INSPQ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Enquête québécoise sur la vaccination des adultes : Questionnaire, édition 2024

ANNEXE

SURVEILLANCE ET VIGIE

AOÛT 2026

Le présent questionnaire a été utilisé lors de l'enquête sur la couverture vaccinale chez les adultes québécois en 2024 et est complémentaire au document Méthodologie de l'enquête québécoise sur la vaccination des adultes.

ADMISSIBILITÉ / SÉLECTION DES RÉPONDANTS

Bienvenue,

Léger effectue présentement une importante étude sur la vaccination de la grippe saisonnière et de la COVID-19. Selon votre profil, vous pourriez aussi être invité(e) à répondre à des questions concernant la pneumonie, le zona, la rougeole et le virus respiratoire syncytial (VRS).

Cette enquête est menée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les données collectées seront conservées dans un serveur sécurisé afin d'assurer leur confidentialité. Conformément aux règlements relatifs à la conservation des données pour ce type de recherche, celles-ci seront conservées pour un total de 5 ans avant d'être détruites (supprimées définitivement).

Veuillez noter que votre participation demeure volontaire, que vos réponses demeurent anonymes et qu'il est possible de se retirer de l'étude en tout temps en ne répondant plus aux questions du questionnaire. Il sera toutefois impossible de se retirer du projet après la soumission du questionnaire. Vous pouvez également ne pas répondre à certaines questions si vous le voulez.

Québec

Q0QC **Dans quelle région du Québec demeurez-vous ?**

1= Bas-Saint-Laurent
2= Saguenay-Lac-Saint-Jean
3= Capitale-Nationale
4= Mauricie
5= Estrie
6= Montréal
7= Outaouais
8= Abitibi-Témiscamingue
9= Côte-Nord
10= Nord-du-Québec
11= Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine
12= Chaudière-Appalaches
13= Laval
14= Lanaudière
15= Laurentides
16= Montérégie
17= Centre-du-Québec

Q_SEX1 **Quel était votre sexe à la naissance ?**
Par sexe, on entend le sexe assigné à la naissance.

1=Masculin
2=Féminin

Q_SEX2 **Quel est votre genre ?**
Par genre, on entend le genre actuel, qui peut différer du sexe assigné à la naissance ou de celui inscrit dans les documents légaux.

1=Homme
2=Femme
3=Identifier mon genre : _____

Q_AGE **Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous ?**

1=De 18 à 24 ans
2=De 25 à 34 ans
3=De 35 à 44 ans
4=De 45 à 49 ans
5=De 50 à 54 ans
6=De 55 à 59 ans
7=De 60 à 64 ans
8=De 65 à 69 ans
9=De 70 à 74 ans
10=De 75 à 79 ans
11=80 ans ou plus

Q_SD4 **Avez-vous atteint l'âge de 65 ans en 2023 ou 2024 ?**

1=Oui
2=Non
8=Je ne sais pas
9=Je préfère ne pas répondre

EN VOUS INCLUANT, COMBIEN DE PERSONNES DE VOTRE MÉNAGE SONT ÂGÉES…

Q_MENA1a **De 6 mois à moins de 2 ans, que ces enfants soient en garde principale ou en garde partagée ?**

Q_MENA1b **De 2 ans à moins de 18 ans, que ces enfants soient en garde principale ou en garde partagée ?**

Q_MENA1c **De 18 à 49 ans ?**

Q_MENA1d **De 50 à 59 ans ?**

Q_MENA1e **De 60 ans ou plus ?**

Nombre de personne(s) : _____

Q_MENA2 **Il y a un ou des enfant(s) âgé(s) de 6 mois à moins de 18 ans dans votre ménage. Êtes-vous… ?**

1=la mère
2=la tutrice
3=le père
4=le tuteur
6=le parent
7=la personne responsable de l'enfant
8=ou avez-vous un autre lien de parenté (beau-père, belle-mère, frère, soeur…) avec ce ou ces enfants

Q_MENA3 **De combien d'enfants de 6 mois à 17 ans êtes-vous en charge ?**

Nombre d'enfant(s) : _____

Q_E1 **Êtes-vous un travailleur ou un bénévole dans un environnement de soins de santé tel qu'un hôpital, une clinique, un service ambulancier ou un service de soins à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée tel qu'un foyer de personnes âgées ?**

1=Oui, travailleur
2=Oui, bénévole
3=Non

Q_E2 **Quel type d'emploi occupez-vous ?**

1=Médecin omnipraticien(ne) ou spécialiste
3=Pharmacien(ne)
4=Infirmier(ère) dans un hôpital
5=Infirmier(ère) dans une clinique médicale
6=Infirmier(ère) dans un CLSC (ex. pour un CISSS, un CIUSSS, une commission scolaire ou du secteur des soins à domicile)
7= Infirmier(ère) dans un CHSLD ou RPA
8=Infirmier(ère) en santé publique (p. ex., pour une DSP [direction de santé publique])
9=Infirmier(ère) auxiliaire/infirmière auxiliaire autorisée/I.A.I.
10=Infirmier(ère) dans le secteur privé
11=Préposé(e) aux bénéficiaires
12=Inhalothérapeute
13=Ambulancier(ère)/ambulancier(ère) paramédical(e)
14=Sage-femme
15=Technicien(ne)/technologue en santé (en radiographie, en réadaptation, de laboratoire, hygiéniste dentaire, etc.)
16=Gestionnaire et personnel administratif
17=Cuisine/entretien ménager/plombier/brancardier
18=Sécurité et accueil
19=Travailleur(se) de la santé dans le secteur des médecines dites alternatives (chiropraticien(ne), naturopathe, homéopathe, etc.)
20=Autre professionnel de la santé (dentiste, physiothérapeute, ergothérapeute, optométriste, etc.)
21=Bénévole
90=Autre, précisez : _____
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_E3 **Dans le cadre de votre travail ou de votre bénévolat dans un environnement de soins de santé, est-ce que vous donnez des soins ou avez des contacts étroits avec des patients ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_E4 **Autres que vous, combien d'adultes dans votre ménage sont travailleurs ou bénévoles dans un environnement de soins de santé ?**

**Tel qu'un hôpital, une clinique, un CLSC, un service ambulancier, un service de soins à domicile ou un établissement de soins de longue durée, tel qu'un CHSLD ou une résidence pour personnes âgées.*

Nombre d'adultes : _____
95=Aucun
99=Je ne sais pas / Je préfère ne pas répondre

AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE, ÊTES-VOUS ATTEINT(E) PRÉSENTEMENT OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ(E) COMME ÉTANT ATTEINT(E) DE L'UNE DES MALADIES SUIVANTES OU DE L'UN DES TROUBLES DE SANTÉ SUIVANTS ?

Pour info, pour chacune de ces maladies, les participants avaient pour choix de réponse
1=Oui
2=Non
8=Je ne sais pas
9=Je préfère ne pas répondre

Q_E5aa **L'asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers ?**

Q_E5ab **Une autre maladie pulmonaire chronique assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (par ex. l'emphysème, la bronchite chronique ou la fibrose kystique) ?**

Q_E5ac **Un problème cardiaque assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (par ex. l'angine, une arythmie, l'insuffisance cardiaque, un infarctus) ?**

Q_E5ad **Le diabète, excluant le diabète de grossesse ?**

Q_E5ae **Une maladie chronique du foie (ex. cirrhose, hépatite chronique) ?**

Q_E5af **Une maladie rénale chronique (ex. insuffisance rénale) ?**

Q_E5ag **Un cancer ?**

Q_E5ah **Un problème ou un médicament affectant votre système immunitaire? (par ex. sous traitement de chimiothérapie, corticostéroïdes ou agents biologiques, vivant avec le VIH/sida, greffés d'organe plein, etc.) ?**

Q_E5ai **Obésité importante (indice de masse corporelle ≥ 40) ?**

Q_E5aj **Maladies hématologiques (ex. asplénie, anémie) ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

AU MEILLEUR DE VOTRE CONNAISSANCE, EST-CE QUE VOTRE OU L'UN DE VOS ENFANT(S) ÂGÉ(S) DE 6 MOIS À 17 ANS EST (SONT) ATTEINT(S) PRÉSENTEMENT OU A (ONT) DÉJÀ ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ(S) COMME ÉTANT ATTEINT(S) DE L'UNE DES MALADIES SUIVANTES OU DE L'UN DES TROUBLES DE SANTÉ SUIVANTS ?

Q_E5ba **L'asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers ?**

Q_E5bb **Une autre maladie pulmonaire chronique assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (par ex : la fibrose kystique ou des maladies pulmonaires congénitales) ?**

Q_E5bc **Un problème cardiaque assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (par ex. arythmies, maladies cardiaques congénitales) ?**

Q_E5bd **Le diabète ?**

Q_E5be **Un cancer ?**

Q_E5bf **Un problème ou un médicament affectant le système immunitaire? (par ex. sous traitement de chimiothérapie, corticostéroïdes ou agents biologiques, vivant avec le VIH/sida, greffés d'organe plein, etc.) ?**

Q_E5bg **Obésité ?**

Q_E5bh **Maladies hématologiques (ex. asplénie, anémie) ?**

Q_E5bi **Troubles neurologiques ou neurodéveloppementaux (ex. épilepsie) ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_E6 **Autres que vous, combien d'adultes dans votre ménage souffrent de l'une ou l'autre des maladies suivantes :**

- *Asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers*
- *Autre maladie pulmonaire chronique assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers telle que l'emphysème, la bronchite chronique ou la fibrose kystique*

- *Problème cardiaque assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers tel que l'angine, l'insuffisance cardiaque ou un infarctus*
- *Diabète, excluant le diabète de grossesse*
- *Cirrhose du foie*
- *Maladie rénale chronique*
- *Cancer ou problème du système immunitaire, ou un médicament affectant le système immunitaire, obésité, maladies hématologiques, troubles neurologiques ?*

Nombre d'adultes : _____

95=Aucun
99=Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre

Q_E7 **Êtes-vous présentement enceinte ?**

1=Oui, veuillez préciser le nombre de semaines de grossesse : _____
2=Non
99=Je ne sais pas / je préfère ne pas répondre

RES **Actuellement, à quel endroit résidez-vous ?**

1=Dans un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)
2=Résidence privée pour ainés (RPA)
3=Résidence de personnes retraités
4=Chez mon entourage (parents ou amis)
5=Dans mon appartement ou condo loué (locataire)
6=Dans ma maison ou mon condo (propriétaire)
7=Dans une maison bigénérationnelle
8=Autre
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 1 – CONNAISSANCES, ATTITUDES ET CROYANCES SUR LA VACCINATION EN GÉNÉRAL

Les prochaines questions portent sur la vaccination en général.

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_A1 **Je fais confiance à l'information que je reçois sur la vaccination.**

Q_A2 **Les vaccins en général sont efficaces pour prévenir les maladies évitables par la vaccination.**

Q_A3 **Je suis à l'aise de poser des questions sur la vaccination au médecin, à l'infirmière ou au pharmacien.**

Q_A4 **Une bonne hygiène de vie, par exemple avoir une bonne alimentation, peut éliminer la nécessité de la vaccination.**

Q_A5 **Le recours à d'autres pratiques de médecine alternative et complémentaire, comme la chiropraxie, l'homéopathie ou la naturopathie peut éliminer la nécessité de la vaccination.**

Q_A6 **Aujourd'hui, les enfants reçoivent trop de vaccins.**

Q_A7 **Je crois que les vaccins risquent d'affaiblir le système immunitaire.**

Q_A8 **De façon générale, je suis craintif (craintive) face aux vaccins.**

Q_A9 **De façon générale, les gens autour de moi sont favorables à la vaccination.**

Q_A10 **Il est important que je sois vacciné(e) pour me protéger des maladies évitables par la vaccination.**

Q_A11 **Il est important que je sois vacciné(e) pour protéger mes proches des maladies évitables par la vaccination.**

Q_A12 **J'ai déjà ressenti de la pression de la part de mon entourage ou de la société pour me faire vacciner.**

QA_13 **Mon système immunitaire est fort, il me protège contre les maladies évitables par la vaccination.**

Q_A14 **Excluant la vaccination contre la grippe et la COVID-19, en tant qu'adulte, j'ai déjà été hésitant(e) ou réticent(e) à me faire vacciner.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

À QUEL POINT FAITES-VOUS CONFIANCE…

Q_A15 **Aux vaccins**

Q_A16 **Aux professionnels de la santé qui recommandent les vaccins**

Q_A17 **Aux professionnels de la santé qui administrent les vaccins**

Q_A18 **Aux autorités de santé qui sont responsables de la mise en œuvre des programmes de vaccination au Québec**

1=Totalement confiance
2=Plutôt confiance

3=Peu confiance
4=Pas du tout confiance
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 2 – GRIPPE SAISONNIÈRE

Maintenant, voici d'autres questions sur le vaccin contre la grippe saisonnière (ou l'influenza). Il s'agit du vaccin qui est donné chaque année habituellement à l'automne. La campagne de vaccination contre la grippe saisonnière a débuté officiellement le 10 octobre 2023.

PARTIE 2A – TOUS LES RÉPONDANTS

Q_2.1 **Depuis l'automne dernier (octobre 2023), avez-vous reçu le vaccin contre la grippe ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.2 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez reçu le vaccin contre la grippe saisonnière cette année, soit depuis octobre 2023 ?**
Cocher la principale raison

- Pour me protéger contre la grippe
- Pour protéger une ou des personnes qui vivent avec moi et qui sont à risque de complications de la grippe
- Pour protéger une ou des personnes avec qui je travaille qui sont à risque de complications de la grippe
- Parce qu'un professionnel de la santé m'a recommandé de me faire vacciner
- Parce qu'on m'a offert de me vacciner durant une consultation pour une autre raison
- Parce que le vaccin était offert à mon travail
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.3 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas reçu le vaccin contre la grippe saisonnière cette année, soit depuis octobre 2023 ?**
Cocher la principale raison)

- Je ne savais pas que je devais recevoir le vaccin contre la grippe
- Je ne pensais pas que c'était utile pour ma santé de me faire vacciner contre la grippe
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car je ne suis pas à risque d'attraper la grippe
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car la grippe n'est pas une maladie grave
- Je ne savais pas où aller pour recevoir le vaccin contre la grippe
- Un professionnel de la santé m'a recommandé de ne pas me faire vacciner
- J'étais inquiet(e) concernant l'efficacité des vaccins contre la grippe

- J'étais inquiet(e) concernant la sécurité des vaccins contre la grippe ou les effets indésirables
- J'ai eu une mauvaise expérience lors d'une vaccination antérieure contre la grippe
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.4 À quel endroit avez-vous reçu le vaccin contre la grippe saisonnière cette année ?

1=Clinique de vaccination dédiée à la vaccination (une salle communautaire ou un autre lieu public aménagé spécifiquement pour la vaccination)
2=Dans une clinique médicale, un bureau de médecin ou un groupe de médecine familiale (GMF) ou GMF-U
3=Dans un CLSC
4=À l'urgence d'un hôpital
5=À la clinique externe d'un hôpital
6=Lors d'une hospitalisation
7=Au travail, à l'interne
8=Au domicile ou à la résidence
9=Dans une pharmacie
10=Autre, veuillez préciser : _____
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_2.5 Le vaccin contre la grippe est sécuritaire.

Q_2.6 La plupart des gens autour de moi (parents, amis) pensent que je devrais me faire vacciner contre la grippe.

Q_2.7 Mon médecin de famille m'a dit que je devrais me faire vacciner contre la grippe.

Q_2.8 La plupart des gens autour de moi pour qui la vaccination est recommandée ont été vaccinés contre la grippe.

Q_2.9 En me faisant vacciner contre la grippe, j'aide à protéger les gens autour de moi de cette maladie.

Q_2.10 Le vaccin contre la grippe peut causer la grippe chez certaines personnes.

Q_2.11 Habituellement, je reçois le vaccin contre la grippe à chaque année.

Q_2.12 Il est important que je reçoive le vaccin contre la grippe pour me protéger de la maladie.

Q_2.13 **La grippe est une maladie grave.**

Q_2.14 **Je me considère à risque d'attraper la grippe pendant la saison de la grippe (habituellement d'octobre à mars).**

Q_2.15 **Si j'attrape la grippe, ce sera dangereux pour ma santé.**

Q_2.16 **Le vaccin contre la grippe est efficace.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
5=Ne s'applique pas
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.17 **Avez-vous entendu des informations ou histoires négatives sur la vaccination contre la grippe, que ce soit de quelqu'un que vous connaissez, dans les nouvelles ou sur Internet ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.18 **Depuis octobre 2023, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a recommandé de vous faire vacciner contre la grippe ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.19 **Depuis octobre 2023, est-ce qu'un professionnel de la santé vous a recommandé de ne pas vous faire vacciner contre la grippe ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.19a **Qui sont le ou les professionnel(s) de la santé qui vous ont recommandé de ne pas vous faire vacciner ?**

1=Médecin
2=Infirmier(ère)
3=Pharmacien(ne)

4=Autre, précisez : _____
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.20 **Avez-vous l'intention de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière à l'automne prochain ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

POUR CHACUNE DES SITUATIONS SUIVANTES, VEUILLEZ INDIQUER CE QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION.

Q_2.21 **Je sais où me rendre pour recevoir le vaccin contre la grippe.**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.22 **Il est facile pour moi de recevoir le vaccin contre la grippe**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_2.23 **Je n'ai pas le temps de me faire vacciner contre la grippe**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 2B – LES PARENTS D'UN ENFANT ÂGÉ DE 6 MOIS À 17 ANS

Q_NOMA **Veuillez inscrire le prénom de votre enfant âgé de 6 mois à moins de 18 ans.**

Le prénom est demandé uniquement afin de pouvoir clarifier de qui nous parlons dans les prochaines questions.

Vous pouvez, si vous le voulez, donner un pseudonyme. _____

LES PROCHAINES QUESTIONS CONCERNENT UN DE VOS ENFANTS.

VOUS AVEZ MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT QU'AU MOINS UN DE VOS ENFANTS EST ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE.

Q_NOMB **Veuillez inscrire le prénom de votre enfant le plus jeune qui est atteint d'une maladie chronique et qui a moins de 18 ans, mais au moins 2 ans.**

Le prénom est demandé uniquement afin de pouvoir clarifier de qui nous parlons dans les prochaines questions.

Vous pouvez, si vous le voulez, donner un pseudonyme. _____

Q_NOMC **Veuillez inscrire le prénom de votre enfant le plus jeune qui a moins de 18 ans, mais au moins 6 mois.**

Le prénom est demandé uniquement afin de pouvoir clarifier de qui nous parlons dans les prochaines questions.

Vous pouvez, si vous le voulez, donner un pseudonyme. _____

Q_ageenf **Quel est l'âge de <_____>? Si moins de 2 ans, inscrire le nombre de MOIS. Autrement arrondir à l'entier le plus près.**

_____

Q_ageenfa **Choisissez l'unité appropriée.**

1=Mois
2=Ans
9=Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_B1 **Il est important que vous fassiez vacciner < _____> contre la grippe pour le/la protéger de la maladie.**

Q_B2 **Si < _____> attrape la grippe, ce sera dangereux pour sa santé.**

Q_B3 **< _____> est à risque d'attraper la grippe pendant la saison de la grippe (habituellement d'octobre à mars).**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_B4 **Depuis octobre 2023, est-ce que < _____> a reçu le vaccin contre la grippe ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_B4a **Quelle est la principale raison pour laquelle < _____> n'a pas reçu le vaccin contre la grippe cette année, soit depuis octobre 2023 ?**

_____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 3 – VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE (VACCIN PNEUMOVAX OU PREVAR)

MAINTENANT, VOICI QUELQUES QUESTIONS SUR LE VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE (OU LA PNEUMONIE).

Q_3.1 **Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque (ou la pneumonie) ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.2 **Est-ce que vous avez reçu le vaccin contre le pneumocoque depuis octobre 2023 ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.3 **Quand avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le pneumocoque ?**

1=Depuis moins de 5 ans, soit après 2019
2=Depuis plus de 5 ans, soit avant 2019
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q3.3a **Quel vaccin contre le pneumocoque avez-vous reçu ?**

Si vous avez reçu plus d'un vaccin, veuillez répondre pour le dernier vaccin.

1= Le Pneumovax 23, un vaccin inactivé polysaccharidique contenant 23 sérotypes
2= Le Prevnar 13, un vaccin inactivé conjugué contenant 13 sérotypes
3= Le Prevnar 20, un vaccin inactivé conjugué contenant 20 sérotypes
4= Un autre vaccin contre le pneumocoque
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.4 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez reçu le vaccin contre le pneumocoque (ou la pneumonie) ?**

Cochez la principale raison

- Pour me protéger contre le pneumocoque (pneumonie)
- Parce que je me considère à risque de complications de la pneumonie
- Pour protéger une ou des personnes qui vivent avec moi et qui sont à risque de complications de la pneumonie
- Parce qu'un professionnel de la santé m'a recommandé de me faire vacciner
- Parce qu'on m'a offert de me vacciner durant une consultation pour une autre raison
- Parce que j'ai reçu une lettre m'invitant à me faire vacciner contre le pneumocoque
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.5 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas reçu le vaccin contre le pneumocoque (ou la pneumonie) ?**

Cochez la principale raison

- Je ne savais pas que je devais recevoir le vaccin contre le pneumocoque
- Je ne pensais pas que c'était utile pour ma santé de me faire vacciner contre le pneumocoque
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car je ne suis pas à risque d'attraper le pneumocoque
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car la pneumonie n'est pas une maladie grave
- Je ne savais pas où aller pour recevoir le vaccin contre le pneumocoque
- Un professionnel de la santé m'a recommandé de ne pas me faire vacciner
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.6 **Avez-vous déjà reçu une recommandation de vous faire vacciner contre le pneumocoque par un professionnel de la santé ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_3.7 **Avez-vous déjà reçu une recommandation de ne pas vous faire vacciner contre le pneumocoque par un professionnel de la santé ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q3.8 **Avez-vous reçu une lettre vous invitant à vous faire vacciner contre le pneumocoque ?**

1=Oui
2=Non
8=Je ne sais pas
9=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 4 – VACCINATION CONTRE LE ZONA (SHINGRIX OU ZOSTAVAX)

Maintenant, voici quelques questions sur la vaccination contre le zona. Deux vaccins contre le zona ont été distribués au Canada depuis 2008, soit le vaccin vivant atténué Zostavax et le vaccin inactivé Shingrix (depuis 2017). Depuis octobre 2022, seul le vaccin Shingrix est utilisé pour prévenir le zona chez les adultes de 50 ans ou plus et les 18-49 ans immunosupprimés ou malades chroniques. Les personnes qui ont reçu le vaccin Zostavax devraient recevoir le vaccin Shingrix au moins 12 mois après. Le zona provoque une éruption douloureuse chez la personne atteinte. Le zona est une réactivation du virus de la varicelle. Il peut avoir des conséquences importantes incluant une douleur persistant des mois, voire des années.

Q_4.1 **Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà parlé de la vaccination contre le zona ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.2 **Est-ce qu'un professionnel de la santé vous a déjà recommandé de vous faire vacciner contre le zona ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.3 **Avez-vous déjà reçu un vaccin contre le zona (Shingrix ou Zostavax) ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.4 **En quelle année avez-vous reçu un vaccin contre le zona ?**

(Si plus d'une dose reçue, veuillez répondre pour la dose la plus récente)

1=Dans la dernière année
2=Il y a un à 5 ans
3=Il y a plus de 5 ans
99=Je préfère ne pas répondre

Q 4.5 **Avez-vous déjà reçu le vaccin Zostavax nécessitant une seule dose qui était surtout offert avant 2020 (soit avant la pandémie de la COVID-19) ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q4.6 **Avez-vous déjà reçu le vaccin Shingrix nécessitant 2 doses ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q4.7 **Combien de doses de vaccin Shingrix avez-vous reçues ?**

1=1 dose
2=2 doses
3=Plus de 2 doses
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q4.8 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas reçu la 2e dose ?**

Cochez la principale raison

- Je ne savais pas que je devais recevoir une 2ème dose
- Je ne savais pas où aller pour recevoir une 2ème dose
- J'ai manqué de temps pour recevoir une 2ème dose
- J'ai eu des effets secondaires importants ou incommodants après la 1ère dose
- Je suis en attente de mon rendez-vous pour recevoir une 2e dose
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.9 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas reçu le vaccin contre le zona ?**

Cochez la principale raison

- Je ne savais pas que je devais recevoir le vaccin contre le zona
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car je ne suis pas à risque de faire un zona
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car le zona n'est pas une maladie grave
- Je ne savais pas où aller pour recevoir le vaccin contre le zona
- Je n'ai pas reçu le vaccin contre le zona en raison du coût du vaccin
- Je ne pensais pas que c'était utile pour ma santé de me faire vacciner contre le zona
- Un professionnel de la santé m'a recommandé de ne pas me faire vacciner
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_4.10 **Le zona est une maladie grave.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.11 **Je me considère à risque de faire un zona**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q. 4.12 **J'ai l'intention de recevoir le vaccin Shingrix contre le zona s'il est gratuit.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.13 **J'ai l'intention de recevoir le vaccin Shingrix contre le zona si je dois payer plus de 100$ pour le recevoir.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_4.14 **J'ai l'intention de recevoir le vaccin Shingrix contre le zona même si je dois recevoir deux doses.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 5 – QUESTIONS EN LIEN AVEC LA COVID-19

Maintenant, voici quelques questions sur la vaccination contre la COVID-19 qui est offerte au Québec depuis décembre 2020. La dernière campagne de vaccination contre la COVID-19 avec un vaccin contenant le variant XBB.1.5 a débuté officiellement le 10 octobre 2023.

Q_5.1 **Depuis l'automne dernier (octobre 2023), avez-vous reçu le vaccin contre la COVID-19 ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_5.2 **Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas reçu le vaccin contre la COVID-19 depuis octobre 2023 ?**

Cochez la principale raison

- Je ne savais pas que je devais recevoir le vaccin contre la COVID-19
- Je ne pensais pas que c'était utile pour ma santé de me faire vacciner contre la COVID-19
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car je ne suis pas à risque d'attraper la COVID-19
- Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) car la COVID-19 n'est pas une maladie grave
- Je ne savais pas où aller pour recevoir le vaccin contre la COVID-19
- J'ai attrapé la COVID-19
- Un professionnel de la santé m'a recommandé de ne pas me faire vacciner
- Je n'étais pas ciblé(e) par la campagne de vaccination

- J'étais inquiet/ète concernant l'efficacité des vaccins contre la COVID-19
- J'étais inquiet/ète concernant la sécurité des vaccins contre la COVID-19 ou les effets secondaires.
- J'ai eu une mauvaise expérience lors d'une vaccination antérieure contre la COVID-19.
- Autre raison, spécifiez : _____

98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_5.3 **La COVID-19 est une maladie grave.**

Q_5.4 **Je me considère à risque d'attraper la COVID-19.**

Q_5.5 **Le vaccin contre la COVID-19 est sécuritaire.**

Q_5.6 **Lorsqu'on est vacciné contre la COVID-19, il n'est pas nécessaire de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière et/ou le pneumocoque (contre la pneumonie).**

Q_5.7 **La plupart des gens autour de moi (parents, amis) pensent que je devrais me faire vacciner contre la COVID-19.**

Q_5.8 **Mon médecin de famille m'a dit que je devrais me faire vacciner contre la COVID-19.**

Q_5.9 **La plupart des gens autour de moi pour qui la vaccination est recommandée ont été vaccinés contre la COVID-19.**

Q_5.10 **En me faisant vacciner contre la COVID-19, j'aide à protéger les gens autour de moi de cette maladie.**

Q_5.11 **Le vaccin contre la COVID-19 est efficace.**

Q_5.12 **Recevoir le vaccin contre la COVID-19 et la grippe au même moment est une bonne chose.**

Q_5.13 **Il est important de recevoir des doses additionnelles de vaccin contre la COVID-19 afin de continuer à se protéger contre le virus.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
5=Ne s'applique pas
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_5.14 **Avez-vous entendu des informations ou histoires négatives sur la vaccination contre la COVID-19, que ce soit de quelqu'un que vous connaissez, dans les nouvelles ou sur Internet ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre.

Q 5.15 **Diriez-vous que la pandémie de la COVID-19… ?**

1=Vous a encouragé à vous faire vacciner contre la grippe
2=Vous a découragé de vous faire vacciner contre la grippe
3=N'a pas eu d'influence sur votre décision de vous faire vacciner ou non contre la grippe
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 6 – VACCINATION CONTRE LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS)

Maintenant, voici quelques questions sur le virus respiratoire syncytial (VRS) et sur la vaccination contre le VRS. Le virus respiratoire syncytial (VRS) est généralement considéré comme une maladie infantile, mais il peut également entraîner des complications graves chez les aînés. Les effets du VRS pourraient être comparables à ceux de la grippe saisonnière, engendrant des risques sérieux pour la santé. Depuis récemment, deux vaccins contre le VRS sont autorisés au Canada pour les personnes âgées de 60 ans et plus, mais ne sont pas encore disponibles dans les programmes publics d'immunisation au Québec.

Q_6.1 **Aviez-vous déjà entendu parler du virus respiratoire syncytial (VRS) auparavant ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_6.2 **Avez-vous l'intention de recevoir le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS) à l'automne prochain (2024) si celui-ci devenait disponible gratuitement dans le cadre du programme québécois d'immunisation ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

DIFFÉRENTS VACCINS POURRAIENT ÊTRE OFFERTS EN MÊME TEMPS À L'AUTOMNE 2024 (PAR EXEMPLE, CONTRE LA GRIPPE, LA COVID-19 ET LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL).

Q_6.3 **Combien de vaccins administrés lors de la même visite seraient acceptables pour vous ?**

0=0
1=1
2=2
3=3
4=4 ou plus

PARTIE 7 – CONNAISSANCES, ATTITUDES ET CROYANCES SUR LA ROUGEOLE ET LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE

Vous avez mentionné précédemment avoir un ou des enfant(s) âgés entre 2 ans et moins de 18 ans.

Q_MENA0cc **Parmi cet ou ces enfant(s), y en a-t-il qui sont âgés entre 5 et 17 ans ?**

1=Oui
2=Non

Les prochaines questions concernent un de vos enfants ***âgé entre 5 et 17 ans***.

Q_txtNOMD ***Veuillez inscrire le prénom de votre enfant le plus jeune qui a moins de 18 ans, mais au moins 5 ans.***

Le prénom est demandé uniquement afin de pouvoir clarifier de qui nous parlons dans les prochaines questions.

Vous pouvez, si vous le voulez, donner un pseudonyme. _____

Les prochaines questions portent sur la rougeole ainsi que sur sa prévention par la vaccination. La vaccination contre la rougeole est habituellement donnée aux enfants à l'âge de 12 et 18 mois.

Dernièrement, plusieurs cas de rougeole ont été déclarés dans la province du Québec notamment chez des résidents des régions socio-sanitaires de Montréal et Laval.

Plus tôt, vous avez dit être (père, mère, tuteur, etc.) d'un enfant de 5 ans à 17 ans dont le nom est <_____>.

Q_7.1 **Est-ce que <_____>a reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole récemment ou lorsqu'il/elle était bébé ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_7.2 **Quelle est la principale raison pour laquelle <_____> n'a pas été vacciné(e) contre la rougeole ?**
Cochez la principale raison

- Je ne savais pas que je devais faire vacciner mon enfant contre la rougeole
- Je ne pensais pas que c'était utile sa santé de le faire vacciner contre la rougeole
- Il/Elle n'a pas besoin d'être vacciné(e) car il/elle n'est pas à risque d'attraper la rougeole
- Il/Elle n'a pas besoin d'être vacciné(e) car la rougeole n'est pas une maladie grave
- Je ne savais pas où aller pour faire vacciner mon enfant contre la rougeole
- Un professionnel de la santé m'a recommandé de ne pas faire vacciner mon enfant contre la rougeole
- J'étais inquiet/ète concernant l'efficacité du vaccin contre la rougeole.
- J'étais inquiet/ète concernant la sécurité du vaccin contre la rougeole ou les effets secondaires
- Autre raison, spécifiez : _____

99= Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_7.3 **Si <_____> attrape la rougeole, ce sera dangereux pour sa santé.**

Q_7.4 **La rougeole est une maladie grave.**

Q_7.5 **Si <_____> attrapait la rougeole, vous regretteriez de ne pas l'avoir fait vacciner.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

Q_7.6 **Avez-vous reçu des informations concernant la vaccination contre la rougeole dans les trois derniers mois ?**

1=Oui
2=Non
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

ÊTES-VOUS TOUT À FAIT EN ACCORD, PLUTÔT EN ACCORD, PLUTÔT EN DÉSACCORD OU TOUT À FAIT EN DÉSACCORD AVEC LES ÉNONCÉS SUIVANTS ?

Q_7.7 **Une personne vaccinée contre la rougeole a très peu de risques d'attraper cette maladie.**

Q_7.8 **Le vaccin contre la rougeole est sécuritaire.**

Q_7.9 **Le vaccin contre la rougeole peut causer la rougeole.**

Q_7.10 **Il était/est de votre devoir de faire vacciner votre enfant contre la rougeole afin de ne pas transmettre la maladie à d'autres personnes.**

Q_7.11 **S'il y avait des cas de rougeole dans une école, vous feriez confiance aux autorités de santé pour appliquer les mesures nécessaires pour protéger la santé des élèves et du personnel.**

1=Tout à fait en accord
2=Plutôt en accord
3=Plutôt en désaccord
4=Tout à fait en désaccord
98=Je ne sais pas
99=Je préfère ne pas répondre

PARTIE 8 – CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nous avons presque terminé, il ne reste que quelques questions. Soyez assuré(e) que vos réponses seront strictement confidentielles.

Q_SD1 **Quel est le niveau de scolarité le plus haut que vous avez complété ?**
Cochez seulement une réponse.

1=Aucun
2=Certificat d'études secondaires ou l'équivalent (DES, diplôme d'études secondaires)
3=Certificat ou diplôme d'une école de métiers (DEP, diplôme d'études professionnelles)
4=Certificat ou diplôme collégial (autre certificat ou diplôme non universitaire obtenu d'un cégep, d'un collège communautaire, d'un institut technique, etc.)
5=Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat
6=Baccalauréat (ex. : B.A., B.Sc., LL.B.)
7=Certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat

8=Maîtrise (ex. : M.A., M.Sc., M.Ed.)
9=Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie (M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
10=Doctorat acquis (ex. : Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
11=Autre, spécifiez : _____
99=Je préfère ne pas répondre

Q_SD2 **Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu à la maison dans votre enfance et que vous comprenez toujours ?**

1=Français
2=Anglais
3=Autre

Q_SD3 **Quel est votre statut matrimonial ?**

1=Célibataire
2=Marié(e)
3=Conjoint(e) de fait
4=Divorcé(e)
5=Séparé(e)
6=Veuf/Veuve
7=Autre
99=Je préfère ne pas répondre

Q_CP **Quel est votre code postal ?**

Cette enquête cherche à rejoindre des répondants dans l'ensemble des régions du Québec. Le fait de recueillir les codes postaux permet de nous en assurer.

Vous pouvez inscrire seulement les trois premiers caractères de votre code postal :

_____

Nous aimerions comparer votre statut vaccinal pour la grippe, le pneumocoque et le zona avec l'information que l'on retrouve dans votre dossier au Registre de vaccination du Québec, dans l'objectif d'assurer la qualité des informations qui y sont enregistrées. Le registre de vaccination du Québec est un fichier informatisé ayant pour but de mettre à la disposition des intervenants du réseau de la santé de l'information sur les vaccins reçus par une même personne au Québec. Il a été progressivement mis en place de 2014 à 2018 dans les différentes régions du Québec (Registre de vaccination du Québec). Seule l'équipe de recherche aura accès à vos données afin de faire cette comparaison et vos données seront conservées de façon confidentielle dans un fichier distinct des autres réponses au questionnaire. Vos données ne pourront être utilisées que pour cet objectif et seront gardées dans un serveur sécurisé de l'Institut national de santé publique du Québec.

Autorisation de consulter votre dossier vaccinal √ Cocher la case « J'autorise » OU « Je refuse »
❑ **J'autorise** les responsables du Registre de vaccination du Québec à transmettre l'information sur ma vaccination contre la grippe, le pneumocoque et le zona à l'équipe de recherche de l'Institut national de santé publique du Québec, dans le cadre de cette étude.
❑ **Je refuse** que les responsables du Registre de vaccination du Québec transmettent l'information sur ma vaccination contre la grippe, le pneumocoque et le zona à l'équipe de recherche de l'Institut national de santé publique du Québec, dans le cadre de cette étude.

Veuillez remplir les informations ci-dessous
Identification
Noms et prénoms des parents Nom : _____ Prénom : _____ Numéro d'assurance maladie **:** _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin aaaa mm jj
☐ Père ☐ Mère Nom : _____ Prénom : _____ (FACULTATIF) ☐ Père ☐ Mère Nom : _____ Prénom : _____

Enquête québécoise sur la vaccination des adultes : Questionnaire, édition 2024

AUTRICES

Marie-Eve Trottier, agente de planification et de recherche Centre de recherche du VHU de Québec-Université Laval

Marilou Kiely, chercheure associée à l'Institut national de santé publique, professeure adjointe
Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval

SOUS LA COORDINATION DE

Brigitte Paquette, cheffe d'unité
Direction des risques biologiques

COLLABORATION

Eve Dubé, chercheure associée
Institut national de santé publique du Québec, professeure adjointe
Département d'anthropologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Chaire de recherche IRSC en santé publique appliquée sur l'anthropologie des enjeux de la vaccination

MISE EN PAGE

Linda Cléroux, agente administrative
Direction des risques biologiques

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 ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 3e trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-04867-6 (PDF)
DOI : https://doi.org/10.64490/KRLQ9264

© Gouvernement du Québec (2026)

Nº de publication : 3877