

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

Ce document rend compte des commentaires formulés par les responsables régionaux en immunisation lors de l'enquête réalisée à l'été 2010, dans le cadre de l'étude *Évaluation de l'implantation du programme de vaccination contre les VPH chez les adolescentes du Québec*. L'enquête visait à connaître les modalités du programme de vaccination au palier régional, les activités de promotion et de soutien aux vaccinateurs, les couvertures vaccinales scolaires obtenues, ainsi que les facteurs ayant facilité ou nui à l'implantation du programme.

1. Méthode utilisée pour l'estimation des doses de vaccin

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

Pour estimer le nombre de doses nécessaires à la vaccination des filles à l'école, on a surtout utilisé les données fournies par le milieu scolaire (listes d'inscriptions des commissions scolaires de l'année antérieure ou données fournies par les infirmières scolaires) ainsi que les projections des effectifs de population dans les territoires de CSSS (données venant de l'ISQ, 2001-2006, 2005 ou 2008), fournies par le MSSS ou disponibles dans les DSP. On a généralement fixé à 50% la proportion de filles de chaque cohorte scolaire, bien qu'une proportion de 48,5% ait été utilisée dans une région. Dans un cas, on a même tenu compte qu'une cohorte de naissance chevauche 2 années scolaires (ex, cohorte sec 3 = $\frac{3}{4}$ cohorte de 14 ans + $\frac{1}{4}$ cohorte de 15 ans).

On a pondéré ces données de base en fonction de couvertures vaccinales (CV) à atteindre. Les objectifs de CV du PNSP (85% pour les filles de 3^e secondaire et 90% pour les filles de 4^e primaire) ont été utilisés comme cible dans la plupart des régions. Dans les autres régions, particulièrement des régions plus rurales, on a utilisé comme cible les CV habituellement atteintes pour les programmes scolaires de vaccination (ex : HB en 4^e primaire et dcaT-Polio en 3^e secondaire), globalement dans la région ou à l'échelle des CSSS.

Pour les filles de 4^e et 5^e secondaire, lorsque la vaccination était offerte à l'école, les responsables ont dû anticiper une CV en fonction de critères relativement arbitraires. Dans certaines régions, une CV de 80 à 85% a été anticipée, tandis que dans d'autres régions on a anticipé une CV plus élevée (95 à 100%) compte tenu de la forte tradition de vaccination scolaire et des résultats habituellement élevés de CV. Ces proportions ont été appliquées globalement à l'ensemble des filles ou de manière distincte selon les sous-groupes d'âges (ex. 15 ans, 16 ans ou 17 ans), des proportions plus élevées étant généralement appliquées aux filles plus jeunes (3^e sec) en comparaison de celles attribuées aux adolescentes plus âgées. Ces ajustements ont été faits selon qu'on anticipait une bonne réponse ou, au contraire, une réponse mitigée.

À partir de ces estimations, les responsables d'une région ont établi 2 scénarios de vaccination impliquant soit une vaccination scolaire 3^e sec seulement ou une vaccination élargie à d'autres niveaux scolaires.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

Pour estimer les nombres de filles qui seraient vaccinées hors du milieu scolaire, devant l'absence d'outils pour ce faire, on a entre autres consulté les infirmières du réseau SIDEPE et des discussions ont eu lieu parmi les responsables régionaux pour déterminer des CV potentielles à atteindre dans ces groupes. Comme source de données, la majorité ont utilisé les projections d'effectifs de population de l'ISQ (2003, 2005, 2007, 2008), d'autres ont utilisé les données de Statistiques Canada. Pour les filles de 14-17 ans, une CV de 30% a été anticipée dans plusieurs régions (n=5), mais l'estimé variait de 10% à 70%. Pour les filles à risque de 9-13 ans, une CV de 10% a été anticipée dans plusieurs régions (n=5), mais elle variait de 2 à 30% et parfois aucun estimé n'était fait pour cette clientèle. Dans une région on a estimé spécifiquement la proportion de décrocheuses âgées de 17 ans.

Quant à la population autochtone, on a utilisé les données du système d'inscription des indiens (ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, 2006, 2007-2012) ou de Santé Canada, pour lesquelles on a généralement considéré que 90 à 100 % des filles de 9-17 ans seraient vaccinées. Autrement, dans certains cas, un nombre relativement arbitraire de doses a été ajouté aux autres estimés pour prendre en compte la population autochtone.

Au nombre total de doses nécessaires évalué, dans certaines régions, on s'est laissé finalement une marge de manœuvre variant de 8 à 10 % du total de doses estimées.

Pour la deuxième année du programme, les estimations ont été revues en fonction du nombre d'élèves inscrits l'année précédente et des résultats de CV obtenus lors de la première année. Dans plusieurs régions, les estimations pour la clientèle hors scolaire ont été revues à la baisse. Un répondant dit n'avoir considéré que la clientèle scolaire, alors que certains affirment avoir fait deux estimés, un incluant la clientèle hors scolaire et l'autre excluant cette clientèle. D'autres critères ont été considérés, par exemple le fait qu'une bonne partie des filles de 4^e et 5^e secondaire aient été vaccinées à l'école en 2008-2009, le nombre de doses distribuées pour la clientèle hors scolaire ou encore le nombre de doses restantes de l'année précédente, la modification du critère d'âge pour l'accès au vaccin gratuit ainsi que les délais de livraison à anticiper. Dans une région, on a aussi ajouté 4% de doses supplémentaires pour tenir compte de l'accroissement de la population.

2. Commentaires sur la démarche d'estimation des doses

On déplore le manque de balises claires émanant du MSSS pour calculer ces estimés. Plusieurs commentaires sont à l'effet que la démarche d'estimation était basée sur des critères flous. L'expérience des répondants, leur « feeling » et leur connaissance des territoires ont dû être mis à contribution. L'expertise des collègues et des consultations auprès d'autres responsables régionaux ont également aidé.

Alors que dans certaines régions on a avoué avoir surestimé les quantités nécessaires, ailleurs, les estimations ont été faites de manière plus serrée, faisant en sorte que dans certains cas des doses de vaccins ont été redistribuées à partir des régions en surplus vers des régions en pénurie (voir section 3.1). Plusieurs estimés ont été demandés par le MSSS et plusieurs ajustements ont été faits en cours d'année.

Par ailleurs, des différences ont été observées entre les dénominateurs fournis par le MÉQ et ceux fournis par les infirmières scolaires.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

3. Attribution des doses et soutien financier pour la vaccination contre les VPH

3.1 Attribution des doses de vaccin

Les commentaires des répondants concernant l'attribution des doses de vaccin aux directions de santé publique (DSP) pour l'année 2008-2009 sont partagés. Certains répondants affirment qu'il n'y a pas d'écart entre le nombre de doses estimé et commandé par la DSP pour leur région et le nombre de doses alloué par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dans les circonstances, le nombre de doses reçu a été suffisant pour répondre à la demande.

D'autres répondants soutiennent plutôt que le nombre de doses alloué par le MSSS s'est révélé supérieur à celui estimé et commandé ou encore que la région a surestimé le nombre de doses requis. Dans plusieurs cas, des doses reçues en trop ont été données à d'autres régions.

Enfin, d'autres répondants précisent que le nombre de doses reçu du MSSS a été inférieur au nombre de doses estimé pour leur région. Toutefois, dans tous les cas, le nombre de doses reçu a été suffisant pour répondre à la demande, du moins pour la clientèle scolaire, l'estimation des besoins ayant été assez exacte ou légèrement supérieure aux besoins réels. Certaines régions ont même pu donner des doses de vaccin à d'autres régions.

Par ailleurs, pour l'année 2009-2010, la majorité des répondants indiquent avoir reçu du MSSS une quantité de doses correspondant à la quantité demandée pour la région ou encore que le nombre de doses reçu s'est avéré suffisant pour répondre à la demande, du moins pour la clientèle scolaire. Certains répondants font valoir que la quantité de doses de vaccin reçue du MSSS, à laquelle s'est ajouté le nombre de doses restantes de l'année précédente dans les dépôts régionaux, a permis de combler les besoins de la région. D'autres participants font part d'un écart négatif entre le nombre de doses demandé et le nombre de doses reçu du MSSS. L'un de ces répondants juge que cet écart était considérable et qu'il a eu un impact important sur l'offre de service.

3.2 Soutien financier

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

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants

4. Outils mis à la disposition des régions pour l'implantation du programme et formation reçue du MSSS

4.1 Outils d'aide à l'implantation du programme

Les répondants témoignent, de façon unanime, d'une appréciation très positive des outils fournis par le MSSS pour soutenir l'implantation du programme de vaccination contre les VPH. Le document *Questions/Réponses*, le modèle de formation PowerPoint, les dépliants et le formulaire de consentement sont, dans l'ensemble, très appréciés et considérés pertinents, adéquats et très utiles. Ainsi, de l'avis des répondants, le document *Questions/Réponses* a permis de répondre à des questionnements, a été disponible dans un délai adéquat, a été utile comme aide-mémoire pour les vaccinateurs et a favorisé une meilleure planification et un meilleur suivi pour les questions lors des rencontres préparatoires dans les écoles.

Dans le même sens, certains participants formulent des commentaires positifs à l'endroit du Groupe provincial de soutien à l'implantation du programme. On apprécie particulièrement le soutien reçu, la disponibilité des membres du groupe, la rapidité des réponses obtenues, la mise à jour des outils et l'information complète reçue qui correspond véritablement aux besoins. On considère également que le groupe est bien rodé et que peu de lacunes sont observées, en dépit de la complexité de l'implantation d'un tel programme de vaccination.

Malgré l'appréciation globale positive des outils proposés, certaines réserves sont formulées à leur endroit. Ainsi, bien que l'on se dise satisfait des outils disponibles, on déplore que ces instruments ne soient pas adaptés pour une clientèle immigrante ou une population multiethnique. Par ailleurs, en dépit de la qualité reconnue des *Questions/Réponses*, certaines réponses fournies dans les versions préliminaires de l'outil ne semblaient pas claires, leur interprétation se révélant parfois ambiguë. De plus, dans une région, le format des *Questions/Réponses* a été jugé trop long et l'outil a dû être simplifié et adapté pour les CSSS.

Pour ce qui a trait aux outils proposés pour les parents, ils sont jugés trop nombreux et devraient, de l'avis d'un répondant, être mieux ciblés. Selon certains parents, le dépliant serait trop long. De plus, le formulaire de consentement utilisé lors de la première année du programme, pour la 4^e primaire, était considéré difficile à comprendre, nécessitant parfois l'aide de l'infirmière pour le remplir, et prêtait à confusion chez certains parents qui ont des garçons.

Bien que jugées correctes et ne requérant aucune révision par un répondant, les grilles de collecte et de compilation des données proposées par le MSSS font l'objet de plusieurs critiques de tous les autres répondants. Ces grilles sont décrites comme étant complexes, difficiles à remplir et nécessitant beaucoup de travail pour les infirmières, particulièrement les grilles de compilation hebdomadaire, lors de la première année du programme. La façon de compiler les données soulevait également plusieurs questions qui sont demeurées en suspens (ex. : doubleurs, élèves déménagés après la première dose de vaccin). Les outils ont parfois nécessité un soutien important de la DSP auprès des infirmières scolaires. L'absence de consignes accompagnant les grilles est aussi soulignée. Des régions ont par ailleurs modifié et adapté ces grilles pour faciliter le travail des infirmières alors que certaines grilles, jugées trop complexes (ex. : grille par école/élève), n'ont pas été utilisées. Enfin, on s'interroge sur l'utilité et la pertinence des données

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

hebdomadaires et on recommande qu'un nombre moins élevé de grilles soit utilisé, au profit de données plus fiables.

Par ailleurs, deux points de vue divergents sont formulés concernant le retour d'information au MSSS. À l'instar des autres participants, un répondant considère que la date de retour proposée est réaliste. Un autre juge toutefois le délai alloué trop serré pour les infirmières qui, en fin d'année scolaire, n'ont pas le temps de compiler les données recueillies. D'autre part, on souligne que dans certaines régions, bien qu'elles soient recueillies et compilées, les données de vaccination des élèves de 4^e et 5^e secondaire et de vaccination hors scolaire ne sont pas transmises au MSSS puisque non requises.

4.2 Formation reçue par les répondants des DSP

Les propos des répondants au sujet de la formation qu'ils ont reçue sont plutôt imprécis. Certains disent ne pas avoir reçu de formation alors que d'autres ne s'en rappellent pas. Quelques-uns disent avoir reçu une formation mais ne sont pas certains des modalités (par ex : formation dans le cadre des JASP ou lors d'une rencontre? Formation offerte par l'INSPQ ou par le MSSS?). D'autres ont par ailleurs utilisé le PowerPoint proposé par le MSSS comme outil d'autoformation.

5. Processus de décision concernant l'offre de service hors scolaire

Le processus de décision concernant l'offre de service de vaccination hors scolaire présente plusieurs similitudes entre les différentes régions. Tel que décrit par plusieurs participants, cette offre de service découle généralement d'une prise de position commune des CSSS du territoire. La décision des CSSS fait souvent écho à une stratégie ou à une position régionale soumise par la DSP aux responsables locaux de santé publique et aux gestionnaires des CSSS. L'orientation régionale adoptée est parfois mise en œuvre dans les CSSS selon des modalités différentes, en fonction d'une offre de service adaptée aux caractéristiques de chaque territoire (ex. : milieu rural ou milieu urbain). En ce qui a trait à l'offre de service pour les communautés autochtones, on souligne qu'elle s'actualise en fonction des ententes établies à ce sujet avec les territoires concernés.

6. Gestion du programme et soutien offert aux vaccinateurs

6.1 Distribution des vaccins

Les commentaires des répondants décrivent des modalités de distribution des vaccins dans leur région qui se révèlent largement similaires. Les commandes sont généralement placées par les établissements auprès de la DSP, ou encore directement auprès du dépôt régional. Les sites de distribution des vaccins par les CSSS correspondent, dans la majorité des régions, soit aux CLSC, soit aux différents points de service des CLSC. Dans plusieurs DSP, peu ou pas de distribution de vaccin n'est effectué en pharmacie, en clinique médicale (incluant GMF), en clinique privée et en Centre jeunesse. Un répondant souligne d'ailleurs que la vaccination en pharmacie génère beaucoup de travail de gestion pour la DSP et qu'on ne souhaite plus soutenir ces interventions.

Pour ce qui concerne les communautés autochtones, la distribution aux centres de santé autochtones se fait soit par le dépôt régional, soit par le CSSS. Pour les CSSS, on considère qu'il s'agit d'une gestion

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

distincte des produits immunisants. Le nombre de sites de distribution correspond alors au nombre de centres de santé.

6.2 Contrat avec les vaccinateurs

Les commentaires des participants révèlent que la signature de l'entente relative à la gestion des produits immunisants constitue le prérequis à l'accès aux vaccins contre les VPH pour les vaccinateurs hors CSSS (ex. : clinique médicale, GMF). Dans certains cas, le contrat ne comporte aucune clause spécifique au vaccin contre les VPH, mais les critères d'admissibilité du MSSS pour l'accès gratuit aux vaccins sont en vigueur, soit : 1) respecter les normes de gestion des produits immunisants; 2) détenir une assurance couvrant les pertes liées à l'inventaire de vaccins; 3) compléter un bordereau de vaccination pour chaque dose administrée et le retourner à la DSP.

Pour d'autres DSP, une entente spécifique pour la distribution du vaccin VPH est utilisée ou une section supplémentaire spécifique à la vaccination contre les VPH est ajoutée au contrat habituel afin de préciser les engagements que doivent respecter les vaccinateurs privés. Ces clauses additionnelles font généralement référence aux critères d'admissibilité mentionnés ci-haut. Dans certains cas, on précise également d'autres normes à respecter, comme la clientèle à vacciner (ex. : uniquement les filles de 14 à 17 ans n'ayant pu bénéficier de la vaccination scolaire et les filles de 9 à 14 ans à risque, avec autorisation parentale), l'obligation de détenir un *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) et de suivre les recommandations concernant le calendrier et l'administration du vaccin, ou encore la transmission régulière à la DSP des grilles de température du réfrigérateur utilisé pour la conservation des vaccins.

6.3 Gestion des produits immunisants

En plus de la gestion habituelle des produits immunisants, les régions ont mis en place un suivi serré et rigoureux des doses de vaccin contre les VPH distribuées aux CSSS et aux vaccinateurs privés. On souligne, par exemple, que le nombre de doses distribuées aux CSSS prend en considération le nombre d'élèves inscrits dans les écoles ou encore que toutes les commandes de vaccins font l'objet d'une approbation par la personne responsable de la gestion des produits immunisants à la DSP. De plus, en raison de la reddition de compte demandée par le MSSS, la DSP assure un décompte plus fréquent des vaccins administrés et des vaccins restants.

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

Enfin, de l'avis de quelques participants, la gestion des produits immunisants reliée à la vaccination contre les VPH a entraîné un travail important de gestion administrative. Elle a aussi nécessité, dans certaines régions, l'achat de réfrigérateurs supplémentaires permettant d'entreposer la quantité importante de vaccins contre les VPH.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

6.4 Assurance de la qualité

Les quelques commentaires des répondants concernant le contrôle de la qualité auprès des vaccinateurs pour la gestion des produits immunisants montrent que très peu de régions effectuent des visites de contrôle et d'évaluation. De même, aucune visite spécifique au vaccin contre les VPH n'est prévue. On souligne toutefois que des rappels aux CSSS et aux communautés autochtones sont régulièrement intégrés aux différentes formations offertes et aux communications transmises par la DSP. Par ailleurs, un répondant précise que les vaccinateurs hors CSSS ne retournent pas régulièrement les bordereaux de vaccination. Dans les circonstances, la DSP prévoit cesser la distribution de vaccins scolaires aux vaccinateurs privés et, à compter de septembre 2010, confier la responsabilité de la vaccination hors scolaire aux CSSS, la demande à ce sujet étant d'ailleurs plutôt faible dans cette région. Un autre répondant signale que les bordereaux de vaccination transmis par les vaccinateurs hors CSSS font l'objet d'une vérification rigoureuse afin de s'assurer du respect des critères d'admissibilité des filles vaccinées.

Enfin, un répondant précise que les visites d'évaluation de la gestion des produits immunisants dans sa région sont réalisées à tous les cinq ans et un autre mentionne que ces visites ont lieu depuis 2008 et qu'elles se répètent annuellement.

6.5 Consignation et transmission des données

Dans plusieurs régions, les données de vaccination contre les VPH sont saisies par les CSSS à l'aide du système I-CLSC et elles ne sont pas transférées à la DSP. À cet égard, on déplore qu'il soit impossible pour les CSSS utilisateurs de I-CLSC d'obtenir facilement des résultats de couverture vaccinale pour le territoire. Par ailleurs, un répondant souligne que certains CSSS de sa région utilisent plutôt le logiciel utilisé par la DSP et transmettent alors les données à la DSP. Un autre répondant mentionne que les formulaires de vaccination scolaire sont transmis à la DSP où les données sont saisies dans le logiciel régional, pour être par la suite retournées aux CSSS. Pour ce qui a trait aux communautés autochtones, les données de vaccination sont archivées au dossier du patient, mais incluses dans la compilation des données transmise à la DSP à l'aide des grilles fournies par le MSSS. Pour la compilation des données scolaires, les CSSS utilisent pour la plupart les grilles de compilation proposées par le MSSS et retournent ces formulaires à la DSP. Toutefois, certains CSSS ont plutôt eu recours à des outils maison adaptés par les DSP, pour les infirmières scolaires ou pour les communautés autochtones, à partir des grilles fournies par le MSSS.

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

Enfin, de façon générale, aucune donnée de vaccination contre les VPH n'est consignée par les DSP, à l'exception de quelques régions où l'on consigne les données dans un registre de vaccination. Par contre, dans toutes les régions, les compilations pour la vaccination scolaire sont saisies dans un fichier électronique à la DSP. Les résultats de cette compilation sont par la suite transmis au MSSS.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

6.6 Retour d'information aux vaccinateurs

La grande majorité des DSP effectuent un retour d'information aux CSSS relativement à la couverture vaccinale scolaire contre les VPH. Seuls deux répondants révèlent que cette information n'est pas diffusée aux CSSS dans leur région. L'information est généralement transmise aux infirmières vaccinatrices, aux infirmières pivot de chaque CSSS, aux coordonnateurs, aux chefs de programmes et aux directeurs locaux de santé publique des CSSS. Les modalités de retour d'information varient selon les régions. Certaines DSP profitent de rencontres annuelles ou périodiques avec les infirmières scolaires ou les gestionnaires des CSSS pour diffuser les résultats. D'autres ont plutôt recours à un envoi écrit par courriel ou encore transmettent l'information par le biais de bulletins d'information régionaux (ex. : bulletin régional de santé publique, bulletin d'information sur l'immunisation ou sur les maladies transmissibles), du rapport annuel de gestion de l'Agence ou d'un système d'information accessible sur le site Internet de l'Agence.

Les résultats transmis font généralement référence à la couverture vaccinale scolaire contre les VPH et sont présentés pour la région et par CSSS, permettant souvent la comparaison des résultats entre les CSSS. Ils sont aussi parfois transmis par CLSC et par école. Toutefois, quelques répondants soulignent que, dans leur région, les résultats de couverture vaccinale diffusés évitent la comparaison entre les CSSS. On souligne qu'il s'agit là d'une question sensible, particulièrement pour les gestionnaires des CSSS qui se montrent parfois inquiets face à la possibilité d'une diminution de leurs enveloppes budgétaires en cas d'une moins bonne performance en vaccination.

D'autre part, peu de commentaires sont formulés par les répondants relativement au retour d'information aux vaccinateurs hors CSSS. Les quelques propos recueillis à ce sujet montrent que certaines régions diffusent les résultats de couverture vaccinale contre les VPH par le biais d'un bulletin régional. Les autres répondants soulignent qu'aucune information sur les résultats de couverture vaccinale n'est transmise aux vaccinateurs privés dans leur région.

6.7 Formation et soutien aux vaccinateurs

Formation des vaccinateurs

Globalement, l'ensemble des DSP ont offert une formation spécifique à la vaccination contre les VPH aux vaccinateurs de leur région. Un seul participant indique qu'il n'y a pas eu de formation particulière à ce sujet dans sa région, mais que les vaccinateurs ont plutôt eu recours à une autoformation sur les spécificités du vaccin. Des réponses individuelles aux questions des vaccinateurs et des conférences téléphoniques ont toutefois permis de fournir l'information nécessaire.

Dans les autres régions, la durée de la formation offerte par la DSP varie d'une demi-journée à une journée, la durée la plus fréquente étant d'environ 3 heures. La modalité retenue est généralement une formation régionale regroupant toute la clientèle visée, mais certaines DSP adoptent plutôt la formule d'une tournée régionale des CSSS du territoire. En plus de la formation, des DSP prévoient des conférences téléphoniques permettant de répondre aux questions des vaccinateurs, questions particulièrement nombreuses au début de la mise en œuvre du programme en 2008.

Annexe R1-D

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP Commentaires des participants

Les personnes visées par la formation comprennent principalement les infirmières vaccinatrices des CSSS en milieu scolaire. Dans certains cas, d'autres personnes sont aussi invitées à participer à la formation, comme des infirmières des CSSS (ex. : maladies infectieuses, vaccination hors scolaire), des membres de la DSP, des infirmières en GMF, des infirmières des Centres jeunesse et, plus rarement, des vaccinateurs privés, à l'exclusion des médecins. Par ailleurs, bien que les vaccinateurs privés ne soient généralement pas ciblés par la formation, la documentation pertinente leur est transmise et, à leur demande, des rencontres avec des professionnels de la DSP demeurent possibles.

Le plus souvent, le matériel utilisé pour la formation est l'outil de formation PowerPoint du MSSS développé par le comité de soutien à l'implantation du programme VPH, ou une version adaptée de cet outil. Une seule région a développé un outil maison de formation ne s'inspirant pas de l'outil du MSSS, cette formation ayant été élaborée avant que l'outil du MSSS soit disponible. D'autres instruments sont parfois utilisés, comme l'outil *Questions/Réponses* produit par le MSSS, des questionnaires prévus dans le cadre d'une étude visant à évaluer la formation offerte par les DSP, le chapitre du PIQ portant sur la vaccination contre les VPH et la lettre envoyée aux médecins par le directeur national de santé publique.

Le contenu de la formation comprend, notamment, la pertinence du programme de vaccination, les clientèles ciblées, le vaccin, la gestion des produits immunisants, le calendrier de vaccination, les situations particulières, le suivi du programme, les références et différents outils (ex. : dépliant du MSSS, lettres aux enseignants ou aux parents, formulaire de consentement, grilles de compilation).

Formation du personnel de la DSP assigné à la réponse téléphonique

La formation offerte au personnel des DSP assigné à la réponse téléphonique est le plus souvent celle offerte aux infirmières vaccinatrices des CSSS. Dans d'autres cas, la formation s'inscrit à l'intérieur de rencontres d'équipe sous forme de discussions ou de consultation des outils de formation proposés par le MSSS. Enfin, dans quelques cas, aucune formation spécifique à la vaccination contre les VPH n'est prévue, généralement parce que la personne concernée a participé aux travaux du groupe provincial de soutien à l'implantation du programme ou est membre du réseau des responsables en immunisation, et dispose donc de l'information nécessaire.

Soutien aux vaccinateurs

Selon les commentaires des répondants, l'ensemble des DSP offrent aux vaccinateurs de leur territoire un soutien sous forme de réponse téléphonique. Ce soutien est le plus souvent assuré par une infirmière responsable en immunisation, mais également par une personne responsable de la gestion des produits immunisants, par une infirmière aux enquêtes MADO (maladies à déclaration obligatoire) et, au besoin, par un médecin-conseil. Les participants soulignent que les demandes d'information et les questions des vaccinateurs ont été très nombreuses au début de l'implantation du programme de vaccination contre les VPH. Les thèmes abordés portent notamment sur l'information clinique en lien avec le vaccin, la gestion des produits immunisants, le calendrier de vaccination et les conditions d'admissibilité pour la gratuité du vaccin.

D'autres modalités de soutien aux vaccinateurs sont aussi mentionnées. On souligne l'échange fréquent de courriels et la tenue régulière de conférences téléphoniques permettant, entre autres, la réponse aux

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

questions ou la mise à niveau de l'information. On signale également l'envoi aux CSSS des différents outils du MSSS (ex. : *Questions/Réponses*, consignes du MSSS), la diffusion de bulletins d'information régionaux et la mise sur pied, dans certaines régions, d'un comité régional en immunisation ou d'un groupe formé des responsables locaux de vaccination. Enfin, un répondant décrit le soutien particulier qui a été offert par la DSP de sa région aux infirmières scolaires pour la compilation des données de vaccination.

6.8 Rappel auprès des vaccinateurs

Les propos de quelques participants révèlent qu'un rappel auprès des vaccinateurs en CSSS concernant l'offre de vaccination hors scolaire a été effectué, principalement dans la première année du programme. Ce rappel a été réalisé soit lors de rencontres entre la DSP et les responsables locaux de santé publique des CSSS, soit à l'occasion de formations données aux vaccinateurs. Il prend parfois la forme de courriels ou de lettres aux vaccinateurs et aux gestionnaires des CSSS, ou encore d'interventions ponctuelles à l'occasion, par exemple, de communications de vaccinateurs avec les responsables du dossier à la DSP, de conférences téléphoniques avec les gestionnaires des CSSS ou du lancement annuel du programme de vaccination scolaire. Un répondant souligne que la DSP a dû procéder, dans sa région, à une intervention directe auprès de CSSS dont l'offre de service de vaccination hors scolaire s'avérait très restreinte et limitée. Par ailleurs, deux répondants déclarent que la DSP n'a pas procédé à un rappel concernant la vaccination hors scolaire étant donné le manque de doses de vaccin.

7. Promotion et information sur la vaccination contre les VPH

Promotion auprès de la population

Les principales activités de promotion de la vaccination contre les VPH auprès de la population en général comprennent principalement des conférences de presse regroupant parfois des représentants de différents milieux (ex. : DSP, CSSS, milieu scolaire, médecins), des communiqués de presse, des entrevues aux médias locaux ainsi que des articles et annonces publiés dans les journaux locaux. Dans plusieurs régions, le site Internet de l'agence de la santé et des services sociaux prévoit un volet spécifique à la vaccination contre les VPH qui, par exemple, fournit de l'information sur le vaccin, les clientèles cibles, les lieux de vaccination hors scolaire et les horaires de vaccination scolaire, ou encore affiche des liens vers d'autres sites d'information sur les VPH et la vaccination. Dans une région, des rencontres sur la vaccination contre les VPH ont eu lieu, avec la collaboration du CSSS, entre la DSP et les comités de parents des commissions scolaires du territoire. Enfin, dans plusieurs régions, des présentations spécifiques à la vaccination contre les VPH ont été faites par les CSSS en milieu scolaire, à l'intention des enseignants et des élèves.

Promotion auprès des vaccinateurs

Les répondants décrivent différentes activités de promotion de la vaccination contre les VPH réalisées auprès des vaccinateurs de leur région. Dans la majorité des régions, l'annonce de la campagne de vaccination et l'explication du programme et de ses modalités d'application ont été faites par le biais de lettres de la DSP ou d'un bulletin régional aux vaccinateurs en milieu scolaire, en CSSS ou hors CSSS. Dans certains cas, ces informations ont été transmises aux vaccinateurs au cours de la formation annuelle

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

en immunisation. À ces activités particulières, se sont ajoutés des informations écrites transmises lors des commandes de vaccins, des conférences téléphoniques, des échanges de courriels permettant des mises à jour et des rappels aux vaccinateurs ainsi que des documents d'information décrivant, par exemple, les objectifs du programme, la clientèle visée, le calendrier de vaccination, les outils de promotion et les critères d'accessibilité à la vaccination gratuite. Enfin, un répondant mentionne qu'à la première année de l'implantation du programme, les infirmières vaccinatrices ont pu participer à une rencontre d'information organisée par la compagnie pharmaceutique.

Promotion auprès d'autres intervenants

Plusieurs activités de promotion ont aussi été mises en place dans les régions afin d'informer les intervenants de différents milieux sur la vaccination contre les VPH. Dans plusieurs régions, un travail important de sensibilisation et d'information a été réalisé auprès du milieu scolaire. Des rencontres de la DSP avec les directeurs généraux ou les responsables des commissions scolaires, avec les membres d'une table régionale en promotion-prévention en milieu scolaire ou encore avec les représentants d'associations d'écoles privées, ont permis d'expliquer la nature du programme et de solliciter la collaboration des écoles. À cet égard, un participant souligne que ces démarches de sensibilisation auprès du milieu scolaire, réalisées pour la première fois à l'occasion de l'introduction d'un nouveau programme de vaccination, ont permis de créer des liens et ont grandement facilité la tâche lors de la pandémie d'influenza A(H1N1).

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

8. Facteurs favorables et obstacles à l'implantation du programme

L'enquête a permis de vérifier auprès des répondants des DSP leur perception des différents facteurs ayant influencé l'implantation du programme de vaccination contre les VPH.

8.1 Facteurs favorables

Soutien

Plusieurs répondants témoignent d'une appréciation très positive à l'endroit du Groupe provincial de soutien à l'implantation du programme. Ils considèrent que ce groupe a été très aidant et qu'il a offert un bon soutien ainsi que des outils fort utiles. Un répondant souligne pour sa part la communication positive avec le MSSS et le soutien reçu, malgré la pénurie de vaccins. Un autre répondant déclare que l'encadrement et le soutien reçu de la DSP dès le début de l'année 2008 a favorisé la mise en œuvre réussie du programme. Enfin, quelques participants jugent très aidante la mise en place dans les régions de groupes de travail ou de soutien à l'implantation.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

Outils

La plupart des répondants formulent des commentaires positifs en rapport avec les outils fournis par le MSSS pour soutenir la mise en œuvre du programme. On considère que ces outils sont précis, pertinents, originaux et bien adaptés. De l'avis de plusieurs, les outils promotionnels ont permis une meilleure acceptation du programme par la population en général. De plus, on souligne que la diffusion du matériel à l'avance a grandement facilité la tâche.

Attitude face au programme

Un facteur positif mentionné par plusieurs répondants a trait à la bonne réceptivité du programme de vaccination contre les VPH par les réseaux locaux. À cet égard, les participants mettent en évidence la très bonne adhésion à l'utilité et à la pertinence du programme, la croyance en l'efficacité du vaccin et la grande collaboration des CSSS et du milieu scolaire. On souligne également l'attitude proactive des CSSS par rapport à la vaccination, les nombreuses démarches des CSSS auprès du milieu scolaire, la décision des CSSS de certaines régions d'offrir la vaccination aux filles de 4^e et 5^e secondaire malgré un financement réduit et la bonne volonté et l'implication du milieu scolaire.

Par ailleurs, les répondants affirment que l'attitude favorable des vacinateurs à l'endroit de la vaccination contre les VPH et leur croyance en l'efficacité du vaccin sont des facteurs positifs pour l'implantation du programme. L'implication soutenue des infirmières scolaires est particulièrement mise en évidence. Dans une région, on note également que l'intérêt et la motivation des vacinateurs par rapport à cette mesure de protection de la santé ont soutenu les CSSS dans leur décision de fournir un effort supplémentaire pour vacciner, dès la première année du programme, toutes les cohortes de moins de 18 ans.

Enfin, un répondant révèle que l'acceptabilité générale de la vaccination par la population de la région a grandement favorisé l'introduction du nouveau programme de vaccination contre les VPH.

Planification et organisation

Les participants soutiennent que la préparation provinciale préalable à l'implantation du programme est un facteur très positif. Cette planification d'environ une année a permis de bien préparer le réseau à l'introduction du programme de vaccination contre les VPH. Elle a ainsi permis aux CSSS de faire accepter l'idée de ce nouveau vaccin et du programme à tous les intervenants concernés et aux personnes indirectement touchées par l'ampleur de l'activité. Le travail préparatoire et les nombreuses rencontres tenues par les CSSS avant le début de l'implantation (ex. : infirmières scolaires et infirmières des services généraux du CSSS, comités de parents, commissions scolaires) ont été très aidantes et ont permis d'atténuer les réticences. De plus, les rencontres des CSSS avec diverses instances régionales (ex. : DRMG), par exemple pour convenir de l'offre de service hors scolaire, ont favorisé l'acceptabilité du programme par les vacinateurs et ont facilité la planification. Selon un répondant, la bonne planification des besoins en vaccins dès le début a évité les problèmes d'approvisionnement majeur pour les cohortes scolaires. Enfin, on considère que les programmes de vaccination scolaire sont généralement bien rodés, ce qui a certainement facilité la vaccination contre les VPH.

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

Formation des vaccinateurs

De l'avis des répondants, un facteur important ayant facilité l'implantation du programme se rapporte à la formation offerte aux vaccinateurs. Que ce soit sous forme de rencontres d'information, de formation régionale regroupant l'ensemble des vaccinateurs ou de tournée régionale de formation, la formation a permis de joindre l'ensemble des vaccinateurs concernés et de répondre à leurs interrogations. Elle a ainsi contribué à augmenter le niveau de connaissance de ces personnes sur tous les aspects du programme.

Communication

Les différentes communications mises en place dans les régions sont mentionnées comme autre élément ayant facilité l'implantation du programme. Les conférences de presse regroupant des personnes significatives de différents milieux concernés par le programme, les conférences téléphoniques de la DSP avec les CSSS, les différents réseaux de communication établis entre la DSP et les établissements vaccinateurs ainsi que les rencontres et discussions de la DSP et du MSSS avec des groupes significatifs (ex. : pédiatres, gynécologues, groupes de femmes) représentent autant de moyens considérés efficaces pour favoriser l'acceptabilité et la mise en œuvre du programme.

Ressources

Enfin, les répondants considèrent comme facteur favorable le financement reçu du MSSS pour la vaccination et, dans certaines régions, le financement alloué par la DSP pour la vaccination des filles de 4^e et 5^e secondaire.

8.2 Obstacles

Gestion des produits immunisants

Les principaux obstacles à la mise en œuvre du programme que soulignent les répondants concernent la gestion des produits immunisants. Premièrement, l'absence de directives claires et de consignes du ministère pour l'estimation des besoins en doses de vaccin a engendré une disparité dans l'offre de service entre les régions. De plus, l'absence de définition de la clientèle hors scolaire et de critères permettant d'estimer le nombre de doses requis, a entraîné des difficultés dans la planification de l'offre de service hors scolaire. Cette situation, qui a créé inutilement beaucoup de stress, est décrite comme un irritant pour la gestion des vaccins et a suscité chez certains un vif sentiment d'iniquité entre les régions. À ce sujet, un répondant affirme que le MSSS doit faire preuve de fermeté dans l'attribution des doses de vaccin, qu'il doit refuser des variations régionales dans l'application du programme et qu'il lui appartient de déterminer ses propres critères d'application de ses programmes.

De nombreux commentaires mettent aussi en évidence les difficultés rencontrées en rapport avec l'approvisionnement en vaccins. Pour plusieurs répondants, la pénurie et le manque de vaccins, voire le rationnement, et les délais de livraison figurent comme des obstacles majeurs avec lesquels les régions ont eu à composer. La clientèle hors scolaire et les filles de 4^e et 5^e secondaire vaccinées en CSSS ont souvent été les plus touchées par cette situation. Des CSSS ont dû mettre en place des listes d'attente et

Annexe R1-D

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP Commentaires des participants

réorganiser leurs services. De plus, l'obligation d'interrompre la vaccination en 2009 en raison d'un manque de vaccins a aussi causé un impact négatif chez la clientèle.

Par ailleurs, un répondant fait part d'un problème vécu dans une région, difficulté non spécifique à la vaccination contre les VPH, concernant l'absence d'un système adéquat de gestion des produits immunisants. Cette situation donnerait lieu à un contrôle moins rigoureux des produits immunisants.

Planification et organisation

En ce qui a trait à la planification et à l'organisation de la vaccination, les difficultés rapportées par les répondants concernent la modification des orientations par le MSSS et les imprécisions qui ont longtemps persisté par rapport aux critères d'admissibilité à la vaccination gratuite.

D'autres commentaires font état de la confusion chez les vaccinateurs et des nombreux questionnements qui ont entouré l'introduction simultanée du vaccin contre les VPH et le changement de vaccin contre l'hépatite B par le Twinrix.

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

Ressources

Un premier commentaire concernant les ressources financières allouées pour la vaccination déplore la réduction de l'allocation précédemment annoncée par le MSSS. Cette baisse de subvention a compromis temporairement le rattrapage prévu pour les filles de 4^e et 5^e secondaire. Un second commentaire révèle que le financement accordé par la DSP a été jugé insuffisant par un CSSS de la région, compte tenu de la méthode de calcul utilisée pour établir la population de filles à vacciner.

D'autre part, des répondants soulignent le manque de ressources infirmières dans les CSSS et la pénurie de personnel qualifié pour la vaccination. On insiste aussi sur le fait que l'implantation du programme de vaccination contre les VPH a occasionné une importante mobilisation des ressources tout en ajoutant à la charge de travail des infirmières. Ces dernières considèrent la vaccination contre les VPH comme très importante mais révèlent qu'elles doivent parfois délaissé d'autres activités, également importantes, compte tenu de l'ampleur de la tâche, ou encore réorganiser leur travail dans les écoles.

Information

Une difficulté décrite par quelques répondants fait référence à la demande du MSSS, lors de la première année du programme, d'obtenir des données hebdomadaires sur la vaccination. Cette demande n'a pas été appréciée par les CSSS qui l'ont perçue comme un surplus de travail. Elle a également nécessité

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

beaucoup de travail, de suivi et de soutien de la part des DSP. Plusieurs s'interrogent d'ailleurs sur la pertinence de cette demande ainsi que sur la qualité et la fiabilité des données ainsi obtenues.

Communication

Quelques répondants révèlent que les informations transmises par différents groupes anti-vaccination, notamment dans les médias et sur Internet, ont nui à la campagne de vaccination contre les VPH et ont pu susciter une baisse d'intérêt en raison de la mauvaise presse. Par ailleurs, certains révèlent que la médiatisation du décès d'une jeune fille associé au vaccin contre les VPH a entraîné, de façon temporaire, plusieurs refus de vaccination. Toutefois, de l'avis des participants, bien que ces messages aient pu nuire à la campagne de vaccination dans leur région, les effets négatifs ne sont pas quantifiables ou ont eu peu d'impact sur les couvertures vaccinales.

Outils

Les délais de livraison des outils lors de la première année du programme en 2008 ont été perçus comme un irritant par des CSSS.

8.3 Autre facteur : pandémie d'influenza A(H1N1)

L'influence de la pandémie d'influenza A(H1N1) survenue en 2009 sur l'implantation du programme de vaccination contre les VPH fait l'objet de plusieurs commentaires des répondants. Plusieurs déclarent que la pandémie n'a pas affecté le programme de vaccination contre les VPH pour ce qui est du calendrier vaccinal. La vaccination en 4^e primaire et en 3^e secondaire a pu être réalisée comme prévu en 2009-2010 et il n'y a pas eu de report de doses.

D'autres répondants révèlent toutefois que la pandémie a causé un léger délai dans le calendrier vaccinal, sans occasionner de report, ou que le calendrier de vaccination et les délais entre les doses ont été ajustés, tel que suggéré par le MSSS. Seules deux régions ont reporté une partie de la vaccination à l'automne 2010 (ex. : troisième dose pour filles de 3^e secondaire en septembre 2010; report de la vaccination de 4^e primaire en septembre 2010).

Enfin, certains affirment que la pandémie a bousculé les horaires et la logistique de la seconde année d'implantation du programme. De plus, les filles et les parents ont été, à ce moment, plus difficiles à convaincre par rapport à l'intérêt et à la pertinence de la vaccination contre les VPH. Quelques répondants suggèrent également, sans toutefois pouvoir le démontrer de façon probante, que des réductions observées dans les couvertures vaccinales seraient attribuables à la pandémie.

9. Impact du programme sur les autres programmes de santé publique

Quelques répondants déclarent que l'introduction du programme de vaccination contre les VPH n'a pas eu d'impact véritable sur les autres programmes de santé publique. Toutefois, la majorité des participants font part de conséquences observées, à la DSP, en CSSS et en milieu scolaire.

Annexe R1-D

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP Commentaires des participants

De l'avis des répondants, avec l'implantation du programme de vaccination contre les VPH, les équipes de santé publique à la DSP ont connu une augmentation de leur tâche de travail, principalement dans les équipes comptant peu de ressources. Cet impact s'est surtout fait sentir lors de la première année du programme où l'on a dû consacrer beaucoup de temps à ce dossier et répondre à de nombreuses questions. D'autre part, les démarches requises pour l'achat de nouveaux réfrigérateurs pour l'entreposage des vaccins ont nécessité beaucoup de travail de gestion administrative.

Un impact du programme de vaccination contre les VPH a aussi été observé en CSSS. On souligne que les ressources humaines des CSSS ont dû intégrer ce nouveau programme à leur tâche déjà chargée. Dans certains CSSS, on a dû mettre en place un système particulier de prise de rendez-vous pour cette vaccination. Dans d'autres cas, l'offre de service de vaccination hors scolaire a quelque peu perturbé les cliniques régulières pour adultes.

Enfin, les répondants décrivent l'impact qu'a eu en milieu scolaire, principalement chez les infirmières scolaires, l'introduction du programme de vaccination contre les VPH. On souligne que les infirmières scolaires ont connu une augmentation de leur charge de travail et que l'implantation du programme a nécessité beaucoup d'interventions et de démarches de leur part (ex. : réponses aux questions des parents, des enseignants et des élèves, validation des formulaires d'autorisation à la vaccination). On mentionne aussi que le fait de vacciner uniquement les filles a imposé un changement important dans la planification et la gestion du travail en milieu scolaire. Dans un cas, une réorganisation de l'horaire de travail de l'infirmière scolaire a été nécessaire pour lui permettre de joindre toutes les élèves ciblées. Finalement, des participants révèlent que, dans certains CSSS, on constate une disponibilité moins grande à la réalisation d'activités de promotion-prévention en milieu scolaire ou encore que certaines activités de promotion à l'école ont été mises de côté, les infirmières scolaires ayant moins de disponibilité pour d'autres programmes.

10. Particularités régionales

L'enquête auprès des DSP a exploré auprès des répondants les particularités de leur région susceptibles d'influencer la mise en œuvre du programme de vaccination contre les VPH. Les commentaires formulés à ce sujet mettent en évidence le fait que la présence de communautés autochtones dans le territoire touche les DSP, d'une part, et exerce une influence certaine sur le déroulement de la vaccination contre les VPH et sur les données de couverture vaccinale, d'autre part.

Premièrement, certaines DSP ont à assumer différentes responsabilités liées à la vaccination contre les VPH pour les communautés autochtones, comme l'estimation des doses de vaccin, la distribution des vaccins et la gestion des données de vaccination. Les DSP offrent également aux centres de santé des réserves autochtones un soutien clinique et une expertise, en dépit du fait que ces établissements relèvent de Santé Canada.

Deuxièmement, les participants décrivent certaines particularités de la vaccination contre les VPH en milieu autochtone. Contrairement à ce qui existe ailleurs, la vaccination VPH est offerte à toutes les filles de 9 à 17 ans. La vaccination se fait parfois au centre de santé de la réserve, mais le plus souvent à l'école que fréquente la jeune fille, soit à l'école régulière du territoire, soit à l'école de la réserve. Lorsque la vaccination est offerte à l'école régulière et que l'on réussit à joindre les jeunes filles, il devient facile de

Annexe R1-D

Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP Commentaires des participants

les vacciner et l'on obtient alors de bonnes couvertures vaccinales. Toutefois, lorsque la vaccination est offerte à l'école de la réserve, la demande de vaccination est assez faible, les adolescentes adhérant peu au programme, et les couvertures vaccinales sont peu élevées. On observe aussi d'importants problèmes d'absentéisme scolaire de même que des difficultés liées au respect du calendrier vaccinal dans les territoires autochtones. De l'avis des répondants, ces situations expliquent, pour une large part, les faibles couvertures vaccinales obtenues.

Troisièmement, les répondants font valoir les difficultés fréquemment rencontrées concernant l'obtention et la diffusion des données liées aux couvertures vaccinales des communautés autochtones. Lorsque la vaccination contre les VPH se déroule à l'école régulière du territoire que fréquentent les adolescentes autochtones, les données de vaccination de ces filles sont généralement transmises au CSSS et à la DSP et intégrées à la couverture vaccinale du CSSS et de la région. Cependant, la situation est souvent différente lorsque la vaccination est faite à l'école de la réserve. Parfois, la couverture vaccinale n'est pas calculée. Lorsque les données sont disponibles, elles ne sont souvent pas transmises au CSSS ou encore elles sont difficiles à obtenir. Il en résulte que, dans la majorité des régions où sont présentes des réserves autochtones, les données vaccinales des filles de ces communautés ne sont pas intégrées à la couverture vaccinale régionale. Un répondant insiste d'ailleurs sur les enjeux de communication que cette situation engendre, les données de vaccination de certaines communautés autochtones étant parfois incluses dans la couverture vaccinale régionale, alors que celles d'autres communautés autochtones ne le sont pas.

Enfin, pour les autres régions ne comptant aucune communauté autochtone dans leur territoire, quelques situations ou particularités ont pu influencer sur la mise en œuvre du programme de vaccination contre les VPH. On note, par exemple, que la fluctuation des ressources humaines dans les CSSS a pu influencer négativement le déroulement de la vaccination. On mentionne aussi, dans certaines régions, la présence habituelle de quelques groupes de résistance à la vaccination et l'attitude négative de certains parents rébarbatifs à la vaccination. Enfin, certains répondants décrivent différentes réalités observées dans des CSSS de leur territoire, comme par exemple des milieux davantage francophones, anglophones ou juifs, des secteurs comptant un nombre élevé d'écoles privées ou encore des secteurs regroupant plusieurs origines ethniques différentes. Un répondant précise que cette situation ne pose aucune difficulté, la vaccination contre les VPH ayant été généralement bien acceptée dans les écoles. Deux répondants constatent toutefois une couverture vaccinale plus faible dans les milieux anglophones, l'un d'eux attribuant ce phénomène à une moins grande ouverture des parents par rapport à la vaccination contre les VPH.

11. Commentaires sur les résultats de CV obtenus lors des deux premières années du programme

Les participants rapportent une grande variabilité des résultats entre les territoires de CSSS, en particulier en 2009-2010 avec un écart de plus de 30 % observé dans certaines régions. Une importante baisse des CV est également observée dans certaines régions entre la première et la deuxième année du programme. L'un des répondants attribue cette baisse au fait que certaines données n'ont pas été transmises (en lien possiblement avec un problème d'assiduité pour la compilation des données en 2009) et également à la façon de calculer la CV qui ferait en sorte que les résultats sont sous-estimés. En effet, dans l'un des territoires de cette région, on a observé une importante proportion de doubleurs et d'élèves en classe spéciale en 2009-2010 et ces élèves n'ont pas été considérées au numérateur (car vaccinées l'année précédente) bien qu'elles soient incluses au dénominateur. Dans une autre région, les résultats de CV sont

**Résultats de l'enquête auprès des responsables des DSP
Commentaires des participants**

nettement plus faibles dans l'un des territoires pour l'année 2009-2010 et cela pourrait s'expliquer par des difficultés à avoir la collaboration d'un groupe d'élèves en particulier qui ne se présentent pas toujours à leur RV et pour lesquels les infirmières doivent insister pour obtenir le formulaire de consentement. Cela pourrait expliquer, du moins en partie, la baisse de CV dans ce territoire en 2009-2010. Par ailleurs, deux autres répondants ont mentionné que leurs résultats pour l'année 2009-2010 n'incluaient pas les données de certains territoires où la 3^e dose VPH avait été reportée en septembre 2010 en raison de la pandémie.

En ce qui concerne la vaccination des filles de 4^e et 5^e secondaire, dans les régions où cette clientèle était vaccinée à l'école, la majorité des répondants ont calculé des CV et nous ont transmis leurs données. Les résultats sont supérieurs à 80 %.

12. Commentaires généraux

Il se dégage des commentaires exprimés par plusieurs participants une perception globalement positive de l'implantation du programme de vaccination contre les VPH. Les répondants estiment en effet que, de façon générale, l'implantation du programme s'est très bien déroulée, que le programme a été bien accueilli dans les différents milieux et qu'il a rencontré peu d'opposition. Bien qu'une certaine réticence se soit manifestée au début de l'implantation, attitude comparable à celle obtenue face à tout programme de vaccination contre une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS), on observe, dans l'ensemble, une bonne acceptabilité face au programme.

On souligne aussi que, dès la première année, les CSSS se sont bien adaptés à l'introduction de ce nouveau programme de vaccination et ont apporté une bonne collaboration à l'offre de service, ce qui a favorisé une application réussie du programme, un taux de réponse intéressant pour la vaccination hors scolaire et l'atteinte de couvertures vaccinales appréciables en milieu scolaire. À ce sujet, on observe que la couverture vaccinale en 4^e et 5^e secondaire est parfois supérieure étant donné que le consentement à la vaccination est donné par l'adolescente elle-même. On mentionne par ailleurs que le succès de l'implantation du programme peut être attribué, en partie, aux excellents outils de communication fournis par le ministère.

Certains commentaires insistent sur la quantité importante de travail qu'a représentée la mise en œuvre du programme. On évalue néanmoins le tout comme étant très positif et satisfaisant, principalement en raison de l'excellente collaboration des infirmières scolaires. D'autres commentaires mettent l'accent sur la préparation très avantageuse faite au niveau provincial préalablement à l'introduction de ce nouveau programme de vaccination. On juge d'ailleurs qu'il s'agit ici de la meilleure campagne de vaccination, la mieux planifiée et la mieux organisée.

Malgré cette appréciation positive, quelques commentaires plus critiques sont formulés. Ainsi, un répondant estime que ce sont les modifications d'orientation du MSSS qui ont causé le plus de difficultés. Un autre considère que les cibles de couverture vaccinale fixées par le ministère, soit 90 % au primaire et 85 % au secondaire (objectifs du PNSP), sont peu adaptées aux réalités de certaines régions, principalement celles où se retrouvent de grands milieux urbains. Enfin, certains rappellent le problème d'équité entre les régions évoqué précédemment concernant les doses de vaccin allouées, l'absence de directives du MSSS pour l'estimation des besoins de vaccin par les régions et le manque de vaccins.