

Annexe Méthodologique AM-3

Questionnaire aux parents (français, anglais) – Étude sur la vaccination des enfants de 0-5 ans

Étude sur la vaccination des enfants de 0-5 ans

Cher parent,

En collaboration avec votre CSSS, nous réalisons présentement une étude sur la vaccination des enfants. Votre participation à l'étude serait grandement appréciée. Pour participer, il s'agit de prendre connaissance des modalités de l'étude à la page suivante, puis de répondre au questionnaire de manière anonyme. Nous prévoyons une durée d'environ 10 minutes au total.

Nous vous remercions chaleureusement de votre collaboration,



Maryse Guay, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.
Université de Sherbrooke
Responsable de l'étude

Modalités de l'étude

Nous souhaitons connaître votre opinion sur la vaccination et sur les services de vaccination que votre enfant vient de recevoir. Votre participation à cette étude contribuera à améliorer les services de vaccination offerts aux enfants. Soyez assuré que vous êtes tout à fait libre de participer à l'étude. Si vous préférez ne pas participer, cela ne modifiera en rien l'accès de votre enfant aux services de vaccination.

Pour participer, nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-après. Des instructions sont fournies au bas de cette page. Si vous le souhaitez, la personne qui vous a remis le questionnaire pourra vous aider à y répondre. Une fois le questionnaire terminé, remettez-le dans l'enveloppe-réponse ci-jointe.

Soyez assuré de l'anonymat de ce questionnaire, car votre nom ou celui de votre enfant n'y apparaît pas. Les questionnaires recueillis au cours de l'étude seront gardés sous clé et leur accès sera limité au personnel de l'étude. Tous les membres de l'équipe de recherche se sont engagés par écrit à préserver la confidentialité des données recueillies. Les renseignements obtenus par vos réponses ne seront utilisés qu'aux fins de l'étude et seront détruits une fois celle-ci terminée.

Si vous avez des questions, il nous fera plaisir d'y répondre. Vous pouvez nous joindre :

-  Par téléphone : 450 928-6777 poste 3070
-  Par télécopieur : 450 928-3295
-  Par courriel : maryse.quay.agence16@ssss.gouv.qc.ca ou Maryse.Guay@USherbrooke.ca
-  Par écrit à l'adresse suivante :
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Instructions

- *Cochez ✓ la case correspondant à votre réponse pour chacune des questions.*
- *Répondez à toutes les questions, et ce, de la façon la plus honnête possible. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est votre opinion qui compte.*
- *N'écrivez pas votre nom sur le questionnaire afin de conserver votre anonymat. Toutes les réponses resteront confidentielles.*
- *Veillez noter que le masculin est utilisé pour alléger le texte.*

Acceptez-vous que la personne vous ayant remis ce questionnaire examine le carnet de vaccination de votre enfant? La vérification du carnet se fera pendant que vous remplissez le questionnaire. Cela a pour but de déterminer si votre enfant a reçu tous les vaccins prévus. Ces données seront notées à la fin de votre questionnaire mais resteront complètement anonymes. Cette partie de l'étude est facultative, si vous refusez cette partie de l'étude il vous sera quand même possible de participer à l'étude.

- Oui, j'accepte qu'on vérifie le carnet de vaccination de mon enfant.
- Non, je refuse qu'on vérifie le carnet de vaccination de mon enfant.

I- Vaccination en général

- 1- Quelles sont les personnes ou les sources d'information qui vous ont le plus aidé à prendre une décision concernant la vaccination de votre enfant?

- 2- Parmi les professionnels suivants, indiquez, pour chacun d'entre eux, si vous les avez consultés ou non pour votre enfant au cours des 12 derniers mois?

	Oui	Non
Médecin de famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pédiatre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homéopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéopathe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chiropraticien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (précisez) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3- Pour chacune des maladies suivantes, indiquez l'importance que vous accordez à la vaccination de votre enfant. *Choisissez une seule réponse par énoncé.*

	Très important	Assez important	Peu important	Pas du tout important	Je ne sais pas
3.1 Tétanos	<input type="radio"/>				
3.2 Varicelle (picote)	<input type="radio"/>				
3.3 Rotavirus (gastro-entérite)	<input type="radio"/>				
3.4 Influenza (grippe saisonnière)	<input type="radio"/>				
3.5 Coqueluche	<input type="radio"/>				
3.6 Rougeole	<input type="radio"/>				

- 4- Pour chacun des énoncés suivants, cochez la case qui correspond à votre opinion.

- 4.1 Le nombre de vaccins offerts aux enfants au Québec est :

Beaucoup trop élevé	<input type="radio"/>
Trop élevé	<input type="radio"/>
Acceptable	<input type="radio"/>
Insuffisant	<input type="radio"/>
Je ne sais pas	<input type="radio"/>

4.2 De façon générale, les vaccins offerts au Québec sont :

Très sécuritaires	<input type="radio"/>
Assez sécuritaires	<input type="radio"/>
Peu sécuritaires	<input type="radio"/>
Pas du tout sécuritaires	<input type="radio"/>
Je ne sais pas	<input type="radio"/>

4.3 De façon générale, les vaccins offerts au Québec sont :

Très efficaces	<input type="radio"/>
Assez efficaces	<input type="radio"/>
Peu efficaces	<input type="radio"/>
Pas du tout efficaces	<input type="radio"/>
Je ne sais pas	<input type="radio"/>

5- Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre degré d'accord.

	Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
5.1 Les vaccins renforcent le système immunitaire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 Je sens de la pression de la part de mon entourage ou de la société pour faire vacciner mon enfant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 Je sens que j'ai une responsabilité de faire vacciner mon enfant pour éviter de transmettre des maladies à d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4 Les maladies contre lesquelles il existe des vaccins peuvent être graves si mon enfant n'est pas vacciné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5 Je préfère que mon enfant attrape une maladie plutôt que de la prévenir par un vaccin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 - Pour chacun des énoncés suivants, cochez la case qui correspond à votre opinion ou à la situation.

6.1 De façon générale, diriez-vous que vous êtes craintif face aux vaccins?

Beaucoup	<input type="radio"/>
Assez	<input type="radio"/>
Un peu	<input type="radio"/>
Pas du tout	<input type="radio"/>
Je ne sais pas	<input type="radio"/>

6.2 Avez-vous déjà remis un vaccin à plus tard pour une raison autre que la maladie ou une allergie de votre enfant?

Souvent	<input type="radio"/>
Quelques fois	<input type="radio"/>
Une seule fois	<input type="radio"/>
Jamais	<input type="radio"/>
Je ne m'en rappelle plus	<input type="radio"/>

6.3 Vous est-il déjà arrivé d'hésiter avant de faire vacciner votre enfant?

Souvent	<input type="radio"/>
Quelques fois	<input type="radio"/>
Une seule fois	<input type="radio"/>
Jamais	<input type="radio"/>
Je ne m'en rappelle plus	<input type="radio"/>

} Passez à la question 8

7.1 - Si vous avez déjà hésité à faire vacciner votre enfant, quelles en étaient les raisons et pour quel(s) vaccin(s) ?

7.2 - Si vous avez fait vacciner votre enfant après avoir hésité à le faire, pour quelle(s) raison(s) avez-vous accepté la vaccination et pour quel(s) vaccin(s) ?

II- Services de vaccination

Pour chacun des énoncés suivants, indiquez votre degré d'accord.

	Tout à fait en accord	Plutôt en accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Ne s'applique pas
8 - J'ai eu de la facilité à obtenir la ligne téléphonique pour prendre un rendez-vous.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - J'ai eu de la facilité à avoir un rendez-vous au moment qui me convenait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - Les heures d'ouverture du centre pour faire vacciner mon enfant sont adéquates.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 - Le stationnement était facilement accessible.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Le temps d'attente avant la vaccination était acceptable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - La personne qui a vacciné mon enfant a su me mettre à l'aise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - La personne qui a vacciné mon enfant a su mettre mon enfant à l'aise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Je me suis senti libre de poser toutes mes questions à la personne qui a vacciné mon enfant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - La personne qui a vacciné mon enfant me semblait compétente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - Les locaux pour la vaccination étaient adéquats.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Je suis satisfait de l'ensemble des services reçus lors de la vaccination de mon enfant.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 - Je reviendrais faire vacciner mon enfant à ce centre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 - Sur une échelle de 0 à 10, indiquez le chiffre qui correspond au degré d'inquiétude que vous avez ressenti à l'idée de faire vacciner votre enfant.

0 Aucune inquiétude	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Beaucoup d'inquiétude
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

21 - Si vous avez coché de 1 à 10 à la question 20, expliquez ce qui vous inquiétait.

22 - Quelles suggestions avez-vous pour améliorer les services de vaccination à votre enfant?

III – Renseignements généraux

Les prochaines questions nous permettront de connaître les caractéristiques des participants.

23 - Quel est votre lien avec l'enfant qui vient d'être vacciné?

- Père
- Mère
- Tuteur
- Tutrice
- Autre, précisez : _____

24 - Quelle est la langue que vous parlez le plus souvent à la maison?

- Français
- Anglais
- Autre, précisez : _____

25 - Quel est votre âge?

- Moins de 30 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 ans ou plus

26 - Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- Primaire
- Secondaire
- Cégep ou formation professionnelle
- Universitaire
- Aucun

27 - Quel est l'âge de votre enfant qui vient d'être vacciné?

_____ mois **OU** _____ ans

28 - À l'exception de votre enfant vacciné aujourd'hui, actuellement, combien d'enfants âgés de moins de 18 ans vivent avec vous?

_____ enfant(s)

29 - Parmi ses frères et sœurs, quel est le rang de votre enfant qui vient d'être vacciné?

- 1^{er} (plus vieux)
- 2^e
- 3^e
- 4^e et plus

30 - Depuis sa naissance, votre enfant vacciné aujourd'hui a-t-il reçu tous les vaccins recommandés pour son âge?

- Oui, il a reçu tous les vaccins recommandés
- Non, il a reçu certains vaccins seulement. Précisez les vaccins qu'il n'a pas reçus : _____

- Je ne sais pas

Le questionnaire est maintenant terminé!

Merci d'avoir rempli ce questionnaire!

- *N'oubliez pas de remettre le questionnaire, après l'avoir mis dans l'enveloppe, à la personne qui vous l'a donné.*
- *Si vous avez des commentaires, nous serons heureux de les recevoir :*

- *Si vous le souhaitez, vous pouvez nous joindre :*

-  Par téléphone: (450) 928-6777, poste 3070
-  Par télécopieur : (450) 928-3295
-  Par courriel : maryse.guay.agence16@ssss.gouv.qc.ca ou Maryse.Guay@USherbrooke.ca
-  Par écrit à l'adresse suivante :
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3

Merci de votre précieuse collaboration !

À remplir par l'intervieweur

31 - Statut vaccinal après analyse du carnet.

- Complet
- Incomplet :
 - Influenza manquant
 - Autres vaccins manquants: _____

Study on vaccination of children aged 0-5 years

Dear parent,

In collaboration with your CSSS, we are currently conducting a study on child vaccination, and your input would be greatly appreciated. To take part, please read the study instructions on the following page and then answer the questionnaire anonymously. This should take about 10 minutes in all.

We thank you warmly for your collaboration.



Maryse Guay, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.
Université de Sherbrooke
Study Leader

Study Conditions

We want to know your opinion of vaccination and of the vaccination services that your child has just received. Your participation in this study – sponsored by the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – will help improve vaccination services for children. Rest assured that you are entirely free to decide whether to participate in the study. If you prefer not to take part, your decision will in no way affect your child's access to vaccination services.

We ask that you fill out the following questionnaire to participate. Instructions are provided at the bottom of this page. If you wish, the person who gave you the questionnaire can help you fill it out. Once you have completed the questionnaire, place it in the accompanying return envelope.

Rest assured that the questionnaire will remain anonymous, since your own name and your child's do not appear on it. The completed questionnaires received during the study will be stored under lock and key, and only study personnel will have access to them. All members of the research team have made a commitment in writing to preserve the confidentiality of the data received. The information obtained from your answers will be used only for study purposes and will be destroyed once the study is finished.

If you have any questions, we will be pleased to answer them. You may contact us if you wish:

-  By telephone: 450 928-6777, extension 3070
-  By fax: 450 928-3295
-  By e-mail: maryse.quay.agence16@ssss.gouv.qc.ca or Maryse.Guay@USherbrooke.ca
-  In writing at the following address:
1255, rue Beauregard
Longueuil, Québec
J4K 2M3

Instructions

- Check ✓ the box that corresponds to your answer for each of the questions.
- Please answer all the questions, and answer as honestly as possible. There is no right or wrong answer. It's your opinion that matters.
- Please do not write your name on the questionnaire, to keep it anonymous. All answers will be kept confidential.

Will you allow the person who gave you this questionnaire to examine your child's vaccination record? The record will be verified while you fill out this questionnaire. This will help determine if your child has received all the scheduled vaccines. The information will be noted at the end of your questionnaire and will remain completely anonymous. Note that this part of the study is optional: if you refuse to allow the record to be examined, you may still take part in the study.

- Yes, I agree to allow my child's vaccination record to be examined.
- No, I will not allow my child's vaccination record to be examined.

I- Vaccination in General

1 - What people or information sources most helped you make a decision about your child's vaccination?

2 - Which of the following professionals have you consulted for your child during the last 12 months?

	Yes	No
2.1 Family doctor (general practitioner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2 Pediatrician	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3 Pharmacist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4 Homeopath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.5 Naturopath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.6 Osteopath	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.7 Chiropractor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.8 Other (specify) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 - For each of the following diseases, please indicate how important it is for your child to be vaccinated. *Choose only one answer for each disease.*

	Very important	Important	Not very important	Not at all important	I don't know
3.1 Tetanus	<input type="radio"/>				
3.2 Varicella (chicken pox)	<input type="radio"/>				
3.3 Rotavirus (gastroenteritis)	<input type="radio"/>				
3.4 Influenza (seasonal flu)	<input type="radio"/>				
3.5 Pertusis (whooping cough)	<input type="radio"/>				
3.6 Measles	<input type="radio"/>				

4 - For each of the following statements, check off the answer that best matches your opinion.

4.1 The number of vaccines offered to Quebec children is:

Much too high	<input type="radio"/>
Too high	<input type="radio"/>
Acceptable	<input type="radio"/>
Insufficient	<input type="radio"/>
I don't know	<input type="radio"/>

4.2 Generally, the vaccines offered in Quebec are:

Very safe	<input type="radio"/>
Safe	<input type="radio"/>
Not very safe	<input type="radio"/>
Not at all safe	<input type="radio"/>
I don't know	<input type="radio"/>

4.3 Generally, the vaccines offered in Quebec are:

Very effective	<input type="radio"/>
Effective	<input type="radio"/>
Not very effective	<input type="radio"/>
Not at all effective	<input type="radio"/>
I don't know	<input type="radio"/>

5 - How much do you agree with each of the following statements?

	Completely agree	Agree somewhat	Disagree somewhat	Completely disagree	I don't know
5.1 Vaccines reinforce the immune system.	<input type="radio"/>				
5.2 I feel pressured by people around me or by society to vaccinate my child.	<input type="radio"/>				
5.3 I feel that I'm responsible for vaccinating my child to prevent diseases from spreading to others.	<input type="radio"/>				
5.4 Diseases for which vaccines exist can be serious if my child is not vaccinated.	<input type="radio"/>				
5.5 I would prefer taking the risk that my child catch a disease rather than preventing it by vaccine.	<input type="radio"/>				

6 - For each of the following statements, check off the answer that best matches your opinion or situation.

6.1 Generally, would you say that you're afraid of vaccines?

Yes, a lot	<input type="radio"/>
Yes, somewhat	<input type="radio"/>
Yes, a little	<input type="radio"/>
No, not at all	<input type="radio"/>
I don't know	<input type="radio"/>

6.2 Have you ever postponed a vaccine for your child for a reason other than illness or allergy?

Yes, often	<input type="radio"/>
Yes, a few times	<input type="radio"/>
Yes, once	<input type="radio"/>
No, never	<input type="radio"/>
I don't remember	<input type="radio"/>

6.3 Have you ever hesitated before having your child vaccinated?

Yes, often	<input type="radio"/>
Yes, a few times	<input type="radio"/>
Yes, once	<input type="radio"/>
No, never	<input type="radio"/>
I don't remember	<input type="radio"/>

} → Skip to question 8

7.1 - If you have ever hesitated before having your child vaccinated, what were the reasons and for which vaccines?

7.2 - If you had your child vaccinated after hesitating to do so, why did you go ahead with vaccination and for which vaccines?

II- Vaccination Services

How much do you agree with each of the following statements related to the vaccination services your child received today?

	Completely agree	Agree somewhat	Disagree somewhat	Completely disagree	Not applicable
8 - It was easy to get through by phone to make an appointment.	<input type="radio"/>				
9 - It was easy to get an appointment at a convenient time for me.	<input type="radio"/>				
10 - The centre's hours are acceptable for vaccinating my child.	<input type="radio"/>				
11 - It was easy to find parking.	<input type="radio"/>				
12 - The wait before vaccination was acceptable.	<input type="radio"/>				
13 - The person vaccinating my child put me at ease.	<input type="radio"/>				
14 - The person vaccinating my child put my child at ease.	<input type="radio"/>				
15 - I felt free to ask the person vaccinating my child any questions.	<input type="radio"/>				
16 - The person vaccinating my child seemed competent.	<input type="radio"/>				
17 - The vaccination facilities were acceptable.	<input type="radio"/>				
18 - I'm satisfied overall with the services received during my child's vaccination.	<input type="radio"/>				
19 - I would return to this centre to have my child vaccinated.	<input type="radio"/>				

20 - On a scale of 0 to 10, indicate the number that best matches how worried you felt about vaccinating your child.

0 indicates no worry and 10 indicates very worried.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Not at all worried										Very worried
<input type="radio"/>										

21 - If you checked off a number between 1 and 10 at question 20, please explain what worried you.

22 - What suggestions do you have for improving vaccination services for your child?

III – General Information

The following questions allow us to learn respondents' characteristics.

23 - What is your relationship to the child who has just been vaccinated?

- Father
- Mother
- Legal guardian (male)
- Legal guardian (female)
- Other, please specify: _____

24 - What language do you speak most often at home?

- French
- English
- Other, please specify: _____

25 - How old are you?

- Under age 30
- 30 to 39 years
- 40 to 49 years
- 50 to 59 years
- Age 60 or older

26 - What is the highest level of education that you have completed?

- Primary
- Secondary
- CEGEP or vocational training
- University
- None

27 - How old is your child who has just been vaccinated?

_____ months **OR** _____ years

28 - Not including your child who was vaccinated today, how many children under the age of 18 currently live with you?

_____ child(ren)

29 - What is the birth order of your child who has just been vaccinated (rank among brothers and sisters)?

- 1st (oldest)
- 2nd
- 3rd
- 4th or higher

30- Has your child who was vaccinated today received all the recommended vaccines for his or her age since birth?

- Yes, my child has received all the recommended vaccines
- No, my child has received only certain vaccines. My child has not received the following vaccines: _____

- I don't know

You have completed the questionnaire!

Thank you for filling out this questionnaire!

- *Please remember to place this questionnaire in the envelope and hand it back to the person who gave it to you.*
- *If you have any comments, we would be happy to read them:*

• *If you wish, you may contact us:*

-  By telephone: (450) 928-6777, extension 3070
-  By fax: (450) 928-3295
-  By e-mail: maryse.guay.agence16@ssss.gouv.qc.ca or Maryse.Guay@USherbrooke.ca
-  In writing at the following address:
1255, rue Beauregard
Longueuil, Québec
J4K 2M3

Thank you so much for participating!

To be filled out by interviewer

31 - Vaccine status after analysis of record:

- Complete
- Incomplete:
 - Influenza missing
 - Other missing vaccines: _____
