Niveau scolaire - collégial complété : 81,5 % Famille biparentale : 89,8 % Revenu - plus de 50 000 \$: 71,7 % Domaine de travail - éducation : 25,7 % Domaine de travail - santé : 12,4 % Enfant suivi annuellement par un médecin : 95 % Enfant ayant reçu tous les vaccins recommandés : 95 %	- La couverture vaccinale contre la grippe pandémique A(H1N1) des enfants fréquentant les CPE participants a atteint 88,7 %. - Les trois principales sources d'information rapportées étaient les reportages télévisés (25 %), les médecins et professionnels de la santé (20 %) et les amis ou la famille (11 %). - Plus de 90 % des répondants étaient d'avis que la grippe pandémique A(H1N1) pouvait empêcher une personne de faire ses activités quotidiennes et pouvait entraîner des complications graves. - Concernant leur enfant en CPE, 82 % des répondants croyaient que celui-ci était à risque d'attraper ce virus, mais une proportion moindre (63 %) estimait que leur enfant pouvait avoir des complications graves à la suite de l'infection. 75 % des répondants ne jugeaient pas le vaccin plus dangereux que celui contre la grippe saisonnière. - Environ 1 répondant sur 2 était d'avis que le vaccin n'avait pas été suffisamment testé par le gouvernement avant d'être approuvé. Plus de 85 % avaient confiance en l'efficacité du vaccin, mais environ 50 % redoutaient la possibilité d'effets secondaires importants. - De façon générale, les répondants étaient en accord avec le déroulement de la campagne de vaccination. - Les variables sociodémographiques analysées n'avaient eu aucune influence significative sur le statut vaccinal.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					■ En analyse bivariée, au niveau de la perception de la susceptibilité et de la gravité de la maladie, les enfants atteints de maladies chroniques (RC : 2,10), ou n'étant pas allergiques aux œufs (RC : 3,08) n'étaient pas significativement plus vaccinés contre la grippe pandémique A(H1N1) que les enfants en bonne santé. Les répondants qui considéraient leur enfant à risque d'attraper la grippe A(H1N1) avaient eu plus tendance à protéger leur enfant en les faisant vacciner (RC : 9,91) que ceux qui ne les considéraient pas à risque. La perception de la gravité de la grippe pandémique A(H1N1) semblait aussi avoir influencé positivement la vaccination. ■ En termes de bénéfices perçus de la vaccination, la perception de l'innocuité du vaccin était un déterminant de la vaccination. En effet, les répondants qui croyaient que le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) était plus dangereux que celui contre la grippe saisonnière avaient eu moins tendance à faire vacciner leur enfant (RC : 0,19). Ceux qui croyaient que le vaccin contre la grippe avait été suffisamment testé (RC : 8,29) et qu'il était efficace (RC : 24,55) pour protéger leur enfant avaient eu plus tendance à le faire vacciner. ■ Les enfants dont les répondants redoutaient les effets secondaires possibles du vaccin avaient été moins vaccinés (RC : 0,30). Le fait que l'enfant ou le parent (RC : 1,25) ait déjà souffert d'effets secondaires à la suite de la vaccination contre l'influenza saisonnière dans le passé n'avait pas influencé la couverture vaccinale des enfants au cours de la présente campagne. Quant au déroulement de la campagne, les problématiques relatives à l'accessibilité telles que l'ordre de priorité (RC : 3,09), le lieu (RC : 0,53), l'horaire (RC : 1,57 et RC : 2,22) n'avaient pas constitué un frein à la vaccination. Les répondants qui considéraient que les coûts engendrés pour se faire

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					vacciner comme étant acceptables avaient 8,5 fois plus de chance de faire vacciner leur enfant et ceux qui comprenaient la nécessité d'offrir la vaccination uniquement dans les centres de masse (RC : 3,00). - Le seul incitatif ayant un impact significatif sur le taux de vaccination était la recommandation d'un médecin ou d'un professionnel de la santé (RC : 2,39). - Le motif ayant le plus influencé la vaccination était la peur des conséquences de la grippe pandémique A(H1N1) tandis que le manque de confiance en ce nouveau vaccin était le motif prédominant de la non-vaccination. La perception de la gravité de la grippe et le statut vaccinal antérieur ont également été des déterminants majeurs en faveur de la vaccination.
Dubé <i>et al.</i> (2009)[32] Canada (Québec inclus) Collecte (2008)	Examiner les connaissances, attitudes et croyances des parents concernant l'otite moyenne aiguë (OMA) et leur volonté à faire vacciner leur enfant avec le nouveau vaccin contre le pneumocoque	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle systémique de médecine clinique préventive	502	Sexe - féminin : 80 % Groupe d'âge - 25 à 34 ans : 55 % Niveau scolaire - collégial ou universitaire : 67 % Nombre d'enfants ≤ 18 ans dans le ménage - 1 : 31 % Nombre d'enfants ≤ 18 ans dans le ménage - 2 : 41 % Âge moyen des enfants : 3 ans Proportion en garde partagée : 39 %	96 % des répondants ont rapporté que leur enfant avait reçu au moins un vaccin et 59 % se sont souvenus que leur enfant avait reçu au moins une dose contre les infections à pneumocoque. 94 % des répondants étaient en accord avec l'importance et l'utilité des vaccins recommandés pour protéger la santé des enfants. 4 % des répondants ont rapporté que leur enfant n'avait reçu aucun vaccin depuis la naissance. - En termes de perception de la menace, 45 % des répondants croyaient que leur enfant était susceptible d'avoir une OMA dans les 12 prochains mois, et 49 % étaient en accord avec le fait que l'OMA causait de sérieux problèmes de santé pour l'enfant. - La susceptibilité perçue était plus élevée chez les répondants qui avaient vécu un épisode récent d'OMA. 73 % pensaient que l'antibiothérapie était toujours utile dans le traitement et 54 % estimaient que la vaccination était un moyen efficace pour la prévention. 62 % des répondants étaient en accord avec le fait qu'un taux de présence régulière dans une garderie augmentait le risque d'OMA.

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Sexe de l'enfant - féminin : 50 % Pays de naissance de l'enfant - Canada : 97 %	■ Une proportion plus élevée de répondants ayant vécu une expérience récente d'OMA était en accord avec le fait qu'un vaccin qui la préviendrait serait utile pour leur enfant (78 % vs 66 %; $p = 0,009$). ■ 64 % des répondants se disaient prêts à faire vacciner leur enfant avec un nouveau vaccin qui préviendrait au moins 2 fois plus les cas d'OMA que le vaccin actuellement utilisé. Cette proportion était plus élevée chez les répondants ayant vécu une expérience récente d'OMA. Parmi les parents qui se disaient prêts à faire vacciner leur enfant, 5 % se disaient réticents si une injection de plus était requise. ■ En analyse multivariée, les facteurs associés à l'intention de recourir à la vaccination étaient la croyance qu'un autre parent supporterait la vaccination (RC : 12,5), l'utilité perçue des vaccins pour protéger l'enfant (RC : 3,9), le fait d'être la mère de l'enfant (RC : 2,8), le fait de percevoir une utilité à ce que son enfant reçoive un vaccin qui préviendrait les OMA (RC : 3,4), la croyance que le médecin recommanderait le vaccin (RC : 2,7), le fait d'estimer qu'il serait facile de faire vacciner son enfant avec un vaccin qui préviendrait les OMA (RC : 2,4), le fait de croire que l'antibiothérapie était toujours utile pour traiter une OMA (RC : 2,4) et le fait de considérer que son enfant était à risque de faire une OMA dans les 12 prochains mois (RC : 1,8).

Tableau 5 **Résumé des études sur la vaccination infantile menées auprès de parents entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Ogilvie <i>et al.</i> (2008)[31] Canada (Québec inclus) Collecte (2006-2007)	Établir l'intention parentale de la vaccination des garçons face aux VPH et déterminer les facteurs prédictifs de cette intention	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Théorie du comportement planifié	2 083 Échantillon avec enfant de sexe masculin : 1 381	<u>Caractéristiques pour N = 2 083</u> Sexe - féminin : 73,5 % Groupe d'âge - 40 à 49 ans : 54,7 % Ethnie - caucasienne : 83,4 % Niveau scolaire - plus élevé que le diplôme secondaire : 73,2 % Composition familiale - 2 parents : 74,7 % Nombre d'enfants - plus d'un : 56,8 % Enfant a reçu certains ou tous les vaccins : 98,9 % Région de résidence du répondant - Québec : 16,5 %	- Chez les répondants avec un enfant de sexe masculin, l'intention de le faire vacciner contre les VPH s'élevait à 67,8 % (75,7 % pour l'échantillon du Québec). - En analyse multivariée, chez les répondants avec un enfant de sexe masculin, ceux qui avaient des attitudes positives face aux vaccins et face au vaccin contre les VPH en particulier (RCa : 41,5), ceux qui étaient influencés par les normes subjectives (RCa : 7,8), ceux qui considéraient que le vaccin avait une influence limitée sur les comportements sexuels (RCa : 2,3), ceux qui avaient plus d'un enfant (RCa : 1,4) et ceux qui se disaient sensibilisés au VPH (RCa : 1,4) étaient plus susceptibles de rapporter une intention à faire vacciner leur garçon contre les VPH. Les répondants rapportant une intention de faire vacciner leur fille avaient aussi une intention plus élevée de rapporter une intention de faire vacciner leur garçon ($k = 0,9$ $p < 0,001$). - Le fait de résider en Colombie-Britannique comparativement à une province atlantique et de rapporter un niveau plus élevé d'éducation étaient négativement associés à l'intention de recourir à la vaccination.

Tableau 6 Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
VACCINATION EN GÉNÉRAL					
Environics Research Group (2011)[53]^a Québec Collecte (2010)	Établir l'incidence de la vaccination pour certains vaccins, obtenir de l'information sur les connaissances, attitudes et comportements et la connaissance des programmes d'immunisation auprès de la population âgée de 18 ans ou plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal	N sur-échantillon pour le Québec : 1 451	Non définies	61 % des répondants avaient reçu le vaccin contre la grippe saisonnière ou la grippe pandémique A(H1N1) au courant de la saison 2009-2010. Les principales raisons pour ne pas recevoir le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient le fait qu'il n'était pas nécessaire pour 51 % d'être préoccupés sur la sécurité et l'efficacité du vaccin pour 23 %, d'y voir une source de dérangement pour 12 % et le fait d'avoir des informations imprécises et incertaines pour 12 % (n = 552). - Pour le vaccin contre le pneumocoque, 94 % des répondants ayant reçu une recommandation ont dit avoir reçu le vaccin. Les raisons pour avoir reçu le vaccin chez les malades chroniques (n = 50) étaient le fait d'être aux prises avec une maladie chronique pour 25 %, le fait de se sentir à risque (non spécifié) pour 19 % et le fait d'avoir fait une pneumonie dans le passé pour 13 %. La recommandation par le médecin (20 %) et la volonté de prévenir le risque (37 %) étaient les raisons les plus citées chez les répondants adultes de 65 ans et plus (n = 35). - La vaccination contre l'hépatite B était principalement motivée par les voyages pour 46 % et le travail pour 24 % (n = 546). - La vaccination contre le tétanos était principalement motivée par une blessure pour 42 %, les voyages pour 17 % et la vaccination de routine aux 10 ans pour 16 % des répondants (n = 598). - Les Québécois obtiennent en grande partie l'information sur la vaccination adulte de leur professionnel de santé (63 %). Pour la grippe pandémique A(H1N1) en 2009, la majorité des répondants ont eu l'information via les médias, notamment la télévision.

^a Des travailleurs de la santé avaient également été interrogés dans cette étude. Toutefois, les résultats portant sur ces travailleurs n'ont pas été retenus dans le présent plan, étant donné le peu d'information supplémentaire qu'ils apportaient au niveau des connaissances, attitudes et croyances.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Sauvageau <i>et al.</i> (2008)[65] Québec (Capitale-Nationale) Collecte (2007)	Explorer les déterminants de la vaccination chez les adultes	Qualitative; groupes de discussion Devis transversal	22	Sexe - féminin : 13 femmes sur 22 répondants	- La quasi-totalité des participants avaient des opinions et attitudes favorables à l'égard de la vaccination. - La vaccination des adultes était nécessaire pour 3 raisons principales : la prévention de la grippe, la protection à la suite d'une blessure, la prévision d'un voyage. En dehors de ces situations, la majorité des répondants associaient la vaccination à l'enfance. - Les principales barrières à la vaccination étaient le coût et le manque d'intimité et d'accueil. Ce dernier point a été mentionné par le groupe des non vaccinés. - La majorité des répondants se disaient suffisamment informés sur la vaccination. Les professionnels de la santé demeuraient la source d'information la plus utilisée et la plus crédible.
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE SEULE ET/OU LA GRIPPE PANDÉMIQUE A(H1N1)					
Dubé <i>et al.</i> (2013)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les connaissances, attitudes et croyances sur la vaccination en général des parents d'au moins un enfant âgé entre 5 et 17 ans, des personnes âgées de 50 ans ou plus, des malades chroniques âgés de 18 ans ou plus et des travailleurs de la santé de 18 ans ou plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Taux de réponse global : 47,7 %		- Les principales raisons de vaccination contre la grippe saisonnière chez la population âgée de 50 ans ou plus étaient le fait de se protéger soi-même (36,6 %), le fait de se considérer à risque (27,7 %) et pour protéger leur famille (15,4 %). - Chez les non vaccinés âgés de 60 ans ou plus, les raisons de ne pas s'être fait vacciner incluaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (46,4 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (16,9 %), le fait d'être contre les médicaments et les vaccins (10,4 %) et la peur des effets secondaires (10,0 %). - Parmi l'ensemble des personnes âgées de 50 ans ou plus, un peu plus de la moitié d'entre elles se souvenaient avoir vu ou entendu parler du message publicitaire de la campagne. - L'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière à l'automne 2012-2013 chez la population âgée de 60 ans ou plus était positive à 52,8 %.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- Les principales raisons de non-intention de recevoir le vaccin à l'automne 2012-2013 incluaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (60,1 %), des doutes quant à l'efficacité du vaccin (12,4 %) et la peur des effets secondaires (9,5 %). - Les raisons de vaccination contre la grippe saisonnière chez la population des malades chroniques âgés de 18 à 59 ans incluaient le fait de se considérer à risque (46,9 %), le fait de se protéger soi-même (28,6 %) et le fait de protéger la famille ou une personne à risque (11,6 %). - Chez les non vaccinés de ce groupe, les raisons de non-vaccination incluaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (42,0 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (20,7 %) et la peur des effets secondaires (11,1 %). - Parmi l'ensemble des personnes âgées de 50 ans ou plus, un peu plus de la moitié d'entre elles se souvenaient avoir vu ou entendu parler du message publicitaire de la campagne. - L'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière à l'automne 2012-2013 chez la population des malades chroniques était positive à 41 %. - Les principales raisons de non-intention de recevoir le vaccin à l'automne 2012-2013 incluaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (68 %), des doutes quant à l'efficacité du vaccin (8,9 %) et la peur des effets secondaires (8,4 %).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Dubé <i>et al.</i> (2011)[52] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des personnes âgées de 18 ans ou plus sur la grippe pandémique A(H1N1) et la grippe saisonnière et sa prévention par la vaccination	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Échantillon total : 5 410 N population générale : 1 436 N population malades chroniques : 421 Taux de réponse global : 20,3 %	Sexe - féminin : 66,4 % Groupe d'âge - 18-49 ans : 30,3 % Groupe d'âge - 50-59 ans : 31 % Langue d'usage - Français : 86,5 % Niveau de scolarité - secondaire : 36,2 % Occupation principale - retraité : 37 % Nombre de personnes composant le ménage - 2 : 40,8 % Revenu total du ménage pour l'année 2009 - entre 20 000 \$ et 39 999 \$: 21,2 % % de malades chroniques : 40,2 %	- Les croyances liées à l'incitation à l'action qui étaient corrélées avec le statut vaccinal contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient, chez le groupe des répondants âgés de 18 à 49 ans, les recommandations reçues en faveur de la vaccination par un professionnel de la santé pour 36 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,18) et les recommandations reçues en faveur de la vaccination par la famille pour 65,6 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,07). - Chez le groupe de répondants âgés de 50 ans ou plus, ces croyances étaient le fait qu'une personne de leur entourage ait attrapé la grippe pandémique A(H1N1) pour 16,1 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,06), les recommandations reçues en faveur de la vaccination par un professionnel de la santé pour 31,2 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,17) et les recommandations reçues en faveur de la vaccination par la famille pour 51,5 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,07). - Chez le groupe de répondants des malades chroniques, il s'agissait des recommandations reçues en faveur de la vaccination par un professionnel de la santé pour 49,3 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,21), des recommandations reçues en faveur de la vaccination par la famille pour 53,3 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,16) et les recommandations reçues en défaveur de la vaccination par un professionnel de la santé ou la famille pour 32 % (corrélation avec le statut vaccinal = -0,08). - Quant à la perception de l'influence des médias dans la décision de se faire vacciner ou non contre la grippe pandémique A(H1N1), elle avait beaucoup d'influence pour 21 % chez le groupe des répondants âgés de 18 à 49 ans (corrélation avec le statut vaccinal = 0,40), pour 25,4 % chez le groupe des répondants de 50 ans ou plus (corrélation avec le statut vaccinal = 0,41) et pour

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				% de travailleurs de la santé : 11 %	26,7 % chez les répondants avec maladies chroniques (corrélation avec le statut vaccinal = 0,26). - En termes de perception de sa vulnérabilité, les répondants âgés entre 18 et 49 ans ont mentionné l'inquiétude d'attraper la grippe pandémique A(H1N1) à 35,7 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,37). Cette perception était plus faible pour la population générale âgée de 18 ans ou plus comparativement aux malades chroniques. - Pour la sévérité de la grippe pandémique A(H1N1), ces mêmes répondants (groupe âgé entre 18 et 49 ans) étaient plus nombreux à considérer que le fait d'attraper la grippe pandémique A(H1N1) risquait de les empêcher de faire leurs activités quotidiennes. - Aucune différence n'a été observée entre les groupes concernant les barrières à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1). - Au niveau des connaissances, la majorité des répondants se disaient satisfaits des informations reçues contre la grippe pandémique A(H1N1) et avoir été bien informés par le gouvernement. - Au niveau de la norme morale, plus de 60 % des répondants jugeaient qu'il était de leur responsabilité morale de recevoir le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) et cette perception était fortement corrélée avec le statut vaccinal. - En analyse multivariée, la norme morale et l'habitude vaccinale étaient les principaux déterminants du statut vaccinal contre la grippe pandémique A(H1N1). - La perception de sa vulnérabilité, le fait d'avoir reçu une recommandation d'un professionnel de la santé en faveur de la vaccination ainsi que la perception de la sécurité du vaccin étaient positivement associés au statut vaccinal contre la grippe pandémique A(H1N1).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					■ Le fait d'avoir eu un syndrome d'allure grippale entre septembre et décembre 2009 ressortait comme un déterminant de non-vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) pour tous les groupes. La perception que le vaccin pouvait causer la grippe était également associée à la non-vaccination pour les 3 groupes, alors que le fait d'avoir un revenu inférieur à 60 000 \$ était un déterminant de la non-vaccination chez les répondants âgés entre 18 et 49 ans. ■ En ce qui concerne la vaccination contre la grippe saisonnière, environ 16 % des répondants âgés de 18 ans ou plus ont été vaccinés lors de la campagne de 2010. ■ Les principales raisons de vaccination contre la grippe saisonnière chez les 18 à 59 ans incluaient la protection personnelle (32,6 %), le fait de se considérer comme étant une personne à risque (19,4 %) et la protection des membres de la famille (14,2 %). ■ Les principales raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière chez les 60 ans ou plus étaient la faible perception de sa vulnérabilité (36,6 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (17,8 %) et le fait d'avoir été vaccinés contre la grippe A(H1N1) ou de considérer qu'un vaccin est suffisant (13,4 %). ■ Près de 60 % des répondants âgés de 60 ans ou plus avaient l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière l'automne prochain. ■ Les principales raisons de non-intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière chez ce groupe étaient la faible perception de sa vulnérabilité (61,2 %) et des doutes quant à l'efficacité du vaccin (14,6 %).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Fabry <i>et al.</i> (2011)[51] Québec (Estrie) Collecte (2010)	Déterminer les facteurs influençant la prise de décision des femmes enceintes ou en post-partum concernant la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) et identifier les sources d'information principales utilisées	Quantitative; questionnaire au site Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	250 Taux de refus : 5,2 %	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen : 28,3 ans Niveau de scolarité - universitaire : 28,8 % Revenu - dans la moyenne : 61,2 % Trimestre de la grossesse - 3^e : 50 % Premier enfant : 49,2 % Suivi de grossesse - par un obstétricien : 57,2 %	76,4 % des répondantes étaient immunisées contre la grippe pandémique A(H1N1). - Le score moyen des connaissances des répondantes était de 3,8 sur 6 (plus ou moins 1,3). 95,5 % d'entre elles savaient que la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) était recommandée, mais seulement 76 % avaient reçu le vaccin. - En analyse univariée, les croyances sur la sécurité du vaccin et de la sévérité de la maladie étaient plus élevées chez le groupe des répondantes vaccinées. La recommandation du conjoint ou du professionnel de la santé était également plus citée comme étant importante chez ce groupe. - En analyse multivariée, les variables significativement associées au statut vaccinal contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient : la vaccination tardive durant la grossesse (RC : 7,3), la croyance en l'efficacité du vaccin (RC : 7), la consultation du site Pandémie-Québec (RC : 4,5) et l'importance des recommandations du professionnel de la santé (RC : 5,2). - Un taux plus faible de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) était significativement associé avec la croyance selon laquelle le vaccin n'avait pas été adéquatement testé (RC : 0,08) et la consultation de sites Internet généraux (RC : 0,22). - D'autres régressions ont été faites pour évaluer la force de la source d'information dans la prédiction des croyances. Les résultats n'étaient pas significatifs.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Chambers <i>et al.</i> (2010)[55] Canada (Québec inclus) Collecte (2005)	Déterminer si le fait de consulter un professionnel de la santé augmente la probabilité de recourir à la vaccination contre la grippe saisonnière chez les femmes ayant accouché au cours des 5 années précédentes	Quantitative; (Utilisation des données publiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 3.1; questionnaire téléphonique) Devis transversal /analyse restreinte	Échantillon analysé : 6 925 N répondants pour Québec : 1 344	Sexe - féminin : 100 % Âge - groupe 20 à 39 ans : majorité Niveau scolaire - post secondaire : majorité	28,4 % des répondantes interrogées ont dit avoir reçu le vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 12 mois précédant l'enquête. - Les raisons pour lesquelles les répondantes n'avaient pas reçu le vaccin consistaient au fait de ne pas penser que ce n'était pas nécessaire (64,2 %) et de ne pas s'en être occupé (13,4 %). - En analyse multivariée, en tenant compte du profil sociodémographique et de la province de résidence, les répondantes vaccinées au cours des 12 derniers mois étaient plus susceptibles d'avoir consulté un médecin de famille (RCa : 1,56) et moins susceptibles d'avoir consulté un chiropraticien (RCa : 0,76) ou un homéopathe/naturopathe (RCa : 0,72). - Les répondantes qui avaient consulté un professionnel en médecine alternative ainsi qu'un médecin de famille étaient, de façon marginale, moins susceptibles d'avoir reçu un vaccin en comparaison aux répondantes ayant exclusivement consulté un médecin de famille (chiropraticien : RCa : 0,76, naturopathes/homéopathes : RCa : 0,79).
Cherkaoui <i>et al.</i> (2010)[54] Québec (Montréal) Collecte (2010)	Évaluer le statut vaccinal actuel, les sources d'information et étudier les déterminants comportementaux de la vaccination contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique A(H1N1) chez le personnel en CPE et au regroupement des	Quantitative; questionnaire au site ou en ligne Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	194 Taux de réponse : 59 %	Sexe - féminin : presque exclusivement Groupe d'âge - 35 à 44 ans : 35 % Statut matrimonial - en couple : majorité Résidence - ville 10 000 et 99 999 habitants : majorité	61 % des répondants ont été vaccinés lors de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1). - La moyenne vaccinale contre la grippe saisonnière pour les 3 dernières années était de 26 %. 7 % des répondants ont reçu le vaccin contre la grippe saisonnière à chaque année depuis 2006 et préoyaient le recevoir pour 2010. 71 % d'entre eux n'avaient pas reçu ou ne préoyaient pas recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière en 2010. - Environ 80 % des répondants disaient avoir reçu tous les vaccins recommandés depuis leur naissance et étaient suivis annuellement par un médecin. La couverture vaccinale contre la grippe pandémique

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
	CPE de la Montérégie			Langue parlée - français : la plupart Niveau de scolarité - collégial complété : 87 % Revenu familial moyen - 25 000 et 49 999 \$: 37 % Occupation - éducatrices : 57 % Occupation - membres de l'administration : 33 % Nombre d'années de travail au CPE - plus de 10 ans : près de la moitié	A(H1N1) était proportionnellement plus élevée (65 %) chez les répondants ayant un suivi médical annuel (vs 36 %). ■ Au niveau des perceptions, 63 % des répondants pensaient faire partie du groupe ciblé pour la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1), alors que 47 % pensaient que la vaccination contre la grippe saisonnière leur était recommandée en raison de leur travail. 69 % pensaient que la grippe saisonnière pouvait entraîner des complications graves alors que ce pourcentage montait à 84 % pour la grippe pandémique A(H1N1). 37 % des répondants ne savaient pas si le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) était plus dangereux que le vaccin contre la grippe saisonnière. ■ La majorité recevait de l'information sur la vaccination au travail par l'entremise de documents conçus par la santé publique. Pour la majorité, les professionnels de la santé étaient la source d'information la plus importante dans leur décision de se faire vacciner tant pour la grippe saisonnière que la grippe pandémique A(H1N1). ■ En ce qui a trait aux déterminants de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1), le personnel ayant travaillé depuis plus de 10 ans en CPE avait une couverture vaccinale de 71 % comparativement à 49 % pour celui ayant 5 ans et moins d'ancienneté. 55 % des éducatrices/teurs étaient vaccinés contre la grippe pandémique A(H1N1) et 75 % des membres de l'administration. Ces deux variables étaient significatives en analyse bivariable. ■ Concernant les motifs de vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1), 88 % des répondants étaient influencés positivement par la volonté de protection de l'entourage et 82 % par la perception de l'efficacité du vaccin. Chez les non-vaccinés, plus de la moitié d'entre eux se disaient être influencés par une perception de

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					manipulation de la part des compagnies pharmaceutiques et par le manque de confiance au nouveau vaccin. 51 % des répondants disaient aussi qu'ils étaient influencés par la préférence d'une approche naturelle. - En ce qui a trait aux déterminants de vaccination contre la grippe saisonnière, 79 % des répondants se disaient être influencés par la volonté de protection de l'entourage et par la perception de l'efficacité du vaccin. - Chez les non-vaccinés, 53 % des répondants étaient influencés par le fait qu'ils ne se sentaient pas vulnérables d'attraper la grippe saisonnière et 48 % préféraient une approche naturelle. Aucune des caractéristiques personnelles ou d'emploi n'avait d'influence sur le statut vaccinal contre la grippe saisonnière.
Vozoris et Loughheed (2009)[57] Canada (Québec inclus) Collecte (2003)	Identifier les facteurs de risque socio-démographiques et les raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière chez des individus aux prises avec de l'asthme et une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	Quantitative (utilisation des données publiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.1; questionnaire téléphonique) Devis transversal/analyse restreinte	Échantillon analysé : 11 938 répondants avec asthme et 5 532 répondants avec MPOC N répondants pour Québec : 2 914 répondants avec asthme et 1 380 répondants avec MPOC	Sexe - féminin : 58,1 % groupe Asthme 59,3 % groupe MPOC Groupe d'âge - moins de 40 ans : 52,8 % groupe Asthme 23,4 % groupe MPOC Niveau scolaire - inférieur au secondaire : 32,0 % groupe Asthme 38,2 % groupe MPOC	- Les taux de vaccination étaient plus élevés chez les répondants souffrant d'asthme et de MPOC en présence de comorbidités. - Parmi les répondants avec asthme ou MPOC non vaccinés âgés de plus de 50 ans, la raison la plus fréquemment citée pour la non-vaccination était de ne pas penser qu'elle est nécessaire (54,5 % chez le groupe Asthme et 48,8 % chez le groupe MPOC) suivie par le fait de ne pas avoir eu le temps (17,4 % chez le groupe Asthme et 15,8 % chez le groupe MPOC) et par une mauvaise réaction à un vaccin précédent (13,9 % chez le groupe Asthme et 18,2 % chez le groupe MPOC). - Une faible proportion de répondants a rapporté que leur médecin ne pensait pas que la vaccination était nécessaire (6,4 % chez le groupe Asthme et 7,2 % chez le groupe MPOC).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Ont des enfants de moins de 12 ans à la maison : 24,5 % groupe Asthme 15,3 % groupe MPOC Fumeurs : 23,9 % groupe Asthme 37,2 % groupe MPOC Ont un médecin de famille : 88,8 % groupe Asthme 91,9 % groupe MPOC	■ Auprès des répondants aux prises avec l'asthme et une MPOC, ceux de sexe masculin, résidant à l'extérieur de l'Ontario, étant dans les groupes d'âge plus jeune, présentant un statut de fumeur et ayant un médecin de famille étaient moins susceptibles d'avoir reçu un vaccin dans la dernière année. ■ Auprès des répondants avec de l'asthme, ceux n'ayant pas d'assurance médicaments étaient moins susceptibles d'avoir reçu le vaccin.
Kiberd <i>et al.</i> (2009)[50] Canada (Québec inclus) Collecte (2008-2009)	Explorer les connaissances, les attitudes et les comportements d'adultes vivant avec le VIH (se présentant soit pour un suivi de routine dans un centre affilié au Réseau canadien pour les essais VIH des IRSC ou soit pour participer à l'étude CTN237 sur l'immunogénicité et l'efficacité des stratégies vaccinales antigrippales par	Quantitative; questionnaire au site Devis transversal/ étude comparative Théorie du comportement planifié	601 (298 participants à l'étude CTN237 et 312 autres participants) Taux de réponse : Non défini	Sexe - masculin : 88 % dans le groupe des participants à l'étude CTN237 et 84 % dans le groupe des autres participants Groupe d'âge - 45 à 54 ans : 38 % dans le groupe des participants à l'étude CTN237 et 38 % dans le groupe des autres participants Niveau scolaire - secondaire : 46 % dans le groupe des participants à l'étude	■ La proportion des répondants ayant reçu le vaccin contre la grippe saisonnière était de 83 % dans les 2 groupes, tandis que la proportion de ceux qui avaient l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière était de 99 % dans le groupe des participants à l'étude CTN237 et de 89 % dans le groupe des autres participants. ■ Les répondants du groupe des participants à l'étude CTN237 avaient de meilleures connaissances sur la grippe et sur son immunisation comparativement aux autres participants (score moyen de 74 pour le groupe des participants à l'étude CTN237 et de 66 pour le groupe des autres participants; $p < 0,001$). ■ Par contre, plus de 25 % des répondants dans les 2 groupes croyaient que le vaccin contre la grippe pouvait causer la grippe et plus de 50 % croyaient que la grippe était causée par une bactérie et qu'elle pouvait être traitée avec des antibiotiques.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
	Fluviral® au sujet de la vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique A(H1N1)			CTN237 et 43 % dans le groupe des autres participants	- De façon générale, la majorité des participants rapportaient que l'administration du vaccin était importante pour eux (76 % pour le groupe des participants à l'étude CTN237 et 64 % pour le groupe des autres participants; $p < 0,001$). - En analyse multivariée, les prédicteurs de la volonté de recevoir un vaccin saisonnier contre la grippe étaient la réception antérieure d'un vaccin contre la grippe saisonnière, la volonté de recevoir un vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1) et la connaissance que le vaccin contre la grippe saisonnière devait être administré à toutes les années. - De façon générale, les scores composites de la perception que la vaccination contre la grippe était la norme et de l'attitude étaient significativement associés à la volonté de se faire vacciner (régression logistique).
Guay et Côté (2008)[56] Québec (16 régions) Collecte (2008)	Déterminer la raison principale de vaccination contre la grippe saisonnière, à l'échelle provinciale, des personnes de 50 à 59 ans et déterminer la raison principale de non-vaccination contre la grippe saisonnière, à l'échelle provinciale, des personnes de 50 à 59 ans atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées de 60 ans et plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal	3 881 Taux de réponse : 61,5 %	Non définies	- Environ 46 % des Québécois âgés de 50 ans et plus ont été vaccinés contre l'influenza lors de la campagne 2007-2008. On a observé une augmentation de la couverture vaccinale avec l'âge. - Les raisons de vaccination contre l'influenza chez les répondants âgés de 50 à 59 ans étaient le désir d'éviter la grippe pour 31 %, le fait de travailler dans le domaine de la santé ou auprès du public pour 25 % des répondants et la présence d'une maladie chronique pour environ 17 %. 9 % des répondants s'étaient fait vacciner pour éviter que leurs proches ne contractent le virus, alors qu'environ 5 % l'ont fait pour suivre les recommandations du médecin. - Parmi les répondants non-vaccinés contre l'influenza âgés de 60 ans et plus, 43 % se considéraient en bonne santé et ne voyaient pas la nécessité de se faire vacciner. 12 % des répondants ne croyaient pas aux vertus des vaccins ou n'aimaient pas en recevoir, alors que 8 % ont affirmé avoir oublié de le faire ou avoir manqué de temps pour le faire. Finalement, 10 %

Tableau 6 Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					d'entre eux avaient déjà eu des effets secondaires ou craignaient d'en avoir à la suite de la vaccination. En ce qui concerne les répondants âgés de 50 à 59 ans souffrant de maladies chroniques, 44 % ne considéraient pas le vaccin nécessaire, alors que 13 % n'avaient pas eu le temps de se faire vacciner ou avaient oublié de le faire. Dans ce groupe, 9 % ne croyaient pas aux vertus des vaccins et 8 % disaient présenter une contre-indication au vaccin. Enfin, 4,1 % des répondants souffrant de maladies chroniques n'avaient pas reçu une recommandation du médecin à ce sujet ou avaient été encouragés par leur médecin à ne pas se faire vacciner.
VACCINATION CONTRE LE VPH					
Krawczyk <i>et al.</i> (2013)[63] Québec (Montréal) Collecte (2008-2009)	Déterminer la façon dont les savoirs « objectif » (faits) face au VPH et à son vaccin et « perçu » (confiance en ses connaissances) sont associés à l'intention de recevoir le vaccin chez des jeunes hommes fréquentant l'université	Quantitative; questionnaire en ligne Devis transversal Modèle du processus d'adoption du comportement de protection	123	Sexe - masculin : 100 % Âge moyen : 20,8 ans Revenu familial - ≥ 100 000 \$: plus de 50 % 83 % ont déjà eu des relations sexuelles Âge moyen - première relation sexuelle : 17 ans Moyenne de partenaires sexuels à vie : 4	41 % des répondants avaient l'intention de recevoir le vaccin. - L'orientation sexuelle et la fréquence d'utilisation du condom étaient les seules caractéristiques démographiques ou reliées à la santé sexuelle qui différaient entre les répondants ayant l'intention de se faire vacciner ou non. 89 % des répondants avait déjà entendu parler du VPH et 73 % du vaccin. - De façon générale, les connaissances sur l'infection et son vaccin étaient faibles parmi les répondants. - En analyse univariée, les connaissances sur le vaccin (RC : 1,28) et les connaissances perçues (RC : 1,23) étaient significativement corrélées à l'intention, tandis que les connaissances sur l'infection ne l'étaient pas. - En analyse multivariée, seules les connaissances perçues étaient significativement associées à l'intention (RC : 1,23).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Cerigo <i>et al.</i> (2012)[59] Québec (Nunavik) Collecte (2008-2009)	Décrire les attitudes concernant l'expérience du cancer du col de l'utérus, du dépistage et du vaccin contre les VPH et évaluer les prédicteurs socio-démographiques de l'intérêt maternel pour la vaccination contre les VPH chez des femmes de la Baie d'Ungava	Quantitative/ Qualitative; questionnaire en face à face et groupes de discussion Devis transversal	175	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen : 34,3 ans Nombre d'années de scolarité - 7-12 : 68 % Statut matrimonial : marié, concubinage, vivant avec un partenaire : 56,6 % Nombre de partenaires dans la dernière année - 1-5 : 69,1 % Âge moyen - femmes aux groupes de discussion : 40,7 ans	■ Près de la moitié des répondantes avaient entendu parler du cancer du col utérin (47 %). Une proportion plus élevée de répondantes âgées de 35 ans et plus croyaient être plus à risque pour le développement d'un cancer du col utérin que les moins de 35 ans (17 % vs 0 %; $p = 0,009$). ■ 96 % des répondantes rapportaient un historique de test Pap et 80 % rapportaient que leur dernier test Pap avait eu lieu au cours de la dernière année. ■ 27 % des répondantes avaient entendu parler du vaccin et, de celles-ci, 72 % étaient intéressées à faire vacciner leur enfant contre les VPH. ■ Toujours auprès des répondantes ayant une connaissance du vaccin, 70 % connaissaient les bénéfices potentiels de protection contre le cancer du col de l'utérus et 87 % savaient que le test Pap demeurait nécessaire après la vaccination. 81 % rapportaient que la décision de recevoir le vaccin serait influencée par un professionnel de la santé. La majorité (68 %) croyait que le vaccin devrait être administré aux adolescentes avant le début de leurs activités sexuelles. Il était sécuritaire pour 63,8 % des répondantes. ■ Aucun prédicteur significatif de l'intérêt de faire vacciner son enfant n'a été identifié et aucune association entre les attitudes et les caractéristiques sociodémographiques n'a été trouvée.
Krawczyk <i>et al.</i> (2012)[61] Québec (Montréal) Collecte (non spécifiée)	Identifier les facteurs liés à l'intention de recevoir le vaccin contre les VPH et explorer les différences entre les facteurs de l'intention de	Quantitative; questionnaire en ligne Devis transversal Modèle de croyances	447 (223 répondantes n'ont pas l'intention de recevoir le vaccin, 102 ont l'intention de le recevoir)	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen : 20 ans Langue - anglais : 68,7 %	■ La majorité des répondantes avaient déjà entendu parler de l'infection et du vaccin (94 % et 91 % respectivement). Malgré un niveau de sensibilisation élevé concernant les VPH, les connaissances sur celui-ci et sur le vaccin étaient faibles (score moyen de 12,7/22). ■ Moins de la moitié des répondantes savaient que la majorité des personnes actives sexuellement contracteraient l'infection à un moment dans leur vie

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
	recevoir le vaccin et la couverture vaccinale chez les femmes étudiantes de l'Université McGill	relatives à la santé et théorie du comportement planifié	et 122 l'ont reçu)	Revenu familial - ≥ 100 000 \$: plus de 49 % Statut - en couple : 54 % 83 % ont déjà eu des relations sexuelles Âge moyen - première relation sexuelle : 17 ans Moyenne de partenaires sexuels à vie : 3,2	(48 %), qu'elle causait des verrues génitales (39 %) et que le condom ne pouvait pas prévenir la propagation (17 %). 63 % des répondantes n'étaient pas au courant que le vaccin était couvert par l'assurance maladie. - En analyse multivariée, les facteurs associés à l'intention de recevoir le vaccin étaient une plus faible perception des barrières, une plus forte recommandation du médecin ainsi que des attitudes et des normes subjectives positives plus fortes. La sévérité de la maladie était associée dans le modèle multivarié, mais pas dans l'analyse univariée. - Lorsque ces facteurs étaient comparés aux facteurs de la vaccination, la recommandation du médecin, les normes subjectives et la susceptibilité perçue à l'infection étaient les facteurs qui demeuraient associés.
Cerigo <i>et al.</i> (2011)[60] Québec (Nunavik) Collecte (2008-2009)	Déterminer le niveau de connaissance des femmes inuites du Nunavik sur l'infection aux VPH et déterminer quels sont les facteurs démographiques et les comportements associés à un niveau plus élevé de connaissance à propos de l'infection et de sa relation avec le cancer du col de l'utérus	Quantitative; questionnaire en face à face Devis transversal	175	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen : 34,3 ans Revenu familial - incertain : 39,4 % Nombre d'années de scolarité - 7-12 : 68 % Statut matrimonial : mariées, concubinage, vivant avec un partenaire : 56,6 % Nombre de partenaires dans la dernière année - 1-5 : 69,1 % Diagnostic précédent d'ITSS : 65,7 %	31 % des répondantes ont déjà entendu parler de l'infection et 53 % d'entre elles savaient qu'elle causait le cancer du col utérin. Le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples était un facteur de risque de l'infection connu par 67 % des répondantes. - En analyse multivariée, le niveau de sensibilisation ne variait pas avec l'âge des répondantes, mais il était associé avec ≥ 13 ans d'éducation (RC : 4,4) et le fait de connaître quelqu'un avec un cancer du col de l'utérus (RC : 3,6).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Kiely <i>et al.</i> (2011)[58, 167] Québec (16 régions) Collecte (2009)	Déterminer le niveau de base des connaissances et des croyances des femmes québécoises âgées de 24 ans concernant le VPH et sa prévention ainsi que de décrire leurs comportements en lien avec le VPH et les facteurs associés à la vaccination	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	1 347 Taux de réponse : 56 %	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen lors de la première relation sexuelle : 17 ans Dépistage du cancer du col par le passé : plus de 80 % Âge moyen d'initiation au dépistage : 18 ans Statut matrimonial - en couple sans être mariées : 65,4 % Niveau scolaire - collégial complété : 39,4 % Naissance au Québec : 88,3 % Ne pratique jamais une activité religieuse : 59,7 % Statut - employé : 53,8 %	■ 5 % des répondantes avaient reçu au moins une dose du vaccin. ■ Plus de 80 % des répondantes avaient déjà entendu parler de l'infection VPH et du vaccin. Moins de la moitié d'entre elles connaissaient le mode de transmission des virus, alors que plus de 80 % connaissaient la cause du cancer du col utérin. Plus de la moitié des femmes se disaient insatisfaites des informations reçues sur l'infection. Le score moyen des connaissances des répondantes était de 4 sur 7. ■ Les répondantes avaient une perception faible de leur vulnérabilité au regard de l'infection alors qu'au niveau de la perception de la sévérité de la maladie, 63 % étaient en accord avec l'affirmation selon laquelle le cancer du col de l'utérus était l'une des maladies les plus sérieuses qu'elles pourraient contracter comparativement à 51 % pour l'infection. ■ 84 % des répondantes croyaient que le vaccin était efficace pour prévenir l'infection. Cette proportion était plus élevée chez les répondantes vaccinées que chez les non-vaccinées (89 % versus 86 %; $p = 0,03$). ■ Le médecin de famille constituait la principale source d'information, tandis que les médias étaient davantage une source d'information pour l'infection que pour le cancer du col utérin. ■ En analyse multivariée, les variables associées au statut vaccinal incluaient le niveau de scolarité supérieur au niveau collégial (RC : 2,3), le fait d'être née au Québec (RC : 5,2), le fait de demeurer à Montréal (RC : 2,3), le fait d'avoir déjà eu un examen gynécologique, incluant un test Pap (RC : 5,8), de croire en leur contrôle comportemental pour prévenir le cancer du col utérin (RC : 1,5) et de croire en l'efficacité des interventions préventives (RC : 2,0).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Lavoie <i>et al.</i> (2010)[62] Québec (Capitale-Nationale, Estrie) Collecte (2009)	Documenter les connaissances, attitudes et comportements reliés au VPH chez les femmes québécoises âgées entre 18 et 30 ans	Quantitative; questionnaire en ligne Devis transversal Inspiré du modèle des croyances relatives à la santé	1 006 Taux de réponse : non défini	Non définies	92 % des répondantes avaient entendu parler de l'infection et 87 % avaient entendu parler du vaccin. - De celles-ci, 92 % savaient que le vaccin prévenait le cancer du col, mais environ la moitié des répondantes avaient les connaissances adéquates sur le mode de transmission du VPH. 53 % évaluaient leurs connaissances sur la prévention de l'infection comme étant faibles ou nulles. 83 % des répondantes avaient eu au moins 1 test Pap dans leur vie. - Seulement 5 % des répondantes avaient reçu une dose ou plus du vaccin. 28 % considéraient le recevoir, mais dans la majorité des cas, l'intention était conditionnelle à l'absence de coût. - L'âge plus avancé et la méconnaissance ou la sous-estimation du risque réel de l'infection étaient inversement reliés à une attitude favorable concernant la vaccination contre les VPH. Le fait d'avoir eu un récent test Pap avait une influence positive sur la vaccination contre les VPH.
VACCINATION AUTRES VACCINS					
Dubé <i>et al.</i> (2013)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les connaissances, attitudes et croyances sur la vaccination contre le pneumocoque des personnes âgées de 50 ans ou plus, des malades chroniques âgés de 18 ans et contre le tétanos des personnes âgées de 50 ans ou plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Taux de réponse global : 47,7 %		- Les raisons de vaccination contre le pneumocoque chez les personnes de 65 ans ou plus étaient le fait d'avoir reçu une recommandation (36,4 %), le fait de vouloir se protéger (31,7 %) ou se considérer à risque (11,2 %) ainsi que les facteurs liés à l'accessibilité, à la gratuité ou aux attitudes favorables face aux vaccins (10,1 %). - Les principales raisons de non-vaccination contre le pneumocoque étaient le manque d'intérêt, de temps ou d'information (38,4 %), la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (32,4 %) et le fait de ne pas avoir reçu de recommandation (13,2 %). 17 % se souvenaient avoir vu ou entendu le slogan de la campagne.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- Les raisons de vaccination contre le pneumocoque chez les malades chroniques âgés de 18 à 64 ans étaient le fait de se considérer à risque (40,9 %), le fait de vouloir se protéger (26,5 %) et une recommandation reçue quant à la vaccination (16,2 %). - Les principales raisons de non-vaccination contre le pneumocoque chez ce groupe étaient le manque d'intérêt, de temps ou d'information (50,9 %), la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (22,8 %) et le fait de ne pas avoir reçu de recommandation (15,2 %). 10 % se souvenaient avoir vu ou entendu le slogan de la campagne. - Les principales raisons de vaccination contre le tétanos des personnes âgées de 50 ans ou plus étaient en raison d'une blessure ou une morsure d'animal (55,7 %) ou en raison d'un voyage (20,7 %).
Frère <i>et al.</i> (2013)[64] ^b Québec (Montréal) Collecte (2010-2011)	Évaluer trois approches pour la vaccination contre la coqueluche des parents : la pratique courante, la promotion de la vaccination à la maternité avec une offre de vaccination en communauté et la promotion de la vaccination et l'administration du vaccin en maternité	Quantitative; questionnaire au site	101 (Phase I - 2010)	Sexe - féminin : 100 % Âge moyen : 30,6 ans Niveau de scolarité – universitaire : 52,5 % Revenu annuel du ménage - entre 50 000 \$ et 100 000 \$: 34,7 % % primipare : 56,4 %	- Au test des connaissances, le nombre moyen de bonnes réponses (sur 5) était de $2,3 \pm 1,2$, et 41 % des répondantes avaient un score ≥ 3. - La route de transmission de la coqueluche était connue par 75,2 % des répondantes. - Seulement 11,9 % des répondantes étaient au fait de la recommandation de vaccination dcaT chez les adultes. - La proportion de répondantes éligibles à la vaccination étant prêtes à être vaccinées s'élevait à 56,3 % (54/96). - Les raisons principales d'un refus concernaient le besoin de plus d'information (26/42) et la peur des effets secondaires (6/42).

^b Seules les données en lien avec les connaissances, attitudes et pratiques sont présentées (phase I).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Dubé <i>et al.</i> (2011)[52] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des personnes âgées de 65 ans ou plus et des personnes atteintes de maladies chroniques âgées de 18 ans ou plus sur le pneumocoque et sa prévention par la vaccination	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Échantillon total : 5 410 N population 65 ans ou plus : 1 436 Taux de réponse global : 20,3 %	Sexe - féminin : 66,4 % Groupe d'âge - 18-49 ans : 30,3 % Groupe d'âge - 50-59 ans : 31 % Langue d'usage - Français : 86,5 % Niveau de scolarité - secondaire : 36,2 % Occupation principale - retraité : 37 % Nombre de personnes composant le ménage - 2 : 40,8 % Revenu total du ménage pour l'année 2009 - entre 20 000 \$ et 39 999 \$: 21,2 % % de malades chroniques : 40,2 % % de travailleurs de la santé : 11 %	38 % des personnes ayant atteint l'âge de 65 ans en 2009 ont été vaccinées contre le pneumocoque à un moment de leur vie et, chez l'ensemble des personnes âgées de 65 ans ou plus, ce pourcentage était de 49 %. - La couverture vaccinale contre le pneumocoque est de 35 % chez les malades chroniques âgés de 18 ans ou plus. Les proportions de personnes vaccinées, sexes réunis, augmentaient avec l'âge ($p < 0,008$ pour tous les tests 2 à 2, sauf pour les 2 premiers groupes d'âge). - Les raisons de non-vaccination contre le pneumocoque chez les répondants âgés de 65 ans ou plus étaient la faible perception de sa vulnérabilité (35,2 %), le manque d'information (32,2 %) et le fait de ne pas avoir reçu de recommandation (11,9 %). - Les raisons de non-vaccination contre le pneumocoque chez les répondants malades chroniques étaient le manque d'information, en particulier pour ceux âgés de 18 à 49 ans (51 %) et de 50 à 59 ans (36 %). Chez les 60-64 ans, la faible perception de sa vulnérabilité était plus forte : 36 % comparativement à 34 % pour le manque d'information. - En général, chez les 65 ans ou plus, le manque d'information était plus fréquemment évoqué par les malades chroniques, alors que la faible perception de sa vulnérabilité était mentionnée plus souvent par les personnes n'ayant pas de maladies chroniques.

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Guay et Côté (2008)[56] Québec (16 régions) Collecte (2008)	Déterminer la raison principale de non-vaccination contre le pneumocoque à l'échelle provinciale des personnes âgées de 65 ans et plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal	3 881 Taux de réponse pondéré pour l'ensemble du Québec : 61,5 %	Non définies	■ Parmi les répondants âgés de 65 ans et plus non-vaccinés contre le pneumocoque, 30 % ne connaissaient pas ce vaccin ou manquaient d'information à son sujet, tandis que 26 % se considéraient en bonne santé et ne voyaient pas la nécessité de se faire vacciner. Le vaccin n'avait pas été offert ou n'avait pas été recommandé par le médecin pour 19 % des répondants. 13 % des répondants de ce groupe ne croyaient pas aux vertus des vaccins ou refusaient de se faire vacciner.
VACCINATION ÉTUDES AUPRÈS DE LA POPULATION ADOLESCENTE					
Guay <i>et al.</i> (2012)[42] Québec Collecte (2009 et 2011)	Évaluer les déterminants (connaissances et attitudes) de la vaccination contre le VPH chez les adolescentes québécoises ainsi que les facteurs socio-démographiques associés	Quantitative/ qualitative; questionnaire/ groupe de discussion Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé, modèle systémique de médecine clinique préventive et modèle logique de vaccination	1 318 Taux de réponse : 45,6 % 11 adolescentes ont participé aux groupes de discussion	Sexe - féminin : 100 % Groupe linguistique - francophone : 83 % Lieu de naissance - au Québec : 91 % Fréquentent l'école : 96 % Religion - catholique : 81 % Réception d'au moins une dose du vaccin VPH : 78 %	■ En analyse multivariée, les facteurs associés à la vaccination étaient l'encouragement des professionnels du milieu scolaire (RCA : 2,83), l'encouragement des parents ou d'une autre personne de l'entourage de l'adolescente (RCA : 2,36), l'accord d'au moins 1 des 2 parents (RCA : 2,22), le lieu de résidence dans une région offrant le programme VPH scolaire élargi (RCA : 1,99), l'habitude de se faire vacciner (RCA : 1,92), les bénéfices perçus de la vaccination (RCA : 1,75) et une connaissance adéquate du VPH et de la vaccination (RCA : 1,15). ■ Les facteurs associés à la non-vaccination étaient l'appartenance à un groupe ethnique ou culturel autre que québécois (RCA : 0,61), une pratique religieuse occasionnelle (RCA : 0,58), les barrières perçues de la vaccination VPH (dont des inquiétudes sur la sécurité) (RCA : 0,53), le fait d'avoir été découragée à recevoir le vaccin par l'un des deux parents ou d'une autre personne de son entourage (RCA : 0,21).

Tableau 6 **Résumé des études sur la vaccination adulte menées auprès de la population adulte et adolescente entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Li <i>et al.</i> (2010)[49] Canada (Québec inclus) Collecte (2005)	Décrire le taux de couverture et les déterminants de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les jeunes Canadiens âgés de 13 à 17 ans	Quantitative; (utilisation des données publiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 3.1; questionnaire téléphonique) Devis transversal /analyse restreinte	Échantillon analysé : 12 170	Sexe - féminin : 48,1 % Groupe d'âge - 12 à 14 ans : 50,1 % Niveau scolaire plus élevé dans la famille - postsecondaire diplômé : 53,4 % Consommation d'alcool dans la dernière année – aucune : 59,6 % Statut d'immigrant : 9,3 % Souffrent d'allergies : 2,8 % Fumeurs : 8,1 % Présentent une maladie chronique pour laquelle la vaccination est recommandée : 13,7 % Perception de sa santé - excellente : 24,4 %	23 % des répondants avaient été vaccinés contre la grippe saisonnière l'an passé. - La raison la plus souvent mentionnée pour ne pas avoir reçu le vaccin était de ne pas le considérer comme étant nécessaire (40,8 %), suivie par le fait de ne pas avoir eu l'occasion d'y aller (12 %). - L'analyse bivariable montre que les répondants qui ont rapporté être plus jeunes, de sexe masculin, aux prises avec une maladie chronique, fumeurs ou avec un statut d'immigrant étaient plus susceptibles d'avoir reçu un vaccin, alors qu'une consommation modérée d'alcool était associée à des taux de vaccination plus faibles. Chez les fumeurs, seul le statut d'immigrant demeurait fortement associé avec la réception du vaccin contre la grippe saisonnière.

Tableau 7 **Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE SEULE ET/OU LA GRIPPE PANDÉMIQUE A(H1N1)					
Dubé <i>et al.</i> (2013)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les connaissances, attitudes et croyances sur la vaccination des travailleurs de la santé de 18 ans ou plus	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Taux de réponse global : 47,7 %		■ 44 % des travailleurs de la santé âgés de 18 à 59 ans avaient reçu le vaccin contre la grippe saisonnière lors de la campagne 2011-2012. ■ Les principales raisons de vaccination contre la grippe saisonnière incluaient le fait de se considérer à risque (53,4 %), la protection personnelle (22,9 %) et la protection d'un membre de la famille ou d'une personne à risque (10,7 %). ■ Les principales raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière étaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (27,7 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (25 %), la peur des effets secondaires (17,1 %) et le fait d'être contre les médicaments et les vaccins (12 %). ■ 63 % des travailleurs de la santé se souvenaient avoir vu ou entendu le slogan de la campagne. ■ 52,5 % avaient une intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière à l'automne. ■ Les principales raisons de non-intention de recevoir le vaccin étaient la faible perception de sa vulnérabilité, de la sévérité de la maladie ou de l'utilité du vaccin (51,6 %), la peur des effets secondaires (18 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (14,6 %) ou le fait d'être contre les médicaments et les vaccins (10,6 %).

Tableau 7 Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014 (suite)

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Dubé <i>et al.</i> (2011)[52] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Décrire les connaissances, attitudes et pratiques des travailleurs de la santé de 18 ans ou plus sur la grippe pandémique A(H1N1) et la grippe saisonnière et sa prévention par la vaccination	Quantitative; questionnaire téléphonique Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé	Échantillon total : 5 410 N travailleurs de la santé : 441 Taux de réponse global : 20,3 %	Sexe - féminin : 66,4 % Groupe d'âge - 18-49 ans : 30,3 % Groupe d'âge - 50-59 ans : 31 % Langue d'usage - Français : 86,5 % Niveau de scolarité - secondaire : 36,2 % Occupation principale - retraité : 37 % Nombre de personnes composant le ménage - 2 : 40,8 % Revenu total du ménage pour l'année 2009 - entre 20 000 \$ et 39 999 \$: 21,2 % % de malades chroniques : 40,2 % % de travailleurs de la santé : 11 %	- Les croyances liées à l'incitation à l'action qui étaient corrélées avec le statut vaccinal chez les travailleurs de la santé étaient les recommandations reçues en faveur de la vaccination par un professionnel de la santé 71,2 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,19) et les recommandations reçues en faveur de la vaccination par la famille 58,4 % (corrélation avec le statut vaccinal = 0,13). - La perception de l'influence des médias dans la décision de se faire vacciner ou non contre la grippe pandémique A(H1N1) avait beaucoup d'influence pour 22,6 % des répondants du groupe des travailleurs de la santé (corrélation avec le statut vaccinal = 0,22). - Les travailleurs de la santé étaient légèrement plus nombreux à considérer le vaccin sécuritaire (non significatif.) Ils étaient plus de 22 % à penser que le vaccin pouvait causer la grippe A(H1N1). - Les travailleurs de la santé étaient plus nombreux à être en accord ou tout à fait en accord avec l'énoncé concernant la norme morale. - Ces répondants étaient nombreux à considérer que le fait d'attraper la grippe pandémique A(H1N1) risquait d'empêcher de faire leurs activités quotidiennes. - Les travailleurs de la santé étaient le seul groupe pour lequel le fait d'être influencé par l'information véhiculée par les médias n'était pas associé au statut vaccinal contre la grippe pandémique A(H1N1). - Lors de la campagne de 2010 contre la grippe saisonnière, seulement 21 % des travailleurs de la santé avaient reçu le vaccin.

Tableau 7 **Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- Les principales raisons de non-vaccination contre la grippe saisonnière étaient la faible perception de sa vulnérabilité (38,3 %), le manque d'intérêt, de temps ou d'information (19,3 %), le fait d'avoir été vacciné contre la grippe A(H1N1) ou qu'un vaccin est suffisant (13,3 %). - Moins de la moitié des répondants avaient l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière lors de la campagne 2010-2011. - Les principales raisons de non-intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière incluaient la faible perception de sa vulnérabilité (63,1 %) et des doutes quant à l'efficacité du vaccin (12,8 %).
Dubé <i>et al.</i> (2011)[66] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Mesurer l'évolution des croyances, attitudes et pratiques des infirmiers(ères), des pédiatres et omnipraticiens quant à la grippe pandémique A(H1N1) ainsi que les déterminants psychosociaux et organisationnels de la vaccination et décrire les pratiques et attitudes concernant la vaccination contre la grippe saisonnière	Quantitative; questionnaire postal et en ligne Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé, théorie des comportements interpersonnels et cadre analytique de la stratégie nationale d'immunisation	Échantillon analysé : 752 infirmiers, 630 omnipraticiens et 358 pédiatres Taux de réponse : global : 57 % Infirmières : 50 % Omnipraticiens : 60 % Pédiatres : 65 %	Sexe - féminin : Infirmiers : 90,4 % Omnipraticiens : 51,1 % Pédiatres : 55,9 % Langue parlée - français : majorité Nombre d'années de pratique - entre 15 et 30 ans : Infirmiers : 31,6 % Omnipraticiens : 38,4 % Pédiatres : 40,8 % Dose de vaccins administrés chaque mois (+ de 100 doses) : Infirmiers : 3,7 %	- En analyse multivariée, auprès des répondants infirmiers seulement, le facteur le plus associé à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) était l'habitude de vaccination contre la grippe saisonnière (RC : 4,8). La perception de la responsabilité morale de recevoir le vaccin était également un facteur associé positivement au statut vaccinal contre la grippe A(H1N1) (RC : 3,2). - Le fait d'avoir eu un SAG entre septembre et décembre 2009 était également associé, mais de façon négative (RC : 0,23). - Plus les répondants infirmiers percevaient la grippe pandémique A(H1N1) comme étant sévère, plus leur probabilité de recevoir le vaccin était augmentée. - Au niveau des barrières, le fait qu'il s'agissait d'un nouveau vaccin avec adjuvant et la perception que le vaccin pouvait transmettre la grippe pandémique A(H1N1) ont montré une association négative avec le statut vaccinal.

Tableau 7 **Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Omnipraticiens : 20,5 % Pédiatres : 24,9 %	- En ce qui concerne la vaccination contre la grippe saisonnière, les répondants infirmiers étaient moins nombreux à être convaincus de l'utilité de la vaccination des enfants contre la grippe saisonnière que les répondants médecins. - Les répondants médecins étaient plus nombreux que les répondants infirmiers à avoir été vaccinés 4 ou 5 fois contre la grippe saisonnière au cours des 5 dernières années.
Godin <i>et al.</i> (2010)[50] Québec (Capitale-Nationale) Collecte (2008)	Identifier les déterminants de la vaccination contre la grippe saisonnière des travailleurs de la santé pour la prochaine campagne, les déterminants de l'intention de se faire vacciner, les modérateurs de la relation intention-comportement et les facteurs sur lesquels les programmes de promotion de la vaccination de la grippe auprès des travailleurs de la santé devraient s'appuyer	Quantitative; questionnaire au site Devis prospectif Version étendue de la théorie du comportement planifié	424	Sexe - féminin : 84 % Âge moyen : 39,4 ans Quart de travail - de jour : 66 % Emploi - temps complet : 55 %	46 % des répondants s'étaient fait vacciner contre la grippe saisonnière. Un nombre significativement inférieur de participants à temps partiel s'étaient fait vacciner. - Les déterminants de la vaccination étaient l'intention, le regret anticipé, la norme professionnelle, le fait de s'être fait vacciner l'année précédente et le statut de travail. 60 % des répondants avaient une intention élevée de se faire vacciner contre la grippe saisonnière, 14 % avaient une intention modérée et 26 % avaient une intention faible. Les membres du personnel technique avaient une intention plus faible que les infirmières et les membres du personnel auxiliaire. Les travailleurs de la santé plus âgés que 41 ans avaient une intention plus faible que ceux âgés de 41 ans ou moins.

Tableau 7 **Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Boucheron <i>et al.</i> (2009)[68] Québec (Montréal) Collecte (2009)	Documenter l'intention de se faire vacciner contre la grippe pandémique A(H1N1) parmi les médecins et infirmières qui dispensent des soins de santé et recenser les facteurs associés à l'intention ou au comportement	Quantitative; questionnaire sur site Devis transversal	489 Taux de réponse parmi les CHSGS : 42 % à 70 % Information non disponible pour les CSSS	Sexe - féminin : 80 % Occupation - infirmière : 82 % Groupe d'âge - 30 à 39 ans : 30 % Groupe d'âge - 40 à 49 ans : 29 % Lieu de travail - CHSGS : 62 % Ancienneté - 0-5 ans : 30 % Ancienneté - 20 ans ou plus : 31 %	40 % des répondants avaient l'intention de se faire vacciner contre la grippe pandémique A(H1N1). Les résultats étaient statistiquement significatifs pour le lieu d'emploi, la profession, le sexe, le fait d'avoir reçu le vaccin saisonnier en 2008 et l'intention ferme de le recevoir en 2009. - Le pourcentage d'intention ferme de vaccination contre la grippe A(H1N1) chez le personnel infirmier était plus faible (33 %), comparativement à l'intention ferme de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière (55 %; $p < 0,001$). - Les principales raisons motivant les répondants à se faire vacciner contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient la protection de la famille et de la clientèle et la protection de soi-même chez le personnel infirmier et les médecins. Ce sont sensiblement les mêmes raisons que celles qui ont été citées par les répondants qui se sont fait vacciner contre la grippe saisonnière en 2008. - Chez le personnel infirmier, les raisons invoquées pour refuser la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient la crainte d'effets secondaires, les doutes sur l'efficacité du vaccin, le manque de confiance envers le vaccin et le fait de se percevoir en bonne santé. Chez les médecins, les raisons invoquées pour refuser la vaccination étaient la sécurité du vaccin, son efficacité et l'absence de sévérité perçue de la maladie. - Chez le personnel infirmier, les raisons qui inciteraient à la vaccination contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient la protection des autres et des proches, l'augmentation du nombre ou de la sévérité des cas et du temps pour pouvoir tester le vaccin. Chez les médecins, les raisons étaient la preuve de la sécurité et de l'innocuité du vaccin, la preuve de l'efficacité et la gravité de la maladie.

Tableau 7 **Résumé des études menées auprès des travailleurs et professionnels de la santé sur leur propre vaccination entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					Les facteurs associés au fait d'avoir l'intention ferme de se faire vacciner contre la grippe pandémique A(H1N1) étaient l'intention ferme de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière en 2009 (RC : 16,9), le fait d'être médecin (RC : 2,57) et le fait d'avoir reçu le vaccin contre la grippe saisonnière en 2008 (RC : 2,11).

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
VACCINATION EN GÉNÉRAL					
Dubé <i>et al.</i> (2013)[48] Québec (16 régions) Collecte (2012)	Décrire les attitudes des travailleurs de la santé concernant la vaccination	Quantitative, questionnaire téléphonique Devis transversal	540	Sexe - féminin : 81 % Groupe d'âge - 50 à 59 ans : le tiers	95 % des répondants considéraient leurs connaissances sur la vaccination en général comme étant satisfaisantes. - Les sources principales d'information étaient le travail (51 %), les médecins et infirmières (8 %) et la télévision (8 %). - Presque tous les répondants considéraient les vaccins comme étant sécuritaires, efficaces et bénéfiques pour la santé des individus. 37 % des répondants considéraient que les enfants recevaient trop de vaccins et 36 % étaient d'avis qu'un bon mode de vie pouvait éliminer le besoin de recourir à la vaccination.
Dubé <i>et al.</i> (2012)[73] Canada (Québec inclus) Collecte (2009)	Déterminer les opinions concernant 7 nouveaux vaccins et la priorisation pour l'introduction dans un nouveau programme	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Cadre analytique des programmes de vaccination au Canada	1 283 Taux de réponse : 43 % global, 51 % Québec	Sexe - féminin : 54 % Corps professionnel - pédiatres : 71 % Lieu de pratique principal - bureau privé : 51 % Nombre d'heures en consultation - plus de 21 heures par semaine : 57 % Nombre de doses de vaccins administrés chaque mois - plus de 100 : 13 %	74 % des répondants étaient fortement en accord ou en accord à 23 % avec le fait que les vaccins recommandés par les autorités de santé publique étaient très utiles (de 77 % pour la grippe saisonnière à 99 % pour Dcat-IVP-Hib). 46 % des répondants étaient fortement ou en accord sur le fait qu'il était facile pour eux d'informer leurs patients sur les nouveaux vaccins. - En considérant l'investissement des fonds publics, 77 % des répondants ont répondu qu'il était important de faire vacciner les enfants contre les maladies modérément sévères, mais fréquentes et 91 % qu'il était important de vacciner contre les maladies très sévères, mais rares. 3 % trouvaient que les enfants canadiens recevaient trop de vaccins. - À l'exception des vaccins contre le VPH et le rotavirus, plus de 75 % des répondants étaient fortement en accord ou en accord sur le fait que le fardeau économique et de santé prévenu par les

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
				Années de pratique : plus de 20 ans : 47 % Province de pratique - Québec : 27 %	nouveaux vaccins était important et plus de 90 % considéraient les nouveaux vaccins comme étant sécuritaires et efficaces. - Plusieurs considéraient leurs connaissances sur les différents vaccins comme étant suffisantes. - L'intention de recommander les nouveaux vaccins variait de 52 % (rotavirus) à 95 % (RRO-V). L'intention de recommander et la perception de l'utilité d'un programme issu des fonds publics pour le vaccin étaient fortement associées. - En analyse multivariée, l'acceptabilité perçue des vaccins par les vaccinateurs, l'autodétermination suffisante de connaissances sur les vaccins et l'acceptabilité perçue des vaccins par la population étaient les facteurs les plus significativement associés à l'intention de recommander un vaccin. Aucune différence significative avec les caractéristiques sociodémographiques ou professionnelles n'a été observée.
Dubé <i>et al.</i> (2011)[66] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Étude présentée au tableau 3				- L'intention de recommander la vaccination contre la grippe saisonnière était liée aux habitudes de vaccination des professionnels de la santé. - La perception de l'utilité de vacciner les enfants contre la grippe saisonnière et la recommandation de la vaccination contre la grippe saisonnière étaient aussi associées avec les habitudes de vaccination des répondants.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Dubé <i>et al.</i> (2013)[76] Québec Collecte (2010)	Décrire les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques en lien avec la vaccination chez les sages-femmes québécoises et chez les étudiantes actuellement inscrites au baccalauréat et au programme d'intégration en pratique sage-femme	Qualitative; entrevues face à face Devis transversal	N étudiantes : 8 N sages-femmes : 17	Sexe - féminin : 100 % Étudiantes Nombre d'années d'étude - 1 an : 3 Sages-femmes Nombre d'années de pratique - ≤ 5 ans : 7	- Les premiers mots qui venaient en tête lorsque l'on mentionnait le mot vaccin avaient des connotations autant négatives que positives chez les répondantes. - Au niveau des facteurs contribuant à la diminution des maladies infectieuses, la majorité des répondantes ont mentionné les bonnes habitudes de vie telles que l'hygiène, une bonne alimentation et l'allaitement. Quelques répondantes ont mentionné la vaccination. - L'efficacité et la sécurité des vaccins évoquaient la diminution ou l'éradication de certaines maladies, la diminution de la morbidité et de la mortalité chez les répondantes. - Le calendrier vaccinal a été remis en cause par plusieurs répondantes, leur principal reproche étant la date du premier vaccin qui était jugée trop tôt. - Certaines répondantes mentionnaient l'absence de la nécessité de vacciner en raison du taux de couverture vaccinale élevé et d'autres soulignaient qu'il n'était pas utile de vacciner contre le tétanos, car le vaccin était donné systématiquement à l'hôpital s'il y a un risque d'infection tétanique. - Pour certaines répondantes, l'efficacité des vaccins était un argument en faveur de la vaccination, certaines précisaient que les bienfaits de la vaccination étaient exagérés et d'autres évoquaient la durée de l'efficacité des vaccins. - D'autres arguments en défaveur de la vaccination étaient en lien avec les maladies contre lesquelles on vaccine (certaines sont presque disparues entraînant ainsi peu de risque de les contracter) et le peu de gravité perçue de la maladie.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					Bien que la vaccination ne soit pas considérée comme un volet important, les répondantes considéraient toutefois que leur rôle était de donner l'information.
Gilca <i>et al.</i> (2009)[72] Québec (16 régions) Collecte (2008)	Déterminer les opinions des infirmières au sujet de l'utilité des vaccins recommandés et les nouveaux candidats à la recommandation pour les programmes publics, déterminer le degré de priorité perçu quant à l'implantation de nouveaux programmes vaccinaux et déterminer les facteurs associés à l'intention de recommander un nouveau vaccin	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal/ étude comparative Modèle systémique de médecine clinique préventive	Échantillon analysé : 299 Taux de réponse selon N analysé : 59,8 %	Sexe - féminin : 91 % Directement impliqués dans l'administration des vaccins : 55 % Années de pratique - au moins 10 ans : 69 % Niveau de scolarité - degré universitaire : 57 %	68,2 % des répondants étaient fortement et 29,6 % étaient plutôt en accord avec l'énoncé selon lequel les vaccins recommandés par la santé publique étaient très utiles. - Plus de 75 % des répondants étaient fortement en accord avec l'utilité de 4 vaccins implantés depuis plusieurs années. Pour les vaccins les plus récents (pneumocoque/varicelle/grippe saisonnière), la proportion qui se disait fortement en accord était respectivement de 66 %, 56 % et 44 %. - Une plus grande proportion de répondants vaccinoteurs croyaient que les nouveaux vaccins étaient sécuritaires et procuraient une bonne protection comparativement aux répondants non vaccinoteurs. - De 35 % à 69 % des répondants estimaient que l'information reçue sur les nouveaux candidats était suffisante. - La proportion de répondants se disant prête à recommander un vaccin candidat variait de 86 % à 98 %. - Les facteurs associés à la volonté de recommander le vaccin PCV-10 étaient l'utilité perçue du vaccin PCV-7 déjà en utilisation, le soutien social perçu, le soutien professionnel perçu, l'accès/l'implication en vaccination, la satisfaction de la performance du vaccin et la sécurité du vaccin. - En analyse exploratoire, l'intention de recommander le vaccin était liée à l'utilité perçue de l'implantation d'un nouveau programme et le

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					soutien professionnel perçu face à un nouveau vaccin.
Guay <i>et al.</i> (2009)[7] Québec (Estrie) Collecte (2007-2008)	Explorer les savoirs, les croyances et les pratiques des professionnels de la santé concernant la vaccination	Qualitative; entrevues face à face Devis transversal Aucune approche théorique spécifiée	12	Sexe - féminin : majorité Âge moyen : 47 ans Années implication en vaccination - moyenne : 13 ans Nombre d'enfants vaccinés par mois - moyenne : 35	- Les répondants reconnaissaient les bienfaits de la vaccination, mais exprimaient certaines réticences face aux difficultés liées à l'acte vaccinal et à la promotion de la vaccination. - Certaines pratiques professionnelles s'éloignaient des recommandations du programme de vaccination dont la répartition des vaccins sur 2 rendez-vous, afin de réduire les injections multiples ainsi que la vaccination à la carte. - Les répondants agissaient ainsi en réponse aux réticences des parents face aux injections multiples et à des maladies considérées bénignes ainsi qu'en raison de leur propre inconfort à administrer plusieurs injections lors d'un rendez-vous. Selon eux, il valait mieux vacciner de manière incomplète que pas du tout.
VACCIN SPÉCIFIQUE					
CIQ (2012)[75] Québec (16 régions) Collecte (2010)	Connaître l'opinion des professionnels par rapport à la vaccination contre les VPH, notamment chez les garçons (9-18 ans), les hommes de 18 à 26 ans et les femmes de 18 à 26 ans	Quantitative; questionnaire postal et en ligne Devis transversal	Taux de réponse : 20 % infirmières et omnipraticiens, 24 % obstétriciens-gynécologues, 48 % pédiatres, 67 % professionnels de santé publique	Non définies	- Généralement, les répondants considéraient leurs connaissances sur le VPH comme étant suffisantes. - Une plus faible proportion d'infirmières considéraient leurs connaissances comme satisfaisantes pour leur pratique vis-à-vis du vaccin contre les VPH (40 % fortement en accord ou en accord), alors que près de 95 % des obstétriciens-gynécologues étaient fortement en accord avec cet énoncé. - L'autoévaluation des connaissances par les différents professionnels de santé n'était pas reliée aux caractéristiques telles que le nombre d'années de pratique, le lieu de travail et le nombre de vaccins distribués par mois sur le lieu de travail.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- En termes de perceptions de la fréquence, de la gravité et du fardeau des maladies attribuables à l'infection, les cancers du col utérin étaient perçus de façon plus grave et présentaient un plus grand fardeau que les condylomes et les autres cancers reliés à l'infection. - Parmi les répondants pour lesquels la pratique s'applique, la plupart d'entre eux rapportaient recommander le vaccin à leurs patients. - Lorsqu'on demandait aux répondants quel devrait être l'objectif du programme de vaccination gratuit contre les VPH, la majorité d'entre eux choisissaient l'ensemble des maladies attribuables à l'infection. - La majorité des répondants sondés considéraient que tant les filles que les garçons devraient pouvoir bénéficier de la vaccination gratuite. - Si un élargissement du programme gratuit était prévu, la majorité des répondants sondés donneraient leur préférence à la vaccination des femmes âgées entre 18 et 26 ans.
Dubé <i>et al.</i> (2011)[74] Canada (Québec inclus) Collecte (2009)	Documenter les connaissances, attitudes et pratiques des pédiatres canadiens en regard de la grippe pandémique A(H1N1) et de sa prévention par la vaccination après le début de la campagne A(H1N1) et comparer les résultats à ceux obtenus avant	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal/ étude avant/après Cadre analytique de la stratégie nationale d'immunisation	911 (714 pédiatres dans le groupe avant le début de la campagne et 197 dans le groupe après le début de la campagne) Taux de réponse après exclusion : 50 %	Sexe - masculin : 41,9 % groupe avant 46,7 % groupe après Nombre d'heures de consultation - 21 heures : 54,5 % groupe avant 48,6 % groupe après	98 % des répondants croyaient que les vaccins recommandés par les autorités de santé publique étaient très utiles (97,6 % groupe avant, 98,5 % groupe après) et 73 % étaient en accord ou fortement en accord avec l'affirmation à l'effet qu'il était très utile de protéger les enfants avec les vaccins contre la grippe saisonnière (72,9 % groupe avant et 73,9 % groupe après). - Au moment de recommander de nouveaux vaccins, 91 % des répondants se disaient être très influencés par les recommandations de groupes d'experts (91,3 % groupe avant, 90,7 % groupe après) et 90 % par les recommandations

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
	l'initiation de la campagne		Taux de réponse pour le Québec : 57,7 %	Années de pratique : 20 ans ou plus : 39,6 % groupe avant 37,9 % groupe après Planification de recevoir le vaccin - oui : 83,9 % groupe avant 92,3 % groupe après	d'associations professionnelles (90,8 % groupe avant, 89,7 % groupe après). 63 % des répondants percevaient la grippe pandémique A(H1N1) comme une infection sérieuse avant la campagne comparativement à plus de 75 % après la campagne. 73 % étaient en accord avec le fait que l'infection était suffisamment grave pour prendre des précautions pour la prévenir dans le groupe avant alors que ce taux était de 63 % chez les répondants dans le groupe après. 50 % des répondants interrogés avant la campagne étaient en accord ou fortement en accord sur le fait que le vaccin était sécuritaire et 35 % étaient en accord avec son efficacité (respectivement 77 % et 72 % dans le groupe après). - L'acceptabilité perçue par le public était comparable pour les 2 groupes et l'acceptabilité par les professionnels de santé qui l'administraient était augmentée dans le groupe après (84 % vs 71 %; $p < 0,001$). - L'intention de recommander le vaccin grimpait à 92 % chez le groupe après la campagne comparativement à 80 % dans le groupe avant. 40 % des répondants qui étaient en désaccord avec l'utilité de protéger les patients avec le vaccin de la grippe saisonnière n'avaient pas l'intention de recommander le vaccin contre la grippe pandémique A(H1N1). - La majorité des répondants avaient l'intention de se faire vacciner (84 % groupe avant, 92 % groupe après). Aucune différence n'a été trouvée dans l'intention de recourir à la vaccination selon les régions du Canada ni avant ou après le début de la campagne.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
					- Les facteurs les plus significativement associés à l'intention de recommander le vaccin avant et après le début de la campagne étaient l'intention de se faire vacciner contre la grippe pandémique A(H1N1) (RC : 8,65) et la croyance que le vaccin serait bien accepté par les vaccinés (RC : 6,65). Venaient par la suite les croyances selon lesquelles le vaccin de la grippe saisonnière était très utile pour protéger la santé de l'enfant, le fardeau économique perçu par la grippe pandémique A(H1N1), les connaissances jugées suffisantes concernant le vaccin, la sécurité perçue du vaccin, la sévérité perçue de la pandémie et la croyance selon laquelle des précautions spéciales pour prévenir la grippe pandémique A(H1N1) étaient requises. L'endossement de presque tous les items de la pandémie et de sa prévention via la vaccination avait augmenté à la suite du début de la campagne. - La proportion de répondants qui rapportaient avoir eu suffisamment d'information a aussi connu une augmentation (31 % à 73 %; $p < 0,001$).
Dubé <i>et al.</i> (2011)[71] Canada (Québec inclus) Collecte (2009)	Déterminer les connaissances, attitudes et croyances des pédiatres concernant la vaccination en général et l'otite moyenne aiguë et sa prévention par l'immunisation (PCV-7) et estimer leur intention de recommander le nouveau vaccin	Quantitative; questionnaire postal Modèles des croyances relatives à la santé et cadre analytique de la stratégie nationale d'immunisation	912 N pour le Québec : 28 % Taux de réponse : 50 %	Sexe - féminin : 57 % Proportion de patients vus âgés de moins de 3 ans - 25 à 74 % : 71 % Années de pratique - 15 ans ou plus : 58 %	97 % des répondants étaient en accord ou fortement en accord avec le fait que les vaccins généralement recommandés par la santé publique étaient très utiles. - L'ensemble des répondants considéraient que le vaccin PCV-7 était très utile. 49 % se disaient confortables lorsque venait le temps d'informer leurs patients de nouveaux vaccins. - Lorsque venait le temps de recommander de nouveaux vaccins, 91 % des répondants se disaient être fortement influencés par les recommandations de groupes d'experts, 90 % par

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
	contre le pneumocoque (PCV-10, PCV-13)			Nombre d'heures en consultation - 21 heures ou plus : 53 % Pourcentage de patients de 3 ans et moins - 25-75 % : 71 % Nombre de doses administrées par mois - Aucune : 44 %	les recommandations d'associations professionnelles et 88 % par leurs connaissances personnelles. 92 % considéraient qu'il était important de faire vacciner les enfants contre les maladies modérément sévères, mais fréquentes et 80 % qu'il était important de faire vacciner les enfants contre les maladies sévères, mais rares. 79 % évaluaient les conséquences de l'OMA comme étant modérées. - Les bénéfices perçus par la vaccination concernaient la réduction de l'antibiothérapie et la réduction des complications post-OMA. Plus de la moitié des répondants (53 %) considéraient le risque d'effets secondaires comme étant une barrière à la vaccination de l'OMA. - Presque tous les pédiatres (99 %) considéraient que le nouveau vaccin conjugué pneumocoque est sécuritaire. Plus de 95 % étaient en accord avec l'énoncé concernant l'efficacité et l'acceptabilité des nouveaux vaccins PVC. - Plusieurs des répondants (70 %) considéraient leurs connaissances comme étant suffisantes par rapport à ce vaccin. - Plus de 90 % avaient l'intention de le recommander à leurs patients. - En analyse multivariée, le déterminant principal de l'intention de recommander le vaccin était la sécurité et l'efficacité perçues du vaccin (R² partiel : 0,40). Ensuite venaient la sévérité perçue, la fréquence et le fardeau économique des maladies évitables par la vaccination, l'acceptabilité perçue du vaccin par les autres vaccinateurs et l'estimation suffisante des connaissances des nouveaux vaccins.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Dubé <i>et al.</i> (2011)[70] Canada (Québec inclus) Collecte (2009)	Déterminer les connaissances, attitudes et croyances concernant les maladies à rotavirus et leur prévention par la vaccination ainsi que l'intention des pédiatres à recommander la vaccination à leurs patients	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Modèle des croyances relatives à la santé et cadre analytique de la stratégie nationale d'immunisation	912 Taux de réponse : 50 % Taux de réponse pour le Québec : 57,7 %	Sexe - féminin : 57 % Pratique depuis 15 ans ou plus : 57 % Nombre d'heures en consultation - 21 heures ou plus par semaine : 51 %	- Presque tous les répondants étaient fortement en accord (75 %) ou en accord (22 %) sur l'utilité des vaccins de routine. - Seulement 49 % se disaient à l'aise lorsque venait le temps d'informer les patients des nouveaux vaccins. 91 % se disaient hautement influencés par les groupes d'experts et par les recommandations des associations professionnelles. 66 % des répondants considéraient que le rotavirus se présentait fréquemment sans la vaccination et 62 % estimaient que la maladie générait un fardeau économique significatif. 69 % considéraient que le vaccin était sécuritaire et 61 % efficace. - La diminution des cas sévères de gastroentérite était perçue comme le principal bénéfice de la vaccination contre le rotavirus, alors que le risque d'effets secondaires était la barrière perçue principale. 53 % indiquaient une forte intention de recommander les vaccins contre le rotavirus. 59 % estimaient que leurs connaissances sur les vaccins à rotavirus étaient suffisantes. - L'intention de recommander les vaccins et la perception de l'utilité d'un programme de vaccination étaient corrélées. Le fardeau économique et de santé lié aux maladies à rotavirus était le principal déterminant de l'intention des répondants à recommander le vaccin.

Tableau 8 **Résumé des études sur les perceptions de la vaccination pour les patients menées auprès des professionnels de la santé entre 2008 et 2014 (suite)**

Références	Objectifs	Méthodologie	N répondants	Caractéristiques des répondants	Principaux résultats
Duval <i>et al.</i> (2009)[69] Canada (Québec inclus) Collecte (2007)	Documenter les connaissances, attitudes et besoins d'information des infirmières concernant la prévention du VPH et déterminer les facteurs associés à la volonté de recommander le vaccin contre les VPH	Quantitative; questionnaire postal Devis transversal Modèle systémique de médecine clinique préventive pour la prévention	946 Taux de réponse : 53 % (moyenne de participation de 86 % au Québec)	Sexe - féminin : 100 % Clientèle principale - enfants ou adolescents : 37 % Années de pratique - 20 ans ou plus : 58 % Administration de vaccins : 68 %	97 % des répondantes percevaient les vaccins routiniers recommandés comme étant très utiles. - Au niveau des connaissances, le score moyen des répondantes était de 3,8 sur 7,93 % des répondantes avec un score de connaissances plus élevé que la moyenne générale étaient prêtes à recommander le vaccin contre les VPH comparativement à 76 %. 41 % des répondantes disaient avoir eu de l'information suffisante ou plutôt suffisante sur les vaccins contre les VPH. 93 % des répondantes supporteraient la vaccination contre les VPH si elle faisait partie d'un programme financé et 85 % recommanderaient le vaccin à leurs patients. 91 % des répondantes disaient que le vaccin devrait être administré avant que les filles deviennent sexuellement actives et 82 % croyaient que le vaccin devrait être donné à toutes les femmes sexuellement actives. - Respectivement, 33 %, 46 % et 61 % des répondantes s'attendaient à ce que la vaccination permette que le dépistage débute plus tard, permette une réduction de la fréquence de dépistage et permette une réduction du nombre d'interventions post-dépistage. Le meilleur âge pour le déploiement d'un programme universel serait sous les 14 ans pour 71 % des répondantes. - En analyse multivariée, les facteurs associés à l'intention de recommander le vaccin étaient le niveau de connaissances, l'efficacité personnelle perçue et le soutien sociétal et des collègues.

Annexe 4

**Bases de données consultées et plateformes
associées pour la recherche documentaire sur
les interventions de promotion de la vaccination**

Bases de données consultées et plateformes associées pour la recherche documentaire sur les interventions de promotion de la vaccination

Banques de données	Plateformes
CINAHL	<i>EBSCOhost</i>
EMBASE	<i>OvidSP</i>
EMB Reviews	<i>OvidSP</i>
Environmental Science and Pollution Management	<i>ProQuest</i>
ERIC	<i>ProQuest</i>
Global Health	<i>OvidSP</i>
Health Policy Reference Center	<i>EBSCOhost</i>
MEDLINE	<i>OvidSP et EBSCOhost</i>
PILOTS	<i>ProQuest</i>
Political Science Complete	<i>EBSCOhost</i>
ProQuest Sociology	<i>ProQuest</i>
Sociological Abstract	<i>ProQuest</i>
Psychology & Behavioral Sciences Collection	<i>EBSCOhost</i>
PsycINFO	<i>EBSCOhost</i>
Public Affairs Index	<i>EBSCOhost</i>
PubMed	<i>PubMed</i>
Social Services Abstracts	<i>ProQuest</i>
SocINDEX with Full Text	<i>EBSCOhost</i>
Total Access Collection	<i>OvidSP</i>

Annexe 5

Tableau des principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des interventions auprès des travailleurs de la santé afin de promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière

Tableau 9 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP auprès des travailleurs de la santé pour promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière – pays comparables au Canada depuis 2005

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Cairns <i>et al.</i> (2012)[26]	Examiner l'efficacité des interventions de communication sur la vaccination en contexte européen auprès de toutes populations (soit parents, professionnels de la santé, enfants/jeunes, patients, groupes à risque, public général)	Total = 33 dont 7 visaient les CV des travailleurs de la santé	■ Auprès des travailleurs de la santé, des stratégies de formation et d'éducation ont été utilisées dans la majorité des études. ■ Les interventions d'éducation et d'information sont efficaces pour augmenter les CV des travailleurs de la santé. ■ Une combinaison d'interventions est plus efficace qu'une intervention utilisée seule.
Hollmeyer <i>et al.</i> (2012)[27]	Analyser les interventions visant l'augmentation de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les travailleurs de la santé en milieux hospitaliers	25	■ Les stratégies gagnantes sont : l'offre vaccinale flexible et sur les lieux de travail, l'assignation d'un personnel dédié pour prendre en charge le programme et la diffusion de matériel éducatif (adapté aux caractéristiques des groupes ciblés). ■ Les programmes utilisant un large nombre de composantes atteignent de plus hauts taux de couverture vaccinale. ■ Concernant les stratégies spécifiques, l'accès au vaccin est un incontournable, mais la stratégie la plus efficace serait de rendre obligatoire la vaccination. Toutefois, la vaccination obligatoire ne devrait être envisagée que lorsque toutes les autres stratégies ont été implantées.
Lam <i>et al.</i> (2010)[28]	Déterminer quelles campagnes ou composantes sont associées à une plus grande couverture vaccinale dans le cadre de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les travailleurs en milieux de soins	12	■ Les stratégies les plus utilisées incluent l'éducation ou encore la promotion ainsi que l'amélioration de l'accès au vaccin. ■ Les campagnes incluant une plus grande variété de composantes ont plus de chance d'augmenter les CV (risque relatif plus élevé favorisant le groupe soumis à l'intervention). ■ Les campagnes n'impliquant que de l'éducation ou de la promotion n'obtiennent que des changements faibles dans les CV.
Schmidt <i>et al.</i> (2013)[29]	Évaluer l'efficacité d'essais contrôlés randomisés menés pour améliorer les taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les travailleurs de la santé	10	■ Un programme combinant une composante éducative et une composante promotionnelle est plus efficace pour augmenter les CV que les programmes sans composante éducative ou promotionnelle.

Annexe 6

Tableau des principaux constats portant sur les stratégies de promotion de la vaccination

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Cairns <i>et al.</i> (2012)[26]	Examiner l'efficacité des interventions de communication sur la vaccination en contexte européen auprès de toutes populations (soit parents, professionnels de la santé, enfants/jeunes, patients, groupes à risque, public général)	33	Demande ■ L'analyse indique que les interventions basées exclusivement sur l'usage des médias de masse peuvent améliorer les couvertures vaccinales et que le fait de combiner cette approche à d'autres interventions peut contribuer à son efficacité, mais que ce n'est pas essentiel. ■ Les données sont insuffisantes pour juger de l'efficacité des stratégies personnalisées ou combinées à une composante personnalisée. Par contre, les données indiquent que les communications de type « face à face » peuvent être efficaces auprès d'un auditoire ayant manifesté des comportements résistants à la vaccination. Offre ■ La formation et l'éducation, principalement dirigées vers les travailleurs de la santé, sont utilisées à titre de complément à d'autres activités de promotion et de communication dans un bon nombre d'études. Les données quant à l'efficacité de celles-ci (auprès des travailleurs de la santé et des clientèles à risque) sont mixtes et nécessitent plus de recherche. Accessibilité ■ Les interventions qui améliorent l'accès aux services, combinées aux interventions de communication, ont un effet positif sur les couvertures vaccinales. Toutefois, les interventions visant l'accès aux services ne sont pas des conditions essentielles au succès des autres interventions et ne seraient pas suffisantes lorsque utilisées seules. Généralités ■ Il n'y a pas de tendances claires quant aux meilleurs canaux de communication à utiliser pour qu'une intervention soit efficace. ■ En ce qui a trait à la durée et l'intensité de l'exposition de la cible à l'intervention, les contacts uniques étaient associés à des taux d'efficacité plus faibles comparativement aux interventions qui impliquaient des contacts multiples auprès de la cible. ■ Dans le cadre d'interventions à composantes multiples, l'évaluation de la contribution spécifique des communications est complexe. ■ En termes d'implications stratégiques et de recommandations, les auteurs indiquent notamment que les interventions de communication devraient être appuyées par des cadres de planification, qu'elles devraient se baser sur des théories de changement de comportements (niveau individuel et sociétal), impliquer des actions de plaidoyer de la vaccination, diffuser de l'information, miser sur l'éducation et de la formation ainsi que sur l'expertise en communication.

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005 (suite)

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Jacobson <i>et al.</i> (2005)[84]	Déterminer l'efficacité des rappels aux patients et des systèmes de rappel pour augmenter la couverture vaccinale et comparer les effets des types de rappels auprès de différents milieux ou populations	47	Demande - Les rappels sont efficaces dans le cadre de la vaccination infantile, de la vaccination de l'enfant contre la grippe et de la vaccination de l'adulte contre le pneumocoque, le tétanos et l'hépatite B. - Par contre, les rappels n'ont pas été trouvés comme étant efficaces auprès des adolescents (une seule étude). - Tous les types de rappels ont été trouvés efficaces, le téléphone étant le plus efficace, mais également le plus coûteux.
Kaufman <i>et al.</i> (2012)[81]	Déterminer l'effet d'interventions de type « face à face » dans le but d'informer ou d'éduquer les parents sur la vaccination des enfants	7	Demande - Peu de données probantes ou encore données de faible qualité suggérant que les interventions de ce type ont un faible impact sur le statut vaccinal ou sur les connaissances face à la vaccination. - Par contre, selon les effets apparents limités de telles interventions, il peut être faisable et approprié d'incorporer la communication sur la vaccination dans une rencontre de soins de santé, au lieu de conduire une activité séparée à cet effet.
Lau <i>et al.</i> (2012)[103]	Évaluer l'efficacité d'interventions pour augmenter la couverture vaccinale (grippe saisonnière et pneumocoque) d'adultes résidant dans la communauté	106	Accessibilité - L'administration du vaccin par d'autres professionnels avec des directives claires a été trouvée comme étant l'intervention la plus efficace pour la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque. Offre - L'approche aux patients (<i>patient outreach</i>) et les rappels aux cliniciens ont été trouvés comme étant les interventions les plus efficaces pour la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque. - Les rappels aux cliniciens et l'éducation étaient associés à une plus grande amélioration dans le cas de la vaccination contre le pneumocoque. Généralités - La plupart des interventions sont associées à un effet modeste sur les couvertures vaccinales.

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005 (suite)

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Ndiaye <i>et al.</i> (2005)[157]	Évaluer les données concernant l'efficacité d'interventions pour améliorer les couvertures vaccinales des groupes à risque incluant les professionnels de la santé	35	Demande - Données insuffisantes pour déterminer l'efficacité d'interventions d'éducation dirigées au client, des rappels, d'interventions d'éducation à l'échelle communautaire, des incitatifs au client et l'obligation vaccinale lorsqu'implantés seuls. Accessibilité - Données insuffisantes pour déterminer l'efficacité d'interventions pour réduire les coûts de la vaccination et pour élargir l'accès lorsqu'implantées seules. Offre - Données probantes sur l'efficacité des systèmes de rappel aux vaccinateurs pour hausser les CV. - Données insuffisantes pour déterminer l'efficacité de l'éducation aux vaccinateurs, des ordres permanents et de la rétroaction aux vaccinateurs lorsqu'implantés seuls. Généralités - Efficacité démontrée lorsque les interventions pour améliorer l'accès aux services sont combinées avec des interventions au niveau des vaccinateurs et du système et/ou avec des interventions visant à augmenter la demande du client.
Sadaf <i>et al.</i> (2013)[80]	Évaluer la littérature sur les interventions visant à diminuer le refus parental et l'hésitation face à la vaccination des enfants et des adolescents	30	Demande - Données limitées quant à l'efficacité d'interventions d'information et d'éducation dirigées aux parents. - Sur 15 études évaluant l'impact d'information éducationnelle sur les attitudes, 8 rapportent une amélioration significative (6 incluaient une brochure), une étude rapporte une influence négative tandis que les autres n'ont pas détecté de différence. - Sur 10 études évaluant l'impact d'information éducationnelle sur l'intention, 5 rapportent un impact positif sur les intentions (4 incluaient un dépliant), tandis que les 5 autres études n'ont pas rapporté de différence (3 brochures/affiches, 1 rencontre multi-composante et 1 radio-roman). Accessibilité - Classification des études avec 2 catégories liées à l'accessibilité, soit l'adoption de lois au niveau de l'État et l'implantation de celles-ci au niveau de l'État et de l'école. - Deux études ont démontré une hausse du nombre de dérogations non-médicales à la suite de l'adoption d'une loi comparativement à des États qui n'allouent que des dérogations de nature religieuse. Deux autres études montrent une augmentation des taux de dérogations avant/après la législation. Les données d'une telle mesure sur les

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005 (suite)

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
			taux de dérogation vaccinale sont limitées. - Les données quant à l'impact de la législation de la vaccination sur les taux de dérogations des étudiants à l'entrée de l'école sont également limitées. Généralités - Les auteurs rapportent qu'ils ont trouvé un nombre important d'études du type rappel/relance, d'éducation aux parents, aux communautés et aux vaccinateurs, avec incitatifs ainsi que liées à des politiques gouvernementales ou scolaires. Par contre, très peu de ces études mesuraient des issues liées au refus vaccinal (taux de vaccination de parents qui refusent, intention de vaccination ou changement dans les attitudes).
Saeterdal <i>et al.</i> (2013)[82]	Déterminer les effets des interventions visant à informer et ou éduquer les gens des communautés au regard de la vaccination des enfants âgés de 6 ans ou moins	2	Demande Comparativement à des soins de routine, les données sont de faible qualité concernant l'impact des interventions qui s'adressent à la communauté sur les connaissances et attitudes, sur la prise de décision, sur la réception de plus d'un vaccin, sur la réception des vaccins RRO et dcaT.
Thomas <i>et al.</i> (2010)[87]	Identifier les études avec des interventions, afin d'augmenter les couvertures vaccinales contre la grippe saisonnière chez les adultes âgés de 60 ans et plus	44	Demande - Données de faible qualité à l'effet que les rappels et les interventions éducatives augmentent les taux de CV. Accessibilité - Données de qualité modérée quant à l'usage des visites à la maison sur les CV, tandis qu'elles sont faibles en ce qui a trait aux visites de groupes. Offre - Données de faible qualité concernant les rappels aux vaccinateurs, l'affichage dans les bureaux en guise de rappel, l'éducation et la rétroaction aux vaccinateurs ainsi que les incitatifs financiers. - Données de qualité modérée à l'effet que du personnel encourageant les manœuvres de prévention telles que la vaccination pour améliorer les interventions préventives en pratique augmente les CV. Généralités - Les données les plus probantes consistent en l'offre vaccinale lors de visite à la maison et l'usage de facilitateurs dans la pratique pour encourager la vaccination.

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005 (suite)

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Ward <i>et al.</i> (2012)[86]	Identifier et évaluer les interventions visant à augmenter les couvertures vaccinales en Australie	49	Demande - La stratégie la plus efficace et la plus commune est le rappel/relance aux patients. - L'éducation seule ou faisant partie d'une stratégie à composantes multiples a un effet variable. - Les campagnes de promotion ciblées peuvent être efficaces. Accessibilité - Des plans de vaccination de rattrapage pour les patients en retard dans leur vaccination sont particulièrement efficaces, permettant de réduire le pourcentage par plus de 50 %. - L'efficacité des visites au domicile pour la vaccination infantile (surtout auprès de populations autochtones), de l'accès étendu dans les hôpitaux ainsi que les cliniques de vaccination dans les lieux publics sont soulevées. Offre - La stratégie la plus efficace et la plus commune est le rappel aux vaccinateurs. - L'éducation seule ou faisant partie d'une stratégie à composantes multiples a un effet variable. - La vérification du statut vaccinal dans la routine de soins et le soutien individuel aux vaccinateurs peuvent aussi être des stratégies efficaces. Généralités - Les devis d'évaluation des stratégies visant l'augmentation des couvertures vaccinales présentent des lacunes importantes. - Efficacité limitée en ce qui a trait à des interventions réglementaires (mesures d'incitation parentale ou politiques de vaccination obligatoire).

Tableau 10 Principaux constats des revues de la littérature et des méta-analyses portant sur des stratégies pour agir sur les CAP – pays comparables au Canada, depuis 2005 (suite)

Références	Objectifs	N d'études	Principaux constats
Williams <i>et al.</i> (2011)[85]	Déterminer quelles sont les stratégies qui optimisent les couvertures vaccinales chez les enfants d'âge pré-scolaire dans les pays développés	46	Demande - Les rappels (qu'ils soient génériques ou spécifiques et peu importe le support utilisé) aux parents ont démontré une hausse significative des couvertures vaccinales chez les enfants. - Les programmes d'éducation aux parents n'ont pas démontré d'effets significatifs sur les couvertures vaccinales. - Le dossier conservé par les patients (<i>patient-held record</i>) n'a pas démontré de différence significative comparée à une condition contrôle. Offre - Les stratégies dirigées vers les professionnels de la santé ont enregistré des hausses des couvertures vaccinales (par ex. : les rappels, les programmes d'éducation et les programmes de rétroaction). Généralités - Une efficacité est constatée lorsque les interventions combinent des interventions au niveau des vaccinateurs et du système avec des interventions visant à augmenter la demande du client.

Annexe 7

Questionnaires utilisés lors de la consultation Delphi

Plan de promotion de la vaccination - Priorisation des interventions

Vous êtes invité(e) à participer en ligne à cette consultation de type Delphi qui se déroulera en **2 étapes**. Pour ce faire, vous serez invité(e) à répondre à 2 courts questionnaires au cours des prochaines semaines. Il est possible, advenant des opinions trop divergentes, qu'un *troisième questionnaire soit ajouté au processus de consultation*.

L'objectif principal de ces questionnaires est d'identifier des **priorités d'action visant spécifiquement 1) l'augmentation de la demande de vaccination dans la population et 2) la bonification de l'offre de vaccination par les professionnels de la santé**. Le questionnaire ne vise pas à identifier spécifiquement des priorités d'action portant sur l'amélioration de l'organisation des services de vaccination. Pour la majorité des questions de ce premier questionnaire, vous devez élaborer brièvement vos réponses (voir encadré ci-dessous).

Pour répondre aux prochaines questions, nous vous demandons de vous baser sur vos connaissances, votre expérience et vos opinions.

Pour la population **ET** les professionnels de la santé :

- Vous devrez identifier dans un premier temps les principaux **problèmes ou difficultés en lien avec la vaccination** pour lesquels vous estimez que des interventions de promotion de la vaccination seraient requises (*ex. gens ne connaissent pas un vaccin, on remarque une baisse importante de la couverture vaccinale pour un vaccin ou un groupe, les travailleurs de la santé hésitent à se faire vacciner contre la grippe, les nouveaux parents ont des craintes sur la sécurité des vaccins, etc.*);
- Vous devrez par la suite préciser si les interventions de promotion de la vaccination devraient cibler en priorités des :
 - **Groupes de la population** (*ex. les parents, les adolescents, les élèves, les personnes âgées, etc.*) ou des **professionnels de la santé** (*ex. infirmières, médecins, sages-femmes, pharmaciens, etc.*);
 - **Vaccins** (*ex. grippe, rotavirus, primo-vaccination, VPH, etc.*);
 - **Thèmes** ou contenus (*ex. retard vaccinaux, sécurité et efficacité des vaccins, importance de vérifier le statut vaccinal des patients, etc.*);
- Vous devrez finalement proposer des **interventions** à développer pour faire la promotion de la vaccination. Il peut s'agir de maintenir ou bonifier des interventions actuellement déployées pour faire la promotion de la vaccination (*ex. trousse de promotion de la vaccination, activités de l'ASSTSAS dans les établissements de santé, etc.*) ou de développer de nouvelles interventions (*ex. outil d'aide à la décision en ligne, application mobile pour le rappel de la vaccination des enfants, etc.*).

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avant le 14 avril 2014.

Les résultats de ce premier tour seront par la suite utilisés pour construire un second questionnaire avec des questions fermées où vous serez invité(e) à *prioriser les groupes et les interventions et à évaluer leur faisabilité, leur impact potentiel sur les couvertures vaccinales et leur acceptabilité*.

Pour toutes questions, SVP, communiquez avec Mme Dominique Gagnon par téléphone au numéro 418-666-7000, poste 311 ou par courriel à l'adresse suivante : Dominique.Gagnon@inspq.qc.ca.

Enfin, soyez assuré(e) que toutes vos réponses seront traitées **de façon confidentielle**.

INTERVENTION DE PROMOTION DE LA VACCINATION AUPRÈS DE LA POPULATION

Les questions suivantes portent sur les interventions de promotion à mettre en priorité pour promouvoir la vaccination *auprès de la population* (tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation).

Q.1. Selon vous, quels sont les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination seraient nécessaires et importantes pour *la population*?

Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination *auprès de la population* devraient en priorité...

Q.2. S'adresser à quel(s) groupe(s)?

Q.3. Cibler quel(s) vaccin(s)?

Q.4. Aborder quel(s) thème(s)? (par ex. sécurité vaccinale, efficacité du vaccin, etc.)

Q.5. Quelles seraient les interventions à développer en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès de la population?

Q.6. Y a-t-il des stratégies de promotion (à l'échelle locale, régionale ou provinciale) réalisées auprès de la population qui devraient être maintenues/bonifiées?

Les questions suivantes portent sur les interventions de promotion à mettre en priorité pour promouvoir la vaccination *auprès des professionnels de la santé*.

Q.7. Selon vous, quels sont les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination seraient nécessaires et importantes pour *les professionnels de la santé*?

Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination *auprès des professionnels de la santé* devraient en priorité...

Q.8. S'adresser à quel(s) groupe(s)?

Q.9. Cibler quel(s) vaccin(s)?

Q.10. Aborder quel(s) thème(s)? (par ex. sécurité vaccinale, efficacité du vaccin, etc.)

Q.11. Quelles seraient les interventions à développer en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès des professionnels de la santé?

Q.12. Y a-t-il des stratégies de promotion (à l'échelle locale, régionale ou provinciale) réalisées auprès des professionnels de la santé qui devraient être maintenues/bonifiées?

Vous venez de compléter le premier questionnaire de cette consultation portant sur la priorisation des interventions de promotion de la vaccination auprès de la population et des professionnels de la santé. Tel que mentionné au début du questionnaire, vous recevrez au courant des prochaines semaines un second questionnaire où vous serez invité(e) à *prioriser des groupes et des interventions et à évaluer leur faisabilité, leur impact potentiel sur les couvertures vaccinales et leur acceptabilité.*

**Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les inscrire ci-dessous.
Soyez assuré(e) qu'ils seront lus avec beaucoup d'intérêt.**

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Plan de promotion de la vaccination - Priorisation des interventions – 2^e questionnaire

Pour la majorité des questions qui suivent, vous devez indiquer le niveau de priorité que vous accordez aux énoncés présentés (*pas du tout prioritaire, peu prioritaire, assez prioritaire, très prioritaire*). Nous vous demandons de répondre aux questions en vous basant sur vos connaissances, votre expérience et vos opinions.

Avant de débiter le questionnaire, nous vous invitons à prendre connaissance de l'encadré ci-dessous.

- Les éléments sur lesquels il vous est maintenant demandé de vous prononcer ont été retenus lorsqu'ils ont été mentionnés par au moins 3 participants;
- Les suggestions similaires ont été regroupées en fonction de grands thèmes;
- L'ordre d'apparition des éléments dans le questionnaire ne tient pas compte du nombre de mentions relevées lors de l'analyse;
- Plusieurs suggestions portaient sur des stratégies ciblant l'organisation des services (ex. rappel, relance, aspects législatifs, etc.). Bien que pertinentes, celles-ci n'ont pas été retenues pour le second questionnaire puisque l'objectif visé par la phase II est d'agir sur les attitudes et les connaissances;
- Plusieurs suggestions ont été faites concernant la qualité des interventions et des outils (ex. adapter les messages et les outils aux groupes ciblés, pré-tester les outils, etc.). Ces indications qui s'appliquent à l'ensemble des interventions ne feront pas l'objet ici de questions spécifiques, mais seront prises en compte lors du développement des interventions.

Nous vous demandons de répondre à ce questionnaire avant le 19 mai 2014.

Pour toutes questions, SVP, communiquez avec Mme Dominique Gagnon par téléphone au numéro 418-666-7000, poste 311 ou par courriel à l'adresse suivante : Dominique.Gagnon@inspq.qc.ca.

Enfin, soyez assuré(e) que toutes vos réponses seront traitées **de façon confidentielle**.

INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA VACCINATION AUPRÈS DE LA POPULATION

Les questions suivantes portent sur les interventions de promotion à mettre en priorité pour promouvoir la vaccination *auprès de la population* (tous les groupes ciblés par le Programme québécois d'immunisation).

Q.1. Selon vous, quels sont les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination seraient prioritaires pour la population?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Absence de publicité ou d'information visible et de qualité (ex. : peu de promotion en CH, seule promotion visible = compagnie pharmaceutique)	☐	☐	☐	☐
Désinformation sur Internet et dans les médias traditionnels (ex. : information négative sur la vaccination qui circule sur Internet, couverture médiatique négative sur la vaccination, messages anti-vaccinalistes)	☐	☐	☐	☐
Manque de connaissances et fausses croyances (ex. : individus peu informés sur le fonctionnement des vaccins, sur l'importance du respect du calendrier, manque de littératie scientifique, etc.)	☐	☐	☐	☐
Manque de confiance envers la vaccination (ex. : faible perception de l'importance de la vaccination, de la sévérité des MEV)	☐	☐	☐	☐
Craintes par rapport aux effets secondaires et à la sécurité des vaccins (ex. : association entre vaccins et autisme)	☐	☐	☐	☐
Manque de confiance envers les autorités (ex. : préjugés envers les compagnies pharmaceutiques, théories du complot, absence de porte-parole)	☐	☐	☐	☐

Q.2. Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination auprès de la population devraient s'adresser à quel(s) groupe(s) en priorité?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Adolescents	☐	☐	☐	☐
Enfants (primaire)	☐	☐	☐	☐
Parents (pour la primo-vaccination)	☐	☐	☐	☐
Adultes	☐	☐	☐	☐
Personnes âgées	☐	☐	☐	☐
Groupes à risque (ex. : personnes défavorisées, malades chroniques)	☐	☐	☐	☐
Intervenants et personnel scolaire	☐	☐	☐	☐
Toute la population en général	☐	☐	☐	☐

Q.3. Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination auprès de la population devraient cibler quel(s) vaccin(s) en priorité?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Primo-vaccination en général	☐	☐	☐	☐
Nouveaux vaccins en général	☐	☐	☐	☐
Vaccins de rappel chez l'adulte (ex. : coqueluche et tétanos)	☐	☐	☐	☐
Hépatite B	☐	☐	☐	☐
Influenza	☐	☐	☐	☐
Méningocoque	☐	☐	☐	☐
Pneumocoque	☐	☐	☐	☐
Rotavirus	☐	☐	☐	☐
RRO	☐	☐	☐	☐
Varicelle / RRO-Var	☐	☐	☐	☐
VPH	☐	☐	☐	☐
Tous les vaccins recommandés	☐	☐	☐	☐

Q.4. Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination auprès de la population devraient aborder quel(s) thème(s) en priorité?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Les bénéfices et l'importance de la vaccination	☐	☐	☐	☐
L'importance des doses de rappel chez l'adulte	☐	☐	☐	☐
L'efficacité des vaccins	☐	☐	☐	☐
Les fausses croyances	☐	☐	☐	☐
Les maladies évitables par la vaccination	☐	☐	☐	☐
Le processus de prise de décision des experts	☐	☐	☐	☐
La protection de groupe conférée par les vaccins	☐	☐	☐	☐
Le respect du calendrier vaccinal	☐	☐	☐	☐
La sécurité des vaccins	☐	☐	☐	☐

Q.5. Quelles seraient les interventions à développer, à maintenir ou à bonifier en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès de la population?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Intervention de promotion à l'échelle provinciale / présence soutenue de messages de promotion dans les médias traditionnels (ex. : radio, journaux, revues, télévision) / porte-parole	☐	☐	☐	☐
Intervention dans les nouveaux médias (ex. : sites web, carnet de vaccination électronique, application mobile, présence dans les médias sociaux, etc.)	☐	☐	☐	☐
Outils d' information écrite pour les parents (ex. : feuillets, dépliants, outil d'aide à la décision)	☐	☐	☐	☐
Intervention de promotion en pré-natal (ex. : lors des cours pré-nataux, suivi de grossesse, etc.)	☐	☐	☐	☐
Intervention de promotion en post-natal (ex. : lors de la visite de l'infirmière à domicile, etc.)	☐	☐	☐	☐
Maintien et bonification des interventions existantes (ex. : trousse de promotion, aimant, outils du PIQ, rappel / relance, etc.)	☐	☐	☐	☐

Q.6. Selon vous, quelle serait la principale intervention à développer, à maintenir ou à bonifier en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès de la population?

Présence soutenue de messages de promotion dans les médias traditionnels	☐
Intervention dans les nouveaux médias	☐
Outils d'information pour les parents	☐
Intervention de promotion en pré-natal	☐
Intervention de promotion en post-natal	☐
Maintien et bonification des interventions existantes	☐

Avez-vous des commentaires à formuler sur l'impact, la faisabilité ou encore l'acceptabilité de l'intervention que vous avez choisie précédemment?

INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA VACCINATION AUPRÈS DES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ

Les questions suivantes portent sur les interventions de promotion à mettre en priorité pour promouvoir la vaccination auprès des professionnels de la santé.

Q.7. Selon vous, quels sont les principaux problèmes pour lesquels des interventions de promotion de la vaccination seraient prioritaires pour les professionnels de la santé?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Faible adhésion à la vaccination contre l'influenza / statut vaccinal incomplet	☐	☐	☐	☐
Manque de connaissances et fausses croyances (ex. : connaissances de base en immunologie, des maladies, sur les indications du PIQ, sur les manifestations cliniques post-vaccinales, difficulté à trier l'information pertinente, etc.)	☐	☐	☐	☐
Manque de compétences liées à l'acte vaccinal (ex. : gestion de l'hésitation à la vaccination, capacité à promouvoir la vaccination, difficultés à répondre aux questions des patients, etc.)	☐	☐	☐	☐
Manque de conviction (ex. : méconnaissance de leur rôle d'influence, messages anti-vaccinalistes de certains professionnels, etc.)	☐	☐	☐	☐
Manque de soutien des vacinateurs dans leur pratique	☐	☐	☐	☐

Q.8. Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination *auprès des professionnels de la santé* devraient s'adresser à quel(s) groupe(s) en priorité?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Spécifiquement les infirmières	☐	☐	☐	☐
Spécifiquement les médecins	☐	☐	☐	☐
Spécifiquement le personnel en CH et autres milieux de soins	☐	☐	☐	☐
Spécifiquement les sages-femmes	☐	☐	☐	☐
Les administrateurs et gestionnaires du réseau	☐	☐	☐	☐
L'ensemble des vaccinateurs	☐	☐	☐	☐
L'ensemble des professionnels de la santé	☐	☐	☐	☐

Q.9. Selon vous, les interventions de promotion de la vaccination *auprès des professionnels de la santé* devraient aborder quel(s) thème(s) en priorité?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Les bénéfices et l'importance de la vaccination (contrer les fausses croyances)	☐	☐	☐	☐
Le calendrier vaccinal	☐	☐	☐	☐
La sécurité et les effets secondaires des vaccins	☐	☐	☐	☐
L'efficacité des vaccins	☐	☐	☐	☐
Les compétences pour répondre aux patients hésitants à la vaccination	☐	☐	☐	☐
Les notions de base en immunisation (ex. : maladies, groupes ciblés, action des vaccins, etc.)	☐	☐	☐	☐
La protection de groupe	☐	☐	☐	☐
La responsabilité professionnelle	☐	☐	☐	☐

Q.10. Quelles seraient les interventions à développer, à maintenir ou à bonifier en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès des professionnels de la santé?

	Pas du tout prioritaire	Peu prioritaire	Assez prioritaire	Très prioritaire
Intervention de promotion à l'échelle provinciale / présence soutenue de messages de promotion dans les médias traditionnels (ex. : radio, journaux, revues, télévision) / porte-parole	☐	☐	☐	☐
Diffusion d' information dans les médias utilisés par les professionnels de la santé (ex. : revues, Intranet, bulletin en immunisation, etc.)	☐	☐	☐	☐
Outils d'information pour les professionnels de la santé (ex. : outils d'aide à la décision, outil de counselling, guide pour les médias sociaux, etc.)	☐	☐	☐	☐
Organisation de colloques, de conférences et de congrès sur la vaccination	☐	☐	☐	☐
Activités de formation pour améliorer les connaissances (ex. : enseignement, formation, webinaire, séminaire, forum de mise au point, atelier)	☐	☐	☐	☐
Activités de formation pour améliorer les compétences (ex. : formation sur l'entretien motivationnel)	☐	☐	☐	☐
Formation de leaders positifs / communauté de pratique	☐	☐	☐	☐
Maintien et bonification des outils actuels (ex. : outils ASSTSAS, outils Questions-Réponse, etc.)	☐	☐	☐	☐

Q.11. Selon vous, quelle serait la principale intervention à développer, à maintenir ou à bonifier en priorité pour promouvoir la vaccination au Québec auprès des professionnels de la santé?

Présence accrue de messages de promotion dans les médias traditionnels	☐
Diffusion d'information dans les médias utilisés par les professionnels de la santé	☐
Outils d'information pour les professionnels de la santé	☐
Colloques, conférences et congrès sur la vaccination	☐
Activités pour améliorer les connaissances	☐
Activités de formation pour améliorer les compétences	☐
Communauté de pratique	☐
Maintien et bonification des outils actuels	☐

Avez-vous des commentaires à formuler sur l'impact, la faisabilité ou encore l'acceptabilité de l'intervention que vous avez choisie précédemment?

Vous venez de compléter le second questionnaire de cette consultation portant sur la priorisation des interventions de promotion de la vaccination auprès de la population et des professionnels de la santé. Vos réponses serviront à produire un nouveau plan d'action.

**Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les inscrire ci-dessous.
Soyez assuré(e) qu'ils seront lus avec beaucoup d'intérêt.**

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 8

Tableau d'interventions supportées par les TIC en vaccination

Tableau 11 Exemples d'interventions supportées par les TIC en vaccination

ImmunizeBC	www.immunizebc.ca	ImmunizeBC est un projet collaboratif entre le ministère de la Santé, le BC Centre for Disease Control, les autorités régionales de santé, les Premières Nations et les communautés inuites ainsi que HealthLinkBC. Le groupe diffuse de l'information sur la vaccination aux individus et vaccinateurs au moyen d'outils variés. Leur site Internet constitue une grande part du projet.
Immunisation Canada	www.immunize.ca	Immunisation Canada cherche à sensibiliser les individus aux bénéfices et aux risques de la vaccination, au moyen d'activités d'éducation, de promotion, de défense et de relations avec les médias, et ce, dans le but de favoriser le contrôle, l'élimination et l'éradication des maladies évitables par la vaccination au Canada. Il s'agit d'une coalition nationale d'organisations non gouvernementales, d'associations de professionnels, d'intervenants de la santé et de consommateurs, et d'organismes des secteurs publics et privés cherchant à promouvoir la compréhension et l'utilisation des vaccins recommandés. Leur site Internet s'adresse à la population et aux fournisseurs de soins de santé qui cherchent des informations fiables sur la vaccination. Récemment, ils ont développé une application pour téléphones intelligents qui permet aux Canadiens de suivre leur vaccination.
Immunization Action Coalition	www.immunize.org	La Immunization Action Coalition cherche à accroître les couvertures vaccinales, notamment par la création et la distribution de matériel éducatif à la population et aux professionnels de la santé. La coalition cherche aussi à faciliter la communication entourant la sécurité, l'efficacité et l'utilisation des vaccins. En collaboration le Centre for Disease Control, la coalition a développé un site Internet (www.vaccineinformation.org) pour les patients, parents, fournisseurs de soins et les médias, qui présente de l'information simple sur les maladies évitables par la vaccination et les vaccins. Le site contient notamment des informations et des capsules vidéo sur la sécurité et sur l'importance de la vaccination.
VAX Northwest	www.vaxnorthwest.org	Vax Northwest a développé des outils et des ressources, afin de soutenir les professionnels de la santé à identifier et à favoriser les conversations auprès de parents hésitants face à la vaccination.
Every Child by Two	www.ecbt.org	Every Child By Two (ECBT) est une organisation à but non lucratif engagée à réduire le fardeau des maladies évitables par la vaccination chez les enfants. ECBT a réalisé un ensemble d'activités dans le but de sensibiliser à la réception des vaccins en temps et a développé une méthode systématique pour localiser et vacciner l'ensemble des enfants. ECBT a également créé des ressources, afin d'assister notamment les professionnels de la santé, alors qu'ils tentent d'éduquer sur l'importance de la vaccination et certaines de ces ressources sont directement accessibles à la population. ECBT a également assisté au développement de programmes et de coalitions cherchant à accroître les couvertures vaccinales. Vaccinate Your Baby (www.vaccinateyourbaby.org) est une campagne de sensibilisation, lancée par ECBT utilisant notamment un site Internet pour présenter des nouvelles et de l'information aux parents qui désirent connaître la vérité sur la vaccination et sur les meilleures façons de protéger leurs enfants contre les maladies évitables. Shot of Prevention (www.shotofprevention.org) est un blogue communautaire où des individus (parents, professionnels médicaux et autres) peuvent se réunir pour discuter de questions et d'événements concernant la vaccination.

www.inspq.qc.ca

