

L'INFIRMIÈRE ET LA VACCINATION :  
CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC



*information*



*formation*



*recherche*



*coopération  
internationale*



# L'INFIRMIÈRE ET LA VACCINATION : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

DIRECTION DES RISQUES BIOLOGIQUES, ENVIRONNEMENTAUX ET OCCUPATIONNELS  
COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC

OCTOBRE 2005

**AUTEUR**

Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ)

**RÉDACTEURS**

Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec  
Anne-Marie Clouâtre, Direction de la santé publique de la Montérégie  
Chantal Sauvageau, FRCPC, Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

**AVEC LA COLLABORATION DE**

Luce Fournier, CLSC/CHSLD de la MRC Desjardins  
Cécile Lambert, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke  
Céline Thibault, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
Louise Thibault-Paquin, remplacée en cours de mandat par Lucie St-Onge, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Johanne Tremblay, remplacée en cours de mandat par Denise Lussier, remplacée en cours de mandat par Lucie Maillé, Cégep Édouard-Montpetit  
Geneviève Petit, Institut national de santé publique du Québec et étudiante au doctorat à l'Université de Montréal (a également participé aux rencontres du groupe de travail au cours de la dernière année)

**MEMBRES PARTICIPANTS DU COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC**

François Boucher, Centre de recherche du CHUL  
Nicole Boulianne, Institut national de santé publique du Québec  
Gaston De Serres, Institut national de santé publique du Québec  
Philippe De Wals, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval  
Réjean Dion, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec  
Bernard Duval, Institut national de santé publique du Québec  
Charles Frenette, Hôpital Charles LeMoine  
Maryse Guay, Direction de la santé publique de la Montérégie  
Louise Valiquette, Direction de la santé publique de Montréal  
Caroline Quach, Hôpital de Montréal pour enfants  
Louis Valiquette, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke  
Lucie Bédard, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec  
Fernand Guillemette, Direction de la santé publique de Maurice-Centre-du-Québec  
Pierre Harvey, Association des médecins microbiologistes infectiologues du Québec  
Marielle Lehoux-Brisson, Association des CLSC et CHSLD du Québec  
Henriette Fortin, Association des pédiatres du Québec  
Annick Turcotte, Collège québécois des médecins de famille  
Monique Landry, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gisèle Trudeau, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

**SECRÉTARIAT**

Marie-France Lacroix, Institut national de santé publique du Québec  
Marie-Claude Guillette, Direction de la santé publique de la Montérégie  
Caroline Gourde, Institut national de santé publique du Québec  
Michèle Crépin, Unité de recherche en santé publique du CHUL-CHUQ

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

**CONCEPTION GRAPHIQUE**

Marie-Pier Roy

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)  
Cote : INSPQ-2006-031

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2006  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-550-47064-8 (version imprimée)  
ISBN 2-550-47065-6 (version PDF)  
©Institut national de santé publique du Québec (2006)

## REMERCIEMENTS

Les travaux du groupe de travail sur l'infirmière et la vaccination ont bénéficié de l'appui de plusieurs personnes que nous tenons à remercier sincèrement de leur précieuse contribution.

Chantal Sauvageau pour la réalisation de l'enquête sur la formation en établissement de santé dans le cadre de son stage de résidence en santé communautaire. Elle est également corédactrice de la revue de littérature présentée dans ce rapport. Nous avons grandement apprécié la qualité de son travail.

Geneviève Petit qui s'est jointe au groupe de travail durant la dernière année et qui a considérablement enrichi les discussions, en particulier au niveau des modèles théoriques des principaux déterminants de la vaccination chez les infirmières. Ses travaux réalisés dans le cadre de son doctorat en santé communautaire ont été des plus stimulants et ont orienté le schéma d'analyse des groupes de discussion.

Pier-Raymond Allard, Geneviève Petit, France Lavoie et Bernard Duval pour leur grande contribution à la réalisation et à l'analyse des groupes de discussion ainsi qu'aux infirmières participantes qui nous ont permis d'approfondir les principaux obstacles à la vaccination.

Les responsables des soins infirmiers des établissements de santé qui ont répondu au questionnaire d'enquête, de même que les coordonnateurs des départements de soins infirmiers des cégeps et universités de la province pour leur collaboration à l'enquête.

Diane Audet, Josiane Rivard et Louis Rochette qui ont participé à la saisie et à l'analyse des données des enquêtes auprès des établissements de santé et d'enseignement.

Marie-Claude Guillette, Marie-France Lacroix, Michèle Crépin et Caroline Gourde pour leur support au niveau du secrétariat.

Les activités du groupe de travail ont été supportées par l'Institut national de santé publique du Québec, par la Direction de la santé publique de la Montérégie et par l'Unité de recherche en santé publique du CHUQ-CHUL.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé à titre épïcène. Par contre, considérant la proportion élevée des femmes pour les cinq fonctions suivantes, les termes « infirmière », « directrice ou responsable des soins infirmiers », « enseignante » et « étudiante » sont employés et ils incluent le genre masculin.



## RÉSUMÉ

Depuis le début des programmes de vaccination, les infirmières ont joué un rôle de premier plan et elles ont ainsi significativement contribué à la réduction et au contrôle des maladies infectieuses. Une étude menée en 1998 auprès des vaccinoteurs québécois révélait toutefois que les infirmières avaient globalement une attitude moins favorable face à la vaccination que les médecins omnipraticiens et pédiatres. En effet, seulement 59 % des infirmières se retrouvaient dans la catégorie « très favorable à la vaccination » à savoir qu'elles étaient convaincues de l'utilité, de la sécurité et de l'efficacité des vaccins comparativement à 92 % des pédiatres et à 87 % des omnipraticiens.

Cette situation est particulièrement préoccupante car les infirmières jouent un rôle crucial dans les programmes de vaccination et dans l'information à la population. En effet, si les infirmières ne sont pas convaincues de l'utilité de la vaccination, elles risquent fort ne pas être à l'aise pour répondre aux questions des parents et d'être hésitantes à en faire la promotion. Il est donc important d'avoir des professionnelles convaincues de la pertinence de la vaccination qui s'inscrit désormais dans les activités prévues à la Loi sur les infirmières et infirmiers.

Ainsi, le Comité sur l'immunisation du Québec a créé un groupe de travail afin d'approfondir les raisons qui expliquent l'attitude moins favorable des infirmières. Son mandat était de rédiger un avis sur les stratégies qui permettraient de mieux outiller les infirmières dans le domaine de la vaccination et améliorer leur attitude générale face à la vaccination. L'ensemble des travaux du groupe de travail s'est déroulé entre novembre 2002 et octobre 2005.

Suite à la revue de littérature, le groupe de travail s'est attardé à faire le point sur la formation en vaccination offerte à l'embauche et en cours d'emploi dans les établissements de santé du Québec ainsi que sur la formation de base dans les cégeps et universités. Des groupes de discussion ont également permis d'approfondir les obstacles à la vaccination chez les infirmières et un modèle théorique a été élaboré pour synthétiser les informations obtenues et formuler des recommandations.

Au niveau de la formation, les principaux constats sont à l'effet que les infirmières, particulièrement celles œuvrant en CH et CHSLD, manquent de formation tant à l'embauche qu'en cours d'emploi et qu'il n'y a pas de standard minimum de formation pour habilitier une infirmière à vacciner. Il y a également un manque d'outils pour offrir cette formation. La formation de base au cégep et à l'université est succincte et ne touche pas l'ensemble des connaissances et habiletés requises pour que l'infirmière joue pleinement son rôle en vaccination. L'approche populationnelle dans le domaine de la vaccination n'est pas abordée dans le cadre de la formation. En moyenne, les étudiantes reçoivent aussi peu que 9 heures de formation en vaccination au cours des trois années de leur cours et rarement ont-elles l'occasion de faire un stage dans ce domaine.

Les infirmières rencontrées dans le cadre des groupes de discussion ont une perception négative de leur rôle de vaccinatrice. Elles se voient comme des piqueuses et valorisent davantage les autres fonctions entourant la vaccination, comme le suivi du développement de l'enfant. Bien que ces infirmières ne soient pas nécessairement représentatives de l'ensemble de la profession, il est préoccupant de constater la difficulté qu'elles ont à apprécier positivement les résultats de leur rôle, soit la réduction voire l'élimination des maladies infectieuses visées par la vaccination et le bénéfice santé qu'elles procurent à la population. Ce sont les effets secondaires, réels ou appréhendés de la vaccination qui sont au premier plan puisque les maladies elles-mêmes ont presque disparu. Elles sont inquiètes par le nombre croissant de vaccins, la complexité du calendrier de vaccination et l'obligation d'offrir tous les vaccins requis (plusieurs injections) au cours d'une même visite. De manière générale, elles rapportent qu'elles sont peu supportées par leur établissement, et les contraintes organisationnelles liées à leur travail comme le temps relativement court accordé au rendez-vous de vaccination sont des facteurs qui nuisent à leur travail.

Elles se disent mal informées pour répondre aux questions des parents et aux controverses régulièrement soulevées par les médias au sujet de la vaccination. Le rôle que jouent les compagnies pharmaceutiques dans la promotion de la vaccination s'avère pour elles inconfortables et les fait douter du bien-fondé de la vaccination.

Les constats du groupe ont été regroupés selon un modèle tiré de la théorie sociale cognitive de Bandura et du modèle écologique. Selon ce modèle, les infirmières ont des pratiques vaccinales qui dépendent à la fois des déterminants personnels et environnementaux. Les recommandations émises par le groupe de travail visent donc à influencer les constats effectués au regard de ces déterminants dans le but d'améliorer la pratique vaccinale par les infirmières.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>IX</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>XI</b>
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2 DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA VACCINATION CHEZ LES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES.....</b>	<b>3</b>
2.1    MODELE D'ANALYSE .....	3
2.2    MODELE THEORIQUE DES PRINCIPAUX DETERMINANTS DU COMPORTEMENT DE LA VACCINATION CHEZ LES INFIRMIERES : SYNTHESE DES PRINCIPAUX FACTEURS FACILITANT LA VACCINATION ET DES BARRIERES CHEZ LES INFIRMIERES QUEBECOISES .....	4
<b>3 CONSTATS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>5</b>
3.1    DETERMINANTS PERSONNELS .....	5
3.1.1    Facteurs socio-démographiques, habitudes personnelles de santé et statut vaccinal .....	5
3.1.2    Attitudes/croyances.....	6
3.1.3    Perception de contrôle .....	7
3.1.4    Croyance en son efficacité personnelle .....	8
3.1.5    Connaissances / Formation / Habilités .....	8
3.1.6    Besoins de formation/information de la population .....	10
3.2    DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX.....	11
3.2.1    Environnement organisationnel .....	11
3.2.2    Environnement professionnel .....	12
3.2.3    Environnement élargi (Programme provincial, support DRSP, média, compagnies pharmaceutiques).....	13
3.3    AVENUES DE RECHERCHE A DEVELOPPER.....	15
<b>4 REVUE DE LITTÉRATURE .....</b>	<b>17</b>
4.1    CONNAISSANCES, ATTITUDES ET CROYANCES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE FACE A LA VACCINATION .....	17
4.1.1    Les infirmières, les médecins et les sages-femmes .....	17
4.1.2    Les chiropraticiens et les naturopathes .....	18

4.2	DETERMINANTS DU COMPORTEMENT DE LA VACCINATION CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE .....	19
4.2.1	Facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination des professionnels eux-mêmes .....	19
4.2.2	Facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination de la population .....	21
4.2.3	Connaissances des professionnels de la santé en vaccination et impact sur la vaccination .....	22
4.3	LA FORMATION ET LES INTERVENTIONS D'EDUCATION.....	23
4.3.1	Impact des interventions d'éducation auprès des professionnels de la santé sur la couverture vaccinale de la population .....	24
4.3.2	Impact des interventions d'éducation auprès des professionnels de la santé sur le taux de couverture vaccinale des professionnels eux-mêmes.....	26
4.4	DESCRIPTION DE CERTAINS PROGRAMMES DE FORMATION.....	26
4.4.1	Formation en cours d'emploi .....	26
4.4.2	Formation dans les milieux d'enseignement.....	27
<b>5</b>	<b>ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC .....</b>	<b>29</b>
5.1	OBJECTIFS DE L'ENQUETE.....	29
5.2	METHODOLOGIE .....	29
5.2.1	Population à l'étude .....	29
5.2.2	Instrument de mesure.....	30
5.2.3	Variables.....	30
5.2.4	Saisie et analyse des données .....	31
5.3	RESULTATS .....	31
5.3.1	Taux de réponse.....	31
5.3.2	Formation à l'embauche .....	32
5.3.3	Formation en cours d'emploi .....	32
5.3.4	Méthodes d'apprentissage particulières .....	34
5.3.5	Attitude des infirmières .....	35
5.3.6	Relation entre formation et attitude.....	35
5.4	DISCUSSION .....	36

<b>6</b>	<b>ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT .....</b>	<b>39</b>
6.1	OBJECTIFS .....	39
6.2	METHODOLOGIE .....	39
6.2.1	Population à l'étude .....	39
6.2.2	Instrument de mesure .....	39
6.2.3	Déroulement de l'enquête .....	40
6.2.4	Saisie et analyse des données .....	40
6.3	RESULTATS .....	40
6.3.1	Taux de réponse .....	40
6.3.2	Temps alloué à des sujets reliés à la vaccination en soins infirmiers (Question 1).....	41
6.3.3	Activités de stage offertes en soins infirmiers (Question 2) .....	44
6.3.4	Opinion des répondants quant à l'adéquation du temps de formation alloué au thème de la vaccination en soins infirmiers versus les activités qui leur sont maintenant réservées suite à l'adoption de la Loi 90 (Question 3) .....	46
6.4	DISCUSSION .....	49
<b>7</b>	<b>ÉTUDE QUALITATIVE DES DÉTERMINANTS ET DES OBSTACLES À LA VACCINATION CHEZ CERTAINES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES .....</b>	<b>51</b>
7.1	OBJECTIFS .....	51
7.2	METHODOLOGIE .....	51
7.2.1	Recrutement des participantes et choix des régions .....	52
7.3	RESULTATS .....	52
7.3.1	Description des participantes .....	52
7.3.2	Les pratiques vaccinales des infirmières .....	52
7.3.3	Les retombées des pratiques vaccinales des infirmières .....	53
7.3.4	Les facteurs individuels influençant les pratiques vaccinales .....	55
7.3.5	Les influences extérieures sur les infirmières et leurs pratiques .....	56
7.4	DISCUSSION .....	57
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANNEXE 1 - PROJET VACCINATION PAR LES INFIRMIÈRES/INFIRMIERS-PROMOTION (VIP).....</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXE 2 - SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FACTEURS FACILITANT LA VACCINATION ET DES BARRIÈRES CHEZ LES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES.....</b>	<b>69</b>

<b>ANNEXE 3 - FORMATION DE BASE : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET ÉLÉMENTS DE CONTENU. PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 4 - QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX INFIRMIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE 5 - QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS .....</b>	<b>91</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Synthèse des facteurs significativement associés de manière indépendante à la vaccination des professionnels eux-mêmes.....	21
Tableau 2	Synthèse des facteurs significativement associés de manière indépendante à la vaccination de la population ou à la réduction des occasions manquées .....	22
Tableau 3	Participation à l'étude selon la mission de l'établissement de santé du Québec - 2003 .....	32
Tableau 4	Formation en vaccination offerte aux infirmières à l'embauche et en cours d'emploi dans les trois types d'établissements de santé du Québec - 2003 .....	33
Tableau 5	Nombre moyen d'heures de formation offert à l'embauche et en cours d'emploi par type d'établissement de santé du Québec - 2003 .....	33
Tableau 6	Thèmes de la formation à l'embauche et en cours d'emploi selon le type d'établissements de santé du Québec - 2003 .....	34
Tableau 7	Attitude des infirmières des établissements de santé du Québec face à la vaccination selon les répondants - 2003.....	35
Tableau 8	Variables associées à la perception d'une attitude très favorable des infirmières face à la vaccination (analyse multivariée).....	35
Tableau 9	Nombre, proportion et moyenne d'heures allouées par sujets reliés à l'immunisation dans les cégeps du Québec - 2003.....	42
Tableau 10	Nombre, proportion et moyenne d'heures allouées à l'immunisation selon le cours dans lequel la formation est donnée .....	43
Tableau 11	Activités de stage en vaccination : nombre et moyenne d'heures consacrées à la vaccination dans le cadre de stages.....	44
Tableau 12	Nombre et proportion d'heures consacrées à des activités de stage en vaccination selon le milieu d'intervention.....	45
Tableau 13	Nombre de répondants offrant ou non des stages en vaccination, selon le nombre d'heures réservées à la formation sur la vaccination dans le cadre de cours (théorie et laboratoire) .....	46
Tableau 14	Opinion des répondants quant à la satisfaction du temps global investi à la vaccination dans le cadre de leur programmation, selon le nombre total d'heures qu'ils y consacrent présentement (théorie, laboratoire et stage) .....	47
Tableau 15	Opinion et représentation des répondants quant à la satisfaction du temps global investi à la vaccination dans le cadre de leur programmation, selon la moyenne d'heures qu'ils y consacrent présentement.....	47
Tableau 16	Intentions projetées à partir des commentaires fournis par les répondants .....	48



## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHQ :	Association des hôpitaux du Québec
AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ASSTAS :	Association pour la santé et la sécurité au travail secteur des affaires sociales
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CINQ :	Comité des infections nosocomiales du Québec
CIQ :	Comité sur l'immunisation du Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
DSI :	Directrice des soins infirmiers
DSP :	Direction de santé publique
GMF :	Groupe de médecine de famille
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
RRO :	Rougeole, rubéole et oreillons
RSI :	Responsable des soins infirmiers
TCNMI :	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
VIP :	Vaccination par les Infirmières/Infirmiers – Promotion



# 1 INTRODUCTION

Depuis le début des programmes de vaccination, les infirmières ont joué un rôle de premier plan et ont ainsi significativement contribué à la réduction et au contrôle des maladies infectieuses. Elles ont au fil du temps acquis une expertise importante qui encore aujourd'hui est largement reconnue et appréciée. Cependant, depuis les dernières années, on a observé une augmentation des réticences chez les infirmières au regard de la vaccination, en particulier face aux nouveaux programmes, à leur utilité et leur sécurité. Bien que cette situation ne soit pas généralisée à l'ensemble de la profession, elle est suffisamment préoccupante pour que des chercheurs aient tenté de mieux cerner cette problématique émergente.

En 1998<sup>1</sup>, une étude menée auprès des vaccinateurs québécois (médecins et infirmières) révélait que dans l'ensemble, les vaccinateurs québécois ont une opinion favorable à la vaccination, à savoir qu'ils étaient convaincus de l'utilité, de la sécurité et de l'efficacité des vaccins. Toutefois, seulement 59 % des infirmières se retrouvaient dans la catégorie « très favorable à la vaccination », comparativement à 92 % des pédiatres et à 87 % des omnipraticiens. Une autre étude québécoise est venue confirmer les observations de Dionne et col. Cette dernière a porté sur les infirmières des programmes Naître-Égaux – Grandir en santé et rapporte que seulement 69 % d'entre elles se disaient totalement favorables à la vaccination<sup>2</sup>.

Considérant que les infirmières jouent un rôle crucial dans les programmes de vaccination et dans l'information à la population, ces résultats laissent craindre que si les infirmières vaccinatrices ne sont pas convaincues de l'utilité de la vaccination, elles ne soient pas à l'aise pour répondre aux questions des parents et seront hésitantes à en faire la promotion. De plus, suite à la Loi 90<sup>a</sup>, la vaccination s'inscrit désormais dans les activités prévues à la Loi sur les infirmières et infirmiers. Elle n'est donc plus un acte délégué et les infirmières peuvent procéder à celle-ci dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. Il est donc important d'avoir des intervenantes convaincues de la pertinence de la vaccination qui fait désormais partie du plan thérapeutique infirmier.

L'étude québécoise de Dionne<sup>1</sup> conclut qu'il est essentiel de mieux connaître l'opinion de l'ensemble des infirmières et d'approfondir les raisons qui expliquent leur attitude moins favorable. De même, des interventions sont requises pour sensibiliser davantage les infirmières aux bénéfices de la vaccination. En décembre 2000, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) mandatait un groupe de travail pour rédiger un avis sur les stratégies qui permettraient de mieux outiller les infirmières dans le domaine de la vaccination et améliorer leur attitude générale face à la vaccination. Plus spécifiquement, le mandat confié par le Comité sur l'immunisation du Québec était de :

- faire le point sur les connaissances actuelles face à cette question, au Québec et dans des systèmes de santé équivalents;

---

<sup>a</sup> Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de loi n° 90 (2002, c. 33).

- identifier les interventions en cours actuellement pour améliorer les attitudes et les connaissances des vaccinateurs au Québec;
- proposer un programme d'intervention visant à améliorer la situation actuelle si nécessaire;
- préciser les éléments de connaissance qu'il serait souhaitable de posséder pour améliorer la prise de décision et l'évaluation ultérieure des interventions (priorités de recherche).

Afin de répondre au mandat, des réunions du groupe de travail à la DSP de la Montérégie (novembre 2002, mai 2003, septembre 2004) ainsi que des conférences téléphoniques (décembre 2002, janvier 2003, mars 2003, janvier 2004, novembre 2004, janvier 2005 et avril 2005) ont été retenues comme modalités de travail.

Le groupe de travail a d'abord fait l'état des connaissances pertinentes sur la question et réalisé deux enquêtes sur la formation en vaccination offerte aux infirmières dans les établissements de santé et dans les établissements d'enseignement. Par la suite, il a mené des groupes de discussion en vue de documenter auprès des infirmières les obstacles, la perception de leur rôle et les principaux déterminants de la pratique vaccinale. L'analyse du contenu des groupes de discussion s'est appuyée sur un modèle théorique des déterminants individuels et environnementaux de la pratique vaccinale. Des recommandations pouvant influencer ces déterminants ont été formulées.

Le rapport présente dans un premier temps le modèle théorique des déterminants de la pratique vaccinale. Viennent ensuite les principaux constats et l'ensemble des recommandations découlant des démarches du comité. Par la suite, le lecteur pourra prendre connaissance des résultats détaillés de la revue de la littérature, des enquêtes auprès des établissements de santé et d'enseignement ainsi que des résultats de l'étude qualitative des déterminants et des obstacles à la vaccination.

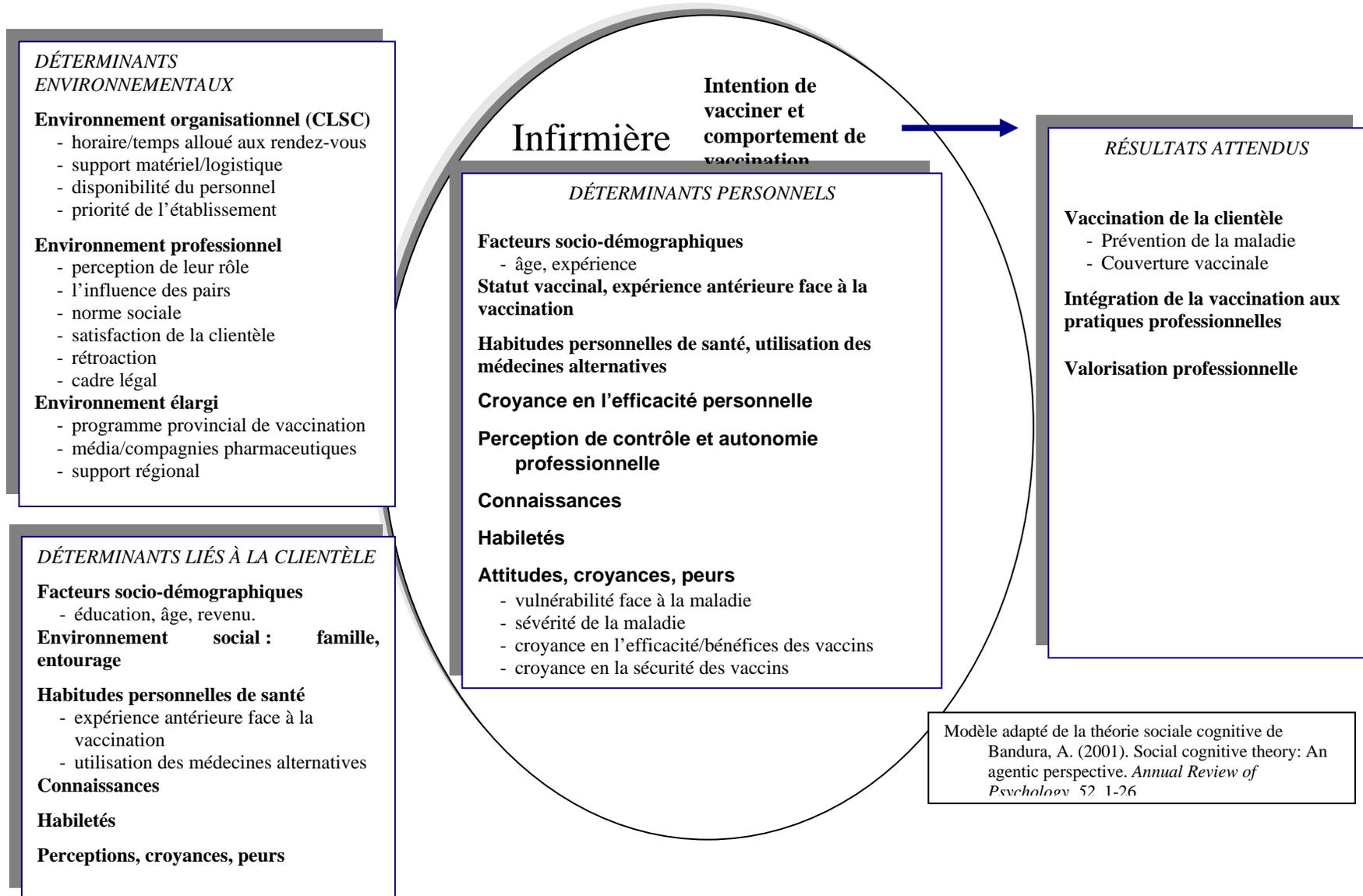
## **2 DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE DE LA VACCINATION CHEZ LES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES**

### **2.1 MODÈLE D'ANALYSE**

En vue de rassembler et d'organiser l'ensemble des résultats obtenus au cours des travaux du groupe de travail « infirmière et vaccination » et d'élaborer des recommandations, un modèle d'analyse qui s'inspire du modèle utilisé par le projet VIP « Vaccination par les Infirmières/Infirmiers-Promotion » (ANNEXE 1) a été adapté. Dans cette étude, le modèle écologique<sup>4,5</sup> et la théorie sociale cognitive de Bandura<sup>6</sup> sont les principaux modèles théoriques qui ont été utilisés.

Le modèle sur lequel nous avons appuyé nos travaux présente les déterminants de la vaccination chez les infirmières. Selon ce modèle, les infirmières ont des pratiques vaccinales qui dépendent à la fois de facteurs individuels et de facteurs dans l'environnement dans lesquels s'exercent ces comportements. Ce modèle considère également que les pratiques vaccinales peuvent mener à divers types de résultats, à la fois individuels et collectifs. Il est présenté schématiquement à la section 2.2 de la page suivante.

## 2.2 MODÈLE THÉORIQUE DES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DU COMPORTEMENT DE LA VACCINATION CHEZ LES INFIRMIÈRES : SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FACTEURS FACILITANT LA VACCINATION ET DES BARRIÈRES CHEZ LES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES



### **3        CONSTATS ET RECOMMANDATIONS**

Ce chapitre résume les principaux constats tirés des enquêtes menées auprès des établissements de santé et des établissements d'enseignement ainsi que des groupes de discussion menés auprès des infirmières. Ces constats sont suivis de recommandations pouvant améliorer la situation observée. Ils sont présentés en utilisant le modèle théorique de la pratique infirmière en vaccination présenté au chapitre 2 qui touche à la fois les déterminants personnels, environnementaux et ceux liés à la clientèle. La synthèse des informations recueillies lors de nos démarches auprès des infirmières est présentée à l'ANNEXE 2. Ces informations sont classées selon qu'il s'agit d'une barrière ou d'un facteur facilitant la pratique des infirmières en vaccination.

#### **3.1        DÉTERMINANTS PERSONNELS**

##### **3.1.1     Facteurs socio-démographiques, habitudes personnelles de santé et statut vaccinal**

###### **CONSTAT**

La plupart de ces facteurs peuvent difficilement être modifiés, tels l'âge, l'expérience de travail et les habitudes personnelles de santé. L'attitude positive de l'infirmière par rapport à sa propre vaccination peut cependant être encouragée et il est connu que ce facteur est fortement associé à l'intention d'offrir la vaccination à la clientèle. Il serait donc important d'insister sur les bénéfices de la vaccination pour elle-même. Il faut également la sensibiliser à l'importance de se faire vacciner pour protéger sa clientèle en s'appuyant sur les données probantes et les aspects éthiques de la responsabilité professionnelle.

###### **RECOMMANDATION 1**

- Préparer et mettre à jour une documentation sur l'importance de la vaccination comme mesure de santé publique et sur la responsabilité professionnelle de protéger la clientèle. Cette documentation devrait entre autres comprendre l'information sur l'efficacité de cette mesure dans la prévention des maladies infectieuses en milieux de soins.
  - Diffuser le document :
    - Aux étudiantes infirmières dès leur inscription au programme.
    - À tout nouvel employé des établissements de santé.
    - De façon régulière aux personnels des établissements de santé.

## **RECOMMANDATION 2**

- Que les établissements de santé donnent priorité et mettent en place l'ensemble des mesures appropriées favorisant la vaccination de leur personnel entre autres :
  - Adoption et diffusion d'une politique interne de l'établissement en regard de la vaccination.
  - Accessibilité élargie à la vaccination.
  - Identification d'une personne désignée responsable du programme de vaccination dans l'établissement.

## **RECOMMANDATION 3**

- Promouvoir des lignes directrices concernant la vaccination du personnel des établissements de santé. Cette promotion doit être prise en charge par le comité des infections nosocomiales du Québec (CINQ) et l'Association pour la santé et la sécurité au travail secteur des affaires sociales (ASSTAS).

### **3.1.2 Attitudes/croyances**

#### **CONSTAT**

Le domaine des perceptions et des croyances joue un rôle important sur la motivation des infirmières à exercer pleinement leur rôle en vaccination. La perception qu'elles ont entre autres de la sévérité des maladies pour lesquelles elles vaccinent est déterminante. Il semble que les connaissances à cet égard soient déficientes. Il est essentiel de justifier pleinement les programmes de vaccination quant à leur utilité, leur sécurité et leur efficacité. Il faut également mettre l'emphase sur la gravité et les séquelles des maladies que l'on souhaite prévenir par la vaccination car bien souvent les nouveaux vaccins sont perçus comme des vaccins de confort qui n'apportent pas un bénéfice important pour la santé mais davantage un profit monétaire pour les compagnies pharmaceutiques.

La crainte des effets secondaires, réelle ou appréhendée, est au cœur des préoccupations des infirmières. Elles ne veulent pas nuire et causer du tort à la clientèle. Il est difficile, en l'absence de visibilité des maladies évitables par la vaccination, d'accepter que les vaccins puissent causer des effets secondaires même mineurs. Les controverses entourant la sécurité des vaccins ébranlent la confiance des infirmières. Par contre, elles disent vouloir s'appuyer sur les fondements scientifiques plutôt que sur leurs convictions personnelles pour se faire une opinion par rapport à la vaccination.

À l'opposé, une proportion non négligeable (12 % selon Dionne et al.) d'entre elles considère que les médecines alternatives peuvent éliminer la nécessité de vacciner. Aux yeux de ces infirmières, cette alternative à la vaccination présente également l'avantage de ne pas causer d'effets secondaires, du moins ceux que l'on attribue généralement aux vaccins. Il faudrait renforcer chez les infirmières l'importance d'appuyer leur jugement professionnel sur des données probantes et non sur des notions non scientifiques ou sur des croyances

personnelles. Cela ne remet pas en cause l'utilité des médecines alternatives mais dans le cadre de la prévention des maladies infectieuses, l'immunisation demeure le moyen le plus efficace.

Les infirmières ont de la difficulté à reconnaître les résultats de la vaccination, soit la réduction ou le contrôle des maladies infectieuses. Elles ne perçoivent plus l'utilité de la vaccination. Elles parlent davantage de l'opportunité qu'offre la vaccination pour entrer en contact avec les parents de jeunes enfants et discuter d'autres sujets de prévention.

On note que dans les programmes de formation offerts aux infirmières, il y a peu d'objectifs qui visent l'identification de leurs croyances face à la vaccination. Le projet VIP « Vaccination par les Infirmières/Infirmiers-Promotion » (ANNEXE 1), actuellement en développement, est axé sur la prise de conscience de la source des croyances face à la vaccination et non seulement l'acquisition de connaissances. Ces résultats guideront l'élaboration de nouvelles stratégies d'intervention et de formation.

#### **RECOMMANDATIONS 4 – 5 – 6**

- Compléter la réalisation du projet VIP et s'assurer de l'évaluation de cette activité de formation.
- Aborder les attitudes et croyances face à la vaccination dans les contenus de formation en vaccination.
- Aborder dans les contenus de formation l'absence de fondement scientifique au regard de l'utilité des médecines alternatives dans le domaine de la prévention des maladies évitables par la vaccination. Par conséquent, il n'est pas indiqué d'en faire la promotion.

### **3.1.3 Perception de contrôle**

#### **CONSTAT**

L'infirmière ne se sent pas complètement en contrôle dans la mesure où ses choix face à la vaccination sont prescrits par le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Quelquefois, ses convictions personnelles sont en opposition avec ces recommandations. Cette perte de contrôle se manifeste en particulier dans l'obligation d'administrer plusieurs doses de vaccins lors d'une même visite.

#### **RECOMMANDATIONS 7 – 8 – 9 – 10**

- Mettre en évidence lors de la formation que le Protocole d'immunisation du Québec est basé sur les données probantes dans le domaine de l'immunisation et que son application nécessite le jugement professionnel de l'infirmière.
- Faire ressortir que l'autonomie de l'infirmière se retrouve dans l'application du Protocole d'immunisation et dans l'organisation de son travail.

- Identifier l'origine des convictions qui sont en opposition avec les recommandations scientifiques.
- Faire ressortir l'influence des infirmières dans l'atteinte des objectifs de couverture vaccinale élevée et leur contribution dans la réduction des maladies évitables par la vaccination.

### **3.1.4 Croyance en son efficacité personnelle**

#### **CONSTAT**

Bien que les infirmières ne mentionnent pas spontanément des éléments qui touchent la croyance en leur efficacité personnelle, il est certainement pertinent de renforcer les éléments qui amélioreront cette perception. Certaines infirmières des CH et des CHSLD mentionnent des craintes face aux nouvelles responsabilités de devoir vacciner sans la présence et l'ordonnance individuelle d'un médecin. Ces craintes n'ont pas été mentionnées par les infirmières des CLSC.

#### **RECOMMANDATION 11**

- Fournir régulièrement aux infirmières une rétroaction des autorités de la santé publique (régionale et provinciale) en vue de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. On entend par rétroaction autant les résultats des couvertures vaccinales atteintes, la diminution des maladies évitables par la vaccination que les données sur l'organisation des services et leur efficacité.

### **3.1.5 Connaissances / Formation / Habiletés**

#### **CONSTAT**

Les infirmières ont affirmé sans équivoque qu'il y avait un besoin important de formation et de mise à jour des connaissances. Elles disent manquer de formation non seulement sur les nouveaux programmes et les nouveaux vaccins mais également sur les notions de base en immunisation. Cette formation ne devrait pas uniquement toucher les aspects liés directement aux vaccins mais également sur la pertinence de l'introduction des nouveaux vaccins, l'épidémiologie des maladies infectieuses et la communication du risque.

On constate également une disparité importante dans la formation à l'embauche et en cours d'emploi selon le type d'établissement. À l'heure actuelle, il n'existe aucune norme touchant le nombre d'heures de formation minimales requises pour assurer une bonne pratique dans le domaine de la vaccination.

La formation de base au cégep et à l'université est également succincte et ne touche pas l'ensemble des connaissances et habiletés requises pour permettre aux infirmières de jouer pleinement leur rôle en vaccination. À l'hiver 2005, la Direction de la santé publique de la Montérégie a fait une tournée des cégeps du territoire. Plus de cinquante professeurs ont été

rencontrés et ceux-ci sont en accord avec le fait que le programme de formation actuel ne prépare pas les infirmières à jouer le rôle attendu en vaccination. Les changements en cours au programme visent à répondre à la mise en place de la Loi sur les infirmières et infirmiers. Au Québec, tous les collèges sont associés aux universités pour le projet de formation infirmière intégré (9 consortiums).

Dans d'autres domaines, comme la prévention des infections, il existe des programmes de certification. On peut penser que le développement d'une certification aurait pour effet de valoriser le domaine de pratique de la vaccination chez les infirmières. Par contre, la pertinence d'offrir une certification de spécialiste en vaccination est questionnée vu la complexité du processus réglementaire que cela exige et l'absence de masse critique d'infirmières nécessaires pour assurer la pérennité d'un programme de formation répondant aux exigences. Pour ces raisons, le groupe de travail ne propose pas dans l'immédiat de développer une telle certification mais néanmoins de suivre l'évolution de ce processus au niveau provincial et canadien.

#### ***FORMATION DE BASE***

##### **RECOMMANDATIONS 12 – 13**

- Intensifier les mécanismes de communication avec le ministère de l'éducation et les responsables des programmes de formation tant collégiale qu'universitaire dans le but de les informer des développements dans le domaine de la vaccination, notamment des nouveaux programmes;
- Intégrer à la formation de base des infirmières des objectifs d'apprentissage en vaccination permettant de les habiliter à vacciner dans le cadre de la Loi sur les Infirmières et infirmiers. Des objectifs d'apprentissage et des éléments de contenu sont proposés à l'ANNEXE 3 par le groupe de travail. Utiliser les consortiums cégep/université pour expérimenter et évaluer une activité d'apprentissage sur la pratique vaccinale des infirmières. Suite à l'évaluation, étendre cette activité d'apprentissage à l'ensemble des consortiums cégep/université.

#### ***FORMATION CONTINUE ET EN COURS D'EMPLOI***

##### **RECOMMANDATIONS 14 – 15 – 16 – 17 – 18**

- Définir le contenu minimal de formation à l'embauche et en cours d'emploi selon le milieu de travail : CLSC, CH, CHSLD, GMF, cliniques médicales et les infirmières en pratique privée.
- Développer un module de formation à l'embauche (outils pour offrir cette formation).
- Développer un cours interactif d'auto-formation disponible sur le Web ou sur CD-ROM.

- Recueillir de manière continue selon les milieux de travail les besoins de formation en cours d'emploi des infirmières vaccinatrices et enseignantes. La disponibilité d'un site Web de vaccination pour recueillir ces besoins pourrait être envisagée de même que des enquêtes périodiques auprès des infirmières.
- Envisager la création d'un poste d'infirmière conseillère en vaccination pour le CSSS. Cette personne pourrait être appelée à donner de la formation et du support en lien avec les programmes de vaccination dans les différents établissements du réseau et pourrait intervenir de concert avec la direction de santé publique et les établissements de santé concernés.

### ***DIFFUSION DE L'INFORMATION / FORMATION***

#### **RECOMMANDATIONS 19 – 20 – 21 – 22**

- Créer un site Web de diffusion de l'information sur la vaccination.  
Un lieu où serait regroupé l'ensemble des informations touchant la vaccination : PIQ, communiqués, synthèses d'articles scientifiques autour des questions entourant la vaccination, questions-réponses aux polémiques et controverses, liens avec les principaux sites du domaine de la vaccination, discussion de cas, foires aux questions, forum de discussion etc. Le site québécois devrait être développé en complément aux sites déjà existants et des liens hypertextes pourraient être créés pour référer aux autres sites pertinents.
- Insérer la thématique de la vaccination dans les principaux forums, colloques, congrès qui s'adressent aux infirmières et associations infirmières.
- Publier des articles sur la vaccination dans des revues lues par les infirmières par exemple « Perspective infirmière ».
- Utiliser les bulletins régionaux de communication aux infirmières et aux enseignantes pour diffuser l'information en matière de vaccination et les expériences terrains d'organisation des services.

### **3.1.6 Besoins de formation/information de la population**

#### **RECOMMANDATIONS 23 – 24 – 25**

- Appliquer les recommandations à la suite de l'évaluation de la trousse de promotion de la vaccination produite par le MSSS.
- Poursuivre la rédaction des feuillets d'information et s'assurer de leur disponibilité auprès de la population visée. Inclure de l'information sur les injections multiples.
- Maintenir le groupe de travail touchant la promotion sur l'immunisation relevant de la TCNMI ayant la préoccupation de mettre en place des outils d'information de qualité pour la population.

## **3.2 DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX**

### **3.2.1 Environnement organisationnel**

#### **CONSTAT**

De manière générale, les infirmières déplorent le manque de support au niveau de l'organisation des cliniques de vaccination et la place trop importante des aspects bureaucratiques (statistiques, formulaires à compléter, dossiers, etc). Une source importante de frustration concerne l'obligation d'offrir les vaccins non couverts par le programme et les iniquités que cela occasionne. La gestion de l'argent semble également problématique. Elles considèrent que les rendez-vous sont trop courts, qu'elles manquent de temps pour répondre aux questions des parents et que l'ajout des nouveaux vaccins au calendrier accentue ce problème. La non accessibilité aux ordinateurs est également soulevée.

Les infirmières s'objectent lorsque la vaccination prend la place des autres activités de prévention comme c'est le cas lorsqu'il y a une campagne de vaccination massive. Cette situation leur donne l'impression que les autres activités de prévention ont peu d'importance.

Une étude en cours au Québec sur les déterminants de la vaccination chez les infirmières des CLSC (projet VIP) va permettre de mettre en lumière les principaux obstacles liés à l'environnement organisationnel. En attendant les résultats de cette étude, certains éléments pourraient d'ores et déjà être modifiés pour faciliter le travail des infirmières en vaccination.

#### ***GESTION DE L'INFORMATION ET SYSTÈME D'INFORMATION***

#### **RECOMMANDATION 26**

- Revoir les règles minimales communes pour la gestion des dossiers de vaccination dans le respect des normes de pratique.

#### ***ASPECTS ORGANISATIONNELS***

#### **RECOMMANDATIONS 27 – 28**

- Définir la pratique vaccinale souhaitable et prévoir un temps adéquat aux rencontres de vaccination.
- Définir et intégrer dans une règle de soins infirmiers de l'établissement, les paramètres d'accessibilité et de qualité des programmes de vaccination (population ciblée, délais pour obtenir un rendez-vous, horaire, outils cliniques, produits disponibles, temps de formation etc).

## **SUPPORT MATÉRIEL, ORGANISATION DES LOCAUX ET OPTIMISATION DES RESSOURCES**

### **RECOMMANDATIONS 29 – 30 – 31**

- Mettre à la disposition des infirmières des ordinateurs permettant d'avoir un accès facile à Internet afin d'y trouver l'information utile à la pratique et faciliter la consultation du statut vaccinal dans la base de données I-CLSC au CLSC même, ou au registre provincial lorsque ce dernier sera disponible.
- Alléger la tâche en confiant à d'autres types de personnel les activités administratives et l'organisation des cliniques de vaccination et en modifiant les façons de faire.
- Intégrer des infirmières auxiliaires dans le cadre des campagnes de vaccination de masse et des vaccinations à l'école.

### **PRIORITÉ/IMPORTANCE POUR L'ÉTABLISSEMENT (NIVEAU LOCAL)**

### **RECOMMANDATIONS 32 – 33**

- Établir des standards de qualité dans le programme de vaccination des établissements.
- Sensibiliser les directeurs généraux, directeurs des services professionnels, directrices de soins infirmiers et les gestionnaires de programmes à l'importance de la vaccination dans le contrôle des maladies infectieuses. La promotion de la vaccination doit faire partie des objectifs poursuivis par l'établissement et les gestionnaires ont un rôle important à jouer auprès de leur personnel. Ils doivent profiter de l'actuelle réorganisation de soins et des services autour de projets cliniques pour mettre en place les mécanismes nécessaires pour atteindre ces objectifs. L'introduction de tout nouveau programme de vaccination devrait faire l'objet d'une communication particulière auprès de cette clientèle.

## **3.2.2 Environnement professionnel**

### **CONSTAT**

De manière générale, la pratique infirmière dans le domaine de la vaccination n'est pas toujours valorisée et souvent peu reconnue par leurs collègues de l'établissement. Elles sont perçues comme des piqueuses accomplissant une tâche répétitive, peu complexe. En milieu scolaire, elles sentent qu'elles dérangent lors des cliniques de vaccination et ne reçoivent pas tout le support nécessaire. Les infirmières souhaitent que la vaccination soit intégrée dans un contexte plus large de prévention car ce sont ces autres activités qui sont valorisantes et auxquelles elles accordent de l'importance.

D'un autre côté, les infirmières disent trouver une valorisation à être reconnues comme des expertes en vaccination et être la référence dans ce domaine au sein de leur établissement.

Les différents aspects reliés à l'obtention des consentements auprès des personnes à vacciner ne sont pas uniformes, constituent des irritants et exigent beaucoup de temps.

## **RECOMMANDATIONS 34 – 35**

### **Perception du rôle**

- Définir et faire connaître l'étendue de la pratique de l'infirmière en vaccination à l'intérieur de l'organisation, en particulier auprès des gestionnaires.

### **Cadre légal**

- Sensibiliser les établissements aux normes établies dans le PIQ au regard des exigences légales liées à l'obtention du consentement.

## **3.2.3 Environnement élargi (Programme provincial, support DRSP, média, compagnies pharmaceutiques)**

### **CONSTAT**

Les infirmières apprécient les outils mis en place pour l'application du programme provincial de vaccination et tout particulièrement le PIQ. Toutefois, plusieurs irritants sont mentionnés dont les vaccins non inclus au programme gratuit, l'introduction rapide des nouveaux programmes qui ne permettent pas une planification suffisante et le calendrier qui requiert des injections multiples. Les produits immunisants sont souvent dans des emballages qui peuvent être à la source d'erreurs puisque trop semblables dans leur présentation.

L'absence de registre de vaccination et l'obligation de faire des démarches importantes pour trouver l'information sur le statut vaccinal d'un individu est également une source de frustration et d'erreurs possibles.

La place des compagnies pharmaceutiques dans la promotion de la vaccination est vue comme un irritant pour certaines infirmières. Sans indication claire des autorités de santé publique, en particulier en ce qui concerne les vaccins non encore inclus au calendrier universel et gratuit de vaccination, elles craignent d'être la courroie de transmission des intérêts financiers des compagnies pharmaceutiques.

### **PROGRAMME PROVINCIAL DE VACCINATION**

#### **RECOMMANDATIONS 36 – 37 – 38 – 39 – 40**

- Dans la mesure du possible, intégrer rapidement au programme universel et gratuit de vaccination l'ensemble des vaccins recommandés.
- S'assurer de la mise en place du registre provincial de vaccination et de son financement.
- Maintenir la qualité du PIQ et la garantie de continuité.
- Introduire les programmes au moment opportun afin d'éviter l'ajout de deux nouveaux programmes en même temps.
- Poursuivre les groupes de support à l'implantation et s'assurer de la présence de personnes terrains.

#### **LORS DE L'INTRODUCTION DES NOUVEAUX VACCINS ET LES CAMPAGNES DE RATTRAPAGE**

#### **RECOMMANDATIONS 41 – 42 – 43 – 44 – 45 – 46**

Tous les paliers de décision, local, régional et provincial, sont concernés par ces recommandations.

- Prévoir un délai suffisant pour la planification.
- Informer régulièrement les infirmières des différents travaux préparatoires à l'introduction des vaccins et donner un aperçu des programmes à venir.
- Prévoir le matériel requis pour la formation et la promotion notamment la production et la diffusion des outils facilitant l'administration des injections multiples de même que leur justification au calendrier de vaccination.
- S'assurer de la cohérence du discours à tous les niveaux lors de l'introduction des nouveaux programmes.
- Évaluer la perception de l'utilité des nouveaux vaccins auprès des infirmières et tenir compte des réticences dans les programmes de formation.
- Diffuser la démarche dans la prise de décision d'un programme de vaccination.

## ***DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE***

### **RECOMMANDATIONS 47 – 48**

- Offrir une plus grande disponibilité au niveau du support en particulier le soir et les fins de semaine.
- Maintenir le leadership en vaccination au niveau de l'expertise et de la formation.

## ***EN LIEN AVEC LES MÉDIAS ET LES COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES***

### **RECOMMANDATIONS 49 – 50**

- Organiser de manière systématique la réponse aux controverses soulevées par les médias et fournir les outils pour répondre rapidement aux questions et inquiétudes de la population.
- Émettre et diffuser des lignes directrices par rapport aux conflits d'intérêt; l'OIIQ diffusera sous peu à toutes les infirmières un document intitulé : « Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts : pour des relations professionnelles intègres ».

## **3.3 AVENUES DE RECHERCHE À DÉVELOPPER**

### **RECOMMANDATIONS 51 – 52**

- Explorer et identifier les fondements des mythes et des fausses croyances entourant l'utilité, l'efficacité et la sécurité des vaccins et des attitudes négatives face à la vaccination.
- Documenter et évaluer des stratégies d'interventions efficaces auprès des infirmières selon les différents milieux de travail y compris les milieux d'enseignement.



## 4 REVUE DE LITTÉRATURE

La revue de la littérature avait comme objectif de :

- décrire les attitudes et croyances des professionnels de la santé face à la vaccination au Canada et ailleurs dans le monde;
- décrire les facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant les occasions vaccinales manquées et le taux de couverture vaccinale de la population en vue de planifier des interventions de formation mieux ciblées;
- décrire les facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination des professionnels eux-mêmes;
- connaître la nature et l'efficacité des interventions de formation sur la vaccination offertes aux professionnels de la santé dans des systèmes de santé équivalents à celui du Québec.

### 4.1 CONNAISSANCES, ATTITUDES ET CROYANCES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ FACE À LA VACCINATION

#### 4.1.1 Les infirmières, les médecins et les sages-femmes

En 1998, une étude québécoise démontrait que les infirmières étaient moins favorables à la vaccination que les médecins pédiatres ou omnipraticiens<sup>1</sup>. Ajoutons à cette étude celles menées auprès des infirmières œuvrant à Info-Santé en Montérégie<sup>3</sup> et des infirmières des programmes Naître-Égaux – Grandir en santé<sup>2</sup> dont les résultats vont dans le même sens.

L'étude de Mawhinney au Manitoba<sup>7</sup> a révélé une situation semblable avec seulement 73 % des infirmières complètement en accord avec l'énoncé que les vaccins sont sécuritaires, 68 % efficaces et 86 % utiles. Deux autres études canadiennes réalisées auprès d'infirmières pédiatriques dans un hôpital de soins tertiaires au Manitoba<sup>8</sup> et en Ontario<sup>9</sup> ont permis de mettre en évidence des lacunes au niveau des connaissances pour leur permettre de bien jouer leur rôle en matière de vaccination. La première a montré que 86,6 % d'entre elles étaient « très en faveur » de la vaccination. Toutefois, seulement 59,8 % ont répondu qu'elles considéraient les vaccins comme très sécuritaires, seulement 20,7 % jugeaient qu'elles étaient assez informées sur les vaccins et 15,9 % « très à l'aise » pour discuter des sujets liés à la vaccination avec les parents. L'étude ontarienne montre que seulement une faible proportion, 22 %, des infirmières d'un CH de soins tertiaires administrent des vaccins dans leur pratique et parmi celles-ci, 55 % se disaient non préparées à répondre à des questions par rapport à la vaccination. Les infirmières de cette enquête ont réclamé plus de formation en vaccination.

Une récente étude canadienne<sup>10</sup> menée cette fois-ci auprès de sages-femmes ontariennes montrait des résultats allant dans le même sens avec seulement 55,9 % d'entre elles qui se disaient favorables à la vaccination en général et 37 % qui croyaient en l'efficacité du vaccin contre l'influenza.

Ailleurs dans le monde, une étude suisse<sup>11</sup> a démontré que les infirmières étaient plus réticentes à se faire immuniser contre l'influenza que les autres travailleurs dans le domaine de la santé. En Nouvelle-Zélande, cette fois-ci, une étude a montré<sup>12</sup> que les professionnels de la santé, médecins, infirmières et sages-femmes, soutenaient dans une proportion de 94 % l'immunisation. Une proportion significative d'entre eux, 11 %, considéraient que les vaccins pouvaient être dangereux alors que 41 % des infirmières, 45 % des sages-femmes et 21 % des médecins se questionnaient sur le lien possible entre le vaccin RRO et l'autisme ou la maladie de Crohn. En Grande Bretagne, des chercheurs ont trouvé que 27 % des infirmières croyaient que le vaccin RRO était possiblement ou fort possiblement associé à l'autisme et 33 % croyaient en son association avec la maladie de Crohn<sup>13</sup>.

Aux États-Unis, les infirmières des écoles de 4 états américains<sup>14</sup> étaient dans une proportion de 15 % totalement en accord avec la possibilité que les vaccins puissent affaiblir le système immunitaire comparativement à 26 % du personnel non infirmier de ces écoles. Seulement 63 % et 50 % respectivement croyaient que l'immunisation est une mesure de santé des plus sécuritaires.

#### **4.1.2 Les chiropraticiens et les naturopathes**

Bien que la position officielle de l'Association canadienne de chiropratique soit favorable à la vaccination, une étude réalisée auprès de 621 étudiants a démontré que seulement 40 % des étudiants de quatrième année de chiropratique sont favorables à l'immunisation<sup>15</sup> comparativement à 61 % des étudiants de première année. L'attitude défavorable envers la vaccination est particulièrement présente parmi les étudiants de quatrième année qui se réfèrent principalement aux sources informelles sur la vaccination, telles que la littérature chiropratique et les propos informels au collègue. Les professeurs de chiropratique semblent jouer un rôle important dans le développement des attitudes des étudiants au regard de l'immunisation<sup>15,16</sup>.

Une étude réalisée auprès de professeurs de 19 collèges de chiropratique aux États-Unis et au Canada a démontré que des membres du corps professoral de sept collèges enseignent qu'il n'y a pas de preuve de l'efficacité de l'immunisation pour prévenir les maladies infectieuses<sup>16</sup>. La propagation de ces fausses croyances à la population pourrait entraîner une baisse des taux de couverture vaccinale et faire à nouveau ressurgir les maladies évitables par la vaccination<sup>17</sup>.

Finalement une étude<sup>18</sup> menée auprès d'étudiants ontariens en naturopathie montre que seulement 12,8 % recommanderaient à leurs patients de faire administrer toutes les vaccinations à leurs enfants. La principale raison de ne pas recommander la vaccination est

la crainte que les vaccins puissent nuire. Une faible proportion d'entre eux croient que les vaccins peuvent être hautement utiles (10,9 %) ou modérément utiles (30,2 %).

En conclusion, les attitudes négatives et les croyances erronées des infirmières face à la vaccination n'est pas une situation unique au Québec. En plus de rencontrer le même phénomène dans d'autres pays, cette attitude est observée chez d'autres types de professionnels de la santé.

## **4.2 DÉTERMINANTS DU COMPORTEMENT DE LA VACCINATION CHEZ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ**

### **4.2.1 Facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination des professionnels eux-mêmes**

Plusieurs études portent sur les facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination des professionnels eux-mêmes. Une synthèse de ces études est présentée au tableau 1.

Une étude américaine<sup>19</sup> a cherché à identifier, auprès de 604 travailleurs des hôpitaux et 11 infirmières responsables des campagnes de vaccination, les facteurs associés à une augmentation de la couverture vaccinale pour l'influenza des travailleurs de la santé. En analyse multivariée, l'âge des travailleurs (> 45 ans; RC : 4,45; IC<sub>0,95</sub> 1,66-11,9), une vaccination antérieure (RC : 1000; IC<sub>0,95</sub> 20-3333) et la croyance que l'influenza est une maladie sérieuse (RC : 3,38; IC<sub>0,95</sub> 1,3-10,6) représentent les trois facteurs associés de façon indépendante à la vaccination pour l'influenza. Dix des onze infirmières responsables des campagnes vaccinales interrogées croient qu'une publicité adéquate est présente et que le manque de motivation des travailleurs de la santé représente la principale raison expliquant les faibles taux de couverture vaccinale. Quatre-vingt-douze pour cent des participants vaccinés et 82 % des non-vaccinés dans cette étude seraient prêts à se faire vacciner l'année suivante si le vaccin était facilement disponible et s'ils y percevaient certains bénéfices, particulièrement pour eux-mêmes.

Les auteurs d'une étude australienne considèrent que le taux de couverture vaccinale pour l'influenza parmi les infirmières pourrait être augmenté par l'implantation de stratégies d'éducation ciblant les déterminants de la vaccination influenza parmi ce groupe de professionnels<sup>20</sup>. Dans cette étude, les facteurs indépendants associés à la forte intention des infirmières de se faire vacciner pour l'influenza étaient : la perception que si l'influenza est contractée, la maladie sera sévère (RC : 4,6; IC<sub>0,95</sub> : 2,2-9,7), la croyance que la vaccination entraînera moins de symptômes que la maladie elle-même (RC : 2,3; IC<sub>0,95</sub> : 1,1-4,7) et la vaccination antérieure des infirmières (RC : 3,5; IC<sub>0,95</sub> : 1,5-7,9). Parmi les infirmières ayant participé à cette étude, plusieurs croyaient que le vaccin contre l'influenza entraînait des symptômes cliniques de la maladie. Les auteurs concluent que des programmes d'éducation devraient être mis en place pour corriger ces croyances erronées.

Dans une étude américaine<sup>21</sup> réalisée auprès de 922 travailleurs du domaine de la santé, trois facteurs prédisent de façon indépendante en analyse multivariée la vaccination de ces travailleurs pour l'influenza : la vaccination antérieure (RC : 69,7; IC<sub>0,95</sub> : 25,2-192,4), l'âge supérieur à 50 ans (RC : 2,4; IC<sub>0,95</sub> : 1,3-4,5) et la connaissance que le vaccin ne cause pas l'influenza (RC : 2,3; IC<sub>0,95</sub> : 1,3-3,7).

Toujours en ce qui concerne les facteurs indépendants expliquant la couverture vaccinale des professionnels de la santé pour l'influenza, une étude québécoise<sup>22</sup> menée auprès de 379 médecins omnipraticiens a permis de mettre en évidence les facteurs suivants associés à la vaccination influenza : être âgé de plus de 60 ans ou la présence d'une maladie chronique (RC : 2,76; IC<sub>0,95</sub> : 1,3-5,8), et la perception de la pression par les pairs (RC : 2,4; IC<sub>0,95</sub> : 1,5-3,9). La perception des bénéfices de la vaccination n'était pas associée à la vaccination influenza (RC : 1,1; IC<sub>0,95</sub> : 0,9-1,4). Une étude américaine<sup>23</sup> a identifié les six variables suivantes : la vaccination antérieure (RC : 5,4; p < 0,0001), l'âge (RC : 1,04; p = 0,005 pour chaque année), la profession médicale (RC : 2,2; p = 0,024 versus les infirmières), considérer que le vaccin est très efficace (RC : 2,2; p = 0,011), croire que les effets secondaires systémiques sont peu fréquents (RC : 2,0; p = 0,044) et considérer que la vaccination des professionnels de la santé est très importante pour la protection des patients (RC : 4,9; p < 0,0001).

L'étude de Doebbeling et collaborateurs<sup>24</sup> a identifié les variables suivantes comme étant des déterminants associés de façon indépendante à la vaccination pour l'influenza des infirmières : l'âge > 50 ans (RC : 2,1; IC<sub>0,95</sub> : 1,4-3,0), le salaire ≥ 40 000 \$ (RC : 2,5; IC<sub>0,95</sub> : 1,8-3,3) et l'expérience de travail ≥ 10 ans (RC : 1,7; IC<sub>0,95</sub> : 1,4-2,2).

Une étude taiwanaise<sup>25</sup> et une américaine<sup>26</sup> ont identifié les facteurs associés à la vaccination contre l'hépatite B des professionnels de la santé. L'importance accordée au vaccin contre l'hépatite B, le jeune âge, la profession médicale, le risque d'exposition au sang, la vaccination antérieure pour l'influenza, l'absence de peurs des injections répétées, l'accessibilité et la disponibilité du vaccin ont été associés positivement avec le statut vaccinal contre l'hépatite B.

**Tableau 1 Synthèse des facteurs significativement associés de manière indépendante à la vaccination des professionnels eux-mêmes**

Étude /année	Population à l'étude	Mesure	Facteurs individuels	Perceptions/croyances
Stephenson 2002 <sup>19</sup>	Travailleurs CH N=597	Vaccination influenza	Âge, vaccination antérieure	--
Campos 2002 <sup>20</sup>	Infirmières N=232	Vaccination influenza	Vaccination antérieure	Sévérité de la maladie, sécurité du vaccin
Heimberger 1995 <sup>21</sup>	Travailleurs de la santé N=992	Vaccination influenza	>50 ans Vaccination antérieure	Vaccin ne cause pas la maladie
Baron 2001 <sup>22</sup>	Omnipraticiens N=379	Vaccination influenza	>60 ans, présence d'une maladie chronique	Pression des pairs
Nichol 1997 <sup>23</sup>	Travailleurs de la santé N=1031	Vaccination influenza	Âge plus élevé Médecin vs infirmière	Efficacité du vaccin, sécurité du vaccin Bienfait pour la population
Doebbeling, B. N. 1997 <sup>24</sup>	Infirmières N >1000	Vaccination influenza	>50 ans salaire >40 000 \$ >10 expérience de travail	--
Lin 1997 <sup>25</sup>	Étudiantes infirmières N= 477	Vaccination hépatite B	Jeune âge, profession médicale, l'exposition au sang, la vaccination antérieure influenza, l'accessibilité (coût, temps) de la vaccination.	Utilité de la vaccination L'absence de peurs des injections répétées
Doebbeling 1996 <sup>26</sup>	Travailleurs de la santé N=919	Vaccination hépatite B	Connaissances de la maladie et du vaccin Jeune âge Vaccination influenza récente	Influence des pairs

#### 4.2.2 Facteurs relatifs aux professionnels de la santé prédisant la vaccination de la population

Dans une étude américaine, l'attitude positive des professionnels de la santé face à la vaccination représentait le facteur favorisant le plus les opportunités vaccinales. Selon les auteurs, il est possible que parmi les professionnels ayant de bonnes connaissances, seulement ceux ayant une forte motivation vont transférer ces connaissances en pratique<sup>27</sup>.

Trois autres études ont déterminé les facteurs reliés aux professionnels de la santé expliquant le taux de couverture vaccinale de la population<sup>28,29</sup> et les occasions vaccinales manquées<sup>27</sup>. Dans les deux premières études, l'attitude des professionnels de la santé n'explique pas le comportement vaccinal, alors qu'une attitude favorable à la vaccination est associée à moins d'occasions vaccinales manquées. Dans l'étude de Stenvig<sup>28</sup>, les facteurs prédisant un comportement vaccinal approprié et un meilleur taux de couverture vaccinale dans la population sont plutôt : l'intention de vacciner, la perception de contrôle (qui est associée à l'intention de vacciner également), l'âge plus avancé des infirmières, le niveau

d'éducation élevé et la certification professionnelle. Quant à celle de Taylor<sup>29</sup>, les connaissances du médecin représentent le facteur déterminant la couverture vaccinale.

Une étude américaine<sup>14</sup> réalisée auprès d'infirmières et du personnel des écoles de quatre états a montré que les croyances reliées à la vaccination comme considérer que les enfants reçoivent un trop grand nombre de vaccins et qu'ils affaiblissent leur système immunitaire, étaient associées à une probabilité plus élevée d'exemption de vaccination chez les enfants fréquentant ces écoles. Les autres facteurs associés à une plus faible proportion d'exemptions dans ces écoles sont de l'ordre des perceptions soit : plus grande vulnérabilité face à la maladie, maladie sévère, une plus forte perception de l'efficacité et de la sécurité des vaccins.

Une synthèse de ces résultats est présentée au tableau 2. Une bonne connaissance de ces facteurs explicatifs pourrait permettre d'élaborer des stratégies de promotion de la vaccination, dont des interventions d'éducation mieux ciblées.

**Tableau 2 Synthèse des facteurs significativement associés de manière indépendante à la vaccination de la population ou à la réduction des occasions manquées**

Étude /année	Population à l'étude	Mesure	Facteurs individuels	Attitude/Perceptions/Croyances
Taylor 1997 <sup>29</sup>	pédiatres N=15	C.V. 2-3 ans	Connaissances des contre-indications	Attitude favorable n'explique pas
Salmon 2004 <sup>14</sup>	Infirmières scolaires N=413	% plus élevé d'exemptions à la vaccination dans les écoles		Craintes p/r au nombre élevé de vaccins et épuisement du système immunitaire et perception de la maladie peu sévère et non vulnérabilité à la maladie expliquent
Prislin 2002 <sup>27</sup>	Professionnels de la santé N=28	Diminution des occasions manquées	Niveau de connaissances a peu d'effet	Attitude générale favorable explique
Stenvig 2002 <sup>28</sup>	Infirmières N=316	C.V.	Âge plus élevé, niveau d'éducation élevé, certification	Attitude favorable n'explique pas Intention de vacciner, perception de contrôle

#### 4.2.3 Connaissances des professionnels de la santé en vaccination et impact sur la vaccination

Deux études américaines<sup>30,31</sup> et une québécoise<sup>1</sup> ont démontré que le niveau de connaissances des infirmières au sujet des contre-indications à la vaccination étaient significativement inférieures à celles des médecins. Les auteurs de ces études insistent sur l'importance d'améliorer les connaissances des médecins et infirmières sur la vaccination pour atteindre les couvertures vaccinales souhaitées et rappellent que cette éducation doit se faire continuellement et selon des approches actives reconnues efficaces.

Une étude américaine réalisée auprès de 15 pédiatres travaillant en clinique privée<sup>29</sup> a démontré que les connaissances du médecin étaient le facteur affectant le plus la couverture vaccinale des enfants. Les enfants rencontrés par les pédiatres qui connaissaient les fausses contre-indications à la vaccination avaient un taux de couverture vaccinale supérieur.

Une étude britannique<sup>13</sup>, une manitobaine<sup>32</sup> et trois américaines<sup>21,29,33</sup> ont démontré que l'augmentation des connaissances des infirmières améliorerait leur propension à encourager la vaccination des enfants pour le vaccin Rougeole-Rubéole-Oreillons<sup>13</sup> ou celle de leurs patients pour l'influenza<sup>32</sup>. L'amélioration des connaissances favorisait également une meilleure couverture vaccinale des professionnels de la santé pour l'influenza<sup>21</sup>, celle des enfants âgés entre deux et trois ans<sup>29</sup> et celle des enfants de moins de deux ans<sup>33</sup>.

Les auteurs d'une étude américaine<sup>34</sup> ont cherché à évaluer l'impact des connaissances sur l'acceptation et l'utilisation de la vaccination par l'application d'un modèle nommé « Awareness-to-adherence ». Ce modèle a démontré que les médecins peuvent se situer à différentes étapes d'un processus allant des connaissances à l'utilisation de vaccins en passant par l'acceptation et l'adoption des lignes directrices. Les médecins qui connaissaient les recommandations concernant un vaccin étaient en général plus portés à adopter la ligne de conduite et à utiliser le vaccin.

À l'opposé, deux études n'ont pu démontrer que de meilleures connaissances diminuaient les opportunités vaccinales manquées<sup>27</sup> et la vaccination pour l'influenza des professionnels de la santé eux-mêmes<sup>32</sup>. La première étude avait une faible puissance statistique et conclut que les connaissances sur les contre-indications à la vaccination semblent nécessaires mais non suffisantes pour assurer un haut taux de couverture vaccinale. La seconde avait très peu de faiblesses méthodologiques et démontre bien que de meilleures connaissances n'entraînent pas forcément une diminution des occasions vaccinales manquées.

En conclusion, plusieurs facteurs influencent la décision de se faire vacciner ou d'offrir la vaccination. Une bonne connaissance de ces facteurs explicatifs pourrait permettre de construire des stratégies de promotion de la vaccination, dont des interventions d'éducation, mieux ciblées.

### **4.3 LA FORMATION ET LES INTERVENTIONS D'ÉDUCATION**

Déjà en 1989, le « Peckham Report »<sup>35</sup> recommandait des sessions de formation régulières sur l'immunisation pour les professionnels de la santé impliqués dans la vaccination ou dans sa promotion. L'éducation des professionnels de la santé et des patients représente une des stratégies constamment proposées depuis ce rapport pour promouvoir la vaccination<sup>30,36,37-39</sup>. Sans connaissances à jour concernant l'immunisation, les infirmières ne peuvent contribuer à l'éducation des parents et déterminer le statut vaccinal des enfants<sup>36</sup>. Plusieurs études<sup>36,40,41-45</sup> supportent l'idée que les infirmières ont un rôle et des responsabilités au regard de l'immunisation et qu'elles n'ont pas suffisamment de connaissances pour mettre ce rôle en application<sup>36,40,46</sup>.

### **4.3.1 Impact des interventions d'éducation auprès des professionnels de la santé sur la couverture vaccinale de la population**

#### **INTERVENTIONS D'ÉDUCATION INCLUSES DANS UNE INTERVENTION MULTI-COMPOSANTE**

Les programmes d'éducation des professionnels de la santé combinés à d'autres interventions (interventions multi-composantes) visant à augmenter la demande de vaccination par la communauté ou à améliorer l'accessibilité aux services de vaccination permettent d'améliorer la couverture vaccinale de la population<sup>38,47-49</sup>.

Une étude récente<sup>48</sup> a vérifié l'efficacité et la faisabilité d'une intervention d'éducation destinée aux infirmières et aux médecins de deux cliniques privées. L'intervention consistait à distribuer des feuilles d'information aux professionnels de la santé, à coller des affiches dans la salle d'attente pour encourager les parents à poser des questions et à rencontrer les professionnels de la santé pendant l'heure du dîner pour leur expliquer le matériel. Deux cent huit visites de routine pour les enfants ont été enregistrées (130 en pré et 78 en post-intervention). Les infirmières ont initié une discussion sur la vaccination dans 72 % des visites en post-intervention comparativement à 32 % en pré-intervention. Pour les médecins, ces pourcentages étaient respectivement de 100 % et de 65 %. Tant les infirmières que les médecins ayant participé à cette intervention éducative l'ont appréciée et elle a permis de modifier positivement leur comportement.

Une étude australienne<sup>49</sup> a démontré qu'une intervention comportant trois composantes 1) l'envoi de publications à tous les omnipraticiens 2) une campagne d'éducation de la communauté et 3) l'introduction du registre d'immunisation des enfants – a permis d'améliorer les connaissances et pratiques de médecins travaillant en clinique privée. Par contre, une évaluation au moyen d'un questionnaire auto-administré est une façon subjective de mesurer les pratiques des professionnels de la santé et ne serait pas nécessairement un bon reflet de leur comportement réel, tel que démontré par d'autres auteurs américains<sup>27</sup>.

#### **INTERVENTIONS D'ÉDUCATION NON INCLUSES DANS UNE INTERVENTION MULTI-COMPOSANTE**

L'efficacité des programmes d'éducation des professionnels de la santé utilisés seuls semble moins claire en raison du nombre plus limité d'études et de la variabilité des résultats<sup>38,47</sup>. En effet, certaines études n'ont pu démontrer de changements au niveau des connaissances et attitudes des professionnels de la santé<sup>50</sup> et de la couverture vaccinale de la population<sup>50-52</sup> par la mise en place d'interventions d'éducation des professionnels de la santé.

Néanmoins, d'autres études y sont parvenues. L'implantation de programmes de formation a permis de modifier positivement les connaissances et attitudes des professionnels de la santé face à la vaccination<sup>13,42,52-54</sup>, d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels de la santé eux-mêmes<sup>15,55</sup>, de réduire les occasions vaccinales manquées<sup>42,54</sup> et d'augmenter la couverture vaccinale de la population<sup>13,29,56</sup>.

Deux articles de synthèse publiés aux États-Unis par des auteurs différents en 1999 et en 2000<sup>37,38</sup> ont analysé les mêmes articles et concluent tous deux qu'il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques pour affirmer que les interventions d'éducation auprès des

professionnels de la santé soient efficaces pour augmenter la couverture vaccinale ou pour modifier leurs connaissances et attitudes. Le manque de données s'expliquerait par 1) le nombre limité d'études sur ce sujet spécifique 2) les limites quant à la méthodologie utilisée et 3) la faible intensité des différences observées<sup>38</sup>.

Les quatre études retenues pour ces deux articles de synthèse avaient été réalisées auprès de médecins<sup>50-53</sup>. Deux études ont mesuré l'efficacité d'interventions sur les taux de couverture vaccinale<sup>50,51</sup>. Une des études<sup>50</sup> a évalué l'efficacité d'une feuille d'information portant sur des actions préventives dont l'immunisation et insérée dans chacun des dossiers des patients comparativement à un groupe contrôle n'ayant eu aucune intervention. Bien qu'un manque de puissance statistique puisse en être la cause, aucune différence significative tant sur les plans statistiques que clinique n'a été observée entre les groupes quant aux taux de couverture vaccinale ainsi qu'aux connaissances et attitudes des médecins-résidents participant. L'autre étude<sup>51</sup> a comparé trois stratégies dont la première servait d'intervention témoin : 1) une intervention d'éducation des médecins 2) un système de rappel de la vaccination dans les dossiers des patients et 3) la mise en place d'actes délégués de vaccination aux infirmières. Les taux de couverture vaccinale pour l'influenza de patients hospitalisés dans ces trois groupes étaient respectivement de 9,6 %, 17 % et 40,3 %. Une différence statistiquement significative était observée entre les deux derniers groupes. Chacune des six institutions ayant participé à l'étude n'avait pas été randomisée à l'une des trois stratégies mais choisissait plutôt celle qu'elle voulait privilégier.

Les deux autres études évaluaient les effets d'une intervention d'éducation des médecins sur leurs connaissances et attitudes<sup>52,53</sup>. La première<sup>52</sup> a démontré qu'un effort de dissémination de recommandations nationales sur l'hépatite B avait permis de modifier positivement les connaissances et attitudes des médecins face à la vaccination, mais pas de changer leur comportement quant à la vaccination de leurs patients. La seconde<sup>53</sup> a permis, elle aussi, d'améliorer les connaissances et attitudes des futurs médecins sur la vaccination dans les facultés de médecine où une stratégie d'apprentissage par problème clinique avait été implantée. Dans cette étude, l'acceptabilité et l'utilité d'une telle intervention avaient été estimées très bonnes.

Bien que ces deux articles de synthèse concluent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves scientifiques pour recommander des interventions d'éducation, les deux dernières études laissent entrevoir une possibilité d'impact sur les connaissances et attitudes des médecins. Ces conclusions apparaissent transférables aux infirmières.

D'autres études méritent une attention particulière. Une étude américaine<sup>54</sup> a démontré qu'un programme d'éducation pouvait permettre d'améliorer les connaissances des professionnels de la santé, leur efficacité personnelle, leurs attitudes et leur adhésion aux programmes de vaccination. Ces résultats ont été obtenus tant avec un format de cours traditionnel qu'avec un programme de télé-éducation.

Une autre étude américaine<sup>42</sup> a démontré qu'un programme de formation augmentait les connaissances des infirmières et diminuait les occasions vaccinales manquées sans toutefois atteindre un résultat statistiquement significatif en raison de la faible puissance statistique de l'étude.

### **4.3.2 Impact des interventions d'éducation auprès des professionnels de la santé sur le taux de couverture vaccinale des professionnels eux-mêmes**

L'impact sur la couverture vaccinale des professionnels des interventions d'éducation a été examiné dans certaines études et les résultats sont intéressants. Dans une étude, la mise en place de conférences éducationnelles a permis d'augmenter la couverture vaccinale de l'influenza chez des infirmières suisses de 13 % à 37 % ( $p < 0,001$ )<sup>11</sup>. Bien que les taux de couverture vaccinale aient également augmenté dans les sites où l'intervention n'a pas eu lieu (de 9 % à 23 %,  $p < 0,001$ ), l'augmentation observée dans les trois sites où ont eu lieu les conférences était statistiquement supérieure à celle des sites témoins. Un rappel annuel utilisé seul n'a pas permis d'augmenter la vaccination des infirmières pour l'influenza. Alors que l'approche éducationnelle utilisée dans cette étude a permis d'augmenter la couverture vaccinale, la disponibilité d'une infirmière vaccinatrice sur les lieux de travail a permis d'atteindre des taux encore plus élevés.

Dans le but d'améliorer les précautions universelles et la vaccination contre l'hépatite B des infirmières, une étude chinoise a évalué l'efficacité d'un programme d'éducation incluant deux heures de lecture sur les agents pathogènes transmissibles par le sang et les précautions universelles, une heure de démonstration des techniques pour mettre en œuvre les précautions universelles et une discussion de 30 minutes visant à clarifier les risques d'exposition aux maladies transmissibles par le sang dans leur pratique<sup>55</sup>. Après le programme d'éducation, le taux de vaccination contre l'hépatite B des 49 infirmières du groupe expérimental a augmenté de 71 % à 92 %, alors que celui des 49 infirmières du groupe témoin est demeuré similaire (69 % et 71 %). En plus d'être cliniquement importante, cette différence entre les deux groupes était statistiquement significative ( $p < 0,01$ )<sup>57</sup>.

## **4.4 DESCRIPTION DE CERTAINS PROGRAMMES DE FORMATION**

L'étude québécoise<sup>1</sup> démontrait que 20 % des infirmières étaient insatisfaites de la formation de base reçue et que cette proportion atteignait 28 % en ce qui concerne la formation reçue en cours d'emploi. Des 421 infirmières questionnées lors d'une enquête ontarienne, 97 % considéraient qu'il était souhaitable que les infirmières pédiatriques pratiquant en centre hospitalier aient des connaissances en immunisation<sup>58</sup>.

### **4.4.1 Formation en cours d'emploi**

Dans la région australienne de Kimberley, 22 infirmières ont complété un questionnaire permettant de connaître la formation reçue en cours d'emploi sur l'immunisation pour l'influenza<sup>59</sup>. Les auteurs ont noté un manque et une disparité dans la formation reçue : 40 % des infirmières n'avaient pas suivi de formation en cours d'emploi depuis plus de deux ans, 25 % entre un à deux ans et 25 % depuis moins d'un an. Les sources de référence utilisées par les infirmières étaient les suivantes : 95 % se référaient fréquemment au guide régional

« Western Australian Immunisation Handbook », 60 % consultaient régulièrement l'infirmière *senior* au département responsable du contrôle des infections dans la région et aucune infirmière participante n'utilisait le guide national d'immunisation d'Australie ou ne demandait de l'information aux médecins.

Une expérience de télé-éducation réalisée en Angleterre en 1997 auprès de 17 infirmières travaillant en milieu rural s'est avérée intéressante<sup>60</sup>. Cette étude portait sur l'acceptabilité d'une heure de formation donnée par un expert à distance pendant l'heure du dîner. Pour ces infirmières, cette stratégie s'est avérée acceptable, faisable à faible coût et plus commode qu'une session de formation traditionnelle. Puisque l'étude ne cherchait pas à mesurer les effets d'une telle formation, d'autres études ou des projets pilotes devraient être envisagés avant de débiter cette stratégie à grande échelle.

#### **4.4.2 Formation dans les milieux d'enseignement**

Après avoir envoyé un questionnaire aux directeurs des écoles d'infirmières des États-Unis, une étude datant de 1992<sup>61</sup> démontre qu'à ce moment, 96 % des infirmières en formation avaient des cours obligatoires portant sur la microbiologie et les maladies transmissibles. Par contre, la durée de formation accordée à l'immunisation n'est pas précisée.

Nous n'avons pas trouvé d'autres études décrivant les programmes de formation en immunisation, tant dans les milieux d'enseignement qu'en cours d'emploi. Il semble y avoir une rareté d'études touchant ces sujets.

La littérature ne permet pas de conclure avec autant de certitude que les programmes de formation destinés aux professionnels de la santé utilisés seuls permettent d'améliorer les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé ainsi que la couverture vaccinale. Certaines expériences ont toutefois permis d'obtenir des gains intéressants.



## **5 ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX INFIRMIÈRES TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC**

Cette section présente un résumé de l'enquête. Un rapport complet est disponible de même qu'un article<sup>62,63</sup>.

### **5.1 OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE**

L'enquête sur la formation en vaccination avait comme objectifs de:

- décrire la formation en vaccination offerte à l'embauche et en cours d'emploi aux infirmières travaillant dans les établissements de santé du Québec;
- connaître le point de vue des directrices ou des responsables des soins infirmiers (DSI/RSI) sur des méthodes d'apprentissages particulières;
- connaître l'opinion des DSI/RSI sur l'attitude des infirmières du Québec face à la vaccination.

### **5.2 MÉTHODOLOGIE**

#### **5.2.1 Population à l'étude**

L'ensemble des établissements de santé du Québec susceptibles de faire de la vaccination représente la population visée par cette étude descriptive. La mise à jour de la mi-février 2003 de la liste des établissements du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a été utilisée pour identifier l'ensemble des établissements. Un questionnaire postal auto-administré, anonyme et pré-testé a été envoyé aux directrices ou aux responsables des soins infirmiers (DSI/RSI) des centres hospitaliers (CH), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) afin de connaître la formation en vaccination offerte aux infirmières de leur établissement. Dans le but d'envoyer un maximum de deux questionnaires par DSI/RSI et d'optimiser la proportion relative des CH, moins nombreux en soi, la procédure suivante a été utilisée pour l'envoi des questionnaires : dès qu'un établissement comportait la mission CH, un questionnaire était envoyé pour cette seule mission. En d'autres mots, lorsqu'un CH était fusionné à des CHSLD, la DSI/RSI recevait un seul questionnaire à compléter pour la mission CH. Par contre, pour les centres de santé (trois missions) et les CLSC fusionnés à des CHSLD, la DSI/RSI recevait deux questionnaires, soit un pour la mission CLSC et un pour la mission CHSLD. Les participants qui recevaient un questionnaire à compléter pour la mission CHSLD et pour laquelle plusieurs établissements CHSLD sont regroupés étaient invités à répondre en considérant l'ensemble d'entre eux. En suivant cette stratégie, 477 questionnaires ont été envoyés aux DSI/RSI de 84 CH, 147 CLSC et 246 CHSLD.

### **5.2.2 Instrument de mesure**

Le questionnaire auto-administré élaboré pour les besoins spécifiques de l'étude (ANNEXE 4) contenait certaines questions de type oui/non; d'autres questions offraient un choix de réponses ou demandaient de spécifier un nombre. Des questions ouvertes étaient également incluses pour permettre de recueillir des opinions et des commentaires. La présence ou non, le type et le nombre d'heures de formation à l'embauche et en cours d'emploi offerts à l'ensemble des infirmières des établissements du Québec (ou à celles susceptibles de vacciner, selon le cas) représentaient les principaux thèmes abordés par le questionnaire. Une section générale permettait de connaître la taille de l'établissement, la région dans laquelle il se situe et l'attitude des infirmières de l'établissement face à la vaccination.

Les participants recevaient une enveloppe contenant un ou deux questionnaires, selon le cas, ainsi qu'une carte postale de retour qu'ils devaient compléter et nous retourner séparément pour que l'information contenue dans le questionnaire demeure anonyme. Ils étaient également invités à nous retourner le ou les questionnaires postaux dans l'enveloppe pré-affranchie le plus rapidement possible. Les 362 participants qui n'avaient pas retourné la carte postale deux semaines après l'envoi initial ont reçu une seconde enveloppe contenant les mêmes éléments que la première. L'envoi des questionnaires a eu lieu le 24 mars 2003, le rappel a été réalisé le 10 avril 2003 et la réception des questionnaires s'est échelonnée durant les mois d'avril et de mai 2003.

### **5.2.3 Variables**

Trois catégories de variables ont été utilisées. Pour caractériser l'établissement, les variables sur la mission, la région et la taille de l'établissement ont été retenues.

En ce qui concerne la formation, les questions portaient sur la présence ou non de formation, les infirmières visées, le nombre d'heure, le contenu, les méthodes et outils de formation, le moment, le nombre d'infirmières ayant participé à la formation et l'utilité des méthodes de formation. Pour ces variables l'information était demandée autant pour la formation à l'embauche qu'en cours d'emploi.

Finalement, 2 questions plus générales étaient posées en ce qui concerne les activités de formation sur les modifications apportées par la Loi 90 et leur opinion sur l'attitude des infirmières de leur établissement face à la vaccination leur étaient demandés.

### 5.2.4 Saisie et analyse des données

La saisie des données s'est effectuée à l'aide du logiciel Excel. L'analyse quantitative a été réalisée avec le logiciel SAS 8.0 et le seuil de signification statistique a été fixé à  $\alpha = 0,05$ . Pour la phase descriptive, la comparaison des variables catégorielles a été réalisée à l'aide de la fonction  $\chi^2$  ou du test exact de Fisher. Le test de t ou le test non paramétrique de Wilcoxon, lorsque la distribution des fréquences n'était pas normale, ont permis d'analyser les variables continues. Pour l'analyse multivariée, la régression logistique a été utilisée. Les variables suivantes ont été intégrées au modèle parce qu'elles étaient reliées à la variable dépendante (l'attitude des infirmières) lors de l'analyse univariée (seuil fixé à  $\alpha = 0,1$ ) et parce qu'elles étaient jugées très importantes et potentiellement confondantes: la mission, la présence ou non de formation à l'embauche et en cours d'emploi.

Pour la phase qualitative, les commentaires sur les attitudes et ceux plus généraux rédigés par les infirmières ont été saisis en fonction des thèmes saillants.

## 5.3 RÉSULTATS

### 5.3.1 Taux de réponse

Au départ, 477 questionnaires ont été envoyés selon la liste des établissements du MSSS. À la suite de cet envoi initial, nous avons reçu 115 questionnaires. Les 362 établissements qui n'avaient pas retourné la carte postale de retour ont reçu une deuxième enveloppe contenant à nouveau un questionnaire et une carte de retour. Au cours des semaines qui ont suivi ce rappel, 210 questionnaires ont été reçus pour un total de 325. Le taux de réponse des CHSLD a été inférieur à celui des CH et des CLSC (60 % vs 71 % vs 80 %). En excluant le Conseil Cri de la Baie-James, le taux de participation par région varie entre 37 % et 93 %. En ce qui concerne la taille de l'établissement, évaluée en fonction du nombre d'infirmières y travaillant, les CLSC sont majoritairement de taille intermédiaire (31 à 60 infirmières), les CH participants sont de grande taille (60 infirmières et plus) alors que les CHSLD ont en général moins de 30 infirmières travaillant dans l'établissement.

Sur le total des questionnaires retournés (325), deux questionnaires ont été exclus parce que l'établissement n'offrait pas de vaccination. Le taux de réponse obtenu est donc de 68 % (323/475). Trois questionnaires complétés ont dû être rejetés : dans les trois cas, le répondant avait coché une seconde mission en plus de celle déjà cochée par les chercheurs rendant l'interprétation des réponses très difficile. Un total de 320 questionnaires ont ainsi été analysés.

**Tableau 3 Participation à l'étude selon la mission de l'établissement de santé du Québec - 2003**

Mission de l'établissement	Questionnaires envoyés n (%)	Questionnaires retournés n (%)	Participation %
CH	84 (18)	60 (19)	71
CHSLD	246 (52)	147 (45)	60
CLSC	147 (31)	118 (36)	80
<b>Total</b>	<b>477 (475 éligibles)</b>	<b>325 (323 éligibles)</b>	<b>68</b>

### 5.3.2 Formation à l'embauche

Moins de la moitié des établissements répondants (43 %) offrent une formation en vaccination à l'embauche au personnel infirmier. Ce pourcentage est très variable selon la mission de l'établissement, tel que le démontre le tableau 4.

Des 11 CH offrant de la formation en vaccination à l'embauche, sept ont fourni de l'information quant au nombre d'heures offert, pour une moyenne de 0,8 heures. Les CHSLD et CLSC offrent en moyenne respectivement 6 heures et 17 heures de formation à l'embauche (Tableau 5).

Trois thèmes de formation sont abordés par moins de 80 % des établissements offrant de la formation à l'embauche : l'immunologie, les aspects éthiques et légaux et les obstacles à la vaccination. Les urgences liées à la vaccination représentent le thème le plus souvent abordé.

### 5.3.3 Formation en cours d'emploi

Bien que davantage d'établissements offrent de la formation en cours d'emploi (68 %), comparativement à celle offerte à l'embauche (43 %) (Tableau 4), le nombre d'heures en cours d'emploi offert est moindre pour les CLSC (6,5 heures) et les CHSLD (3,1 heures, Tableau 5). Les CH offrent en moyenne 1,8 heure de formation en cours d'emploi. Seize pour cent des établissements (10 % des CH, 13 % des CHSLD et 20 % des CLSC) affirment offrir de la formation dans le cadre d'un programme de formation continue. Des modifications apportées au PIQ (60 %) et l'introduction d'un nouveau programme (60 %) représentent les occasions les plus susceptibles d'entraîner de la formation en cours d'emploi.

Lors de la formation en cours d'emploi, un seul thème est abordé par près de 80 % des établissements : indications et contre-indications des produits immunisants. Les établissements discutent des autres sujets dans 50 à 70 % des cas, sauf pour l'immunologie qui est abordée dans seulement 48 % des cas (Tableau 6).

**Tableau 4 Formation en vaccination offerte aux infirmières à l'embauche et en cours d'emploi dans les trois types d'établissements de santé du Québec - 2003**

Type d'établissement	N	Formation à l'embauche n (%)	Valeur p*	Formation en cours d'emploi n (%)	Valeur p*
CH	58	11 (19)	< 0,0001	30 (52)	< 0,0001
CHSLD	144	18 (13)		71 (49)	
CLSC	118	107 (91)		115 (98)	
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>136 (43)</b>		<b>216 (68)</b>	

\* Le test exact de Fisher a été utilisé.

**Tableau 5 Nombre moyen d'heures de formation offert à l'embauche et en cours d'emploi par type d'établissement de santé du Québec - 2003**

Type d'établissement	N	Heures à l'embauche* Moyenne	Valeur p†	N	Heures en cours d'emploi* Moyenne	Valeur p†
CH	7	0,8	< 0,0001	15	1,8	< 0,0001
CHSLD	14	6,3		46	3,1	
CLSC	93	16,6		85	6,5	

\* Ces moyennes sont calculées en ne conservant que les établissements offrant une formation.

† Le test non-paramétrique de Wilcoxon a été utilisé.

**Tableau 6 Thèmes de la formation à l'embauche et en cours d'emploi selon le type d'établissements de santé du Québec - 2003**

THÈMES DE FORMATION *	À L'EMBAUCHE				EN COURS D'EMPLOI			
	CH N=11 %	CHSLD N=18 %	CLSC N=106 %	Total N=135 %	CH N=29 %	CHSLD N=69 %	CLSC N=114 %	Total N=212 %
Bénéfices/risques de la vaccination	82	83	81	81	55	74	65	67
Immunologie	36	67	80	75	31	45	54	48
Indications/contre-indications des produits immunisants	55	83	93	89	62	81	82	79
Gestion des produits immunisants	46	83	89	84	45	57	63	59
Calendriers de vaccination	36	83	93	87	35	57	74	63
Urgences liées à la vaccination	73	83	97	93	66	74	65	68
Techniques d'injection	64	72	91	86	59	67	53	58
Aspects éthiques et légaux entourant la vaccination	9	89	81	76	21	68	49	51
Obstacles à la vaccination (ex. : accessibilité, crainte des effets secondaires)	45	56	63	61	55	54	49	51

\*Les participants pouvaient cocher plus d'un item.

Tant à l'embauche qu'en cours d'emploi, la formation structurée dispensée par une infirmière d'expérience (jumelage) et la lecture personnelle représentent les deux méthodes de formation privilégiées par les établissements offrant de la formation. L'outil le plus utilisé pour dispenser la formation est le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) (données non illustrées).

### 5.3.4 Méthodes d'apprentissage particulières

Quatre-vingt-dix pour cent des répondants ont mentionné qu'une journée de formation itinérante offerte périodiquement par un organisme de santé publique serait utile. Les deux autres méthodes proposées (site Web et CD Rom interactifs) sont jugées moins utiles et la disponibilité limitée des ordinateurs représenterait l'obstacle majeur.

### 5.3.5 Attitude des infirmières

Le questionnaire demandait aux DSI/RSI de qualifier l'attitude générale des infirmières de leur établissement face à la vaccination. Trente-huit pour cent des répondants affirment que les infirmières de leur établissement sont très favorables à la vaccination. La majorité des CLSC (56 %) affirment que leurs infirmières sont très favorables à la vaccination (Tableau 7).

**Tableau 7 Attitude des infirmières des établissements de santé du Québec face à la vaccination selon les répondants - 2003**

Type d'établissement	N	Très favorable* %	Assez favorable %	Peu favorable %	Pas favorable %	Ne sait pas %
CH	56	16	61	11	0	13
CHSLD	141	31	62	6	1	0
CLSC	115	56	43	2	0	0
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>38</b>	<b>55</b>	<b>5</b>	<b>0,3</b>	<b>2</b>

\* La somme des pourcentages peut ne pas totaliser 100 dû aux arrondissements.

### 5.3.6 Relation entre formation et attitude

En analyse univariée, la présente enquête démontre une association entre la présence de formation et l'attitude très favorable des infirmières face à la vaccination. Par contre, en analyse multivariée, la mission CLSC représente la seule variable vraiment associée à l'attitude très favorable des infirmières. L'analyse stratifiée selon la mission des établissements ne démontre pas d'association significative entre la présence de formation et l'attitude (Tableau 8).

**Tableau 8 Variables associées à la perception d'une attitude très favorable des infirmières face à la vaccination (analyse multivariée)**

Variables	RC	IC 0,95	Valeur p*
<b>Mission</b>			
CLSC (référence)	1		
CH	0,198	0,08-0,5	0,0009
CHSLD	0,49	0,2-1,05	0,07
<b>L'établissement offre de la formation à l'embauche</b>	<b>1,23</b>	<b>0,6-2,6</b>	<b>0,6</b>
<b>L'établissement offre de la formation en cours d'emploi</b>	<b>1,28</b>	<b>0,7-2,6</b>	<b>0,4</b>

\* La régression logistique a été utilisée.

## 5.4 DISCUSSION

L'ensemble des établissements de santé du Québec susceptibles de faire de la vaccination ont été ciblés par cette étude et le taux de réponse global de 68 % nous apparaît satisfaisant. L'enquête nous démontre que moins de la moitié des établissements de santé du Québec offrent de la formation en immunisation à leurs infirmières lors de l'embauche et que les deux tiers le font en cours d'emploi. Elle nous apprend également qu'il existe des écarts importants entre la formation offerte en CLSC et celle offerte en CH et en CHSLD.

Bien qu'à notre connaissance le nombre minimal d'heures de formation à l'embauche et en cours d'emploi sur le sujet de la vaccination ne soit pas établi, nous jugeons que le nombre d'heures de formation offert par les CLSC et CHSLD (17 et 6 heures, respectivement) est intéressant. Par contre, en plus d'offrir de la formation très peu fréquemment, les CH offrent un nombre d'heures peu élevé : moins d'une heure à l'embauche et moins de deux heures en cours d'emploi. Il est important de rappeler que les besoins de formation des infirmières des CLSC où plusieurs programmes d'immunisation sont dispensés peuvent être plus grands. Néanmoins, les CH ont la responsabilité de participer aux différents programmes de vaccination, particulièrement ceux contre l'influenza, le pneumocoque de même que la vaccination contre l'hépatite B des bébés nés de mère porteuse lors de leur séjour à l'hôpital. L'absence de formation adéquate offerte aux infirmières des CH est donc très préoccupante, puisque leur rôle apparaît essentiel pour optimiser les taux de couverture vaccinale et diminuer les occasions manquées. D'ailleurs, le rôle d'une infirmière se préoccupant des soins préventifs dans les hôpitaux curatifs serait crucial pour augmenter les taux de couverture vaccinale selon Dixon et collaborateurs<sup>36</sup>.

Les établissements qui offrent de la formation abordent surtout des sujets plus techniques (indications, contre-indications et urgences liées à la vaccination) et discutent moins de l'immunologie, des obstacles à la vaccination (ex. : accessibilité, craintes, etc.) et des aspects éthiques et légaux. Pourtant, l'ensemble de ces thèmes sont abordés dans le PIQ et représentent tous des composantes essentielles au bon fonctionnement des programmes de vaccination.

Il apparaît important de souligner que 90 % des participants jugent la réalisation d'une journée de formation itinérante utile. Bien qu'un nombre croît déjà en leur utilité, les CD roms et sites Web interactifs apparaissent moins prioritaires pour l'instant, entre autres, parce que la disponibilité des ordinateurs apparaît encore limitée. La faisabilité d'implanter provincialement ces méthodes et leur capacité à rejoindre un grand nombre d'infirmières apparaissent nettement supérieures à celles offertes par les journées de formation itinérantes. Par contre, les responsables de santé publique devront démontrer la pertinence de ces méthodes d'apprentissage et s'assurer d'une meilleure disponibilité du support technique avant d'espérer une vaste utilisation de celles-ci.

Cette enquête mesurait indirectement l'attitude des infirmières face à la vaccination en demandant aux répondants de la qualifier globalement pour l'ensemble des infirmières de leur établissement. Il est heureux de constater que très peu d'infirmières sont « peu » ou « pas » favorables à la vaccination. Néanmoins, la majorité des infirmières semblent non pas « très », mais « assez » favorables à la vaccination. On peut se questionner sur l'impact

d'une attitude rapportée comme étant principalement « assez favorable » sur la promotion des programmes de vaccination par les infirmières. Il est également possible qu'un biais de désirabilité sociale ait entraîné une surestimation de l'opinion des répondants.

Une association entre les connaissances ou les programmes d'éducation et l'attitude des professionnels de la santé a été démontrée par plusieurs études. En 1998, l'étude réalisée auprès des vaccinoteurs québécois a démontré que les médecins et que les professionnels de la santé moins bien informés avaient tendance à être moins favorables à la vaccination<sup>1</sup>. Dans l'enquête actuelle, les infirmières travaillant dans les CLSC ont une attitude plus favorable à la vaccination et davantage de formation que celles œuvrant en CHSLD et en CH. Les comparaisons portant sur les attitudes des infirmières entre les deux études doivent être faites avec beaucoup de prudence, puisque, dans l'enquête actuelle, ce sont les DSI/RSI qui répondaient pour l'ensemble des infirmières de leur établissement et non pas chacune des infirmières vaccinatrices.

De plus, puisque notre enquête démontre que tant à l'embauche (72 %) qu'en cours d'emploi (60 %) les infirmières utilisent la lecture personnelle comme méthode de formation, il serait intéressant de connaître davantage les sources de référence qu'elles utilisent : articles scientifiques, littérature populaire, médias, etc. Enfin, la réalisation d'une étude cherchant à mesurer l'impact des programmes de formation sur l'attitude, le comportement et les compétences des infirmières dans le domaine de la vaccination ainsi que sur leur réelle capacité à améliorer le taux de couverture vaccinale au Québec apparaît nécessaire.



## **6 ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT**

Le rôle et les responsabilités des infirmières au regard des programmes de vaccination sont appuyés par plusieurs études et, selon certains auteurs, les infirmières n'auraient pas suffisamment de connaissances pour mettre en application ces programmes<sup>36,40</sup>. En 1992, un auteur américain mentionnait que 96 % des infirmières en formation dans des écoles d'infirmières avaient des cours obligatoires portant sur la microbiologie et les maladies transmissibles, mais le temps accordé n'était pas précisé<sup>61</sup>. L'étude québécoise de 1998<sup>1</sup> mentionnait que 20 % des infirmières étaient insatisfaites de la formation de base reçue. Nous avons donc complété le tableau de la formation par une enquête sur la formation en vaccination offerte dans les cégeps et à l'université dans le programme de formation en soins infirmiers.

### **6.1 OBJECTIFS**

L'objectif de cette enquête est de décrire la formation en immunisation offerte aux étudiant(e)s inscrit(e)s dans un programme de formation initiale en soins infirmiers (cégep) incluant ceux qui visent l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmiers (universités).

### **6.2 MÉTHODOLOGIE**

#### **6.2.1 Population à l'étude**

La population à l'étude a été identifiée à partir de la liste de la Fédération des cégeps de la province (N=57). De ce nombre, 42 ont été inclus dans l'enquête parce qu'ils offraient un programme de formation en soins infirmiers. Quant aux neuf (9) universités québécoises, six (6) offrent le baccalauréat de base en sciences infirmières.

#### **6.2.2 Instrument de mesure**

Un questionnaire postal auto-administré élaboré pour les besoins de l'étude a été acheminé aux coordonnatrices des départements de soins infirmiers des cégeps et des universités. Le questionnaire (ANNEXE 5) comportait trois questions. La première présentait un ensemble de sujets (10) touchant l'immunisation et les répondants devaient indiquer si ce sujet était oui ou non traité, dans le cadre de quel cours, et le nombre d'heures, théorie et laboratoire, consacrées à ce sujet. La liste des sujets a été élaborée par le groupe de travail provincial sur l'infirmière et la vaccination et a été utilisée également dans le cadre de l'enquête sur la formation à l'embauche et en cours d'emploi dans les établissements de santé du Québec.

La 2<sup>e</sup> question portait sur la présence d'activités de stage pratique en vaccination et le temps alloué. Finalement, la 3<sup>e</sup> question cherchait à connaître l'opinion des répondants quant à l'adéquation du temps de formation en soins infirmiers alloué au thème de la vaccination, compte tenu de la Loi 90 qui fait de la vaccination une activité maintenant réservée aux infirmières. Le questionnaire a été prétesté auprès de 3 personnes du secteur des soins infirmiers des cégeps dont l'une était coordonnatrice du programme au cégep.

### **6.2.3 Déroulement de l'enquête**

Le 28 mai 2003, un premier envoi postal a été réalisé auprès des 42 cégeps. Il incluait un questionnaire anonyme en français, accompagné d'une lettre de présentation, d'un carton réponse pré-affranchi et d'une enveloppe retour pré-affranchie. Le 8 septembre 2003, une relance a été faite auprès des cégeps (33) qui n'avaient pas retourné le carton réponse. Ce dernier, identifié au nom de l'établissement et retourné indépendamment du questionnaire, permettait de retirer de la liste de relance les cégeps ayant déjà répondu. Quant aux universités, l'envoi a été réalisé le 21 octobre auprès des 6 établissements. En date du 5 octobre, une relance a été nécessaire auprès des universités (6) qui n'avaient pas retourné le carton-réponse.

### **6.2.4 Saisie et analyse des données**

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Access. Des tableaux de fréquence ont été produits et des moyennes d'heures ont été calculées pour chaque thème abordé. L'analyse quantitative a été réalisée avec le logiciel Excel.

À la question 2, si la réponse était positive et que le nombre d'heures de stage n'était pas indiqué, mais que le commentaire joint en permettait l'estimation, un nombre d'heures a été inscrit. Les résultats présentés dans les tableaux ne concernent que les cégeps.

## **6.3 RÉSULTATS**

### **6.3.1 Taux de réponse**

Sur les 42 questionnaires envoyés aux cégeps, 33 ont été retournés pour un taux de réponse de 78,6 %. Seulement 2 universités sur 6 ont répondu au questionnaire (33,3 %).

### **6.3.2 Temps alloué à des sujets reliés à la vaccination en soins infirmiers (Question 1)**

#### **DANS LE CADRE DE LA FORMATION COLLÉGIALE**

Le temps consacré à la formation sur la vaccination, que ce soit dans le cadre de cours théoriques ou de périodes pratiques de laboratoire, a été réparti selon la liste des 10 sujets suggérés à la question 1. Une catégorie « Autre » a été ajoutée pour permettre de tenir compte de sujets n'ayant pas été proposés dans la liste. Les répondants pouvaient indiquer plusieurs sujets et mentionner, pour chacun d'eux, le cours dans le cadre duquel il était abordé ainsi que le nombre d'heures qui y étaient consacrées.

Pour l'ensemble des cégeps de la province, une moyenne de 9,8 heures est accordée pour l'enseignement du contenu et des habiletés en vaccination que ce soit dans le cadre de cours théoriques ou de laboratoires (Tableau 9). Parmi les sujets proposés, ceux qui sont les plus souvent abordés sont : les bénéfices reliés à l'immunisation, l'immunologie, les indications et les contre-indications, les calendriers de vaccination, les urgences, et les techniques d'injection. Entre 70 % et 78 % des cégeps rapportent traiter ces sujets. Les sujets les moins enseignés sont : la gestion des produits immunisants (42 %), les aspects éthiques et légaux (55 %) et les obstacles à la vaccination chez les professionnels (24 %) et la clientèle (45 %).

Le nombre d'heures moyen accordé à un sujet touchant la vaccination varie de façon importante et c'est l'immunologie avec en moyenne 5,7 heures qui est le plus longuement abordé (4,5 heures si l'on inclut tous les cégeps dans le calcul de la moyenne). Les techniques d'injection reçoivent 2 heures de formation en laboratoire. Tous les autres sujets ont en moyenne moins d'une heure de cours théorique ou de laboratoire.

**Tableau 9** Nombre, proportion et moyenne d'heures allouées par sujets reliés à l'immunisation dans les cégeps du Québec - 2003

Sujets	Sujet abordé N=33		Nombre total d'heures	Heures %	Nombre moyen d'heures/ Cégep (Oui)	Nombre moyen d'heures/ Tous (33)
	Oui n (%)	Non n (%)				
Bénéfices / risques de la vaccination	26 (78)	7 (22)	22,7	7,0	0,9	0,7
Immunologie	26 (78)	7 (22)	148,6	46,0	5,7	4,5
Indications, contre-indications	25 (76)	8 (24)	21,9	6,8	0,9	0,7
Gestion des produits immunisants	14 (42)	19 (58)	10,0	3,1	0,7	0,3
Établissement des calendriers	26 (78)	7 (22)	21,2	6,6	0,8	0,6
Urgences liées à la vaccination	23 (70)	10 (30)	20,0	6,2	0,9	0,6
Techniques d'injection	24 (73)	9 (27)	48,8	15,1	2,0	1,5
Aspects éthiques/légaux entourant la vaccination	18 (55)	15 (45)	10,0	3,1	0,6	0,3
Obstacles à la vaccination chez les professionnels	8 (24)	25 (76)	4,5	1,4	0,6	0,1
Obstacles chez clients	15 (45)	18 (55)	8,2	2,5	0,5	0,2
Autres *	4 (12)	29 (88)	6,8	2,1	1,7	0,2
<b>Total</b>	<b>209</b>		<b>322,7</b>	<b>100</b>		
<b>MOYENNE D'HEURES PAR CÉGEP (33)</b>			<b>9,8</b>			

\* Autres sujets abordés touchant l'immunisation : Impact sur la santé publique, trousse PIQ, enseignement du client-famille, mère et enfant (vaccination et grossesse).

Les thèmes sur la vaccination abordés dans le cadre de cours sont regroupés selon sept catégories (Tableau 10): biologie, microbiologie et immunologie, maladies infectieuses, pédiatrie (Mère-enfant, Soins en périnatalité et pédiatries, etc.), soins d'urgence, administration de médicaments (laboratoire sur les injections, etc.), médecine-chirurgie, et autres (situations cliniques, soins communautaires, initiation aux méthodes de soins, soins infirmiers VI, etc.).

**Tableau 10** Nombre, proportion et moyenne d'heures allouées à l'immunisation selon le cours dans lequel la formation est donnée

COURS	Réponses affirmatives n (%)	Moy. d'heures Théorie	Moy. d'heures Labo	N total d'heures	Heures %	Moy. d'heures
Pédiatrie	69 (33)	0,5	0,1	43,3	13,4	0,6
Maladies infectieuses	32 (15)	0,8	0,2	30,7	9,5	1,0
Biologie, Microbiologie et Immunologie	25 (12)	5,4	0,4	145,4	45,1	5,8
Soins d'urgence	2 (1)	0,4	0,1	1,0	0,3	0,5
Administration des médicaments	4 (2)	0,0	5,0	20,0	6,2	5,0
Médecine chirurgie	3 (1)	0,0	3,3	10,0	3,1	3,3
Autres cours	27 (13)	1,0	0,6	42,9	13,3	1,6
Cours non identifié	47 (23)	0,4	0,2	29,3	9,1	0,6
<b>Total</b>	<b>209 (100)</b>				<b>100</b>	

C'est dans le cadre du cours de pédiatrie (33 %), suivi par les cours sur les maladies infectieuses (15 %), la biologie, microbiologie et immunologie (12 %), que les sujets touchant l'immunisation sont les plus souvent traités. Plusieurs répondants n'ont pas précisé dans quel cours le contenu de vaccination était abordé (23 %).

Lorsqu'on considère le nombre moyen d'heures théoriques consacrées à l'immunisation, c'est dans le cours de microbiologie et immunologie que l'on y accorde le plus de temps (5,4 heures) alors que les aspects pratiques sont abordés en laboratoire dans le cours sur l'administration des médicaments et en médecine-chirurgie.

#### DANS LE CADRE DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE

Une moyenne de 20 heures de formation est donnée en immunisation (théorie et laboratoire). Les thèmes qui traitent de l'immunologie et des techniques d'injection sont ceux pour lesquels un nombre plus important d'heures de cours est consacré. En moyenne, 8,5 heures sont consacrées à l'immunologie, alors que 5,5 heures sont consacrées aux techniques d'injection.

Une des universités répondantes aborde tous les thèmes proposés à la question 1 en plus des sujets suivants : prévention de la maladie, éducation à la santé, accessibilité et acceptabilité des soins qui facilitent ou interfèrent dans la décision du client à profiter des soins préventifs. La deuxième université aborde tous les sujets à l'exception des obstacles à la vaccination de la part du professionnel.

### 6.3.3 Activités de stage offertes en soins infirmiers (Question 2)

#### DANS LE CADRE DE LA FORMATION COLLÉGIALE

Sur les 33 cégeps, 2 d'entre eux n'ont pas répondu à la question 2. Ils n'ont pas été considérés dans l'analyse. 19 (61 %) cégeps offrent des activités de stage portant sur l'immunisation à l'intérieur de leur programmation. La moyenne d'heures est de 8,8 par cégep offrant une activité de stage et de 5,4 si on considère l'ensemble des cégeps (Tableau 11).

**Tableau 11 Activités de stage en vaccination : nombre et moyenne d'heures consacrées à la vaccination dans le cadre de stages**

Offre des stages	Cégep N (%)	Nombre d'heures	Moyenne d'heures
Oui	19 (61)	166,5	8,8
Non	12 (39)	-	-
<b>Total</b>	<b>31 (100)</b>	<b>166,5</b>	<b>5,4</b>

Le tableau 12 présente un portrait plus spécifique des activités de stages offertes par les 19 cégeps ayant répondu oui à la question 2. On observe que 78 % des activités de stage en vaccination sont réalisées en CLSC, principalement en milieu scolaire ou en clinique 0-5 ans. Moins de 20 % des activités sont réalisées en milieu hospitalier de soins de courte durée (CH : 6 %) ou de longue durée (CHSLD : 13 %) et cela principalement dans le cadre de la vaccination anti-grippale, parfois, dans le cadre de soins en pédiatrie ou en obstétrique.

**Tableau 12 Nombre et proportion d'heures consacrées à des activités de stage en vaccination selon le milieu d'intervention**

Milieu d'intervention (N)	Stage	Vaccination	Heures N(%)
CLSC (1)	Cliniques Influenza	Anti-influenza (pneumocoque)	7 (4)
CLSC/Écoles* (12)	Santé scolaire	d <sub>2</sub> T <sub>5</sub> , Hép. B	66,1 (40)
CLSC/municipalités (6)	Cliniques 0-5 ans	Calendrier régulier	56,8 (34)
<b>TOTAL STAGE EN CLSC</b>			<b>129,9 (78)</b>
CH (3)	Cliniques Influenza	Anti-influenza	9,8 (6)
CH (1)	Obstétrique	Rubéole (RRO); WinRho	**
CH (1)	Pédiatrie	Calendrier régulier	**
CHSLD (5)	Cliniques Influenza	Anti-influenza (pneumocoque)	20,8 (13)
Usines (1)	Cliniques Influenza	Anti-influenza	6 (4)
<b>TOTAL STAGE</b>			<b>166,5 (100)</b>

\* La vaccination scolaire se fait majoritairement au niveau primaire et secondaire, donc à l'intérieur de stages en milieu communautaire. Parfois, les étudiantes en soins infirmiers vaccinent d'autres étudiants du niveau collégial.

\*\* Nombre d'heures non spécifié car intégré à l'intérieur du stage global d'obstétrique ou de pédiatrie.

Le tableau 13 présente le nombre de cégeps qui offrent ou non des stages portant sur la vaccination, selon le nombre d'heures qu'ils y allouent déjà dans le cadre de cours. On note que les cégeps qui n'offrent pas (ou peu) d'activités de stage en vaccination, n'offrent pas, pour autant, plus de formation théorique que les autres sur le sujet.

À cet effet, 3 répondants des cégeps ont mentionné que, comme la majorité des programmes de vaccination se réalisent dans les CLSC et puisque les postes d'infirmière en CLSC sont la plupart du temps réservés aux bachelières, ils ne voient pas l'importance d'offrir davantage de stages ni plus d'heures de formation théorique.

**Tableau 13** Nombre de répondants offrant ou non des stages en vaccination, selon le nombre d'heures réservées à la formation sur la vaccination dans le cadre de cours (théorie et laboratoire)

Nombre d'heures de cours		0 à 3,5 heures	3,6 à 7 heures	> 7 heures
		N (%)	N (%)	N (%)
Activités de stage en immunisation	Oui N=19	6 (32)	5 (26)	8 (42)
	Non N=12	7 (58)	2 (17)	3 (25)
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

**DANS LE CADRE DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE**

Une université offre de 5 à 18 heures de stage, dépendamment du secteur de stage choisi par l'étudiante. Ces secteurs étant les CLSC (l'intervention en milieu scolaire), les unités de médecine familiales ou les cliniques ambulatoires. La deuxième université n'offre pas de stage en vaccination mais précise que les étudiantes faisant leur stage en CLSC participent parfois à la vaccination.

#### **6.3.4 Opinion des répondants quant à l'adéquation du temps de formation alloué au thème de la vaccination en soins infirmiers versus les activités qui leur sont maintenant réservées suite à l'adoption de la Loi 90 (Question 3)**

**DANS LE CADRE DE LA FORMATION COLLÉGIALE**

Le tableau 14 rend compte de l'opinion des répondants quant à l'adéquation du nombre d'heures consacrées à la vaccination à l'intérieur de leur programme de formation. Un nombre plus élevé de répondants trouvent insuffisant le temps présentement accordé à la vaccination (62 %) alors que 38 % trouvent suffisant le temps déjà consacré au sujet.

**Tableau 14** Opinion des répondants quant à la satisfaction du temps global investi à la vaccination dans le cadre de leur programmation, selon le nombre total d'heures qu'ils y consacrent présentement (théorie, laboratoire et stage)

Opinion sur le nombre d'heures Question 3	0	0 à 3,5 heures	3,6 à 7 heures	> 7 heures	Total N (%)	Moyenne
Nombre d'heures suffisant	-	1	1	9	11 (38)	16
Nombre d'heures insuffisant	2	5	2	9	18 (62)	10

4 cégeps n'ont pas répondu à la question

Au tableau 15, l'information relative à l'opinion des répondants quant à l'adéquation « *temps offert / temps suffisant* » a été croisée avec le nombre moyen d'heures accordées actuellement à leur programme de formation. Il ressort que la moyenne d'heures de cours chez les répondants trouvant que le nombre d'heures est suffisant (11), est de 16 heures. Chez les répondants trouvant insuffisant le temps actuellement alloué au sujet de la vaccination (18), la moyenne est de 10 heures.

**Tableau 15** Opinion et représentation des répondants quant à la satisfaction du temps global investi à la vaccination dans le cadre de leur programmation, selon la moyenne d'heures qu'ils y consacrent présentement

Opinion sur le nombre d'heures Question 3	N	Cours et stages Moyenne d'heures (écart-type)
Nombre d'heures suffisant	11	16 (8,58)
Nombre d'heures insuffisant	18	10 (8,7)
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>12</b>

4 cégeps n'ont pas répondu à la question

Les commentaires retrouvés à la question 3 et à la fin du questionnaire étaient toujours du même ordre : on pouvait y lire une opinion quant aux intentions ou non des répondants à apporter des modifications au nombre d'heures allouées présentement à la vaccination au sein de leur programmation respective. Ces commentaires ont été codifiés de la manière suivante : 1- augmentation prévue des heures allouées; 2-augmentation envisagée des heures allouées; 3-diminution des heures; 4-statu quo.

Le tableau 16 montre ces intentions pour l'ensemble des répondants. La moitié des cégeps ne mentionnent aucune intention (ou disent ne pas avoir l'intention) de modifier le nombre d'heures actuellement accordées à la vaccination. Une proportion de 9 % a déjà prévu augmenter le nombre d'heures actuellement allouées à la vaccination et 12 % envisagent

revoir leur programmation en vue d'augmenter ce nombre d'heures. Un Cégep a diminué le nombre d'heures qu'il consacrait auparavant à des activités de stage en vaccination. Ce Cégep est par contre celui qui offre le nombre le plus élevé d'heures de formation théorique reliée à la vaccination (53 heures de théorie et 7 heures de stage). Sept répondants n'ont fourni aucun commentaire.

**Tableau 16 Intentions projetées à partir des commentaires fournis par les répondants**

Intentions	Cégep N	%
Augmentation déjà prévue	3	9
Augmentation envisagée	4	12
Diminution des heures	1	3
Statu Quo	18	55
Pas de commentaire	7	21
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Si on confronte les réponses de la question 3 aux conclusions tirées des commentaires, on observe que 19 répondants ne prévoient pas augmenter le temps consacré au sujet (18 statu quo + 1 diminution). Aussi, on observe que seulement 7 (3+4) répondants prévoient ou envisagent la possibilité d'augmenter ce nombre d'heures même si 18 répondants (tableau 16) trouvent insuffisant le nombre d'heures présentement allouées.

#### DANS LE CADRE DE LA FORMATION UNIVERSITAIRE

L'université qui offre plus de 26 heures de cours et de 5 à 18 heures de stage à l'intérieur de sa programmation considère suffisant le temps déjà alloué à la vaccination. La deuxième université, offrant environ 14 heures de cours et pas d'activités de stage précisément sur la vaccination, considère insuffisant le temps alloué à l'intérieur de leur programme de formation.

Un seul répondant a inscrit un commentaire à cette section du questionnaire, soit la suggestion de faire parvenir régulièrement aux établissements qui offrent le programme de soins infirmiers, les mises à jour des Protocoles de vaccination (PIQ), tout comme les CLSC les reçoivent.

## 6.4 DISCUSSION

L'ensemble des cégeps offrant une formation en soins infirmiers ont été ciblés par cette étude. Considérant qu'un seul envoi de rappel a été fait, le taux de réponse de 78,6 % est excellent. Pour les universités, la situation est différente. Seulement 2 universités sur 6 ont répondu à ce questionnaire ce qui nous empêche d'avoir une idée précise sur la situation.

Malgré un taux de participation excellent des cégeps, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. L'ensemble des sujets abordés sur la vaccination peuvent être traités dans différents cours de soins infirmiers ou dans un autre cours comme la biologie ce qui rend difficile l'appréciation du temps réel alloué à des sujets reliés à la vaccination.

En moyenne, les cégeps offrent 9,8 heures de formation en immunisation comparativement à 26 heures à l'université. Le temps accordé à l'enseignement et à l'acquisition des habiletés en vaccination nous apparaît insuffisant dans un programme d'enseignement de 3 ans. Le sujet le plus souvent traité en vaccination est l'immunologie avec une moyenne de 5,7 heures, ce qui laisse seulement 4,1 heures pour couvrir l'ensemble des autres sujets. C'est surtout dans le cours de pédiatrie que le thème de l'immunisation est abordé. Les sujets les moins abordés sont les obstacles à la vaccination, la gestion des produits immunisants et les aspects éthiques et légaux. Quant aux stages, seulement 61 % des cégeps en offrent avec une moyenne de 8,8 heures. Une majorité des cégeps considèrent que le temps accordé à l'immunisation est insuffisant. Ce constat a été fait peu de temps après la mise en vigueur de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui inscrit la vaccination dans les activités réservées.

Dans le passé, la vaccination pouvait être considérée comme une activité principalement réalisée par les infirmières œuvrant en CLSC. Considérant qu'une majorité d'étudiantes des cégeps se dirige en CH, le sujet n'est pas dans les priorités d'enseignement. La vaccination devrait prendre une importance particulière depuis que l'infirmière doit l'intégrer dans son plan thérapeutique infirmier. L'activité de vaccination va donc de plus en plus interpeller également les infirmières de CH et de CHSLD. Il faudrait donc sensibiliser les milieux d'enseignement à l'impact de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et du rôle attendu de l'infirmière en ce qui a trait à la vaccination. À cet égard, peu de cégeps abordent le sujet des aspects éthiques et légaux de la pratique de la vaccination.

L'approche populationnelle est peu abordée dans l'enseignement au Cégep et à l'université. Les notions touchant l'immunisation devraient être présentées avec la perspective de l'impact de cette intervention préventive au sein de la population. Il apparaît également important de développer, expérimenter et évaluer une activité d'apprentissage sur la pratique vaccinale des infirmières. Cette activité d'apprentissage devrait permettre d'acquérir des connaissances et d'englober la composante populationnelle.

Des situations cliniques pourraient permettre d'acquérir ces habiletés. Il est cependant difficile de se prononcer sur le nombre d'heures requises pour offrir une formation adéquate en vaccination au niveau de la formation de base en soins infirmiers. C'est probablement plus une question d'approche ou de stratégies d'apprentissage que de nombre d'heures. Ainsi, les cours devraient favoriser l'intégration des connaissances en immunisation d'une

matière à l'autre. Cependant, les sujets devant être abordés et évalués en terme d'acquisition de connaissances et d'habiletés sont bien identifiés et devraient faire l'objet de recommandations précises.

Les besoins de formation des enseignantes des cégeps et universités devraient également faire l'objet d'une évaluation particulière. Lors d'une récente tournée des cégeps offrant le programme de soins infirmiers en Montérégie, la présentation du Protocole d'immunisation du Québec a soulevé des discussions entre autres sur la formation en immunisation, la justification des nouveaux programmes de vaccination et les mythes reliés à la vaccination. Les attitudes face à l'immunisation de ces enseignantes sont probablement à l'image de celles que l'on observe chez les infirmières en général. Ces constats laissent supposer certaines difficultés reliées à l'enseignement de cette matière.

## **7 ÉTUDE QUALITATIVE DES DÉTERMINANTS ET DES OBSTACLES À LA VACCINATION CHEZ CERTAINES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES**

Une bonne compréhension des obstacles, des perceptions et des déterminants de la vaccination chez les infirmières est requise si l'on souhaite construire des stratégies de promotion de la vaccination auprès de ce groupe de professionnelles. En vue d'alimenter la réflexion du groupe de travail, il nous est apparu essentiel de documenter auprès des infirmières elles-mêmes les motifs pouvant expliquer la situation décrite chez les infirmières québécoises. C'est dans ce contexte que nous avons tenu deux groupes de discussion avec des infirmières vaccinatrices en CLSC. Le premier groupe s'est tenu dans la région de Québec et le second en Montérégie. Un rapport complet d'analyse du contenu des groupes de discussion est présenté dans un document en référence. Nous présentons ici les grandes lignes de l'analyse qualitative.

### **7.1 OBJECTIFS**

L'objectif général des groupes de discussion était de documenter auprès des infirmières les obstacles, les perceptions et principaux déterminants de la vaccination.

Plus spécifiquement ils devaient permettre de :

- Valider le modèle théorique des déterminants individuels et environnementaux expliquant les comportements des infirmières face à la vaccination :
  - identifier les pratiques vaccinales idéales des infirmières en CLSC;
  - identifier les retombées attendues des pratiques idéales de vaccination;
  - identifier les barrières et les facteurs facilitant la pratique vaccinale.
- Comprendre la perception qu'ont les infirmières de leur rôle dans le domaine de la vaccination;
- Vérifier certains éléments pouvant expliquer les réticences des infirmières face à la vaccination;
- Préciser les attentes des infirmières face à la formation et le support dont elles ont besoin dans le domaine de la vaccination.

### **7.2 MÉTHODOLOGIE**

Une approche qualitative utilisant les groupes de discussion a été retenue dans le cadre de cette étude. Les verbatim des discussions ont été transcrits et analysés à l'aide du logiciel N-Vivo.

### **7.2.1 Recrutement des participantes et choix des régions**

Une grille de recrutement a été élaborée afin de rejoindre plus particulièrement des infirmières ayant déjà manifesté certaines réticences face à la vaccination. Il s'agissait donc d'un échantillonnage par choix raisonné et non d'un échantillonnage probabiliste représentatif de l'ensemble des infirmières. Ces critères étaient directement liés au but principal du projet visant à mieux documenter les raisons expliquant les réticences des infirmières. Afin de diversifier les points de vue, on a également cherché à rejoindre des infirmières des deux secteurs principaux de vaccination, soient la petite enfance et le milieu scolaire et travaillant pour des CLSC différents. Les régions de Québec, Chaudière-Appalaches, Montérégie et Lanaudière ont été initialement identifiées pour y tenir les groupes de discussion afin d'avoir à la fois des régions urbaines et rurales. Les directions régionales de santé publique ont procédé au recrutement des participantes en communiquant avec les chefs de programme de vaccination des CLSC. Une pré-analyse du matériel des rencontres a permis d'identifier un certain nombre de thèmes qui semblaient importants. La grille d'analyse utilisée comportait 4 grandes catégories. Ces catégories sont 1) les pratiques vaccinales des infirmières 2) les retombées des pratiques vaccinales des infirmières 3) les facteurs individuels influençant les pratiques vaccinales et 4) les influences extérieures sur les infirmières et leurs pratiques. C'est ainsi que les résultats seront présentés succinctement.

## **7.3 RÉSULTATS**

### **7.3.1 Description des participantes**

Le groupe de discussion de Québec et de Chaudière-Appalaches a réuni sept infirmières le 5 février 2004, alors que celui tenu le lendemain à Longueuil en a réuni 10. Comme il n'a pas été possible de recruter un nombre suffisant d'infirmières dans la région de Lanaudière, ce groupe de discussion a dû être annulé. Une majorité des infirmières participantes (12/17) travaillent auprès des jeunes enfants et elles ont un nombre important d'années d'expériences, plus de 10 pour la majorité d'entre elles.

### **7.3.2 Les pratiques vaccinales des infirmières**

Les pratiques vaccinales comprennent l'ensemble des comportements, des actions, des tâches et des rôles que les infirmières ont à accomplir face à la vaccination.

Les infirmières accordent une grande importance à des pratiques qu'elles réalisent lors des rencontres de vaccination, mais qui ne sont pas en lien direct avec la vaccination. Lorsque les infirmières discutent de leur travail de vaccination, elles incluent d'emblée leurs autres pratiques. Elles mentionnent par exemple qu'elles profitent des visites de vaccination pour faire du suivi de la croissance et du développement, du dépistage, etc. Même si les groupes de discussion portaient spécifiquement sur la vaccination, une partie du contenu de la

discussion a porté sur des pratiques qui ne sont pas directement liées à la vaccination. Aux yeux de certaines infirmières ces pratiques sont précieuses, voire plus importantes que la vaccination. C'est, disent-elles, souvent le seul moyen de rejoindre les enfants à risque.

### **7.3.3 Les retombées des pratiques vaccinales des infirmières**

#### **RETOMBÉES ATTENDUES DES PRATIQUES VACCINALES**

Au cours des discussions, les infirmières ont pu s'exprimer sur leur perception des retombées de leur travail à la fois pour leur clientèle et pour elles-mêmes. Lorsque les infirmières parlent des retombées de leur pratique de vaccination, elles mentionnent davantage de retombées professionnelles que des retombées pour leur clientèle. De toutes les retombées qu'elles rapportent, elles relèvent presque deux fois plus de retombées négatives que positives. Au niveau des retombées professionnelles, le ratio est de 4 retombées négatives pour une positive.

La seule catégorie où les retombées positives sont plus importantes que les négatives aux yeux des infirmières est la catégorie des retombées de santé pour la clientèle. Mais cette catégorie positive telle que perçue par les infirmières ne représente que 12 % de toutes les retombées qu'elles associent à leur pratique vaccinale. Lorsqu'elles parlent spécifiquement des retombées pour la santé de la clientèle, elles soulignent majoritairement les résultats positifs au plan de la santé (64 % des commentaires reliés).

#### **PERCEPTION DES RETOMBÉES DU TRAVAIL DE VACCINATION POUR LA POPULATION**

Lorsque les infirmières parlent des retombées positives de leur travail sur la clientèle, les aspects touchant la prévention des maladies infectieuses ne sont pas les premiers aspects à être mentionnés. Les premières informations présentées par les infirmières concernent d'abord des retombées autres de celles découlant directement de la vaccination.

Les infirmières identifient d'autres retombées qui se produisent lors des rencontres de vaccination. L'acte vaccinal permet aux infirmières d'intervenir sur d'autres aspects que le vaccin, notamment pour donner de l'information, faire du dépistage ou encore pour le suivi de certains traitements. Les infirmières sont en contact direct avec la clientèle et elles jugent qu'elles accomplissent bien d'autres activités qui profitent tant aux enfants vaccinés qu'aux parents.

Dans les deux groupes, c'est seulement après répétition de la question par l'animatrice que les infirmières mentionnent l'impact de la vaccination sur la prévention des maladies infectieuses, en particulier la couverture vaccinale élevée chez les enfants et le fait que plusieurs maladies sont sous contrôle. Dans l'ensemble, la perception de leur rôle est que les infirmières contribuent à l'atteinte de résultats de santé positifs au sein de la population.

Bien que les infirmières parlent davantage d'aspects jugés positifs pour la population, plusieurs ont mentionné des éléments négatifs liés à la pratique vaccinale. Les principaux problèmes relevés par les infirmières au sujet des retombées négatives pour la santé touchent les effets secondaires possibles des vaccins et surtout le nombre jugé important de vaccins pour des enfants qui sont en si bas âge (vaccins simultanés à quelques mois d'intervalle). Les infirmières témoignent aussi qu'elles perçoivent que les rencontres vaccinales occasionnent du stress chez les enfants et certains parents.

Certaines infirmières mentionnent qu'elles considèrent qu'une promotion active de la vaccination peut engendrer un sentiment de culpabilité chez les parents.

### **PERCEPTION DES RETOMBÉES PROFESSIONNELLES DES ACTIVITÉS EN VACCINATION**

Les infirmières participantes ont développé une estime de leur rôle qui s'articule davantage autour des activités qui ne sont pas directement reliées à la vaccination plutôt qu'autour de la pratique vaccinale elle-même. Elles accordent une plus grande importance à des activités telles que le suivi des patients et d'autres pratiques préventives. Ce sont les contacts avec la clientèle notamment qui sont des occasions pour ces infirmières de se réaliser professionnellement.

De plus, certaines infirmières tirent également une satisfaction à être perçues comme des professionnelles qui détiennent une expertise spécifique dans leur CLSC. Par contre, plusieurs rapportent être perçues comme celles qui font pleurer les enfants, les « méchantes », les « insensibles », « les piqueuses ». Pour ce qui est de la perception par la clientèle, les infirmières considèrent qu'elle est très bonne. Généralement, elles reçoivent de la part des parents des commentaires très positifs. Les parents sont reconnaissants et confiants et leur manifestent qu'ils apprécient le fait que les infirmières sont à leur écoute. Même si de manière générale les parents valorisent leur travail, il y en a malgré tout qui considèrent les infirmières qui vaccinent comme des personnes qui font mal aux enfants. Ils dénigrent leur travail devant leurs enfants et cela blesse les infirmières et complique leur tâche.

Les infirmières se sentent mal à l'aise avec le fait de devoir administrer plusieurs vaccins en bas âge, les enfants pleurent, les parents sont inquiets. Elles ont également peur de se tromper lors des opérations de vaccination où il y a beaucoup d'enfants ou encore beaucoup de vaccins à donner.

### **7.3.4 Les facteurs individuels influençant les pratiques vaccinales**

#### **ATTITUDES**

Les attitudes négatives des infirmières proviennent probablement de plusieurs facteurs personnels ou liés à leur environnement de travail. Deux principaux aspects semblent problématiques pour les infirmières au moment d'accomplir l'acte vaccinal : le fait d'administrer plusieurs vaccins au même moment à des enfants en bas âge et le sentiment qu'elles sont dans l'obligation de le faire et se retrouvent ainsi en perte de contrôle. Les infirmières qui ont plusieurs années d'expérience ont constaté l'évolution de certaines pratiques vaccinales : le nombre de vaccins augmente pour les jeunes enfants et ils sont donnés pour des maladies qu'elles perçoivent comme banales.

Le nombre important de vaccins à administrer à la clientèle, dans des conditions parfois stressantes dues au manque de temps ou à la mauvaise disposition des parents ne prédisposent pas favorablement les infirmières face à la vaccination et sont à l'origine de certaines attitudes négatives. Elles perçoivent de la pression de la part du milieu de la santé et des compagnies pharmaceutiques et cela vient aggraver les attitudes négatives.

Les infirmières sont sensibles aux allégations d'effets secondaires graves associés à certains vaccins comme l'autisme avec le vaccin RRO. Elles n'ont pas toujours toute l'information pour bien répondre aux parents inquiets. Elles craignent que certains vaccins puissent engendrer des maladies plus graves que celles que l'on veut prévenir.

Elles sont mal à l'aise de ne pas pouvoir répondre à certaines interrogations des parents quant aux nouveaux vaccins et aux effets secondaires possibles ou encore par rapport aux informations diffusées dans les médias sur les côtés négatifs de certains vaccins. Les infirmières s'interrogent elles-mêmes régulièrement vis-à-vis ces diverses informations, parfois contradictoires ou non-vérifiables. Ces informations touchent directement leur travail.

#### **CONNAISSANCES ET HABILITÉS**

Les infirmières qui vaccinent ont une compétence spécifique reconnue. Devant la clientèle, durant l'acte vaccinal, les infirmières sont en contrôle de la situation. Elles disent cependant manquer d'information sur les nouveaux vaccins et sur l'évolution des maladies évitables par la vaccination. Elles ont quelquefois de la difficulté à justifier les vaccins auprès des parents par manque de connaissances.

### **7.3.5 Les influences extérieures sur les infirmières et leurs pratiques**

#### **BARRIÈRES ORGANISATIONNELLES**

Les infirmières considèrent qu'il y a beaucoup trop de paperasse et de statistiques en lien avec la vaccination et que cet élément conjugué aux divers consentements à gérer prend trop d'importance et empiètent même sur la qualité de l'acte vaccinal lui-même.

La gestion de l'argent demandé en paiement des vaccins non-gratuits est difficile. Cela leur cause souvent des problèmes au moment de recueillir ces montants. De plus, l'offre de ces vaccins à des parents qui semblent peu à l'aise financièrement est également problématique.

L'absence d'informations sur le statut vaccinal d'un enfant est parfois un obstacle au bon fonctionnement dans leur travail. Les carnets de vaccination manquants et les dossiers absents compliquent beaucoup la tâche des infirmières qui ne savent plus quel vaccin administrer.

#### **BARRIÈRES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR**

Elles sont également mal à l'aise face aux controverses reliées à la vaccination. Les parents leur posent des questions à ce sujet et bien souvent leurs connaissances se limitent à ce que l'on retrouve au Protocole d'immunisation. Elles considèrent que cela est bien insuffisant pour répondre adéquatement aux questions et craintes des parents.

#### **RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Les infirmières retirent également une partie de leur satisfaction professionnelle du fait de recevoir du support de la Santé publique. La disponibilité de professionnels de la Santé publique sécurise les infirmières particulièrement lors des demandes d'information et de la mise à jour du programme de vaccination. Ces événements de support professionnel apparaissent davantage appréciés lors des opérations de vaccination de masse ou lorsqu'elles se retrouvent en situation d'interrogation avec la clientèle (questions des parents). Ce support est cependant limité en soirée et en fin de semaine.

#### **PROGRAMME PROVINCIAL**

Les informations sur les nouveaux vaccins arrivent trop tardivement, les délais sont trop serrés pour que les infirmières s'organisent correctement. Certaines infirmières ont l'impression qu'on ne prend pas suffisamment la peine d'écouter ce qu'elles ont à dire dans l'application des programmes de vaccination. Les programmes sont parachutés d'en haut souvent à la dernière minute et elles n'ont pas d'autre choix que de les appliquer.

Les outils ne sont pas adaptés : emballages difficiles, contenants identiques, etc. Les vaccins se ressemblent tous et les infirmières ont peur de se tromper alors qu'elles sont dans un environnement stressant (enfant qui pleure, etc.).

## **7.4 DISCUSSION**

Ces groupes de discussion ont permis de mieux cerner les réticences des infirmières face à la vaccination. Il serait toutefois hasardeux de généraliser ces propos à l'ensemble des infirmières vaccinatrices. Ces informations sont néanmoins le reflet, à des degrés variables, de ce que perçoivent comme difficultés une proportion non négligeable des infirmières. On peut ainsi envisager certaines pistes de solution découlant de l'analyse des contenus de discussion.

Même chez ces infirmières ayant une attitude plus réservée par rapport à la vaccination, on ne perçoit pas nécessairement une opposition ferme. Elles ont cependant des inquiétudes importantes face à la sécurité des vaccins et des réserves quant à leur utilité, particulièrement celle des nouveaux vaccins récemment ajoutés au calendrier. Cela se complique si en plus elles doivent administrer plusieurs injections à la même séance de vaccination.

Elles ont perdu de vue les résultats positifs de santé de leur rôle d'infirmière vaccinatrice. En raison de la quasi disparition des maladies pour lesquelles on vaccine, les seuls résultats qu'elles observent sont les effets secondaires des vaccins. Afin de corriger cette perception, on doit absolument faire ressortir auprès de l'ensemble des infirmières les gains majeurs en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité découlant des programmes de vaccination et l'importance de leur rôle dans l'atteinte de ces résultats.

Les groupes de discussions n'auront cependant pas permis de comprendre les raisons profondes qui expliquent les attitudes négatives de certaines infirmières et pourquoi elles se démarquent des autres professionnels impliqués dans les programmes de vaccination, soit les médecins. Le domaine des valeurs est sans doute à explorer et on devra poursuivre des efforts pour compléter notre compréhension de la situation si l'on veut trouver des solutions à la source du problème.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Dionne M, Boulianne N, Duval B, et al. Manque de conviction face à la vaccination chez certains vaccinateurs québécois. *Rev can santé publique* 2001;**92**(2):100-104.
2. Hudson P, Soto J, Duchesne C, Beauregard D, Ouellet F, Tapia M. Psychosocial determinants of immunization among health providers working in a support program for low income families in Montréal. 4<sup>e</sup> Conférence canadienne nationale sur l'immunisation 2000, Halifax, N.-S.
3. Rousseau J, Roy-Lacroix ME, Simard C, Tremblay J. Étude des besoins de formation en immunisation des infirmières d'Info-Santé de la Montérégie. Longueuil, Québec. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie. 2005 28 p.
4. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
5. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glantz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988;**15**:351-377.
6. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;**52**: 1-26
7. Mawhinney T. Immunization: Misconceptions and Information Gaps: Providers. 5 th Canadian National Immunization Conference 2002, Victoria, British Columbia, Canada.
8. Heurter H, Breen-Reid K, Aronson L, et al. Connaissances et attitudes relativement à l'immunisation systématique des enfants chez les infirmières en pédiatrie travaillant dans un centre de soins tertiaires. 5e conférence canadienne nationale sur l'immunisation 2002, Victoria, B-C.
9. Schisler T, Law B, Hutmacher M. Les infirmières pédiatriques sont-elles bien préparées pour défendre la vaccination? 5e conférence canadienne nationale sur l'immunisation 2002, Victoria B.-C.
10. Lee T, Saskin R, McArthur M, McGeer A. Beliefs and practices of Ontario midwives about influenza immunization. *Vaccine* 2005;**23**(13):1574-8.
11. Harbarth S, Siegrist C-A, Schira J-C, Wunderli W, Pittet D. Influenza immunization: improving compliance of healthcare workers. *Infec Control Hosp Epidemiol* 1998;**19**(5):337-342.
12. Jolleyman T, Ure A. Attitudes to immunisation: a survey of health professionals in the Rotorua District. *N Z Med J* 2004;**117**(1189):U769.
13. Petrovic M, Roberts R, Ramsay M. Second dose of measles, mumps, and rubella vaccine: questionnaire survey of health professionals. *BMJ* 2001;**322**:82-85.

14. Salmon DA, Moulton LH, Omer SB, et al. Knowledge, attitudes, and beliefs of school nurses and personnel and associations with nonmedical immunization exemptions. *Pediatrics* 2004;**113**(6):e552-9.
15. Busse JW, Kulkarni AV, Campbell JB, Injeyan HS. Attitudes toward vaccination: a survey of Canadian chiropractic students. *Can Med J Ass* 2002;**166**(12):1531-1534.
16. Colley FC, Haas, M. A survey of immunology and immunization education in chiropractic colleges. *JNMS* 1998;**6**(4):141-145.
17. Pless R. Chiropractic students' attitudes about vaccination: a cause for concern? *Can J Med Ass* 2002;**166**(12):1544-1545.
18. Wilson K, Mills E, Boon H, Tomlinson G, Ritvo P. A survey of attitudes towards paediatric vaccinations amongst Canadian naturopathic students. *Vaccine* 2004;**22**(3-4):329-34.
19. Stephenson JP, Roper JP, Nicholson KG. Healthcare workers and their attitudes to influenza vaccination. *Commun Dis Public Health* 2002;**5**(3):247-252.
20. Campos W, Jalaludin BB. Predictors of influenza vaccination amongst Australian nurses. *Aust J Adv Nurs* 2002;**20**(2):19-21.
21. Heimberger T, Chang HG, Shaikh M, Crotty L, Morse D, Birkhead G. Knowledge and attitudes of healthcare workers about influenza: why are they not getting vaccinated? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1995;**16**(7):412-5.
22. Baron G, De Wals P, Milord F. Vaccination practices of Quebec family physicians. Influenza vaccination status and professional practices for influenza vaccination. *Can Fam Physician* 2001;**47**:2261-6.
23. Nichol KL, Hauge M. Influenza vaccination of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1997;**18**(3):189-194.
24. Doebbeling BN, Edmond MB, Davis CS, Woodin JR, Zeitler RR. Influenza vaccination of health care workers: evaluation of factors that are important in acceptance. *Prev Med* 1997;**26**(1):68-77.
25. Lin WC, Ball C. Factors affecting the decision of nursing students in Taiwan to be vaccinated against hepatitis B infection. *J Adv Nurs* 1997;**25**(4):709-718.
26. Doebbeling BN, Ferguson KJ, Kohout FJ. Predictors of Hepatitis B Vaccine Acceptance in Health Care Workers. *Medical Care* 1996;**34**(1):58-72.
27. Prislun R, Sawyer MH, De Guire M, Brennan J, Holcomb K, Nader PR. Missed opportunities to immunize - Psychosocial and practice correlates. *Am J Prev Med* 2002;**22**(3):165-169.
28. Stenvig TE. The behaviors of nurses who immunize children, 2002.

29. Taylor JA, Darden PM, Slora E, Hasemeier CM, Asmussen L, Wasserman R. The influence of provider behavior, parental characteristics, and a public policy initiative on the immunization status of children followed by private pediatricians: A study from pediatric research in office setting. *Pediatrics* 1997;**99**(2):209-215.
30. Wood D, Halfon N, Pereyra M, Hamlin JS, Grabowsky M. Knowledge of the childhood immunization schedule and of contraindications to vaccinate by private and public providers in Los Angeles. *Pediatr Infect Dis J* 1996;**15**(2):140-145.
31. Clayton MF, Boegel E. What's happening - Missed immunization opportunities: A comparison of nurse practitioners and physicians. *J Am Academy Nurse Practitioners* 1999;**11**(10):423-429.
32. Yassi A, Murdzak C, Cheang M, Tran N. Influenza immunization: Knowledge, attitude and behaviour of health care workers. *Can J Infec Control* 1994;**9**(4):103-108.
33. Hughart N, Strobino D, Holt E, et al. The relation of parent and provider characteristics to vaccination status of children in private practices and managed care organizations in Maryland. *Med Care* 1999;**37**(1):44-55.
34. Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Koch GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. *Med Care* 1996;**34**(9):873-889.
35. Anonymous. The Peckham report - National immunisation study: Factors influencing immunisation uptake in childhood. London: The Department of Paediatric Epidemiology - Institute of Child Health, 1989.
36. Dixon M, Keeling AW, Kennel S. What pediatric hospital nurses know about immunization. *MCN* 1994;**19**:74-78.
37. Shefer A, Briss P, Rodewald L, et al. Improving immunization coverage rates: an evidence-based review of the literature. *Epidemiol Rev* 1999;**21**(1):96-142.
38. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, 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.
39. Fedson DS. Adult immunization - Summary of the national vaccine advisory committee report. *JAMA* 1994;**272**(14):1133-1137.
40. Rollins JA. American nurses association adopts resolution to help end important misconceptions about immunization. *Pediatr Nursing* 2000;**26**(6):633-634.
41. Martin J. Immunisation. *Nursing Standard* 2000;**14**(30):47-52.
42. Mawn B, Pakkala K. Immunization update: a community-based nursing education program. *J Contin Educ Nurs* 2000;**31**(3):101-110.
43. Stinchfield PK. Vaccine safety communication: the role of the pediatric nurse. *JSPN* 2001;**6**(3):143-146.

44. Biester DJ. Childhood immunization: nursing's role and responsibility. *J Pediatr Nurs* 1992;**7**(1):65-6.
45. Gellin BG, Maibach EW, Marcuse EK. Do parents understand immunizations? A national telephone survey. *Pediatrics* 2000;**106**(5):1097-1102.
46. Boulianne N, Duval B, De Serres G, et al. Opinions of Quebec parents and vaccinators on the usefulness of chickenpox vaccine. *Can J Infect Dis* 2001;**12**(3):153-156.
47. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *Am J Prev Med* 2000;**18**(1S):92-96.
48. Davis TC, Fredrickson DD, Bocchini C, et al. Improving vaccine risk/benefit communication with an immunization education package: a pilot study. *Ambulatory Pediatr* 2002;**2**(3):193-200.
49. Herceg A, Johns MB, Longbottom HM. Reported general practitioner vaccination procedures, 1994 and 1996. *MJA* 1997;**167**(6):299-302.
50. Cowan JA, Heckerling PS, Parker JB. Effect of a fact sheet reminder on performance of the periodic health examination: a randomized controlled trial. *Am J Prevent Med* 1992;**8**(2):104-109.
51. Crouse BJ, Nichol K, Peterson DC, Grimm MB. Hospital-based strategies for improving influenza vaccination rates. *J Family Practice* 1994;**38**(3):258-261.
52. Freed GL, Bordley WC, Clark SJ, Konrad TR. Universal hepatitis B immunization of infants: reactions of pediatricians and family physicians over time. *Pediatrics* 1994;**93**(5):747-751.
53. Zimmerman RK, Barker WH, Strikas RA, et al. Developing curricula to promote preventive medicine skills - The teaching immunization for medical education (TIME) project. *JAMA* 1997;**278**(9):705-711.
54. Umble KE, Cervero RM, Yang B, Atkinson WL. Effects of traditional classroom and distance continuing education: a theory-driven evaluation of a vaccine-preventable diseases course. *Am J Public Health* 2000;**90**(8):1218-1224.
55. Huang J, Jiang D, Wang X, et al. Changing knowledge, behavior, and practice related to universal precautions among hospital nurses in China. *J Contin Educ Nurs* 2002;**33**(5):217-224.
56. Robinson JS, Burkhalter BR, Rasmussen B, Sugiono R. Low-cost on-the-job peer training of nurses improved immunization coverage in Indonesia. *Bull WHO* 2001;**79**(2):150-158.
57. Micalessi M, De Cock R, Vranckx R. Hepatitis B virus genotypes in Belgium. *Clinical microbiology and Infection* 2005;**11**(2):733.
58. Heurter H, Breen-Reid K, Aronson L, Lingard L, Manning D, Ford-Jones EL. Childhood immunization: how knowledgeable are we? *Nurse* 2003;**99**(4):27-31.

59. Mahony A, Percival P, Condon R. Kimberly immunisation study: Community nurses, immunisation, education, knowledge and practice. *Collegian* 1999;**6**(2):16-22.
60. Jarrett C, Wainwright P, Lewis L. Education and training of practice nurses. *J Telemed Telcare* 1997;**3**(Suppl 1):40-42.
61. Kumar R, Thakur JS, Aggarwal AK. Effect of continuing training on knowledge and practices of traditional birth attendants about maternal and newborn care. *Indian J Public Health* 2000;**XXXIV**(4):118-123.
62. Sauvageau C, Boulianne N, Clouâtre A-M. Rapport d'enquête sur la formation en vaccination offerte aux infirmières. Québec, Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2003: 73 p.
63. Sauvageau C, Boulianne N, Clouâtre A-M, Lavoie F, Duval B. Portrait de la formation en vaccination offerte aux infirmières dans les établissements de santé du Québec. *Rev can santé publique* 2005;**96**(4):273-277



**ANNEXE 1**

**PROJET VACCINATION PAR LES  
INFIRMIÈRES/INFIRMIERS-PROMOTION (VIP)**



**Projet : Vaccination par les Infirmières/Infirmiers-Promotion (VIP)**

Ce projet a été financé par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses pour concevoir et évaluer une formation destinée aux infirmières et infirmiers qui vaccinent les enfants âgés de 0 à 5 ans. Elle contribuera à faire avancer les connaissances sur les déterminants des actes professionnels d'un groupe d'intervenants de santé et d'améliorer les actions de santé publique pouvant assurer la protection de la population en matière de maladies infectieuses.

**Le projet comprend 3 phases :**

La première phase vise à identifier les pratiques vaccinales des infirmières vaccinatrices en CLSC au Québec et les déterminants y étant associés. Les déterminants individuels et de l'environnement organisationnel et territorial sont explorés. Des données sont recueillies notamment par le biais d'un questionnaire postal auto-administré acheminé aux infirmières vaccinatrices de jeunes de 0 à 5 ans en CLSC et par le recours à des données territoriales. À la fin février 2005, la phase un de collecte des données sera terminée.

La phase 2 sera axée sur l'implantation de la formation. À partir des résultats de la première phase, une formation destinée aux infirmières vaccinatrices de jeunes de 0 à 5 ans en CLSC sera développée. Les CLSC de la région de Montréal, de la Mauricie - Centre du Québec, des Laurentides et du Saguenay Lac St-Jean seront randomisés à des groupes d'intervention ou témoins. Une évaluation d'implantation et des coûts associés à l'intervention sera également réalisée.

La phase 3 visera à documenter des changements dans les pratiques vaccinales et/ou dans les déterminants y étant associés. Un second questionnaire sera acheminé aux infirmières vaccinatrices de jeunes de 0 à 5 ans en CLSC 4 mois après la formation. L'impact de l'intervention sera déterminé par la comparaison des résultats pour le groupe ayant reçu la formation et le groupe ne l'ayant pas reçue.

Ce projet identifiera plusieurs facteurs déterminants des pratiques vaccinales. Ceci permettra d'abord d'élaborer l'intervention de formation et permettra aussi d'identifier d'autres voies possibles d'intervention, notamment certaines se situant au niveau des facteurs organisationnels et territoriaux. Ces interventions pourront se rajouter à celle de la formation des infirmières.

Également, l'intervention de formation produira des outils. En fonction des résultats de l'évaluation, ils pourront être utilisés tel quel ou avec quelques modifications pour offrir l'intervention de formation auprès des CLSC témoins des régions à l'étude, auprès des régions n'ayant pas reçu la formation et auprès des nouvelles vaccinatrices de l'ensemble des CLSC.



## **ANNEXE 2**

### **SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX FACTEURS FACILITANT LA VACCINATION ET DES BARRIÈRES CHEZ LES INFIRMIÈRES QUÉBÉCOISES**



### Synthèse des facteurs facilitant la vaccination et des barrières chez les infirmières québécoises

Sources: Groupe de discussion auprès des infirmières, enquête auprès des responsables de soins des établissements de santé, enquête auprès des établissements d'enseignement de la province.

DÉTERMINANTS		FACILITANTS	BARRIÈRES
<i>DÉTERMINANTS PERSONNELS</i>			
<b>1.1 Facteurs socio-démographiques, statut vaccinal, habitudes de santé</b>			Infirmière hésite ou refuse la vaccination pour elle-même
1.1.1 INFIRMIÈRES			Sentiment de culpabilité par rapport à la décision de ne pas se faire vacciner contre l'influenza
1.1.2 CLIENTÈLE			L'état de santé de l'enfant (l'enfant malade ne bénéficie pas autant de la vaccination)
<b>1.2 Perception de contrôle face à leur rôle</b>	Infirmières gèrent elles-mêmes le programme de vaccination dans leur établissement		Obligation de se conformer à des calendriers comprenant plusieurs doses car peur des poursuites si tous les vaccins ne sont pas offerts à la clientèle  Trop de vaccins à donner en même temps, plusieurs doses sont requises  Se sentent obligées de convaincre à tout prix  Difficulté à faire la part des choses entre convictions personnelles et les recommandations professionnelles qu'elles doivent adopter, préfère avoir une attitude neutre
<b>1.3 Croyance en l'efficacité personnelle, habiletés</b>	Habilitété à communiquer les bénéfices de la vaccination par rapport aux risques de la maladie		Manque de confiance face à la responsabilité de vacciner. Craintes face aux nouvelles responsabilités des infirmières qui devront vacciner sans la présence d'un médecin (CH et CHSLD)  Manque de confiance en elle et peur de l'inconnu

DÉTERMINANTS	FACILITANTS	BARRIÈRES
<b>1.4 Perceptions : /attitudes/croyances/ peurs</b>		
1.4.1 INFIRMIÈRES Bénéfices pour la santé Vulnérabilité face à la maladie Sévérité de la maladie	En vaccinant, elles contribuent au bien-être des enfants. Très sensibilisées aux bienfaits de la vaccination, en particulier pour les résidents en CHSLD. La plupart croient beaucoup en ce qu'elles font, mais l'importance accordée est relative face à d'autres programmes	Les anciens vaccins prévenaient des maladies graves, maintenant ils sont pour faciliter la vie aux parents. Peu de bénéfiques à donner certains vaccins comme la varicelle alors qu'on ne connaît pas les effets à long terme  Ne connaissent pas les bénéfices de la vaccination comme moyen de prévention. Infirmières n'ont pas toutes intégré les raisons de ces vaccins pour la prévention de la maladie
Efficacité des vaccins	Importance pour la santé de la communauté	Très sceptiques sur l'efficacité des vaccins, ne connaissent pas les bénéfices de la vaccination comme moyen essentiel de la prévention
Sécurité des vaccins Surcharge du système immunitaire	Se baser sur les fondements scientifiques plutôt que sur les convictions personnelles	Donner trop de vaccins en même temps provoquent la crainte des effets secondaires plus graves et plus fréquents. Les effets secondaires de certains vaccins sont méconnus  Craintes concernant effets secondaires du vaccin pour la grippe ex : Syndrome de Guillain-Barré  Peur de développer des réactions allergiques  Un grand nombre de vaccins affaiblit le système immunitaire
1.4.2 CLIENTÈLE	La population y croit beaucoup	La vaccination déresponsabilise la population, alors qu'il y a d'autres règles à suivre pour être en bonne santé (hygiène de vie, habitudes alimentaires, etc, privilégie l'approche par des produits naturels homéopathiques)  Les vaccins font mal aux enfants

DÉTERMINANTS	FACILITANTS	BARRIÈRES
<b>1.5 Connaissances/Formation</b>	La formation est essentielle, le besoin est reconnu	Manque de connaissance :
1.5.1 INFIRMIÈRES	<p>Besoin de discuter avec d'autres personnes renseignées sur l'immunisation</p> <p>Formation donnée par la santé publique</p> <p>Formation par des experts</p> <p>Personne-ressource disponible dans l'établissement</p> <p>Formation et mises à jour adaptées selon les besoins</p> <p>Besoin de faire rafraîchir les connaissances sur les bénéfices de la vaccination</p> <p>Formation en vaccination prioritaire ou obligatoire dans les établissements d'enseignement</p> <p>Stage en milieu clinique</p> <p>Besoin de formation plus en profondeur puisque autonomie de l'infirmière suite à la Loi 90 et l'élargissement du rôle</p> <p>Formation annuelle influenza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ sur l'évolution des maladies et pourquoi on vaccine</li> <li>➤ sur les bénéfices de la vaccination, les impacts et les résultats d'études scientifiques</li> <li>➤ pour répondre correctement aux polémiques soulevées dans les médias</li> <li>➤ pour répondre aux questions des parents</li> <li>➤ pour interpréter correctement le calendrier vaccinal</li> </ul> <p>FORMATION :</p> <p>Pas assez de temps alloué à la formation</p> <p>Les mises à jour sont peu nombreuses ou manquantes</p> <p>Formation des nouvelles infirmières non systématique, manque de standards pour la formation</p> <p>Les infirmières lisent peu</p> <p>Pas assez de support de la santé publique</p> <p>Calendrier vaccinal difficile à comprendre</p> <p>Manque d'habileté pour utiliser les ordinateurs</p>
1.5.2 CLIENTÈLE	<p>Population bien informée</p> <p>Documentation remise aux parents permet de répondre à leurs questions.</p>	Parents mal informés, ne donnent pas toute l'information sur le statut vaccinal de l'enfant

DÉTERMINANTS	FACILITANTS	BARRIÈRES
<i>DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX</i>		
<p><b>2.1 Environnement organisationnel</b></p> <p>Aspects logistiques et organisationnelles</p> <p>Support de l'établissement</p>	<p>Pour les infirmières qui travaillent auprès de clientèles plus lourdes, la vaccination leur donne un répit.</p> <p>Matériel adapté pour assurer la sécurité et l'efficacité des vaccins</p> <p>Priorité pour l'établissement</p>	<p>Bureaucratie, paperasse (25 %), aspect des statistiques trop exigeant</p> <p>Organisation des locaux : pas assez de support pour l'organisation des locaux</p> <p>Manque de temps pour répondre aux questions des parents, rendez-vous trop courts, densité de soins très importante</p> <p>Travail exigeant demande beaucoup d'énergie</p> <p>Gestion de l'argent pour les vaccins non inclus au programme gratuit</p> <p>Résistance quand la vaccination prend la place d'activités de prévention</p> <p>Absence des parents lors de la vaccination à l'école</p> <p>Le cadre de travail est stressant et le risque d'erreur est réel</p> <p>Vaccination n'est pas une priorité dans l'établissement</p> <p>Polyvalence de l'infirmière (difficulté à maîtriser l'activité de vaccination)</p> <p>Pénurie d'infirmières, absentéisme, mobilité du personnel</p> <p>Manque de personnel : quand elles sont seules à vacciner, elles ne peuvent pas compter sur l'expertise des autres ni appeler la santé publique en particulier en soirée</p>

DÉTERMINANTS	FACILITANTS	BARRIÈRES
<p><b>2.2 Environnement professionnel</b></p> <p>Perception de leur rôle professionnel</p> <p>L'influence et le support des pairs</p>	<p>Crédibilité des infirmières qui font de la vaccination. Intérêt à travailler dans ces cliniques car permet de développer une expertise et être la référence en immunisation</p> <p>Personnes-ressources en vaccination, infirmière pivot dans les CLSC, rôle valorisé</p> <p>Intégration de l'acte vaccinal dans un contexte plus large de prévention : la vaccination ne doit pas être isolée</p> <p>Fières de leur contribution à l'éradication de certaines maladies</p> <p>Elles estiment qu'elles font du bon travail puisque le taux de vaccination est bon et qu'il n'y a pas besoin de faire de la promotion</p> <p>Les infirmières des autres programmes semblent assez favorables à la vaccination</p>	<p>Exigences par rapport aux infirmières plus élevées que pour les médecins : chaîne de froid, informatisation</p> <p>L'acte vaccinal est une tâche répétitive et ennuyante surtout durant les campagnes de masse</p> <p>Le travail n'est pas valorisé par les autres collègues ou par l'organisation. Elles sont perçues comme des piqueuses et des exécutantes ayant un champ d'activité trop limité</p> <p>Se sentent obligées de défendre l'importance de leur tâche face aux autres</p> <p>Dans le milieu scolaire, elles sentent qu'elles dérangent</p> <p>Elles ne voudraient pas faire que de la vaccination et se sentent plus valorisées par d'autres types de tâches</p> <p>Notre travail d'infirmière (CH) est plus vaste que ça La vaccination = soins primaires et relève du CLSC Pas dans la mission des infirmières travaillant en CH</p> <p>Infirmière pas consciente des responsabilités, applique un geste mécanique</p>
<p>2.2.1 FACE À ELLES-MÊMES ET LEURS COLLÈGUES</p>		
<p>2.2.2 FACE AUX PARENTS ET À LA CLIENTÈLE</p>	<p>Permet de voir le client dans sa globalité</p> <p>La vaccination leur permet un contact privilégié avec leur clientèle et sert de prétexte à d'autres interventions. C'est un moyen de rejoindre les parents d'enfants à risque</p> <p>La clientèle manifeste de la reconnaissance par rapport à leur intervention, elles reçoivent des commentaires très positifs</p> <p>Les parents apprécient l'écoute et les conseils en général qui accompagnent la vaccination</p> <p>Elles se considèrent comme des personnes aidantes et non comme des personnes qui mettent de la pression sur leur clientèle</p>	<p>Quelquefois les parents considèrent les infirmières comme des personnes qui font mal aux enfants et dénigrent ainsi leur travail</p>

DÉTERMINANTS	FACILITANTS	BARRIÈRES
Cadre légal	<p>Nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers : rôle élargi face à la vaccination</p> <p>Possibilité pour les étudiantes de 14 ans ou plus de donner leur consentement</p>	<p>Obtention du consentement, aspect légal prend trop de temps</p> <p>Consentement annuel exigé pour l'influenza</p>
<b>2.3 Environnement élargi</b>		
Programme provincial d'immunisation	<p>Le Protocole d'immunisation du Québec, les mises à jour régulières</p> <p>Gratuité des produits</p> <p>Cahiers d'auto-formation</p>	<p>Inconfort face aux vaccins payants pas accessibles à tous. Conflit entre besoin et capacité de payer. Vaccins payants créent des inégalités</p> <p>Introduction trop rapide des nouveaux vaccins, sans cesse de nouveaux vaccins, injections multiples</p> <p>Les informations sur les nouveaux vaccins et programmes arrivent trop tardivement : pas le temps de préparer ces changements</p> <p>Les décideurs ne pensent pas aux exécutants</p> <p>Outils ne sont pas adaptés, les emballages sont difficiles, contenant identiques = peur de se tromper</p> <p>Pas facilement accès à l'information sur le statut vaccinal des enfants : absence de registre régional ou provincial</p> <p>Campagnes de masse jugées non pertinentes, mal appuyées</p>
Santé publique niveau régional	<p>Santé publique devrait maintenir un leadership en vaccination</p> <p>Accès à une personne ressource en tout temps</p>	<p>Manque de support de la DSP, entre autres en soirée</p>
Compagnies pharmaceutiques		<p>Le pouvoir des compagnies et les enjeux financiers en cause font douter du bien-fondé de tous les vaccins</p>
Médias		<p>L'information circule plus vite dans les médias que par les voies officielles : manque d'information. Les infirmières se sentent piégées, ne savent pas quoi répondre, l'information circule trop vite</p>

## **ANNEXE 3**

### **FORMATION DE BASE : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET ÉLÉMENTS DE CONTENU**

#### **PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL**



## **FORMATION DE BASE : OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE ET ÉLÉMENTS DE CONTENU (PROPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL)**

### Objectifs d'apprentissage

- ♦ Situer l'activité de vaccination dans le cadre de l'exercice infirmier;
- ♦ Expliquer les principes d'immunité à la base de la vaccination;
- ♦ Expliquer l'épidémiologie des maladies infectieuses visées par la vaccination;
- ♦ Expliquer la démarche qui sous-tend la mise en application du programme de vaccination;
- ♦ S'approprier les objectifs poursuivis par le programme de vaccination tant dans une perspective individuelle que collective;
- ♦ Expliquer le rationnel qui sous-tend les recommandations québécoises en matière de vaccination;
- ♦ Utiliser le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour connaître les produits à administrer, les indications et les contre-indications;
- ♦ Aborder les obstacles à la vaccination;
- ♦ Fournir l'information pour l'obtention d'un consentement éclairé;
- ♦ Examiner les pratiques de vaccination en se référant aux exigences éthiques et légales;
- ♦ Administrer les produits immunisants et assurer le suivi en respectant les normes cliniques du PIQ.

### Éléments de contenu

Afin de rencontrer les objectifs d'apprentissage, les thèmes suivants devraient être abordés dans le programme de formation

- Perspective sociale et historique de la vaccination;
- Portée de l'article 36.12 de la Loi sur les infirmières et infirmiers concernant la vaccination;
- Principes d'immunologie associés à la vaccination;
- Épidémiologie des maladies infectieuses visées par la vaccination;
- Bénéfices / risques de la vaccination;
- Calendrier de vaccination, indications et contre-indications des produits immunisants, manifestations cliniques pouvant survenir après la vaccination;
- Obstacles à la vaccination : mythes, croyances, réticences, crainte des effets secondaires, accessibilité;
- Aspects éthiques et légaux entourant la vaccination;
- Techniques d'administration des vaccins;
- Intervention en situation d'urgence liée à la vaccination (réactions vagales et anaphylactique);
- Gestion des produits immunisants.



## **ANNEXE 4**

### **QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX INFIRMIÈRES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC**



Enquête sur la formation en vaccination offerte aux infirmières



Le 14 mars 2003

Aux directrices et directeurs des soins infirmiers  
Aux responsables des soins infirmiers

**OBJET : ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX INFIRMIÈRES**

Madame,  
Monsieur,

Le succès des programmes de vaccination dépend en grande partie des vaccinateurs et de leur attitude face à la vaccination. Les résultats d'une enquête réalisée en 1998 auprès de tous les vaccinateurs du Québec révèlent que des interventions sont requises pour sensibiliser davantage les infirmières aux bénéfices de la vaccination. Pour ce faire, le Comité d'immunisation du Québec a créé un groupe de travail dont le mandat est de faire des recommandations en vue de mieux outiller les infirmières face à la vaccination.

Pour réaliser son mandat, le groupe de travail désire, entre autres, se renseigner sur la formation à l'égard de la vaccination offerte actuellement aux infirmières en milieu de travail et ce, qu'elles exercent en centre hospitalier (CH), en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou en centre local de services communautaires (CLSC).

Votre participation consiste à remplir le questionnaire ci-joint et à nous le retourner par la poste dans l'enveloppe-réponse affranchie. Environ 15 minutes sont nécessaires pour le remplir. Le questionnaire est anonyme et vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

Pour toute question ou information, vous pouvez me joindre par téléphone au (450) 928-6777 poste 3114 ou par courriel à [am.clouatre@rrss.16.gouv.qc.ca](mailto:am.clouatre@rrss.16.gouv.qc.ca).

Grâce à votre participation, ces informations seront utilisées pour faire des recommandations sur les moyens visant l'amélioration des programmes de vaccination au Québec.

  
Anne Marie Clouâtre  
Responsable du groupe de travail  
Institut national de santé publique du Québec

LA FORME FÉMININE A ÉTÉ UTILISÉE UNIQUEMENT  
POUR ALLÉGER LE QUESTIONNAIRE  
ET ENGLOBE LE GENRE MASCULIN

Nous vous demandons de compléter le questionnaire pour la mission suivante de votre établissement :

- CH
- CHSLD → Si vous avez plusieurs CHSLD, répondez pour l'ensemble d'entre eux.
- CLSC

▶▶ **FORMATION À L'EMBAUCHE** ◀◀

1. À l'embauche, toutes les infirmières ou seulement certaines infirmières de votre établissement reçoivent-elles de la formation sur la vaccination ?

- Oui, passez à la question no 2
- Non, passez à la question no 6
- Je ne sais pas, passez à la question no 6

2. À quelles infirmières s'adresse la formation sur la vaccination à l'embauche ?

(cochez une ou plusieurs réponses)

- |   | Temps complet            | Temps partiel            | Occasionnel              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toutes les infirmières, précisez _____ →                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Les infirmières susceptibles de vacciner, précisez _____ → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____                                   |                          |                          |                          |

3. Indiquez le nombre total d'heures de formation sur la vaccination que chaque infirmière reçoit à l'embauche actuellement :

Nombre d'heures \_\_\_\_\_ Je ne sais pas

Si des variations importantes sont présentes, précisez :

CATÉGORIE (unité, programme, statut d'emploi, ...)	NOMBRE D'HEURES

4. Parmi les sujets suivants, cochez ceux qui sont traités lors de la formation sur la vaccination, à l'embauche: (cochez un ou plusieurs sujets)

Sujets	COCHEZ ✓
Bénéfices / risques de la vaccination	
Immunologie	
Indications et contre-indications des produits immunisants (vaccins et immunoglobulines)	
Gestion des produits immunisants	
Établissement de calendriers de vaccination	
Urgences liées à la vaccination (réactions vagale et anaphylactique)	
Techniques d'injection	
Aspects éthiques et légaux entourant la vaccination	
Obstacles à la vaccination (ex. : accessibilité, réticence, crainte des effets secondaires)	
Autres, précisez : _____	

5. Identifiez les méthodes ou les outils de formation que vous utilisez : (cochez une ou plusieurs réponses)

MÉTHODES	OUTILS
<input type="checkbox"/> Formation structurée dispensée par une infirmière d'expérience (jumelage)	<input type="checkbox"/> Cahier d'autoformation sur la vaccination (CAP)
<input type="checkbox"/> Conférences / cours magistraux	<input type="checkbox"/> Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)
<input type="checkbox"/> Atelier avec personne ressource (révision de cas)	<input type="checkbox"/> Outil maison
<input type="checkbox"/> Lecture personnelle	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Autre, ↷
<input type="checkbox"/> Autre, ↷	Précisez : _____
Précisez : _____	

▶▶ FORMATION EN COURS D'EMPLOI ◀◀

6. En cours d'emploi, toutes les infirmières ou seulement certaines infirmières de votre établissement reçoivent-elles de la formation sur la vaccination ?

- Oui, passez à la question no 7
- Non, passez à la question no 13
- Je ne sais pas, passez à la question no 13

7. À quelles infirmières s'adresse cette formation sur la vaccination offerte en cours d'emploi ?

(cochez une ou plusieurs réponses)

	Temps complet	Temps partiel	Occasionnel
<input type="checkbox"/> Toutes les infirmières, précisez _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Les infirmières qui vaccinent ou susceptibles de vacciner, précisez _____ →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____			

8. À quelle(s) occasion(s) est offerte cette formation ? (cochez une ou plusieurs réponses)

Dans le cadre d'un programme de formation continue

À la suite d'une modification au Protocole d'immunisation du Québec

À la suite de l'introduction d'un nouveau programme de vaccination

À la suite d'une demande particulière (qui vient des infirmières ou de la responsable)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

9. Identifiez les méthodes ou les outils de formation que vous utilisez : (cochez une ou plusieurs réponses)

MÉTHODES	OUTILS
<input type="checkbox"/> Formation structurée dispensée par une infirmière d'expérience (jumelage)	<input type="checkbox"/> Cahier d'autoformation sur la vaccination (CAP)
<input type="checkbox"/> Conférences / cours magistraux	<input type="checkbox"/> Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)
<input type="checkbox"/> Atelier avec personne ressource (révision de cas)	<input type="checkbox"/> Outil maison
<input type="checkbox"/> Lecture personnelle	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Autre, Précisez : _____
<input type="checkbox"/> Autre, Précisez : _____	

10. En ce qui a trait à la formation sur la vaccination en cours d'emploi, indiquez le nombre d'heures offert par votre établissement à chaque infirmière au cours des 12 derniers mois :

Nombre d'heures \_\_\_\_\_ Je ne sais pas

Si des variations importantes sont présentes, précisez :

CATÉGORIE (unité, programme, statut d'emploi, ...)	NOMBRE D'HEURES

11. Au cours des 12 derniers mois, indiquez le nombre total d'infirmières qui ont participé à cette ou ces formation(s) en cours d'emploi :

Nombre d'infirmières \_\_\_\_\_ Je ne sais pas

12. Parmi les sujets suivants, cochez ceux qui ont été traités en 2002 lors de la formation en vaccination, en cours d'emploi : (cochez un ou plusieurs sujets)

SUJETS	COCHEZ ✓
Bénéfices / risques de la vaccination	
Immunologie	
Indications et contre-indications des produits immunisants (vaccins et immunoglobulines)	
Gestion des produits immunisants	
Établissement de calendriers de vaccination	
Urgences liées à la vaccination (réactions vagale et anaphylactique)	
Techniques d'injection	
Aspects éthiques et légaux entourant la vaccination	
Obstacles à la vaccination (ex. : accessibilité, réticence, crainte des effets secondaires)	
Autres, précisez : _____	

▶▶ SECTION GÉNÉRALE ◀◀

13. Dans l'éventualité où les méthodes suivantes étaient mises à la disposition des établissements de santé pour la formation en vaccination des infirmières, quelle serait l'utilité de chacune d'entre elle selon vous ? (Répondez pour chaque méthode)

	Très utile	Assez utile	Peu utile	Pas du tout utile	Ne sait pas
- CD roms interactifs	<input type="checkbox"/>				
- Sites WEB interactifs	<input type="checkbox"/>				
- Journée de formation itinérante offerte périodiquement par un organisme de santé publique	<input type="checkbox"/>				
- Autre 	<input type="checkbox"/>				
Précisez : _____					

14. En vertu de la Loi 90, en vigueur depuis le 30 janvier 2003, procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique est maintenant une activité réservée aux infirmières. Compte tenu de ces changements, prévoyez-vous organiser une activité de formation sur les modifications par rapport à la vaccination ?

- Oui                       Non                       Je ne sais pas

15. Selon vous, quel énoncé reflète le plus l'attitude des infirmières de votre établissement face à la vaccination :

- Très favorable              Assez favorable              Peu favorable              Pas du tout favorable              Je ne sais pas
- 

Commentaires sur l'attitude des infirmières : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

16. Afin de connaître la taille de votre établissement, nous aimerions connaître le nombre total d'infirmières (temps complet, temps partiel, occasionnel...) qui travaillent à la mission suivante :

- CH  
 CHSLD                      ► Si vous avez plusieurs CHSLD, répondez pour l'ensemble d'entre eux.  
 CLSC

Nombre d'infirmières \_\_\_\_\_

17. Cochez dans quelle région socio-sanitaire est situé votre établissement :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas St-Laurent        | <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec                  |
| <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac St-Jean  | <input type="checkbox"/> 11 Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine |
| <input type="checkbox"/> 03 Québec (Rive-Nord)    | <input type="checkbox"/> 12 Chaudière / Appalaches          |
| <input type="checkbox"/> 04 Trois-Rivières        | <input type="checkbox"/> 13 Laval                           |
| <input type="checkbox"/> 05 Estrie                | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière                      |
| <input type="checkbox"/> 06 Montréal              | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides                     |
| <input type="checkbox"/> 07 Outaouais             | <input type="checkbox"/> 16 Montérégie                      |
| <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 17 Nunavik                         |
| <input type="checkbox"/> 09 Côte Nord             | <input type="checkbox"/> 18 Conseil Cri-de-la-Baie-James    |

  
**Le questionnaire est maintenant terminé.**  
**Merci d'avoir pris le temps de le remplir. Votre participation est grandement appréciée.**  


INSTRUCTIONS DE RETOUR AU VERSO

Il nous fera plaisir de connaître vos commentaires. Ils seront lus et considérés avec beaucoup d'intérêt.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

▶▶ INSTRUCTIONS DE RETOUR ◀◀

QUESTIONNAIRE

- ☞ Placer le questionnaire dans l'enveloppe affranchie ci-jointe
- ☞ Poster l'enveloppe contenant le questionnaire le plus tôt possible

CARTE

- ☞ Indiquer que vous avez participé à l'enquête en cochant la case à cet effet sur la carte
- ☞ Poster la carte SÉPARÉMENT du questionnaire (pour que vos réponses au questionnaire restent anonymes)

À VENIR

- ☞ Un deuxième questionnaire sera envoyé dans 2 semaines à ceux qui n'auront pas retourné la carte



## **ANNEXE 5**

### **QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION OFFERTE AUX ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS**



**ENQUÊTE SUR LA FORMATION EN VACCINATION  
OFFERTE AUX ÉTUDIANTES EN SOINS INFIRMIERS**



Aux coordonnatrices du département de soins infirmiers

**Objet : Enquête sur la formation en vaccination offerte dans votre établissement d'enseignement**

Madame,

Le succès des programmes de vaccination dépend en grande partie des vaccinateurs et de leur attitude face à la vaccination. Les résultats d'une enquête réalisée en 1998 auprès de tous les vaccinateurs du Québec révèlent que des interventions sont requises pour sensibiliser davantage les infirmières aux bénéfices de la vaccination. Pour ce faire, le Comité d'immunisation du Québec a créé un groupe de travail dont le mandat est de faire des recommandations en vue de mieux outiller les infirmières face à la vaccination.

Pour réaliser son mandat, le groupe de travail désire, entre autres, se renseigner sur la formation à l'égard de la vaccination offerte actuellement aux étudiantes inscrites au programme de Soins infirmiers 180-A0.

Votre participation consiste à remplir le questionnaire ci-joint et à nous le retourner par la poste dans l'enveloppe-réponse affranchie. Environ 30 minutes sont nécessaires pour le remplir. Le questionnaire est anonyme et vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

Pour toute question ou information, vous pouvez me joindre par téléphone au (450) 928-6777 poste 3114 ou par courriel à [am.clouatre@rrsss16.gouv.qc.ca](mailto:am.clouatre@rrsss16.gouv.qc.ca).

Grâce à votre participation, nous obtiendrons un portrait provincial de la formation de base des infirmières. Ces informations seront utilisées pour faire des recommandations sur les moyens visant l'amélioration des programmes de vaccination au Québec.

Anne Marie Clouâtre, inf. BSc., MSc.  
Responsable du groupe de travail  
Institut national de santé publique du Québec

LA FORME FÉMININE A ÉTÉ UTILISÉE UNIQUEMENT  
POUR ALLÉGER LE QUESTIONNAIRE  
ET ENGLOBE LE GENRE MASCULIN

1. Pour chacun des sujets énumérés dans la colonne de gauche, indiquez s'il est traité, si oui, dans quel(s) cours ainsi que le nombre d'heures alloué à la théorie et au laboratoire. Ne pas inclure le temps de stage.

SUJETS	TRAITÉ		COURS	NB D'HEURES	
	OUI	NON		THÉORIE	LABORATOIRE
Bénéfices / risques de la vaccination					
Immunologie					

SUJETS	TRAITÉ		COURS	NB D'HEURES	
	OUI	NON		THÉORIE	LABORATOIRE
Indications et contre-indications des produits immunisants (vaccins et immunoglobulines)					
Gestion des produits immunisants (ex : transport, conservation)					
Établissement de calendriers de vaccination					
Urgences liées à la vaccination (réactions vagale et anaphylactique)					
Techniques d'injection					
Aspects éthiques et légaux entourant la vaccination					
Obstacles à la vaccination de la part du professionnel (ex : controverse, surcharge du syst. imm)					
Obstacles à la vaccination de la part du client (ex : crainte des effets sec., accessibilité)					
Autres, précisez :					

2. Au niveau des stages, offrez-vous une activité pratique sur la vaccination ?



Oui

Non

si oui, indiquez le nombre d'heures (toute clientèle confondue) :  
heures

décrire très brièvement le stage (ex : vaccination dans les écoles)

---

---

---

---

3. En vertu de la Loi 90, en vigueur depuis le 30 janvier 2003, la vaccination effectuée dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique est maintenant une activité réservée aux infirmières. Trouvez-vous que le nombre d'heures alloué présentement à la vaccination est suffisant ?



Oui

Non

Je ne sais pas

précisez :

---

---

---

---



**Le questionnaire est maintenant terminé.**

**Merci d'avoir pris le temps de le remplir. Votre participation est grandement appréciée.**



Il nous fera plaisir de connaître vos commentaires. Ils seront lus et considérés avec beaucoup d'intérêt.

---

---

---

---

---

---

---

---



## INSTRUCTIONS DE RETOUR

### Questionnaire

- Placer le questionnaire dans l'enveloppe affranchie ci-jointe
- Poster l'enveloppe contenant le questionnaire le plus tôt possible

### Carte

- Indiquer que vous avez participé à l'enquête en cochant la case à cet effet sur la carte
- Poster la carte SÉPARÉMENT du questionnaire (pour que vos réponses au questionnaire restent anonymes)



