

Université de Montréal

Description des pratiques vaccinales d'infirmières en situation de refus parental avant et après une formation interactive

Par

Charlie Myriam Julien

Faculté des Sciences Infirmières

En vue de l'obtention du grade

De maître ès sciences (M.Sc)

Option formation

Août 2010

© Charlie Myriam Julien, 2010

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Description des pratiques vaccinales d'infirmières en situation de refus parental avant et après une formation interactive

Présentée par :
Charlie Myriam Julien

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Chantal Caux
Présidente du jury

Caroline Larue
Directrice de recherche

France Dupuis
Membre du jury

Le sommaire

Malgré les succès spectaculaires de l'immunisation comme mesure de santé publique, certains parents continuent de refuser de vacciner leurs enfants (Diekema, 2005). C'est pourquoi qu'au cours des dernières décennies, des éclosions de maladies évitables par la vaccination comme la rougeole et la coqueluche ont été observées au Canada, surtout chez la population non vaccinée (Hinman, 2000). Au Québec, depuis l'entrée en vigueur de la loi 90 en 2003, les infirmières peuvent procéder à la vaccination sans ordonnance individuelle ou collective conformément au Protocole d'Immunisation du Québec (PIQ). Les infirmières québécoises peuvent alors influencer positivement la couverture vaccinale (Sauvageau & al, 2005). Le but de cette étude est d'évaluer les retombées de la formation VIP (**V**accination par les **I**nfirmières/**I**nfirmiers-**P**révention) sur les pratiques vaccinales rapportées par les infirmières (N=12) de CSSS, auprès des parents d'enfants de 0-5 ans lors d'un refus parental. En premier lieu, nous avons identifié et décrit treize pratiques vaccinales en réponse à un refus parental. Par la suite, nous avons identifié des modifications dans certaines des treize pratiques rapportées tel qu'une augmentation dans la description des pratiques de correction des fausses croyances des parents, une amélioration de la justesse des pratiques d'explication et une personnalisation des pratiques décrites.

En conclusion, la formation offerte aux infirmières doit permettre à celles-ci d'identifier les préoccupations parentales et d'y répondre adéquatement en utilisant une information juste et individualisée.

Mots-clés :

pratique vaccinale infirmière, formation continue et refus vaccinal parental.

The summary

In spite of the success of immunization as a public health measure, some parents refuse to vaccinate their children (Diekema, 2005). Over the last couple of decades, outbreaks of vaccine-prevented diseases like whooping cough and measles have been observed in Canada, particularly among the non-vaccinated population (Hinman, 2000). Since the adoption of law 90, nurses in Quebec can provide vaccination without a medical prescription while adhering to the PIQ (Quebec immunization protocol). Nurses in Quebec can, therefore, have a positive impact on immunization uptake in the province (Sauvageau, Boulianne, Clouâtre, Lavoie, & Duval, 2005). The goal of this study was to evaluate the effect of the VIP (**V**accination par les **I**nfirmières/**I**nfirmiers-**P**romotion) teaching program on the practices of community nurses (CSSS) when faced with a parent refusing vaccination. We first described the nursing practices of nurses (N=12) when faced with parents who refused vaccination. We identified and described 13 practices used by nurses when faced with parental refusal. Secondly, we identified modifications in some of the nursing practices after the VIP teaching program.

Nurses must address the fears or questions of parents with pertinent and individualized information. Teaching programs must provide support for nurses to have and maintain an optimal practice.

Key words:

Immunization, treatment refusal, nurses, continuing education

La table des matières

| | |
|---|------|
| Le sommaire | iv |
| The summary | v |
| La table des matières | vi |
| La liste des tableaux | viii |
| La liste des appendices | ix |
| Les remerciements | x |
| | |
| Chapitre I : La problématique..... | 1 |
| Le refus vaccinal..... | 2 |
| But de l'étude | 9 |
| Questions de recherche..... | 10 |
| | |
| Chapitre II : La recension des écrits | 11 |
| La vaccination | 13 |
| Raisons du refus vaccinal parental | 15 |
| La formation VIP : soutien aux infirmières vaccinatrices du Québec..... | 33 |
| Notre étude | 38 |
| | |
| Chapitre III : La méthode | 40 |
| Contexte de la recherche VIP | 41 |
| Population et échantillon de notre étude..... | 42 |
| Instrument de collecte de données..... | 44 |
| Déroulement de la collecte des données..... | 45 |
| Processus d'analyse des données..... | 46 |
| Traitement des données codées | 50 |
| Considérations éthiques..... | 50 |

| | |
|--|----|
| Chapitre IV : L'analyse des résultats..... | 52 |
| Contexte..... | 43 |
| Les pratiques vaccinales décrites en réponse au refus vaccinal | 55 |
| Modifications dans les pratiques vaccinales décrites | 58 |
| | |
| Chapitre V : La discussion | 63 |
| Lien avec la littérature | 64 |
| Les limites de l'étude..... | 68 |
| Références | 72 |
| Appendices | 74 |

La liste des tableaux

| | |
|---|----|
| <u>Tableau I : Succès de la vaccination dans le temps</u> | 14 |
| <u>Tableau II : Opinion des vaccinateurs face à la vaccination</u> | 23 |
| <u>Tableau III : Pratiques des vaccinateurs</u> | 24 |
| <u>Tableau IV : Formation offerte aux infirmières vaccinatrices québécoises</u> | 26 |
| <u>Tableau V : Nombre de JR et de situations analysés</u> | 43 |
| <u>Tableau VI : Échantillon analysé pour mon projet de recherche</u> | 44 |
| <u>Tableau VII : Étapes de la participation au projet de recherche VIP</u> | 45 |
| <u>Tableau VIII : Âge des infirmières, années d’expérience et nombre de jours/mois de vaccination</u> | 43 |
| <u>Tableau IXX : Pratiques vaccinales rapportées par les infirmières</u> | 55 |
| <u>Tableau XX : Qualité des pratiques de correction rapportées après la formation</u> .. | 58 |
| <u>Tableau XXI : Exemples de pratiques réflexives décrites après la formation</u> | 59 |
| <u>Tableau XXII : Données probantes utilisées avant et après formation</u> | 60 |
| <u>Tableau XXII : Ressources utilisées décrites après la formation</u> | 61 |
| <u>Tableau XXIII : Personnalisation des pratiques</u> | 61 |

La liste des appendices

| | |
|---|----|
| Appendice A : La formation VIP | 75 |
| Appendice B : Codes pour analyse des journaux rétrospectifs | 80 |
| Appendice C : Le journal rétrospectif (JR) | 86 |
| Appendice D : Renouvellement du certificat d'éthique pour l'année 2010-2011 | 93 |

Les remerciements

Je remercie ma directrice de recherche, Caroline Larue, pour son encadrement et encouragement tout au long de ce projet. Ses suggestions et ses observations ont été grandement appréciées.

Je remercie aussi tous les membres de l'équipe de recherche VIP (Vaccination par les Infirmières/Infirmiers- Promotion). Ma participation dans l'étude VIP a rendu possible la réalisation de mon projet de recherche.

Je remercie aussi l'équipe infirmière du département de chirurgie cardiaque de l'hôpital Royal-Victoria pour leur soutien et encouragement tout au long de ce projet.

Finalement, je remercie ma famille et mes amis qui m'ont encouragée et soutenue durant les tous premiers moments de la réalisation de ce projet.

Chapitre I : La problématique

La vaccination est probablement la mesure de santé publique ayant sauvé le plus de vie en dehors de l'approvisionnement en eau potable (Hilton, Hunt & Petticrew, 2006?). Au Québec, l'accès à l'immunisation pour la population des enfants de 0 à 5ans est universel ce qui fait que la vaccination représente actuellement la mesure la plus efficace pour prévenir les maladies évitables par la vaccination. Les maladies évitables par la vaccination sont maladies qui peuvent être prévenues par des vaccins (Guide d'immunisation canadien, 2006). Ces maladies réapparaissent lorsque la couverture vaccinale, c'est-à-dire la proportion de la population vaccinée contre une maladie, des populations diminue (Hilton, Hunt & Petticrew, 2006). Ainsi, au cours des dernières décennies, des écloions de rougeole et de coqueluche ont été observées au Canada, surtout chez la population non vaccinée (Hinman, 2000). De plus, depuis les vingt dernières années, les cas de coqueluche n'ont cessé d'augmenter aux États-Unis (Diekema, 2005). Par ailleurs, en Irlande, la couverture vaccinale contre la rougeole a chuté à 76% à la suite de crainte concernant un lien entre ce vaccin et l'autisme. Dans ce pays, le nombre de cas de rougeole est alors passé de 148 en 1999 à 1200 en 2000 (Guide canadien d'immunisation, 2006). Les professionnels de la santé doivent ainsi conjuguer avec l'impact de ces refus sur la santé publique et chercher à maintenir une haute couverture vaccinale.

Le refus vaccinal

Ainsi, malgré les succès spectaculaires de la vaccination comme mesure de santé publique, certains parents continuent de refuser de faire vacciner leurs enfants (Diekema, 2005). Des études ont identifié les raisons évoquées par les parents pour expliquer ce refus. Certains refusent pour des raisons religieuses (Kulig, Meyer, Hill,

Handley, Lichtenberger & Myck, 2002); d'autres sont inquiets quant à la sécurité des vaccins et de leurs effets secondaires (Smailbegovic, Laing & Bedford, 2003; Sporton & Francis 2001). Le manque d'information, les fausses croyances et la pratique de la médecine alternative ont aussi été évoqués pour expliquer le refus parental (Smailbegovic, Laing & Bedford, 2003; Sporton & Francis, 2001). Certains des parents interrogés (30%) considèrent que l'information donnée par les professionnels de la santé n'était pas complète. D'autres croient que les risques de la vaccination sont plus élevés que les risques inhérents à la maladie. Cette croyance était exprimée particulièrement à ce qui a trait au vaccin RRO (Rougeole-Rubéole-Oreillons). D'autres ont suivi les conseils de professionnels de la médecine alternative tels que les homéopathes en particulier.

Le nombre exact de parents refusant la vaccination n'est pas connu, mais Diekema (2005) cite une enquête de l'Académie américaine de pédiatrie effectuée en 2001 qui montre que 70% des pédiatres interrogés ont reçu un parent qui a refusé un vaccin pour leur enfant au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Alors cette question se pose : quelles sont les pratiques des professionnels de la santé en réponse avec le refus vaccinal? Certains auteurs ont décrit les actions que *devraient* privilégier les infirmières et médecins en réponse au refus vaccinal parental (Hinman, 2000; Diekema, 2005; Lyren & Leonard, 2006). Toutefois, ces auteurs ne décrivent pas les actions que *posent* ces infirmières et médecins en réponse au refus vaccinal parental. De plus, à notre connaissance, aucune étude québécoise ne décrit les pratiques rapportées par les professionnels de la santé lors d'un refus vaccinal. Nous avons alors décidé de décrire les pratiques rapportées par des infirmières québécoises

lors d'un refus vaccinal parental. Le choix de cibler les pratiques des infirmières nous semblait pertinent car, en 2003, 50% de la vaccination de base des enfants québécois était effectuée par les infirmières dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), qui ont depuis été réorganisés en centres de santé et de services sociaux (CSSS) (Petit, Letellier, Gauvin, Boulianne & Valiquette, 2007). De plus, selon Sauvageau & al. (2005), les professionnels de la santé sont les plus susceptibles d'influencer positivement la couverture vaccinale. Selon ces auteurs, les infirmières vaccinatrices québécoises sont parmi les professionnels de la santé les plus susceptibles d'influencer positivement la couverture vaccinale. En outre, depuis l'entrée en vigueur de la loi 90 en 2003, modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, les infirmières peuvent procéder à la vaccination sans ordonnance individuelle ou collective conformément au Protocole d'Immunisation du Québec (PIQ) (Sauvageau & al, 2005). Fondé sur les plus récentes connaissances scientifiques, les données probantes et les pratiques exemplaires dans le domaine de la vaccination, le Protocole d'Immunisation du Québec (PIQ) est le document de référence indispensable à toute infirmière vaccinatrice au Québec. Le PIQ encadre maintenant la pratique de toutes les infirmières vaccinatrices au Québec (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2007). Les responsabilités des infirmières vaccinatrices dans la prévention des maladies évitables par la vaccination se sont accrues depuis l'entrée en vigueur de la loi 90 modifiant le Code des professions (Sauvageau & al, 2005).

Pratique vaccinale infirmière

La pratique infirmière vaccinale comporte un éventail de tâches. Selon Petit, Letellier, Gauvin, Boulianne & Valiquette (2007), les pratiques vaccinales sont complexes et elles sont définies comme les actions, tâches et rôles qu'accomplissent les infirmières en lien avec la vaccination. Cette définition permet de documenter plusieurs aspects de la pratique des infirmières vaccinatrices. De plus, elle rejoint la définition décrite par l'OIIQ de la pratique vaccinale infirmière. En effet, dans son document, *«Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière»*, l'OIIQ (2007) décrit la pratique de ces infirmières comme englobant de nombreuses facettes tels promouvoir la vaccination en général, renseigner la population et diffuser une information juste, mettre en place un système de relance et accroître l'accessibilité de la vaccination. Ces pratiques ne se limitent donc pas qu'à la technique d'administration du vaccin. Selon l'OIIQ, les infirmières doivent contribuer à protéger la population contre les maladies évitables par la vaccination et, pour cela, la pratique vaccinale des infirmières doit être optimale et constamment mise à jour.

La formation continue des infirmières vaccinatrices doit alors leur permettre d'acquérir ou de maintenir les compétences professionnelles nécessaires pour accomplir leur rôle. L'American Nurses Association (ANA) définit la formation continue comme toute formation qui va au-delà de la formation de base obligatoire pour l'obtention du droit de pratique en soins infirmiers (Griscti & Jacono, 2006). Ces programmes sont généralement de courte durée et répondent à des besoins spécifiques des infirmières (Gallagher, 2007). Aussi, selon l'ANA, le but de la formation continue est de soutenir l'apprentissage des infirmières tout au long de leur carrière. Elle soutient aussi les

infirmières dans leur développement professionnel (Griscti & Jacono, 2006). La formation continue est nécessaire en raison de l'accroissement des connaissances en sciences infirmières, des changements constants dans le système de santé et, par conséquent, des changements dans le rôle des infirmières. Par ailleurs, le document de l'OIIQ (2007) et le Code de déontologie des infirmières et infirmiers positionnent clairement la formation continue comme étant un soutien essentiel à l'infirmière vaccinatrice étant donné les développements réguliers dans le domaine de la vaccination.

Formation au Québec : état de la situation

Au Québec, Sauvageau et al. (2005) ont dressé un portrait de la formation continue offerte aux infirmières vaccinatrices par l'envoi d'un questionnaire postal aux directrices ou responsables des soins infirmiers d'établissements de santé (DSI/RSI) susceptibles d'offrir la vaccination à leur clientèle. Ces établissements étaient des centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Les résultats de ce sondage révèlent, entre autres, que deux des méthodes de formation privilégiées par ces trois types d'établissements sont le jumelage auprès d'une infirmière d'expérience en vaccination et la lecture personnelle du PIQ.

De plus, l'accent est mis sur les aspects techniques comme les indications, les contre-indications et les urgences liées à la vaccination (Sauvageau & al, 2005). Cependant, les apprentissages sur l'immunologie, les enjeux éthiques et légaux et les obstacles à la vaccination sont peu abordés par les formations à l'embauche et en cours d'emploi alors qu'ils sont jugés importants dans le PIQ (Sauvageau & al, 2005).

D'autres éléments, qui ne sont pas abordés par les programmes de formation, sont les attitudes des infirmières face à la vaccination et la présence de fausses croyances reliées à la vaccination chez celles-ci (Sauvageau & al, 2005). À cet effet, une étude de Dionne & al. (2001) révèle que les infirmières sont moins favorables à la vaccination que les médecins vaccinateurs. De plus, les infirmières se considèrent peu à l'aise à répondre aux questions des parents et à ajuster les retards d'immunisation dans un calendrier vaccinal (Dionne & al, 2001). Des études québécoises révèlent aussi qu'une infirmière sur cinq croit que l'homéopathie et une bonne hygiène de vie *peuvent remplacer* la vaccination et que d'autres encore craignent d'affaiblir le système immunitaire des enfants en les vaccinant (Hudson, Soto, Duchesne, Beauregard, Ouellet & Tapia, 2000; St-Amour, Guay, Clément, Perron, Baron & Petit, 2004). Les lacunes observées dans la formation continue offerte (le jumelage avec une infirmière d'expérience et lecture personnelle du PIQ comme méthodes de formation; l'immunologie, les enjeux éthiques, les enjeux légaux et les obstacles à la vaccination sont peu abordés) nous montrent que les établissements de santé ont besoin d'un soutien dans l'élaboration et la présentation de formation qui puisse favoriser une pratique vaccinale optimale chez les infirmières vaccinatrices.

Solution proposée : Formation VIP

Pour soutenir les infirmières dans une pratique vaccinale optimale, une formation a été élaborée par des chercheuses québécoises suite aux écrits de Sauvageau et al. (2005) et de Dionne et al. (2001). Cette formation, d'une durée de deux jours, a été offerte à l'automne 2006 dans différentes régions du Québec. Intitulée **VIP (Vaccination par les Infirmières/Infirmiers- Promotion)**, cette formation a intégré des éléments absents des

précédentes formations offertes. Les chercheuses ont divisé la formation VIP en quatre blocs : 1) la vaccination comme un acte scientifique, 2) un acte professionnel, 3) un acte relationnel et 4) un acte intégré de santé publique (Letellier, Guimond, Larue, Valiquette, Gauvin, Petit & al, 2006). Notre étude était une analyse secondaire des données recueillies à la suite de la formation VIP. Notre étude avait pour but d'évaluer les retombées de la formation VIP sur les pratiques vaccinales des infirmières.

Les chercheuses de VIP ont proposé le jeu de rôle, l'étude de cas et le travail en équipe comme formules pédagogiques. Elles ont misé sur la variété pour soutenir l'intérêt des participantes et favoriser le développement de la pensée critique. Le soutien des formateurs et l'espace réflexif alloué aux participantes sont, de l'avis des chercheuses de VIP, nécessaires pour que les infirmières portent un regard critique sur leurs pratiques et, pour, favoriser les pratiques vaccinales optimales préconisées par le PIQ.

Évaluation des retombées de la formation

L'efficacité des formations offertes aux personnels vaccinateurs n'a pas été démontrée (Briss, Rodewald, Hinman, Shefer, Bernier, & al, 2000; Sherer, Briss, Rodewald, Bernier, Yusuf, & al, 1999). C'est pourquoi, une attention particulière a été portée à l'évaluation de l'impact de la formation VIP. Quatre instruments de collecte de données furent élaborés : un questionnaire quantitatif auto administré, un formulaire d'évaluation de la formation, une situation clinique simulé et un journal rétrospectif. Le formulaire d'évaluation mesurait le degré de satisfaction des infirmières à l'égard de la formation, la situation clinique simulée a permis de documenter la qualité de l'argumentation des infirmières; le questionnaire quantitatif et le journal rétrospectif ont

permis de documenter les croyances et les pratiques vaccinales telles que rapportées par les infirmières. Comme méthode d'évaluation, les chercheuses ont utilisé un devis quasi-expérimental avec une collecte de données avant et 3 à 4 mois post formation. Ces données ont été recueillies auprès d'infirmières vaccinatrices provenant de différents CSSS¹ du Québec. Le groupe témoin comptait 87 infirmières et le groupe expérimental qui a assisté à la formation VIP comptait 84 infirmières.

Les données recueillies à l'aide du journal rétrospectif (JR) ont permis de décrire ces pratiques. Le journal rétrospectif était un carnet où les infirmières devaient décrire leurs pratiques vaccinales en réponse à quatre situations rencontrées dans leur milieu de travail. Nous avons ciblé les pratiques rapportées lors de situations de refus vaccinal pour analyse. De plus, nous avons comparé les pratiques rapportées par les infirmières dans des situations de refus vaccinal avant la formation et les pratiques rapportées par ces mêmes infirmières après la formation.

But de l'étude

Notre étude avait pour but d'évaluer les retombées de la formation VIP sur les pratiques vaccinales rapportées par les infirmières de CSSS auprès des parents d'enfants de 0-5 ans lors d'un refus vaccinal parental.

¹ Au cours de la réalisation du projet de recherche VIP, les CLSC ont été réorganisés en CSSS. Pour alléger le texte, nous utiliserons le terme CSSS pour désigner les CLSC.

Questions de recherche

Pour atteindre ce but, les questions suivantes étaient posées:

Quelles sont les pratiques vaccinales décrites par les infirmières en réponse au refus vaccinal parental?

Est-ce que la formation VIP a mené à des modifications des pratiques vaccinales rapportées par les infirmières vaccinatrices lors d'un refus vaccinal parental?

Chapitre II : La recension des écrits

Les questions de recherche indiquent les priorités dans la recension des données (Miles & Huberman, 2003). Nos questions de recherche étaient:

Quelles sont les pratiques vaccinales décrites par les infirmières en réponse au refus vaccinal parental?

Est-ce que la formation VIP a mené à des modifications des pratiques vaccinales rapportées par les infirmières vaccinatrices lors d'un refus vaccinal parental?

De ces questions de recherche, les concepts-clés suivants ont été identifiés: *pratique vaccinale infirmière, formation continue* et *refus vaccinal parental*. La revue de la littérature s'est effectuée avec l'aide de plusieurs bases de données électroniques. Dans CINAHL, les mots-clés utilisés pour effectuer la recherche ont été : *immunization, treatment refusal, vaccine refusal, nurses, education continuing*. Dans Medline, les mots-clés utilisés ont été : *immunization, treatment refusal*. Dans Embase, les mots-clés utilisés : *immunization, treatment refusal, nurse*.

Dans ce chapitre, nous introduirons brièvement la vaccination et son impact sur la santé publique. Par la suite, nous aborderons le refus vaccinal parental et la pratique vaccinale infirmière au Québec. Finalement, nous présenterons la formation VIP.

La vaccination

La vaccination consiste à introduire un agent extérieur dans un organisme vivant pour provoquer, efficacement et de façon sécuritaire, une réponse immunitaire qui confère une protection contre la maladie (Guide canadien d'immunisation, 2006). Un vaccin est une préparation composée de microorganismes vivants ou inactifs ou des portions de microorganismes qui est administrée dans le but de protéger un organisme contre une maladie infectieuse. Ce vaccin est donc spécifique contre une maladie (Wong, 1999).

La vaccination n'est pas une nouvelle technique. Déjà, au XI^e siècle, les Chinois pratiquaient la variolisation, c'est-à-dire, l'inoculation d'une forme qu'ils espéraient peu virulente de la variole, pour protéger un sujet contre la forme virulente. Cette méthode, avec un succès aléatoire, se rendit en Occident par la route de la soie vers le XVIII^e siècle. Dans les années 1790, une croyance populaire dit que ceux ayant contracté la variole des vaches étaient protégés contre la forme humaine virulente. Le 14 mai 1796, un médecin anglais, Edward Jenner, inocula à un enfant du pus prélevé des mains d'une fermière infectée par la vaccine, la variole des vaches. Trois mois plus tard, Dr Jenner, inocula la variole humaine à l'enfant, celui-ci s'est trouvé immunisé contre la forme humaine virulente. Ce fut la naissance de la vaccination dite « *scientifique* » (Feudtner & Marcuse, 2001).

La vaccination : mesure efficace de santé publique

La vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces du 20^e siècle (Diekema, 2005). Le tableau I ci-dessous illustre le succès de la vaccination au Canada depuis le début du siècle.

Tableau I : Succès de la vaccination dans le temps

| Maladie | Incidence avant le vaccin (cas) | Incidence après le vaccin (cas) |
|----------------|--|--|
| Diphtérie | <i>De 1925-1929</i> | <i>De 2000-2004</i> |
| | Nbre annuel max : 9010 | Nbre annuel max : 1 |
| Rougeole | <i>De 1950-1954</i> | <i>De 2000-2004</i> |
| | Nbre annuel max : 61370 | Nbre annuel max : 199 |
| Rubéole | <i>De 1950-1954</i> | <i>De 2000-2004</i> |
| | Nbre annuel max : 37917 | Nbre annuel max : 29 |
| Poliomyélite | <i>De 1950-1954</i> | <i>De 2000-2004</i> |
| | Nbre annuel max : 1584 | Nbre annuel max : 0 *La poliomyélite est éliminée au Canada |

(extrait du Guide d'immunisation canadien, 2006, p. 18-19)

Toutefois, ces succès restent fragiles. En effet, il y a eu réémergence de certaines maladies évitables par la vaccination suite à la baisse de la couverture vaccinale. En 1999-2000, une épidémie de rougeole s'est déclarée aux Pays-Bas avec 2 961 cas déclarés et 3 décès (Kulig, Meyer, Hill, Handley, Litchenberger & Myck, 2002). Des épidémies de coqueluche se sont déclarées en Grande-Bretagne, au Japon et

en Suède à la suite d'une baisse de la couverture vaccinale (Feudtner & Marcuse, 2001). Entre 1976 et 1979, à la suite de cette baisse de la couverture vaccinale, le Japon a recensé 1300 cas de coqueluche, causant la mort de plus de 100 enfants. Avant cette baisse de la couverture vaccinale, on dénombrait 200 à 400 cas de coqueluche par année dans ce pays (Guide canadien de l'immunisation, 2006).

Ainsi, en dépit de ses succès, la vaccination a depuis longtemps inspiré une certaine crainte et anxiété chez la population. En 1902, un professeur de physiologie a écrit dans la revue américaine *The Vaccination Inquirer* que la vaccination était un crime contre « *Dieu et contre la nature humaine* », qu'elle consiste à de « *l'empoisonnement sanguin* » et que « *toute personne intelligente la (vaccination) considérait ainsi* » (Allen, 1998).

Raisons du refus vaccinal parental

Malgré le défi que représente le refus vaccinal parental pour les infirmières, une revue de la littérature nous fait constater qu'aucune étude québécoise ne traitait de ce défi. Toutefois, des chercheurs internationaux se sont penchés sur le sujet.

Refus vaccinal parental en Nouvelle-Zélande

Les infirmières vaccinatrices en Nouvelle-Zélande ont identifié le refus parental comme un défi pour leur pratique lors d'une étude de Petousis-Harris, Goodyear-Smith, Turner & Soe, (2005). Cette étude a exploré les opinions, les connaissances et l'expérience de pratique vaccinale auprès de 150 infirmières néo-zélandaises. Cette étude est pertinente car, comme au Québec, la majeure partie de l'immunisation des enfants en Nouvelle-Zélande se fait par les infirmières. Comme au Québec, le

programme d'immunisation des enfants est géré par les services de soins primaires du système de santé néo-zélandais. L'étude a révélé que la relation entre le personnel vaccinateur et le parent est une source importante d'information pour le parent. Le parent fait plus confiance à l'information transmise par le personnel vaccinateur qu'à l'information transmise par les brochures éducatives émises par le Ministère de la Santé ou les compagnies pharmaceutiques. En raison de la proportion majoritaire d'infirmières comme professionnel vaccinateur et par conséquent, de l'impact de la pratique de ces professionnelles sur l'immunisation de la population infantile, Petousis-Harris, Goodyear-Smith, Turner & Soe, (2005) ont choisi les infirmières vaccinatrices comme population à l'étude. Les auteurs ont contacté des infirmières vaccinatrices jusqu'à l'obtention d'un échantillon de 150 répondantes. Le but de leur étude était de comprendre les enjeux affectant la pratique des infirmières vaccinatrices en Nouvelle-Zélande. Pour ce, un sondage téléphonique assisté par ordinateur a été utilisé. Les questions posées aux infirmières (n=150) se concentraient sur leurs pratiques vaccinales, les ressources utilisées et les facteurs organisationnels affectant la pratique des infirmières. De plus, les perceptions des infirmières au sujet des barrières à la vaccination; au sujet de leurs connaissances et leurs besoins éducatifs ont été explorées. Les données qualitatives et quantitatives sont analysées en utilisant une approche mixte.

L'administration du questionnaire par entrevue téléphonique a été facilitée par l'entrée directe des données dans une base de données informatisée. L'analyse des réponses quantitatives a été effectuée par EpiInfo 2000. L'analyse des réponses qualitatives a été effectuée par une approche inductive. Les réponses individuelles ont été analysées pour identifier les sous-thèmes avec émergence de catégories. Les

données qualitatives se concentraient sur les barrières perçues à la vaccination, les sources d'informations des infirmières concernant l'immunisation et l'identification des réactions suite à la vaccination qui nécessitent une déclaration aux autorités de la santé publique de la Nouvelle-Zélande.

La grande majorité des infirmières était des femmes (98,2%) âgées de 40 ans et plus (78%). La majorité de ces infirmières (56%) vaccinent depuis moins de 10 ans, travaillent à temps partiel (50%) et ont des enfants d'âge pré-scolaire ou d'âge scolaire (58%).

Parmi de possibles barrières à la vaccination, les infirmières estiment que la peur parentale est le premier obstacle à la vaccination (68,7%). L'analyse plus approfondie des questions ouvertes concernant les barrières à la vaccination montre que le manque d'information des parents ou les fausses croyances des parents concernant la vaccination sont également des thèmes majeurs qui ressortent avec la peur parentale de la vaccination. Cette peur parentale est alimentée par un lobby anti-vaccination actif, lobby qui a sûrement contribué à l'érosion de la confiance du public néo-zélandais envers la vaccination. Une étude auprès des mères néo-zélandaises montre que la peur parentale (des vaccins et de leurs effets secondaires) est présente dans toutes les classes socioéconomiques et ce, autant chez les parents qui acceptent que chez ceux qui refusent la vaccination. Dans une perspective où les autorités de santé publique souhaitent une couverture vaccinale maximale, le refus vaccinal parental est suffisamment élevé pour empêcher à la Nouvelle-Zélande d'obtenir l'objectif d'un taux de vaccination de 95%.

Refus vaccinal parental aux États-Unis

Fredrickson, Davis, Arnold, Kennen, Humiston, Cross & al. (2004) ont mené une étude qui tentait d'identifier les raisons du refus vaccinal parental et la perception du personnel vaccinateur des raisons du refus vaccinal de parents américains. Les chercheurs ont formé trente-deux groupes de discussion composés de vaccinateurs américains (médecins de famille, pédiatres, infirmières pédiatriques vaccinatrices et d'infirmière de santé publique), de parents ayant accepté de vacciner leur enfant et de parents ayant refusé la vaccination à leur enfant. Les groupes de discussion composés de parents qui ont refusé la vaccination font ressortir différentes raisons pour le refus. La majorité des parents refusent la vaccination pour des raisons philosophiques alors que seuls quelques parents refusent la vaccination pour des raisons religieuses. Certains parents pensent que la médecine ne devrait pas s'immiscer dans la nature (il est normal que les enfants développent des fièvres et des maladies infantiles). D'autres croient que l'immunité acquise suite à une maladie infantile est préférable à l'immunité acquise à la suite de la vaccination. Pour plusieurs parents, l'allaitement maternel et le fait de ne pas envoyer les enfants à la garderie protègent suffisamment ces enfants contre les maladies évitables par la vaccination (Fredrickson & al, 2004).

Refus vaccinal parental en Angleterre

Dans leur étude effectuée à South Devon, en Angleterre, Lewendon & Maconachie (2002) ont identifié les raisons au refus vaccinal de parents anglais. Les auteurs ont formé trois groupes de discussion: un groupe avec le personnel vaccinateur

(n=102), deux groupes avec les parents ayant entièrement vacciné leur enfant (n=12) et avec un groupe de parents ayant refusé certains ou tous les vaccins (n=4).

En plus des groupes de discussion, les auteurs ont élaboré un questionnaire postal envoyé à un groupe de parents dont les enfants sont partiellement ou non vaccinés (n=20, taux de réponse de 50%) et à un groupe de contrôle, soit des parents dont les enfants sont entièrement vaccinés (n=24, taux de réponse de 60%). Le but du questionnaire postal était d'identifier les opinions des parents face à la vaccination.

Lors des groupes de discussion, le personnel vaccinateur note que la plus grande préoccupation des parents est la sécurité du vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons), c'est-à-dire le lien présumé de ce vaccin avec l'autisme. Pour ce qui est des parents, les données des groupes de discussion et du questionnaire postal se rejoignent. Parmi les raisons données par les parents ayant refusé un ou tous les vaccins, il y a le fait que le système immunitaire de leur enfant serait plus *fort* s'il contractait naturellement la maladie. Il y a aussi la crainte que le système immunitaire *immature* de leur enfant ne soit pas en mesure de « faire face » aux multiples vaccins à recevoir. La sécurité des vaccins et leurs effets secondaires sont aussi des motifs de refus vaccinaux des parents et ce, que les parents s'objectent ou non à la vaccination en général. Pour tous les parents, le personnel vaccinateur reste la source la plus importante d'information concernant la vaccination.

Les résultats des groupes de discussion de l'étude de Lewendon & Maconachie (2002) et l'analyse du questionnaire postal de Smailbegovic, Laing & Bedford (2003) rejoignent les résultats obtenus par Fredrickson & al. (2004). L'analyse des discours lors des différents groupes de discussion (n=32) élaborés par Fredrickson & al. (2004) a

fait ressortir sept points consensuels entre parents et vaccinateurs : 1) le refus vaccinal reste rare, mais certains parents ont des préoccupations; 2) les parents refusent habituellement certains vaccins et non tous les vaccins; 3) les raisons expliquant le refus vaccinal parental sont multiples; 4) les parents ont confiance en les informations orales données par les médecins et les infirmières vaccinatrices; 5) les parents hésitants préféreraient que les informations transmises par le vaccinateur soient individualisées à leur cas particulier; 6) pour les parents, leur enfant représentait la chose la plus importante à leurs yeux; 7) les parents ne voulaient pas se faire *sermonner* ou se faire convaincre à tout prix par le vaccinateur.

Il ressort de ces points consensuels que la relation vaccinateur-parent est importante dans la prise de décision de vacciner. De plus, face au refus vaccinal parental, des pistes d'interventions privilégiées par les parents émergent. Dans son article d'opinion, Hinman (2000) propose des pistes d'interventions pour le vaccinateur face à un parent qui doute ou refuse la vaccination. Il affirme qu'il est important pour le vaccinateur de communiquer les bienfaits et les risques de la vaccination aux parents. Pour ce, le vaccinateur doit être prêt à répondre aux questions du parent. Le vaccinateur doit présenter la maladie en question, ses dangers, les risques et bienfaits de la vaccination. Pour les parents plus méfiants, le vaccinateur doit s'informer auprès d'expert en santé publique pour transmettre des informations plus fines et précises. Ces conseils sont similaires à ceux émis par d'autres auteurs sur le sujet (Lyren & Leonard, 2006; Diekema, 2005).

En résumé, la prise de décision de vacciner ou non est un processus complexe; les raisons de refus vaccinal parental sont multiples; le personnel vaccinateur est une

source importante d'information pour le parent et la relation vaccinateur-parent est importante dans la décision de vacciner. Ainsi, il apparaît important de décrire le rôle de l'infirmière vaccinatrice québécoise, celle-ci effectuant près de 50% de la vaccination de base des enfants.

Rôle de l'infirmière vaccinatrice au Québec

Acte médical dans ses débuts, la vaccination est de plus en plus confiée aux infirmières dans la deuxième moitié du XXe siècle. La Loi 90 modifiant le Code des professions prévoit un nouveau partage des champs d'exercices pour de nombreux professionnels de la santé, tel que les médecins et les infirmières. Tout en respectant le cadre du Protocole d'Immunisation du Québec (PIQ), les infirmières peuvent désormais procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (Petit & al, 2007). Par exemple, une infirmière québécoise en pratique privée peut acheter les vaccins d'un pharmacien et, par la suite, les administrer à sa clientèle sans ordonnance médicale individuelle ou collective. Une pratique autonome se dessine alors pour l'infirmière vaccinatrice. Avec cette autonomie vient toutefois d'importantes responsabilités. Dans son document *«Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière»*, l'OIIQ (2007) décrit les nombreux rôles et responsabilités des infirmières vaccinatrices. Ainsi, dans le cadre d'une pratique vaccinale optimale, qu'elle exerce son métier dans le secteur public ou privé, l'infirmière doit, entre autres, recommander et promouvoir la vaccination, tout en expliquant clairement les risques et les bénéfices conformément aux recommandations du PIQ. L'infirmière doit profiter de toutes les occasions pour consulter, analyser et déceler les retards vaccinaux et pour mettre à jour le statut vaccinal de l'enfant. De

plus, pour maintenir une couverture vaccinale optimale auprès des enfants, l'infirmière doit s'informer des changements apportés à la vaccination, doit répondre aux questions des parents et doit remettre la documentation pertinente aux parents (OIIQ, 2007). Ces responsabilités laissent entrevoir un rôle grandissant d'éducation pour les infirmières auprès des parents. Des auteurs québécois se sont alors intéressés aux pratiques, connaissances et attitudes du personnel vaccinateur au Québec. Pour ces auteurs, le succès des programmes de vaccination ne dépend pas uniquement de pratique vaccinale optimale mais aussi d'une attitude positive du vaccinateur face à la vaccination. (Dionne et al, 2001). Ils ont alors documenté l'attitude, les connaissances et les pratiques du personnel dans le domaine de la vaccination. Pour ce faire, une enquête postale anonyme et autoadministrée, auprès de l'ensemble des vaccinateurs de jeunes enfants du Québec, fut réalisée en 1998. Ainsi, tous les personnels vaccinateurs québécois furent sélectionnés (n=3173), ce qui inclut les pédiatres, les infirmières en CSSS et les médecins de famille. Ces vaccinateurs ont été identifiés à l'aide d'une liste fournie par les Directions régionales de santé publique. Cette étude descriptive de Dionne et al. (2001) a été élaborée selon la méthode de Dillman. L'étude comportait une majorité de questions à choix de réponse sur une échelle de Lickert à quatre catégories (complètement en accord, plutôt en accord, plutôt en désaccord et totalement en désaccord).

Les auteurs ont éliminé 194 répondants principalement car ils ne vaccinaient plus d'enfants ou qu'ils n'avaient pas indiqué de profession. Au total, 2059 questionnaires ont été analysés, ce qui donne un taux de réponse de 71%. Près de la

moitié (48%) des répondants étaient des infirmières, 38% des omnipraticiens et 14% des pédiatres. Les répondants provenaient de toutes les régions du Québec.

Attitude moins favorable et manque de connaissances

Dans l'ensemble, les vaccinateurs ont une opinion très favorable à la vaccination. Le tableau II résume l'opinion des vaccinateurs face à des énoncés reliés à la vaccination.

Tableau II : Opinion des vaccinateurs face à la vaccination

| Énoncés | Omnipraticiens (n=772) | Pédiatres (n=294) | Infirmières (n=993) |
|--|---------------------------|----------------------|------------------------|
| Favorable à la vaccination | 89% | 92% | 59% |
| Totalement en <u>accord</u> avec l'utilité de vacciner un enfant contre la diphtérie | 86% | 90% | 67% |
| Totalement en <u>désaccord</u> avec l'énoncé qu'une bonne alimentation et hygiène de vie peuvent éliminer la nécessité de vacciner | 85% | 94% | 60% |
| Totalement en <u>désaccord</u> avec l'énoncé que l'homéopathie peut éliminer la nécessité de vacciner | 93% | 97% | 61% |

(Synthèse à partir des données de l'article de Dionne & al, 2001)

Une attitude moins favorable à la vaccination est constatée chez les infirmières comparativement aux pédiatres et aux omnipraticiens. Cette attitude moins favorable est aussi constatée pour la plupart des vaccins pris individuellement. Par exemple, 67% des infirmières sont totalement en accord avec la nécessité de vacciner contre la diphtérie.

L'enquête révèle aussi la présence de fausses croyances. Seulement 60% des infirmières sont totalement en désaccord avec l'énoncé disant que l'homéopathie ou une bonne alimentation et bonne hygiène de vie peuvent éliminer la nécessité de vacciner.

Pour ce qui est des connaissances, les infirmières et les omnipraticiens se considèrent moins bien informés sur les changements en vaccination, moins à l'aise pour répondre aux questions des parents et ajuster les retards d'immunisation dans un calendrier vaccinal comparativement aux pédiatres. Lors d'un test à réponses objectives sur la connaissance des contre-indications, les pédiatres ont obtenu les meilleurs résultats avec un score de 74% (quatre ou cinq bonnes réponses sur cinq), suivi par les infirmières avec 46% et les omnipraticiens avec 39%.

Pratiques vaccinales sous-optimales

Dionne et al. (2001) ont aussi documenté les pratiques des vaccinateurs en relation avec les lignes directrices proposées par le comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Le tableau III résume les pratiques des vaccinateurs en relation avec les lignes directrices proposées par le CCNI.

Tableau III : Pratiques des vaccinateurs

| Répondants qui font <u>souvent</u> ou <u>toujours</u> | Omnipraticiens (n=772) | Pédiatres (n=294) | Infirmières (n=993) |
|---|---------------------------|----------------------|------------------------|
| Vérifier statut vaccinal des enfants qui viennent en consultation pour un problème clinique | 49% | 89% | 57% |

| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| Distribuer de la documentation écrite sur les vaccins | 24% | 41% | 83% |
| Capable d'identifier facilement les dossiers des enfants en retard dans leur calendrier vaccinal | 48% | 79% | 81% |

(Synthèse à partir des données de l'article de Dionne & al, 2001)

Ce tableau montre que seulement un omnipraticien sur deux vérifie le statut vaccinal des enfants qui viennent en consultation pour un problème de santé comparativement à 57% des infirmières et à 89% des pédiatres. Les infirmières distribuent fréquemment de la documentation écrite aux parents lors de la vaccination (83% des infirmières le font souvent ou toujours), uniquement 41% des pédiatres et 24% des omnipraticiens le font. Les omnipraticiens répondent plus fréquemment éprouver de la difficulté à identifier les enfants en retard dans leur calendrier vaccinal.

Enfin, une analyse multivariée associée la profession d'infirmière est associée aux variables suivantes : attitude générale moins favorable à la vaccination, difficulté de répondre aux questions des parents, faible connaissance des contre-indications à la vaccination et perception de n'être pas suffisamment informée des changements en vaccination. Le fait de vacciner peu d'enfants et l'insatisfaction à l'égard de la formation continue sont associés à la difficulté de répondre aux questions des parents et à la faible connaissance des contre-indications vaccinales. Les chercheurs concluent que la formation continue peut alors constituer un soutien aux infirmières dans la réalisation d'une pratique vaccinale optimale.

Portrait de la formation vaccinale continue offerte au Québec

Avec les lacunes observées dans les connaissances et les pratiques, il devient pertinent d'examiner la formation offerte aux infirmières vaccinatrices au Québec. Pour ce faire, Sauvageau & al. (2005) ont posté un questionnaire aux directrices des soins infirmiers (DSI) des établissements de santé susceptibles d'offrir de la vaccination à leurs clients. Selon les auteurs, il est pertinent d'interroger les DSI car elles occupent une fonction leur permettant de bien connaître la formation aux infirmières. Les chercheurs voulaient identifier 1) les types d'établissements de santé offrant de la vaccination à leurs clients, 2) le nombre d'heures de formation offerte aux infirmières à l'embauche et en cours d'emploi et 3) la structure de cette formation. Au total, 323 questionnaires ont été analysés avec un taux de réponse global de 68%. Plus spécifiquement, 80% des CSSS ont retourné le questionnaire, 71% des CH et 59% des CHSLD.

Trois types d'établissements offrent la vaccination au Québec: les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Le tableau IV résume la grande variabilité des formations offertes aux infirmières vaccinatrices.

Tableau IV : Formation offerte aux infirmières vaccinatrices québécoises

| | CH (n =58) | CHSLD (n =114) | CSSS (n =118) |
|---|------------|----------------|---------------|
| Formation offerte à l'embauche | 19% (11) | 13% (18) | 91% (107) |
| Formation en cours d'emploi | 52% (30) | 49% (71) | 98% (115) |
| Nbre d'heures de formation à l'embauche | 0,8 | 6,3 | 16,6 |

| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| Nbre d'heures de formation en cours d'emploi | 1,8 | 3,1 | 6,5 |
|--|-----|-----|-----|

(Synthèse à partir des données de l'article de Sauvageau et al, 2005)

Les CSSS dispensent plusieurs programmes d'immunisation. En fait, en 2003, près de 50% de la vaccination de base des enfants s'effectuait en CSSS (Petit et al, 2007), le reste s'effectuant par les médecins en cabinet privé et groupe de médecine familiale. Il n'est pas surprenant que les CSSS offrent plus de programmes de formation et que les CSSS offrent le plus d'heures de formation à l'embauche et en cours d'emploi (Sauvageau & al, 2005).

Tant à l'embauche qu'en cours d'emploi, la formation structurée dispensée par une infirmière d'expérience en vaccination (le jumelage) et la lecture personnelle représentent les deux méthodes privilégiées d'enseignement par tous les types d'établissements. Finalement, l'outil le plus utilisé pour dispenser les formations est le PIQ. L'étude de Sauvageau et al. (2005) révèle qu'il existe des lacunes dans les formations offertes aux infirmières vaccinatrices au Québec. Les thèmes plus complexes tel que l'immunologie, les aspects éthiques et légaux sont peu abordés. Les auteurs ne mentionnent pas la raison pour laquelle ces thèmes sont peu abordés. Nous avançons l'hypothèse que la présentation de ces thèmes nécessite temps et ressources qui ne sont pas à la disposition de tous les établissements de santé. Selon 90% des directrices de soins infirmiers (DSI) sondées par Sauvageau et al. (2005), une journée de formation itinérante offerte par la santé publique serait utile. Il semble alors que pour ces DSI, la santé publique est plus apte à répondre à ce besoin de formation.

Impact de la formation continue

Comme le déclare l'OIIQ (2007), la formation continue constitue un soutien essentiel pour les infirmières dans l'exercice d'une pratique vaccinale optimale. Toutefois, il y a peu d'études ayant évalué l'impact d'une formation auprès des infirmières vaccinatrices. À notre connaissance, aucune étude québécoise n'a évalué l'impact d'une formation destinée aux infirmières vaccinatrices. Seules deux études américaines, datant des débuts des années 2000, ont été répertoriées (Umble, Cervero, Yang & Atkinson, 2000; Mawn & Pakkala, 2000) concernant l'évaluation de l'impact d'une formation sur les connaissances et sur la réalisation des pratiques vaccinales recommandées par les instances américaines de santé publique.

Mawn & Pakkala (2000) ont réuni un comité composé de quinze membres (infirmières praticiennes, infirmières éducatrices, intervenants de la santé publique, médecins et citoyens de la communauté) pour élaborer un programme de formation offert aux infirmières. La formation d'une demi-journée incluait des présentations didactiques, des discussions de type séminaire, des extraits vidéos et des séminaires animés par des citoyens discutant des considérations culturelles.

Un questionnaire auto-administré, avant et six mois après la formation, a été utilisé pour évaluer les effets de la formation sur les connaissances et les pratiques vaccinales des infirmières. Le questionnaire interrogeait les infirmières sur trois domaines : données sociodémographiques, pratiques vaccinales et niveau de connaissances en lien avec les standards de pratique en immunisation. Le questionnaire était composé de questions à choix multiples et à court développement; ces questions ont été prétestées auprès d'infirmières vaccinatrices.

Amélioration des connaissances

Au total, 54 infirmières ont participé à la formation. Les 54 infirmières ont complété un questionnaire avant et 24 infirmières, 44% du nombre initial, ont complété le même questionnaire 6 mois après la formation. Pour les réponses aux questions à choix multiples, le score moyen est passé de 52% de bonne réponse à 75% de bonne réponse en postformation. Toutefois, les auteures n'ont pas apparié les résultats entre les mêmes participantes, ce qui ne permet pas de déterminer s'il y a augmentation des connaissances de façon individuelle. Les 24 participantes ayant complété le questionnaire six mois après la formation sont peut-être les plus motivées et les plus susceptibles d'intégrer les concepts de la formation.

Amélioration de pratiques

Les questions concernant les pratiques vaccinales étaient de type Likert, les choix de réponses possibles étaient : « rarement, à l'occasion, souvent, presque toujours et non applicable ». Plusieurs participantes ont noté « non applicable » dans leur choix de réponse, ce qui a eu comme conséquence que les auteures n'ont pu analyser les résultats dans cette catégorie par chi carré. Les auteures ont plutôt présenté des tendances dans les changements de pratique. La tendance montre une augmentation de certaines pratiques après la formation : donner plus de deux vaccins lors d'une même visite, remise d'une carte pour le prochain rendez-vous et inscrire les notes appropriées dans le dossier de vaccination du patient.

Deux questions à court développement ont été posées pour mieux examiner l'impact de la formation sur les pratiques vaccinales. La première question était : la participante a-t-elle utilisé ou contacté les services présentés lors de la formation?

Environ la moitié des 24 participantes ayant le questionnaire ont répondu oui. L'autre question demandait quelles étaient les nouvelles stratégies utilisées, s'il y en a eues, par les participantes à la suite de la formation. Quelques participantes (9/24) ont incorporé leurs nouvelles connaissances reliées à l'administration des vaccins, à l'entreposage des vaccins et la vérification systématique du statut vaccinal de l'enfant à leurs pratiques.

Malgré ces résultats positifs, l'étude de Mawn & Pakkala (2000) présente quelques limites. Les thèmes abordés et les approches pédagogiques utilisées lors de la formation sont très peu décrits dans l'article. L'attrition des participantes en postformation n'a pas été prise en compte avant l'analyse statistique, ce qui est un biais important dans l'interprétation des résultats. De plus, le nombre de réponse postformation ne fut pas suffisant pour procéder à des analyses statistiques significatives, l'absence d'un groupe contrôle affecte la validité interne de l'étude et il se peut aussi que les changements observés dans les pratiques vaccinales soient plus fines et échappent à des réponses à choix multiples.

Dans ce projet de mémoire, les thèmes abordés et les approches pédagogiques sont décrits. La présence d'un groupe témoin enrichira la discussion des résultats de l'analyse. De plus, il est de notre avis qu'une analyse qualitative permettra de mieux identifier les changements observés dans les pratiques vaccinales des infirmières.

Formation en classe vs formation à distance

La deuxième étude, celle d'Umble, Cervero, Yang & Atkinson (2000), avait pour but d'évaluer et de comparer les effets d'une formation continue présentée en classe et à distance à un groupe de vaccinateurs composé majoritairement d'infirmières. La formation en classe se déroulait sur 2,5 jours et la formation à distance consistait en

quatre séances de 3,5 heures respectivement. La formation à distance se déroulait en téléconférence à partir du *Centers for Disease Control and Prevention* vers différents sites tels que des universités et des établissements de santé. Les auteurs de l'étude se sont concentrés sur les effets de la formation sur deux séries de recommandations de « l'*Advisory Commitee on Immunization Practices* » aux États-Unis. La première recommandation concerne le nouveau calendrier d'administration du vaccin contre la poliomyélite. La deuxième recommandation concerne la pratique d'injections multiples lors de la même visite et la vaccination de l'enfant même si celui-ci souffre d'une légère fièvre ou d'inconforts mineurs. Ces deux derniers symptômes sont d'ailleurs souvent faussement identifiés comme des contre-indications à la vaccination.

L'effet de la formation sur les connaissances, le niveau d'accord avec les croyances sur la vaccination transmises lors de la formation et le sentiment d'auto-efficacité des infirmières à recommander les vaccins appropriés ont été mesurés selon que la formation est offerte en classe ou à distance. Ces auteurs se sont inspirés des théories behaviorales pour construire un modèle permettant non seulement de déterminer le lien causal entre les changements de pratique et la formation mais aussi, comment ces changements de pratique se sont produits. Pour Umble, Cervero, Yang & Atkinson (2000), leur étude décrit et explique plus complètement les effets d'une formation sur les pratiques. Cette étude apporte une contribution intéressante pour l'avancement des connaissances car peu d'études décrivent comment les changements de pratiques s'effectuent.

Le groupe 1, les participants en classe, et le groupe 2, les participants à distance, ont complété un questionnaire autoadministré à trois moments précis : avant,

immédiatement après, et trois mois après la formation. Seuls les questionnaires remplis par les participants aux trois moments de cueillette ont été retenus pour analyse. Au total, 196 participants du groupe 1 ont complété le questionnaire aux trois moments (pour un taux de réponse de 42%) et 116 participants du groupe 2 ont complété le questionnaire aux 3 moments (pour un taux de réponse de 46%). Les auteurs n'ont trouvé aucune différence significative dans le taux de réponse entre les 2 groupes. Le questionnaire autoadministré a été prétesté par différentes organisations impliquées dans les programmes de vaccination aux États-Unis.

Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS et LISREL avec un niveau de confiance α à 0.05. Pour le groupe 1 (formation en classe), les résultats du test à choix multiples évaluent que leurs connaissances, leur niveau d'accord et leur sentiment d'auto-efficacité en lien avec le nouveau calendrier du vaccin contre la polio ont augmenté de façon significative après la formation.

Pour le groupe 2 (formation à distance), les résultats du test évaluent que leurs connaissances, leur niveau d'accord et leur sentiment d'auto-efficacité en lien avec le nouveau calendrier du vaccin contre la poliomyélite ont aussi augmenté de façon significative après la formation.

En résumé, que la formation se donne en classe ou à distance, elle influe positivement sur les connaissances, le niveau d'accord au nouveau calendrier de l'administration du vaccin contre la poliomyélite et l'observance aux recommandations générales (injections multiples et contre-indications à la vaccination).

Les études d'Umble, Cervero, Yang & Atkinson (2000) et Mawn & Pakkala (2000) montrent que les formations peuvent avoir un impact positif sur les

connaissances et les pratiques vaccinales. Selon 90% des directrices des soins infirmiers (DSI) sondées, une journée de formation itinérante offerte par un organisme de la santé publique serait utile (Sauvageau & al, 2005). Face à ce constat, une équipe de chercheuses québécoises a élaboré une formation visant à soutenir les infirmières dans une pratique vaccinale optimale.

La formation VIP : soutien aux infirmières vaccinatrices du Québec

L'équipe de recherche était composée de médecin-conseils et d'infirmières à la direction de santé publique de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal et de professeures au Département de médecine sociale et préventive et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le projet de recherche **VIP** (**V**accination par les **I**nfirmières/**I**nfirmiers- **P**romotion) comportait 3 phases :

- La phase 1 visait à identifier les pratiques vaccinales des infirmières vaccinatrices en CSSS au Québec et les déterminants y étant associés à l'aide d'un questionnaire postal autoadministré acheminé aux infirmières vaccinant les enfants de 0-5 ans en CSSS (Comité d'Immunisation du Québec, 2006).
- La phase 2 a été de concevoir et d'implanter la formation. Les CSSS de la région de Montréal, de la Mauricie - Centre du Québec, des Laurentides et du Saguenay Lac St-Jean ont été visés pour cette formation et partagés en groupe expérimental et groupe témoin.

- La phase 3 s'est concentrée à documenter des changements dans les pratiques vaccinales et/ou dans les déterminants y étant associés. Le questionnaire de la phase 1 a été acheminé aux infirmières en vaccination de jeunes de 0 à 5 ans en CSSS avant et 3 à 4 mois après la formation. L'impact de l'intervention a été déterminé par la comparaison des résultats pour le groupe ayant reçu la formation et le groupe ne l'ayant pas reçue (Comité d'Immunisation du Québec, 2006).

Le but général de la formation était de développer un sentiment de valorisation dans sa profession d'infirmière au regard de la vaccination par : 1) une réflexion sur l'action et 2) un engagement dans de nouvelles approches. La formation tentait de refléter la complexité de la vaccination. Les chercheuses ont divisé l'acte de vacciner en quatre thèmes : la vaccination comme acte scientifique; la vaccination comme acte professionnel; la vaccination comme acte relationnel; la vaccination comme acte intégré de santé publique (Letellier, Guimond, Larue, Valiquette, Gauvin, Petit, & Boulianne, 2006). Conséquemment à ces quatre thèmes, quatre objectifs généraux ont été élaborés : 1) démontrer un positionnement éclairé sur la vaccination ; 2) saisir l'ampleur du rôle de l'infirmière au regard de la vaccination, individuellement et collectivement ; 3) démontrer une capacité à mobiliser les parents vers la vaccination en respectant leur niveau d'intention envers celle-ci ; 4) s'engager à diminuer les barrières liées à l'exercice du rôle de vaccinatrice.

En plus des thèmes abordés, les chercheuses de VIP ont porté un intérêt particulier à *la manière* de présenter ces thèmes aux participantes.

Les auteures de la formation VIP ont privilégié l'interactivité et la réflexion, des éléments jugés essentiels dans le maintien des compétences professionnelles des

infirmières (Williams, 2001). Selon l'équipe de chercheuses de VIP, les infirmières vaccinatrices profiteraient alors d'occasions de formation permettant une réflexion plus en profondeur face à leur pratique et face à leurs responsabilités professionnelles. Les échanges entre collègues permettraient aussi d'enrichir les moments de réflexion des infirmières face à leur pratique.

Le fil conducteur qui reliait les thèmes abordés lors de la formation VIP est la pensée critique. La pensée critique permet la mise en branle de capacité de pensée qui permet des actions réfléchies et responsables. Il existe plusieurs façons de définir la pensée critique. La pensée critique est une attitude et un processus de raisonnement qui nécessite plusieurs habiletés intellectuelles (Wilkinson, 1996 dans Toofany, 2008). La pensée critique est l'examen d'idées, de principes, de valeurs et d'actions (Taylor, 2006 dans Toofany, 2008). La pensée critique est aussi l'exploration d'un phénomène pour arriver à une conclusion qui intègre toute l'information disponible et qui peut être justifiée de façon (Kurfiss, 1988 dans Laliberté, 1992). La formation VIP s'attardait sur l'importance pour les infirmières d'être bien informées face à un sujet, la vaccination, qui est soumis à la controverse. De plus, les infirmières vaccinatrices ont été amenées à échanger avec le parent et quelques fois, avec le parent qui s'objecte à la vaccination. La pensée critique permettra aux infirmières d'approfondir une discussion avec le parent hésitant, tout en respectant sa liberté de choix. La pensée critique encourage aussi l'analyse de la crédibilité des informations et des sources d'informations que le parent utilise dans sa décision de vacciner ou non son enfant. Le parent possède une source presque infinie d'informations à sa disponibilité. Il est alors difficile pour le parent et l'infirmière d'évaluer la crédibilité de ces informations. La formation VIP

donnait des outils aux infirmières pour évaluer la crédibilité des informations relayées par le parent.

Retombées de la formation VIP

La formation VIP était d'une durée de deux jours, divisée en quatre blocs ou thèmes. Quatre infirmières, possédant plusieurs années d'expérience à titre d'infirmière vaccinatrice, ont été formées par l'équipe de recherche pour présenter la formation. La formation VIP a été présentée à 84 infirmières, ces infirmières composaient le groupe expérimental. Le groupe témoin était composé de 87 infirmières, ces infirmières n'ont pas participé à la formation. Plusieurs éléments d'évaluation étaient présents. En premier lieu, les chercheuses ont mesuré le degré de satisfaction des infirmières par rapport à la formation à l'aide d'un questionnaire à la fin de chaque journée. Puis, l'impact de la formation a été mesuré par trois outils d'évaluation complétés avant et après (trois à quatre mois) la formation : un questionnaire quantitatif, une situation clinique simulée et un journal rétrospectif. Le questionnaire auto-administré quantitatif a permis aux chercheuses de recueillir des données sociodémographiques et des données sur les pratiques vaccinales des infirmières. La situation clinique était une situation de cas où les infirmières répondaient aux objections ou questions vaccinales d'un parent. Le journal rétrospectif était un carnet où les infirmières inscrivaient quatre situations vaccinales rencontrées dans leur pratique. Une méthode mixte d'évaluation, avec une analyse de type quantitative et qualitative, a été effectuée pour mesurer l'impact de la formation VIP. Les logiciels SPSS et HLM-6.04 ont été utilisés dans l'analyse quantitative du questionnaire d'évaluation de la formation et du questionnaire

quantitatif. Le logiciel N Vivo-7 a été utilisé pour l'analyse qualitative de la situation clinique simulée et du journal rétrospectif.

En premier lieu, le questionnaire d'évaluation de la formation a montré que la majorité des infirmières (93%) ont été assez ou très satisfaites de l'organisation de la formation. Les infirmières souhaitent que du temps supplémentaire soit accordé pour le bloc 1, la vaccination comme acte scientifique. Les infirmières ont apprécié l'approche participative et l'accueil qu'elles ont reçu.

Deuxièmement, l'analyse du questionnaire quantitatif a montré une augmentation significative de l'indicateur de pratique proactive après la formation chez le groupe expérimental. Cet indicateur réunit quatorze pratiques vaccinales. Les infirmières qui utilisent ces quatorze pratiques vaccinales exercent une pratique vaccinale proactive, une pratique qui ne se limite pas à l'acte d'administrer un vaccin.

Troisièmement, l'analyse de la situation clinique simulée a révélé qu'en pré-formation, les groupes témoin et expérimental étaient comparables dans le nombre et le type d'arguments ou actions apportés par les infirmières en réponse aux objections du parent. Dans le groupe expérimental, la majorité des arguments émis par les infirmières appartenaient aux types scientifique et relationnel. La majorité des arguments scientifiques émis par les infirmières étaient vrais et assez ou très pertinents aux objections du parent. En postformation, la majorité des arguments émis par le groupe expérimental restaient de type scientifique et relationnel. En plus, il y a eu une augmentation de la qualité des arguments scientifiques, c'est-à-dire qu'il y a eu une augmentation des arguments scientifiques jugés assez ou très pertinents.

Finalement, l'analyse du journal rétrospectif a montré que les infirmières ont décrit quatre raisons d'interventions distinctes : une visite pour calendrier régulier, une intervention pour retard vaccinal, une intervention pour résistance aux injections multiples et une intervention pour refus de vaccination. Après la formation, lorsque confrontées à un refus vaccinal, les infirmières se positionnaient plus clairement en faveur de la vaccination et fournissaient davantage d'informations écrites.

L'étude VIP a ainsi montré que la pratique vaccinale est diversifiée et ne se limite pas à l'administration des vaccins. L'évaluation de la formation a indiqué que la formation VIP était satisfaisante pour les infirmières participantes et qu'elle a amélioré la pratique vaccinale proactive.

Les résultats obtenus suggèrent à l'équipe de recherche que la formation continue VIP a été pertinente pour les infirmières vaccinatrices québécoises.

Notre étude

À titre d'observatrice, nous avons assisté à plusieurs des séances de la formation VIP. Le rôle de l'observatrice consistait à noter différents aspects du déroulement de la séance, permettant aux chercheuses de s'assurer de l'uniformité des multiples séances de formation. L'échange entre les infirmières était favorisé et une préoccupation fréquemment mentionnée était l'attitude à adopter face aux parents qui refusent de vacciner leur enfant. Selon ces infirmières, le refus vaccinal parental représente un défi pour leur pratique.

Nous avons alors décidé de décrire les pratiques rapportées par des infirmières vaccinatrices québécoises face au refus vaccinal parental. Par la suite, nous avons décrit

les différences qualitatives observées dans les pratiques rapportées avant et après la formation VIP.

Chapitre III : La méthode

Dans ce chapitre, nous présenterons le contexte de la recherche VIP. Par la suite, l'échantillon de la présente étude, l'instrument de collecte de données et le déroulement de la collecte de données seront abordés. Finalement, le processus d'analyse des données et les considérations éthiques seront présentés.

Contexte de la recherche VIP

Notre étude se situait à l'intérieur du projet de recherche de VIP présenté dans la recension des écrits. Rappelons qu'il s'agissait d'un devis quasi expérimental où 84 infirmières ont reçu une formation active de deux jours sur la vaccination alors que 87 autres ont constitué le groupe contrôle. L'annexe 1 présente les modules de formation VIP. Des instruments d'évaluation de la formation ont été utilisés en pré et post-formation : questionnaire quantitatif, situation clinique simulée, journal rétrospectif. Notre étude s'intéressait aux pratiques vaccinales impliquées lors d'un refus parental dans les journaux rétrospectifs (JR).

Approche de recherche

La présente étude se voulait une analyse secondaire des données du projet de recherche VIP. L'étude était descriptive et s'est inspirée d'une approche interprétative dans un devis pré/ post formation. C'était une recherche qualitative car on a procédé à une analyse d'un phénomène grâce à la collecte de données écrites (Loiselle & al, 2007).

Devis, Population et échantillon de l'étude VIP

L'étude était quasi-expérimentale (Creswell, 2003) car ce sont les CSSS, comme unité, qui ont été répartis aléatoirement dans chaque région entre le groupe témoin et expérimental et non les infirmières vaccinatrices. Les infirmières vaccinatrices travaillant dans les CSSS témoins ont participé à la recherche comme groupe témoin et les infirmières vaccinatrices travaillant dans les CSSS expérimental ont été invitées à participer à la formation.

La population était celle des infirmières vaccinant des enfants de 0 à 5 ans depuis au moins les derniers six mois et ayant une connaissance orale et écrite de la langue française étant donné que la formation et nos instruments d'évaluation sont en français. Une liste des coordonnées professionnelles des infirmières vaccinant des enfants de 0-5 ans a été établie par un agent de liaison de chacun des CSSS du Québec. Ces infirmières ont reçu par courrier les instruments d'évaluation et le formulaire de consentement.

Population et échantillon de notre étude

Chaque infirmière a complété un journal rétrospectif (JR) où elle inscrivait quatre situations rencontrées dans sa pratique au T0 et au T2. Au T1, le groupe expérimental a reçu la formation VIP alors que le groupe témoin n'a reçu aucune formation. Le tableau V montre la population d'infirmière qui a complété le JR dans le projet VIP.

Tableau V : Nombre de JR et de situations analysés

| | Journaux rétrospectifs (JR) T0 | Journaux rétrospectifs (JR) T2 |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Groupe expérimental | Groupe expérimental |
| Nombre de JR analysé | 62 | 40 |
| Nombre de situations analysées | 179 | 111 |

Dans le cadre de notre étude, les étapes suivies pour l'obtention de l'échantillon ont été :

- 1) Rassembler tous les journaux rétrospectifs **du groupe expérimental**, complétés par la même infirmière avant **et** après la formation, nous les nommerons : **journaux rétrospectifs appariés (JR-Pairés)**.
- 2) Retenir des JR-Appariés ceux contenant **au moins une situation de refus vaccinal parental** décrit dans un JR pré- formation et dans un JR post-formation.

Nous n'avons utilisé que les journaux rétrospectifs appariés car cela permettra d'analyser les modifications de pratiques rapportées par la même infirmière.

- 3) Il est possible que pour un même journal rétrospectif, une infirmière décrit plus d'une situation de refus vaccinal parental. Lorsque survient un tel cas, nous avons d'abord éliminé les situations de refus parental « extrêmes », c'est-à-dire, les situations qui diffèrent grandement de celles couramment décrites par les infirmières participantes à VIP. Par exemple, nous avons éliminé les situations où le parent immigrant refuse un vaccin car il est certain que son enfant a déjà reçu ce vaccin dans son pays d'origine. Après cette élimination, si un journal contient toujours plus d'une situation de refus, nous avons choisi au hasard celle à analyser.

Le tableau VI ci-dessous décrit l'obtention de l'échantillon pour mon projet de mémoire :

Tableau VI : Échantillon analysé pour mon projet de recherche

| | Groupe expérimental (n=84) |
|---|-------------------------------|
| JR complétés par <u>la même</u> infirmière en pré <u>et</u> post-formation (JR-Appariés) | 37 |
| JR-Appariés avec au moins une situation de refus vaccinal parental | 12 |

Instrument de collecte de données

Le journal rétrospectif (JR) est un carnet de 16 pages où les infirmières ont décrit quatre situations consécutives rencontrées dans leur pratique. Pour chaque situation rencontrée dans leur pratique, les infirmières doivent inscrire « *les questions ou les défis éthiques que soulèvent cette situation* », « *les interventions effectuées lors de cette situation* » et « *le sentiment de maîtrise face à cette situation* ». Ce sont les données recueillies dans le journal rétrospectif qui seront analysées lors de cette étude.

Pertinence de l'instrument de collecte de données

La validité indique si l'instrument mesure ce qu'il est censé mesurer (Loiselle, 2007). À la phase pré-intervention du projet de recherche VIP, neuf infirmières, ne travaillant pas dans les CSSS visés par le projet de recherche, ont évalué la pertinence

du journal rétrospectif. Ce prétest a aussi permis de vérifier la clarté des consignes demandées et, par conséquent, la compréhension des infirmières au sujet de la tâche demandée. Cette évaluation a confirmé la pertinence du journal rétrospectif comme un des outils de collecte de données. Les données sont auto-rapportées par les infirmières donc représentent le discours de l'infirmière.

Déroulement de la collecte des données

Le tableau VII qui suit décrit les étapes à la participation au projet de recherche VIP :

Tableau VII : Étapes de la participation au projet de recherche VIP

| T0 (avant formation VIP) | T1 (formation VIP) | T2 (3-4 mois après formation VIP) |
|---|---|--|
| Envoi du journal rétrospectif. Compléter et remis à la responsable de projet de recherche | 2 journées de formation pour le groupe expérimental seulement | Envoi du journal rétrospectif. Compléter et retourner par envoi postal |

Le consentement des infirmières a été obtenu lors de la phase pré-implantation de la recherche VIP. Toutes les infirmières ayant consenti au projet de recherche VIP ont reçu le journal rétrospectif avant le début de la formation, par envoi postal. Les infirmières du groupe témoin ont retourné leur journal rétrospectif à la chercheuse responsable, par enveloppe pré-affranchie. Celles du groupe expérimental ont remis leur journal rétrospectif au début de la formation à la chercheuse responsable. Environ trois à quatre mois après la formation, un autre journal rétrospectif a été envoyé à toutes les infirmières ayant consenti au projet de recherche VIP. Ces journaux rétrospectifs ont été retournés, par envoi postal, à la chercheuse responsable du projet de recherche. Les données ont été collectées entre le mois de septembre 2006 à novembre 2006.

Processus d'analyse des données

Avant de procéder à l'analyse des données, il était important de définir les concepts à l'étude. Ainsi, dans notre étude nous avons défini les pratiques vaccinales infirmière comme : les actions, tâches et rôles qu'accomplissent les infirmières en lien avec la vaccination (Petit & al, 2007). De plus, le refus vaccinal parental était défini par l'étiquette refus vaccinal dans NVivo2007. La description du code était la suivante : refus vaccinal parental : lorsque le parent n'accepte pas d'emblée de donner son consentement à un ou plusieurs vaccins pour son enfant. Toutefois, ont été exclues de ce code les situations où le parent refuse les injections multiples mais qui accepte un vaccin à la fois.

Ainsi, l'objet principal de notre analyse était la description de la situation refus vaccinal parental et les pratiques rapportées par les infirmières en réponse à ce refus. Comme il a été préalablement mentionné, le journal rétrospectif demandait aussi aux infirmières d'inscrire les questions et défis éthiques soulevés par la situation vaccinale décrite et le sentiment de maîtrise à la suite de leurs interventions. Ces dernières sections du journal ont aussi été analysées et incluses dans la discussion, si ce contenu permet d'éclairer, d'approfondir ou de nuancer l'analyse des interventions rapportées.

L'analyse qualitative a pour objectif de classer et de structurer les données, et d'en extraire le sens (Loiselle & al, 2007). Il existe plusieurs stratégies pour analyser les données qualitatives. Il existe les stratégies employées dans les études phénoménologiques, les études ethnographiques ainsi que celles reposant sur la théorisation ancrée. Mais il existe aussi des chercheurs qui entreprennent des études en dehors d'une tradition de recherche qualitative particulière, ces chercheurs utilisent

alors des stratégies d'ordre général tel que l'analyse de contenu (Loiselle & al, 2007). L'analyse de contenu consiste à dépouiller des données écrites dans le but de dégager des thèmes dominants et des rapports entre ces thèmes (Loiselle & al, 2007).

L'analyse des données qualitatives est un processus actif et interactif (Loiselle & al, 2007). Le processus débute par le classement et l'indexation des données narratives. Cette méthode, qui se nomme **codage**, permet au chercheur d'avoir accès à une partie des données sans avoir à relire constamment tout le matériel. En fait, le codage consiste à apposer une marque à un matériel donné (Van der Maren, 2004). Le codage permet au chercheur d'expliquer et d'obtenir une compréhension des phénomènes (Strauss & Corbin, 2004).

Van der Maren (2004) s'est inspiré du processus de codification de Miles & Huberman pour expliciter onze grandes étapes de la codification. Notre étude a utilisé ces étapes lors de la codification. Ces étapes sont résumées ici :

La première étape était la relecture du cadre conceptuel. Dans le cadre de notre lecture, on a effectué la relecture de notre but et de nos questions de recherche. Cette étape nous a permis de construire une liste provisoire de codes. Les codes sont « *des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours de l'étude* » (Miles & Huberman, 2003, p.112). Ces codes devront posséder des définitions opérationnelles claires, de telle sorte qu'un ou plusieurs chercheurs puissent les attribuer de façon univoque tout au long de l'étude. Dans le cas de cette étude, la liste des codes utilisée lors de l'analyse primaire des journaux rétrospectifs a servi d'inspiration. La nouvelle liste de codes a été ajustée au

fur des lectures du matériel à coder. La liste de codes et les définitions opérationnelles ont été construites au cours de plusieurs échanges avec la directrice de recherche.

La deuxième étape était une lecture du matériel à coder. Lors de cette lecture, nous avons rédigé un sommaire du matériel. Nous avons rédigé dans ce sommaire, nos premières impressions et nos premières interprétations car elles pouvaient influencer le reste du travail. Il était important de noter ces premières perceptions à l'intention de celle qui a validé le codage. Lors de rencontres avec la directrice de mémoire, ces impressions ont été exprimées.

La troisième étape était une prélecture d'un journal rétrospectif (JR) pour déterminer les unités d'analyses. Une unité d'analyse est définie comme un segment de taille variable: « *mot, locution, phrase ou paragraphe entier, connecté ou déconnecté d'un contexte spécifique* » (Miles & Huberman, 2003, p.112). Les unités d'analyses sont les passages du texte qui comportent une information correspondant à un des codes. L'unité d'analyse retenue doit être la plus petite unité d'information qui fait sens en elle-même. Elle doit être interprétable en l'absence d'information additionnelle (Giordano, 2003).

La quatrième étape était la lecture de la totalité du matériel pour découper les unités d'analyses. C'est le repérage des passages significatifs contenant les unités de d'analyses.

La cinquième étape était la relecture des unités d'analyses seulement et la réalisation du codage.

La sixième étape était le codage d'un autre 10% de matériel (un deuxième journal rétrospectif) où il y aura un nouvel ajustement de la liste de codes.

La septième étape était le codage par un deuxième codeur des deux journaux rétrospectifs. C'est le codage multiple, il permet d'obtenir un contrôle de fiabilité (Miles & Huberman, 2003). La directrice de mémoire a procédé au codage multiple. Les questions de recherche, la liste des codes et les unités d'analyses ont été fournies à la directrice de mémoire pour cet exercice. Les deux exercices de codage ont été ensuite comparés. Ce premier exercice inter-codeur devrait nous permettre d'obtenir une fiabilité de 70% entre les codeurs. Dans notre cas, une fiabilité de 79% a été obtenue. La fiabilité est calculée avec cette formule :

$$\text{Fidélité} = \frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre total d'accords + désaccords}}$$

Lors de la huitième étape, chaque codeur a effectué une deuxième fois le codage du même matériel (intra-codage) pour assurer une cohérence interne entre les codages. Nous avons raffiné la liste de nos codes et/ou leurs définitions opérationnelles en effectuant d'autres exercices intra- et inter-codeur jusqu'à l'obtention d'une fiabilité de 90%.

La neuvième et dixième étape étaient le codage de l'ensemble du matériel, incluant les deux premiers matériels codés (les deux journaux rétrospectifs). Lors de cette étape, les étapes deux, quatre et cinq ont été répétées.

La dernière étape a consisté à effectuer un nouveau calcul d'accord intra- et inter-codeur sur quelques unités d'analyses choisies au hasard (Van der Maren, 2004).

Traitement des données codées

Le codage des JR pré et postformation terminé, nous avons procédé aux traitements des données codées. L'analyse a permis de ressortir les différentes pratiques vaccinales rapportées par les infirmières lors du refus vaccinal. C'était la partie descriptive de l'analyse de l'étude.

Ensuite, nous avons mis en relief les différences observées avant et après la formation dans le groupe expérimental. Nous avons voulu approfondir notre compréhension des pratiques vaccinales en réponse au refus parental auprès d'un groupe restreint de participants. C'est pour cela que, dans le cadre de cette étude, la validité externe n'a pas été recherchée; la validité externe référant à la transférabilité des conclusions de l'étude à un contexte plus large.

Considérations éthiques

Le projet de recherche VIP a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) pour tous les membres de l'équipe incluant l'étudiante-chercheuse. Notre utilisation des données dénominalisées du projet de recherche VIP était couverte par le certificat du comité d'éthique de l'ASSSM. De plus, notre mémoire a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal (projet #932). L'anonymat des données recueillies a été assuré par la présence d'un numéro assigné à chaque participante sur tous les journaux rétrospectifs. Lors de la diffusion des résultats, aucune donnée ne sera révélée permettant d'identifier le profil individuel des CSSS participants, ni même leur région de provenance. Tous les journaux rétrospectifs ont été déposés, sous clé, à la

direction de la santé publique de Montréal, pour une période de sept ans suivant la publication d'écrits scientifiques. À la suite de cette période, ils seront détruits. Toutes les données présentes dans les journaux rétrospectifs ont été retranscrites sur un document Word par une adjointe administrative travaillant auprès de la direction de la santé publique de Montréal. La chercheuse responsable a vérifié l'exactitude de la retranscription. Les données retranscrites sont aussi conservées à la direction de la santé publique de Montréal pour la même période de temps que les autres données de la recherche VIP.

Chapitre IV : L'analyse des résultats

Dans ce chapitre, nous présenterons nos réponses aux deux questions de recherche.

1) Quelles sont les pratiques vaccinales décrites par les infirmières en réponse au refus vaccinal parental?

Cette question représente la *première partie* de notre analyse. Pour répondre à cette question, la situation du client et de la famille, la nature du refus vaccinal parental, les raisons de ce refus et les différentes pratiques infirmières observées en réponse à ce refus ont été décrit.

2) Est-ce que la formation VIP a mené à des modifications des pratiques vaccinales rapportées par les infirmières vaccinatrices lors d'un refus vaccinal parental?

Cette question représente la *deuxième partie* de notre analyse. Pour répondre à cette question, nous avons comparé les pratiques infirmières décrites par le groupe expérimental avant et après la formation.

Contexte

Nous avons analysé douze journaux rétrospectifs (JR) avant et après pour le groupe expérimental. Le tableau VIII décrit la répartition des âges, années d'expérience en vaccination et le nombre de jours de vaccination par mois.

Tableau VIII : Âge des infirmières, années d'expérience et nombre de jours/mois de vaccination

| Groupe expérimental (n=12) | | |
|--|------------------------------------|---|
| Nombre d'infirmières par tranche d'âge | Années d'expérience en vaccination | Nombre de jours de vaccination par mois |
| 50-59 ans (n=5) | Moins de 1 an (n=4) | 4-8 jrs (n=5) |
| 40-49 ans (n=3) | 2-5 ans (n=2) | Moins de 2 jrs (n=2) |
| 30-39 ans (n=3) | 6-9 ans (n=2) | 8-16 jrs (n=2) |
| Moins de 30 ans (n=1) | 10-14 ans (n=2) | 2-4 jrs (n=1) |
| | 15 ans et + (n=2) | Valeur manquante (n=1) |

Les situations impliquées dans le refus vaccinal étaient variables. Les infirmières ont décrit un parent ou un couple ayant un enfant de moins de 5 ans qui est préoccupé par la pertinence de la vaccination. **La nature du refus vaccinal** était générale ou bien associée à la crainte d'un type de vaccin. Les infirmières ont rapporté que certains parents refusent ou hésitent à vacciner leur enfant tel que le rapporte les deux exemples suivants : « *La mère exprime qu'elle ne croit pas qu'elle fera vacciner son enfant* » (0216); « *Parent se demande la pertinence de faire vacciner enfants* » (1227). D'autres parents ont des craintes au sujet d'un seul vaccin soit la varicelle, soit la rougeole-rubéole-oreillons (RRO) ou soit l'hépatite B. **Les raisons évoquées** et décrites par les infirmières étaient diversifiées. Certains parents croient que l'allaitement protège suffisamment contre les maladies évitables par la vaccination : « *J'allaite mon bébé, je n'ai pas besoin de vacciner* » (1114) ou que leur enfant est trop jeune pour être vacciner : « *Me répondent qu'il est trop petit que ce n'est pas nécessaire* » (0122). D'autres parents craignent les effets indésirables de la vaccination ou craignent de ne pas suivre le conseil d'un professionnel de la santé en qui ils ont confiance : « *Suivi avec sage femme, jamais rencontré couple avant naissance...Respecter sage femme et ce qu'elle a donné comme information* » (0121). Enfin, plusieurs parents s'interrogent quant à la pertinence du vaccin contre la varicelle ou contre la RRO en suggérant dans le premier cas qu'il s'agit d'une maladie bénigne alors que dans le second, qu'il s'agit d'un vaccin pouvant provoquer l'autisme de leur enfant. Toujours en lien avec ces situations, nous décrivons maintenant les pratiques des infirmières du groupe expérimental. Ces pratiques ont été codées en treize types

selon l'action qui exprime le plus justement la pratique infirmière. Ces codes ainsi que leurs définitions sont décrits à l'annexe 2.

Les pratiques vaccinales décrites en réponse au refus vaccinal

Treize types de pratiques ont été rapportés par les infirmières vaccinatrices. Ces pratiques sont énumérées à l'intérieur du tableau IXX ci-dessous.

Tableau IXX : pratiques vaccinales rapportées par les infirmières

| Pratiques rapportées | Définitions | Exemple d'unité de sens |
|--------------------------------------|--|--|
| Pratique d'explication | Regroupement des pratiques où l'infirmière fournit les éléments nécessaires au consentement libre et éclairé en informant de la nature et des conséquences des maladies évitables par la vaccination ou des <i>bénéfices</i> de la vaccination ou de <i>ces effets secondaires</i> . | « <i>Connaissance des bienfaits de la vaccination</i> » JR 0216 « <i>Je dois donner infos sur protection des vaccins du calendrier vaccin régulier</i> » JR 0121 « <i>Beaucoup d'enfants vaccinés donc diminution de la prévalence de la maladie</i> » JR 0229 |
| Pratique de promotion | Regroupement des pratiques où l'infirmière promeut la vaccination auprès de la clientèle ou dans son établissement en offrant de la <i>documentation écrite ou d'autres sources</i> , en <i>recommandant</i> de façon <i>directe</i> et explicite la vaccination et en facilitant l' <i>accès au service</i> . Par exemple : « <i>Je recommande...</i> » | « <i>Remettre documentation du PIQ pour lecture</i> » JR 0121 « <i>Je lui suggère de mettre à date toute la vaccination le plus tôt possible</i> » JR 0227 |
| Pratique de relation (relationnelle) | Regroupement des pratiques où l'infirmière établit une relation de confiance entre elle-même, le parent et l'enfant en recherchant des <i>données</i> | « <i>Vérifier le pourquoi du refus en démontrant du respect dans leur choix</i> » JR 0138 « <i>Créer des liens de confiance</i> » JR 0247 |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| | <i>supplémentaires, en écoutant et en reconnaissant les préoccupations des parents, en le réconfortant, en suscitant la réflexion</i> | |
| Pratique de correction | Regroupement des pratiques où l'infirmière apporte des réponses aux <i>objections</i> des parents, corrige des <i>croyances</i> et des <i>mythes</i> liés à la vaccination | «Vérifier base des informations sur ordinateurs/orale etc» JR 0121 «Documentation remise à la mère (article scientifique) qui dit qu'il n'y a aucun lien entre l'autisme et le RRO» JR 0222 |
| Pratique de résultats | Regroupement où l'infirmière énonce les <i>résultats</i> d'une décision vaccinale | « Parents comprennent et acceptent finalement le vaccin» JR 0227 «À la fin de la rencontre, ils n'étaient plus aussi fermés à la vaccination. Ils disent qu'ils veulent attendre un peu» JR 0122 |
| Pratique d'accommodement | Regroupement des pratiques où l'infirmière propose des compromis, des solutions, pose des actions pour accommoder le parent | L'infirmière propose un rendez-vous dans un mois « pour suivi de santé et relance vaccinale » JR 0122 «Prendre un rendez-vous à n'importe quel moment» JR 0249 |
| Pratique légale | Regroupement des pratiques où l'infirmière se réfère au cadre légal ou déontologique de la vaccination. Par exemple, « Nous ne pouvons pas vous obliger | « (Nous avons donné une information pertinente) et la décision revient aux parents» JR 0211 «Signer refus» JR 0247 |
| Pratique de réflexion | Regroupement des pratiques où l'infirmière exprime émotions, sentiments que la situation a engendrés en elle | «Situation difficile parce que les parents sont fermés à la vaccination » JR 0122 «Supporter les risques associés à la maladie de la varicelle posent un défi car |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | <i>c'est plutôt vrai qu'on a tous fait la varicelle étant jeune » JR 0151</i> |
| Métacognition | Regroupement de pratiques où l'infirmière émet un jugement sur ses compétences (savoir-agir) ou ses connaissances | <i>«J'aimerais avoir beaucoup plus d'argumentation, je n'ai pas eu formation et détails sur Varivax (statistique)» JR 0247 «Nous avons donné une information pertinente» JR 211</i> |
| Questionnement | Regroupement de pratiques où l'infirmière émet un doute sur des arguments éventuels, pose une question | <i>«Que dire et faire de plus??» JR 0222 «Ce sont des questions que je me pose dans ces situations là?» JR 0222</i> |
| Jugement clinique | Regroupement de pratiques où l'infirmière émet une évaluation clinique (professionnelle) de la situation | <i>«L'enfant accuse un retard vaccinal, n'a pas reçu ses vaccins de 1 an» JR 1211 «Possibilité de vacciner enfant à 18 mois pour Varicelle, Pentacel et RRO» JR 0227</i> |
| Ambiguës | Regroupement de pratiques où l'infirmière inscrit des éléments dont ne peut, à la lecture, relever le sens ou la signification | <i>«*Toute la démarche, Indication/contre indication, Hx, calendrier, etc. pour toutes les situations» JR 0138</i> |
| Autre | Regroupement de pratiques où l'infirmière inscrit des éléments qui n'appartiennent à aucune des catégories déjà identifiées | <i>«Convaincre la mère que les risques de la maladie sont plus augmentés que de faire vacciner» JR 0114</i> |

Modifications dans les pratiques vaccinales décrites

Est-ce que la formation VIP a mené à des modifications des pratiques vaccinales rapportées par les infirmières vaccinatrices lors d'un refus vaccinal parental?

L'analyse comparative des pratiques vaccinales décrites par les infirmières du groupe expérimental a permis d'identifier des modifications de certaines de ces pratiques.

1- Après la formation, nous avons remarqué une augmentation dans la description des pratiques de correction. Le nombre est passé de trois pratiques de correction décrites avant la formation à neuf pratiques décrites après la formation. Les fausses croyances exprimées par les parents ne sont pas ignorées par les infirmières et elles sont corrigées par celles-ci. De plus, nous avons remarqué différents niveaux dans la qualité des pratiques de correction rapportées après la formation. Le tableau XX ci-dessous décrit la qualité des pratiques de correction rapportées après la formation.

Tableau XX : Qualité des pratiques de correction rapportées après la formation

| Qualité de la pratique de correction | JR |
|--------------------------------------|---|
| Non pertinente | « Je lui dis aussi que j'ai eu un enfant de 3 ans qui vient d'être diagnostiqué autistique et qu'il n'avait jamais reçu aucun vaccin! » JR 1222 |
| Non spécifique | « Je démystifie sa croyance si il en a une » JR 1249 |
| | « Démystifie information qu'elle a » JR 1247 |

| | |
|------------|--|
| Pertinente | <i>« je lui montre l'article scientifique qui dénonce le lien entre RRO et autisme » JR 1222</i> |
| | <i>« démystification des effets secondaires graves et des effets secondaires fréquents » JR 1216</i> |
| | <i>« La varicelle est une maladie beaucoup plus grave qu'on pense, elle peut ouvrir la porte à des bactéries dont celle de la maladie qu'on appelle mangeuse de chair et à des grosses infections de la peau et des poumons » JR1122</i> |
| | <i>« Mais l'allaitement n'est pas synonyme de vaccination contre toutes les maladies que combattent le calendrier vaccinal » JR 1114</i> |
| | <i>« Expliquer que l'allaitement est le lait qui répond aux besoins nutritionnels de l'enfant qui l'aide à combattre certains virus environnants mais ne peut être considéré comme une protection à long terme contre les maladies identifiées dans le carnet vaccinal » JR 1114</i> |

2- Un peu plus d'infirmières (n=4) ont décrit des pratiques réflexives après la formation et qu'avant celle-ci (n=3). Une réflexion sur l'action (pratique réflexive) était un des objectifs de la formation VIP. Le tableau XXI regroupe des exemples de ces pratiques réflexives.

Tableau XXI : Exemples de pratiques réflexives décrites après la formation

| JR | Pratiques réflexives rapportées après la formation |
|------|---|
| 0151 | <i>« il a fallu que je maîtrise mon sentiment de colère puisque la mère était elle-même agressive »</i> |
| 0247 | <i>« en tant qu'infirmière qui croit en la vaccination, la mère va à l'encontre de ma</i> |

| | |
|------|---|
| | <i>pensée »</i> |
| 0249 | <i>« je crois à la vaccination contre la varicelle et celle-ci (le parent) va à l'encontre de mes croyances »</i> |

3- Sur un plan plus qualitatif, le vocabulaire scientifique utilisé est plus précis. Le bloc 1 de la formation VIP favorisait l'utilisation des données probantes issues de la recherche scientifique dans le domaine de l'immunisation. L'intégration de ce vocabulaire dans la pratique vaccinale des infirmières a été observée. Le tableau XXII regroupe des exemples de données avant et après la formation qui concerne la référence aux données probantes utilisées lors de la formation.

Tableau XXII : Données probantes utilisées avant et après formation

| JR | Données probantes | |
|------|---|---|
| | Avant la formation | Après la formation |
| 0216 | <i>« connaissance des bienfaits de la vaccination »</i> | <i>« diminution de la force (antigènes depuis quelques années) le minimum est administré pour stimuler le système immunitaire »</i> |
| 0122 | <i>« que les maladies contenues dans les vaccins peuvent être éradiquées si tous les bébés se faisaient vacciner adéquatement »</i> | <i>« expliquer les effets secondaires de vaccination ex : dans les 6 semaines suivant la vaccination, quelques boutons peuvent apparaître »</i> |
| 0229 | <i>« beaucoup d'enfant vacciner donc diminution de la prévalence de la maladie »</i> | <i>« informer le parent sur les dangers de la non vaccination et la recrudescence des maladies »</i> |
| 0114 | <i>« si augmentation de l'immunisation la varicelle tend à disparaître »</i> | <i>« bébé doit fabriqué les anticorps contre les antigènes (virus) »</i> |

4- Après la formation, les infirmières ont décrit plus en détail les multiples ressources utilisées en réponse au refus vaccinal. Le bloc 2 de la formation VIP soulignait le fait que les ressources de source crédible comme le PIQ, du matériel provenant de la Santé publique, de Santé Canada, sont essentielles à une pratique vaccinale. Le tableau XXII

regroupe des exemples de données avant et après la formation qui concerne la description des ressources utilisées

Tableau XXII : Ressources utilisées décrites après la formation

| Description des ressources utilisées | | |
|--------------------------------------|------------------------|---|
| JR | Pratique décrite | Après la formation |
| 0114 | Pratique de relation | « inviter à lire des articles sur l'allaitement, Santé Canada » |
| 0149 | Pratique d'explication | « je lui parle du vaccin et fait référence à mon PIC » |
| 0229 | Pratique de promotion | « site internet de la société canadienne de pédiatrie », « dépliant santé service sociaux du Québec », « montrer le tableau des antigènes administré avec le vaccin » |
| 0121 | Pratique d'explication | « Voir PIQ » |
| 0147 | Pratique d'explication | « je lui donne informations sur la maladie + (et) vaccin (PIQ) » |

Le tableau XXIII regroupe des exemples de données avant et après la formation pour qui concerne la personnalisation des pratiques rapportées. Nous avons défini la personnalisation des pratiques comme l'acte de répondre aux inquiétudes et préoccupations spécifiques des parents. Le contexte du refus vaccinal n'est pas ignoré des infirmières et elles ajustent ainsi leurs pratiques à la situation spécifique du parent. Lorsqu'elle personnalise ses pratiques, l'infirmière évite les pratiques génériques.

Tableau XXIII : Personnalisation des pratiques

| JR | Personnalisation | | |
|------|------------------|--|--|
| | | Avant la formation | Après la formation |
| 0216 | Situation | « la mère exprime qu'elle ne croit pas qu'elle fera vacciner son enfant »; | « le parent a vécu des situations où des enfants ont eu des réactions aux vaccins »; |

| | | | |
|------|---------------------------|---|--|
| | <i>Pratiques décrites</i> | <i>« lecture et explication des principales maladies auxquelles sont exposés les enfants non vaccinés »(pratique d'explication)</i> | <i>« explication du processus de recherche des vaccins » (pratique d'explication) « démystification des effets secondaires graves et des effets secondaires fréquents » (pratique de correction)</i> |
| 0227 | <i>Situation</i> | <i>« parents ont refusé le Varivax »;</i> | <i>« parent se demande la pertinence de vacciner enfants/lecture faite sur les risques. Baisse du système immunitaire »;</i> |
| | <i>Pratiques décrites</i> | <i>« leur explique les raisons pour lesquelles le vaccin est devenu au calendrier régulier de vaccination/ les risques de complication de la varicelle » (pratique d'explication)</i> | <i>« fournir au parent la documentation sur effets, risque et efficacité des vaccin » (pratique de promotion) « système immunitaire moins sollicité qu'auparavant » (pratique d'explication)</i> |
| 0211 | <i>Situation</i> | <i>« la mère refuse le Varivax. Préfère que l'enfant fasse la varicelle »;</i> | <i>« (famille part en voyage à l'étranger) mère refuse vaccin de la varicelle »;</i> |
| | <i>Pratiques décrites</i> | <i>« nous avons expliqué à la mère les risques de ne pas faire vacciner l'enfant car les chances de contamination par les pairs sont minimales dû à la vaccination des enfants » (pratique d'explication)</i> | <i>« expliquer à la mère les risques que l'enfant contracte une varicelle en voyage car les gens du nouvel environnement ne sont pas nécessairement immunisés » (pratique d'explication)</i> |
| 0114 | <i>Situation</i> | <i>« mère refuse le vaccin contre la varicelle »;</i> | <i>« on m'a dit qu'allaité mon bébé s'est comme un première vaccination? »;</i> |
| | <i>Pratiques décrites</i> | <i>« les effets secondaires de la maladie sont grave » (pratique d'explication)</i> | <i>« les anticorps de la mère vaccinée ne passe la barrière de lait ». « Bébé doit fabriqué les anticorps contre les antigènes (virus) » (pratique d'explication pour les deux)</i> |

Chapitre V : La discussion

Dans ce chapitre, nous discuterons des résultats obtenus en lien avec les écrits recensés ainsi que des limites méthodologiques de la présente étude.

Lien avec la littérature

Vaccins refusés

Dans notre étude, les deux vaccins les plus fréquemment refusés étaient le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons (RRO) et celui contre la varicelle. Ce résultat rejoint celui de l'étude de Smailbegovic, Laing & Bedford (2003) où le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons (RRO) est le plus fréquemment refusé (avec celui contre le méningocoque) en raison des croyances erronées de l'existence d'un lien avec l'autisme.

Raisons des refus

Les raisons citées dans notre étude expliquant le refus vaccinal sont similaires à celles décrites dans la littérature. Dans notre étude, le vaccin RRO est refusé en raison du lien présumé entre ce vaccin et l'autisme. Aussi, certains parents croyaient que l'immunité par la maladie est meilleure que celle acquise par un vaccin et que la maladie que l'on tente de prévenir est bénigne. Les auteurs, Fredrickson et al. (2004) et Lewendon & Maconachie (2002), ont décrit cette même raison. Dans notre étude, cette raison était particulièrement évoquée lors du refus du vaccin contre la varicelle. Une autre raison décrite dans notre étude, est celle que l'allaitement protège suffisamment contre les maladies évitables par la vaccination. Fredrickson et al. (2004) décrivent aussi cette raison. Finalement, la peur parentale des vaccins et de leurs effets secondaires, le manque d'information et les fausses croyances sont aussi des obstacles à la vaccination (Petoussis-Harris, Goodyear-Smith, Turner & Soe, 2005). Ses dernières

raisons étaient aussi décrites par les infirmières de notre étude, particulièrement en lien avec le vaccin contre la rougeole-rubéole-oreillons (RRO) et le vaccin contre la varicelle.

Pratiques vaccinales rapportées et modifications observées

Les infirmières de notre étude ont décrit un éventail de pratiques en réponse au refus vaccinal. Que ce soit avant ou après la formation, les infirmières ont fait la promotion de la vaccination, ont renseigné les parents, ont utilisé un système de relance lorsque c'était nécessaire et ont utilisé des moyens pour améliorer l'accès à la vaccination. Les infirmières ont décrit des pratiques qui ne se limitent pas à la technique d'administration des vaccins. Ces pratiques décrites sont similaires à la pratique vaccinale infirmière optimale décrite par l'OIIQ (2007).

De plus, les pratiques décrites par les infirmières de notre étude concordent avec certaines des pratiques vaccinales suggérées par des auteurs face à un refus vaccinal parental. Dans son article d'opinion, Hinman (2000), a proposé plusieurs pistes d'interventions pour le vaccinateur face à un parent qui doute ou refuse la vaccination.

En premier lieu, il est important pour le vaccinateur de communiquer clairement les bienfaits et les risques de la vaccination aux parents. Le vaccinateur doit présenter de façon juste la maladie en question, ses dangers, les risques et bienfaits de la vaccination. Cela rejoint les pratiques d'explications décrites par les infirmières de notre étude où les éléments nécessaires au consentement libre et éclairé sont présentés, en plus de la nature et des conséquences des maladies évitables par la vaccination ou des bénéfices de la vaccination ou de ces effets secondaires. Ces pratiques d'explication

étaient, d'ailleurs, majoritairement décrites par les infirmières de notre étude. De plus, après la formation, nous avons remarqué une amélioration du vocabulaire scientifique décrit par les infirmières. Les infirmières ont décrit des données probantes présentées lors de la formation VIP ou des données présentes dans le PIQ. La formation VIP a eu une certaine influence à ce qui a trait à l'utilisation de données probantes.

Deuxièmement, le vaccinateur doit être prêt à répondre aux questions du parent. Les infirmières de notre étude ont décrit des pratiques relationnelles et des pratiques de correction qui ont permis à ces infirmières de répondre aux questions et préoccupations du parent. Dans les pratiques relationnelles, l'infirmière écoute et reconnaît les préoccupations du parent et dans les pratiques de correction, l'infirmière apporte des réponses aux objections des parents, corrige les fausses croyances liées à la vaccination. Ces pratiques des infirmières de l'étude rejoignent la piste d'intervention décrite par Hinman (2000). Après la formation, les infirmières ont décrit plus de pratiques de correction, ce qui nous laisse croire que les fausses croyances du parent ne sont pas ignorées par les infirmières. De plus, nous avons remarqué une certaine amélioration de la justesse et de la pertinence des réponses données aux parents. Un vaccinateur bien informé joue un rôle significatif dans la diminution des inquiétudes parentales et de ce fait même, maintien une haute couverture vaccinale (Petoussis-Harris, Goodyear-Smith, Turner & Soe, 2005).

Troisièmement, le vaccinateur doit cibler les parents plus méfiants. Comme Fredrickson et al. (2004) suggèrent que les parents ont confiance en l'information donnée par le vaccinateur, il importe alors que les connaissances des infirmières au sujet de la vaccination soient à jour. Les infirmières de notre étude ont encouragé la

vaccination en offrant de la documentation écrite ou provenant de sources électroniques, ce qui signifie que les données les plus récentes ont été transmises aux parents. Cette pratique est aussi encouragée par d'auteurs (Lyren & Leonard, 2006; Diekema, 2005).

De plus, selon Fredrickson et al. (2004), les parents hésitants préféraient que les informations transmises par le vaccinateur soient individualisées à leur cas particulier. Nous avons remarqué une personnalisation des pratiques après la formation. Les infirmières ont adapté certaines de leurs pratiques pour répondre avec plus de justesse aux préoccupations et inquiétudes parentales. Cette personnalisation était présente dans les pratiques d'explication, relationnelles, de correction et d'accommodement. Ce résultat était quelque peu attendu car, comme nous l'avons mentionné préalablement, les infirmières ont décrit plus de pratiques de correction après qu'avant la formation. Cela nous laisse croire que les croyances parentales n'étaient pas ignorées.

Finalement, les parents ne veulent pas se faire *sermonner* ou se faire *convaincre* à tout prix par le vaccinateur (Fredrickson et al, 2004). Des infirmières de notre étude ont toutefois exprimé l'idée qu'elles *pouvaient* ou *devaient* convaincre le parent de vacciner leur enfant. Cela va à l'encontre du principe sous-jacent les pratiques légales où l'infirmière se réfère au cadre légal ou déontologique de la pratique vaccinale au Québec. À l'intérieur de ce cadre, il est clair que la vaccination est volontaire et donc non obligatoire au Québec. Cette pratique de *convaincre* ne serait pas efficace du point de vue du parent (Fredrickson et al, 2004). À notre avis, la frontière entre expliquer et faire valoir les bienfaits de la vaccination, corriger les fausses croyances et convaincre à tout prix n'est pas très bien définie pour les infirmières et nécessiterait une exploration plus approfondie.

Les limites de l'étude

Une première limite de cette étude est l'effet Hawthorne, c'est-à-dire que les infirmières ont rapporté des pratiques qu'elles pensent qu'elles devraient accomplir ou qu'elles auraient dû accomplir en réponse au refus parental. Ainsi, sachant que les données du journal rétrospectif seraient analysées, les infirmières ont pu inscrire des pratiques, qui selon elles, plairaient aux chercheuses. L'effet Hawthorne est difficile à contrer dans la mesure où les pratiques vaccinales étaient *rapportées* par les infirmières et non directement observées.

Une autre limite de la présente étude est liée au fait qu'il s'agit d'une analyse secondaire des données recueillies lors de la formation VIP. En effet, cela signifie que nous étions limités à un instrument de collecte de donnée (JR). L'observation directe sur le terrain aurait permis de décrire un portrait plus complet des pratiques vaccinales utilisées par les infirmières (Creswell, 2003).

Une autre limite est l'outil de collecte de données soit le journal rétrospectif. Il limitait l'espace alloué aux infirmières pour décrire leurs pratiques vaccinales en réponse au refus parental. Faute d'espace, il est possible que les données recueillies ne soient pas exhaustives (Creswell, 2003).

Une autre limite était l'utilisation de données écrites. La description écrite des pratiques effectuées nécessitent aux infirmières de prendre de leur temps pour réaliser cet exercice. Il est donc possible que, par manque de temps, les infirmières n'ont pas écrit toutes leurs pratiques effectuées face à un refus vaccinal. De plus, il a été recommandé aux infirmières d'inscrire dans leur journal les pratiques effectuées le plus rapidement après les avoir réalisées. Dans un contexte de pénurie de personnel et de

charge de travail élevée, il est possible qu'un laps de temps, plus ou moins important, se soit écoulé entre la situation de refus et l'inscription des pratiques au journal. Les infirmières devaient alors se fier à leur mémoire pour inscrire les pratiques effectuées au moment de la situation de refus.

Finalement, les données recueillies trois mois après la formation ne permettent pas de déterminer si les modifications de pratiques observées se maintiennent dans le temps. Une analyse de données recueillies à moyen terme permettrait de répondre à cette question.

Conclusion

La présente étude est de type qualitatif et se situe à l'intérieur d'une recherche exploratoire, descriptive et comparative. Elle avait pour but d'évaluer les retombées de la formation VIP sur les pratiques vaccinales rapportées par les infirmières de CSSS auprès des parents d'enfants de 0-5 ans lors d'un refus vaccinal parental.

Pour atteindre ce but, les questions suivantes étaient posées :

1. Quelles sont les pratiques vaccinales décrites par les infirmières en réponse au refus vaccinal parental?
2. Est-ce que la formation VIP a mené à des modifications des pratiques vaccinales rapportées par les infirmières vaccinatrices lors d'un refus vaccinal parental?

Les dimensions explorées étaient le refus vaccinal parental, les pratiques vaccinales décrites par les infirmières en réponse à ce refus et les modifications des pratiques vaccinales amenées par la formation VIP. Les résultats ont montré que les infirmières mobilisent une variété de pratiques en réponse au refus vaccinal parental. De plus, la formation VIP semble avoir mené à des modifications de certaines pratiques vaccinales.

Ainsi, après la formation, on a remarqué une augmentation des pratiques de correction rapportées. On a aussi remarqué une amélioration de la justesse du vocabulaire scientifique utilisé lors de leurs pratiques vaccinales. Cette tendance était particulièrement observée dans l'analyse des pratiques d'explication et de correction. Les infirmières ont décrit, de manière plus détaillée, les ressources utilisées dans leurs pratiques vaccinales. Les infirmières étaient aussi en mesure d'identifier les réactions émotionnelles que provoque, chez elles, le refus parental. Finalement, les infirmières ont identifié les fausses croyances des parents pour être en mesure d'y répondre adéquatement. Cela signifie que les infirmières ont personnalisé leur pratique vaccinale aux préoccupations ou inquiétudes parentales.

À la lumière de cette étude, plusieurs recommandations peuvent être formulées. Pour la recherche future, l'utilisation de plusieurs instruments de collecte de données (entrevue avec les infirmières et l'observation directe par exemple) permettrait la cueillette d'une plus grande quantité de données, ce qui enrichirait l'analyse. L'utilisation de multiples instruments de collecte de données permettrait aussi d'identifier d'autres pratiques utilisées par les infirmières.

De plus, il n'est pas possible de déterminer si les modifications observées perdurent dans le temps. Une collecte de données après six mois et un an après la formation permettrait de répondre à cette question.

Finalement, le contexte organisationnel de la pratique vaccinale n'a pas été étudié lors de cette étude. Certaines infirmières ont mentionné, dans leur journal rétrospectif, que le temps alloué à chaque client (environ vingt minutes) est une barrière

à une pratique idéale. Des entrevues auprès des infirmières permettraient de recueillir des données sur le contexte organisationnel à leur pratique.

Pour ce qui est de la pratique infirmière, cette étude montre que les infirmières ont mobilisé un éventail de pratiques en réponse au refus vaccinal. Ces pratiques étaient majoritairement justes et pertinentes. La littérature nous dit que les parents veulent des informations justes et individualisées à leur situation de la part du personnel vaccinateur. Les infirmières doivent donc identifier les préoccupations parentales et y répondre adéquatement. Les connaissances des infirmières doivent alors être constamment mises à jour pour répondre aux besoins des parents. Les milieux de travail, en conjonction avec la Santé publique, doivent offrir des formations permettant aux infirmières d'accomplir une pratique optimale notamment en ce qui concerne la distinction essentielle entre expliquer, corriger les fausses croyances et chercher à convaincre à tout prix.

En conclusion, depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90 modifiant le Code des professions, les infirmières sont considérées, par le législateur, comme des leaders dans le domaine de la vaccination au Québec (OIIQ, 2007). Pour exercer ce rôle de leadership, nous estimons que la formation continue est un outil qui permettra aux infirmières vaccinatrices de faire face à l'évolution constante de leur pratique, d'assurer des soins de qualité et d'assumer pleinement leur rôle. Il était nécessaire d'évaluer les retombées de la formation continue vue son rôle de soutien auprès des infirmières vaccinatrices.

Références

- Allen, A. (1998). Injection rejection. *The New Republic*.
- Briss, P.A., Rodewald, L.E., Hinman, A.R., Shefer, A.M., Bernier, R.R., & al, (2000). Review of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. *American journal of preventive medicine, 18*, 97-140.
- Colliver, J. A. (2002). Constructivism : the view of knowledge that ended philosophy or a theory of learning and instruction? *Teaching and learning in medicine, 14*, 49-51.
- Comité d'immunisation du Québec. (2006). *L'infirmière et la vaccination : constats et recommandations*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Creswell, J.W. (2003). *Research design : Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2^e ed.). Thousand Oaks: Sage publications.
- Diekema, D. S., and the Committee on Bioethics (2005). Responding to parental refusals of immunization of children. *Pediatrics, 115*, 1428-1431.
- Dionne, M., Boulianne, N., Duval, B., Lavoie, F., Laflamme, N., Carsley, J., Valiquette, L., Gagnon, S., Rochette, L., & De Serres, G. (2001). Manque de conviction face à la vaccination chez certains vaccinateurs québécois. *Canadian Journal of Public Health, 92*, 100-104.
- Feudtner, C., & Marcuse, E. K. (2001). Ethics and immunization policy : promoting dialogue to sustain consensus. *Pediatrics, 107*, 1158-1164.
- Fortune, J., & Wilson, K. (2007). Préserver les relations avec les parents anti-vaccins. *Canadian family physician, 53*, 2093-2095.
- François, P-H., & Botteman, A.E. (2002). Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : applications, recherches et perspectives critiques. *Carriérologie, 8*, 519-543.
- Fredrickson, D.D., Davis, T.C., Arnold, C.L., Kennen, E.M., Humiston, S.G., Cross, J.T., & Bocchini Jr, J.A. (2004). Childhood immunization refusal: provider and parent perceptions. *Clinical Research and Methods, 36*, 431-439.
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing: a concept analysis. *Nurse education today, 27*, 466-473.

- Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*. Édition EMS.
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing : literature review. *Journal of advanced nursing*, 55, 4, 449-456.
- Guide canadien d'immunisation. (2006). Canada : Agence de la santé publique du Canada. Septième édition.
- Heurter, H., Breen-Reid, K., Aronson, L., Lingard, L., Manning, D., Lee Ford-Jones, E. (2003). Childhood immunisation. How knowledgeable are we? *Canadian nurse*, 99, 4, 27-31.
- Hilton, S., Hunt, K., & Petticrew, M. (2006). Gaps in parental understandings and experiences of vaccine-preventable diseases: a qualitative study. *Child: care, health and development*, 33, 170-179.
- Hinman, A. R. (2000). How should physicians and nurses deal with people who do not want immunizations? *Canadian journal of public health*, 91, 248-251.
- Hudson, P., Soto, J., Duchesne, C., Beauregard, D., Ouellet, F., & Tapia, M. (2000). *Psychosocial determinants of immunization among health providers working in a support program for low income families in Montreal*. Affiche présentée à la 4e conférence nationale sur l'immunisation. Halifax, Nouvelle-Écosse.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme: un cadre théorique*. Bruxelles: De Boeck.
- Johnson, G. M. (2005). Instructionism and constructivism : reconciling two very good ideas. Document récupéré le 9 décembre 2008, <http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/>.
- Kulig, J. C., Meyer, C. J., Hill, S. A., Handley, C. E., Lichtenberger, S.M., & Myck, S. L. (2002). Refusals and delay of immunization within Southwest Alberta. *Canadian journal of public health*, 93, 109-112.
- Laliberté, J. (1992). L'école et le développement de la pensée critique. *Vie Pédagogique*, 77, 33-37
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal : Guérin.
- Letellier, M., Guimond, C., Larue, C., Valiquette, L., Gauvin, L., Petit, G., & Boulianne, N. (2006). *Formation Vaccination par les Infirmières/Infirmiers-Protection*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Lewendon, G. J., & Maconachie, M. (2002). Why are children not being immunised? Barriers to immunization uptake in South Devon. *Health education journal*, 61, 212-220.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. L.Q. 2002, C.33.
- Loi sur la santé publique. L.R.Q. 2001.
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., Beck, T. C., (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Lyren, A., & Leonard, E. (2006). Vaccine refusal : issues for the primary care physician. *Clinical pediatrics*, 45, 399-404.
- Mawn, B., & Pakala, M. (2000). Immunization update: a community-based nursing education program. *Journal of continuing education in nursing*, 31, 101-110.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd). Bruxelles. De Boeck
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, (2005). Le socioconstructivisme, un cadre de référence pour un curriculum par compétences.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Protéger la population par la vaccination : une contribution essentielle de l'infirmière, prise de position*. Montréal : OIIQ.
- Petit, G., Letellier, M., Gauvin, L., Boulianne, N., & Valiquette, N. (2007). Les pratiques vaccinales des infirmières au Québec. Étendue, retombées et barrières à leur réalisation. *Canadian Journal of Public Health*, 98, 311-317.
- Petit, G., Letellier, M., Gauvin, L., Valiquette, N., & Boulianne, N. (2004). Protocole de recherche VIP (Vaccination-Infirmières/Infirmiers-Protection). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Petousis-Harris, H., Goodyear-Smith, F., Turner, N., & Soe, B. (2005). Family practice nurse vies on barriers to immunising children. *Vaccine*, 23, 2725-2730.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. Avon books, New York.
- Santé Canada, www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspssp/dird-dimr/immunisation_f.html

- Sauvageau, C., Boulianne, N., Clouâtre, A.M., Lavoie, F., & Duval, B. (2005). Portait de la formation en vaccination offerte aux infirmières dans les établissements de santé du Québec. *Canadian Journal of Public Health*, 96, 273-277.
- Smailbegovic, M.S., Laing, G.J., & Bedford, H. (2003). Why do parents decide against immunization? The effects of health beliefs and health professionals. *Child: care, health & development*, 29, 303-311.
- Sporton, R.K., & Francis, S-A. (2001). Choosing not to immunize: are parents making informed decisions? *Family Practice*, 18, 181-188.
- St-Amour, M., Guay, M., Clément, P., Perron, L., Baron, G., & Petit, G. (2004). *Trousse de promotion de la vaccination*. Rapport d'évaluation. Longueuil, Québec. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie. Direction de la santé publique.
- Sherer, A.M., Briss, P.A., Rodewald, L.E., Bernier, R.R., Yusuf, H., & al, (1999). Improving immunization coverage rates: an evidence-based review of literature. *Epidemiological reviews*, 21, 96-142.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative : techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. 2^e édition. Academic Press Fribourg.
- Tardif, J. (1997). La construction des connaissances. *Pédagogie collégiale*, 11, 14-19.
- Tardif, J. (1993). L'évaluation dans le paradigme constructiviste, dans Hivon, R., *L'évaluation des apprentissages; réflexions nouvelles, tendances et formation*. Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Umble, K. E., Cervero, R. M., Baiyin, Y., & Atkinson, W. L. (2000). Effects of traditional classroom and distance continuing education : a theory-driven evaluation of a vaccine-preventable disease course. *American Journal of Public Health*, 90, 1218-1224.
- Van der Maren, J-M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd). Bruxelles. De Boeck.
- Williams, B. (2001). Developing critical reflection for professional practice through problem-based learning. *Journal of advanced nursing*, 34, 27-34.
- Wong, D.,L. (1999). *Whaley and Wong's nursing care of infants and children*. (6e éd). Mosby.

Appendices

Appendice A : LA FORMATION VIP

La formation VIP

La formation était d'une durée de deux jours où quatre blocs ou thèmes ont été abordés. Chaque bloc était d'une durée de presque trois heures.

Première journée de formation

Au début de la journée, chaque participante a complété une situation clinique simulée. Après avoir complété la situation clinique simulée, les participantes ont reçu un cahier d'une centaine de pages contenant toutes les présentations et les exercices présentées lors de la formation. Ce cahier était l'outil de travail des participantes pour la durée de la formation. Par la suite, il y a eu la présentation des formatrices, des participantes et des consignes générales au bon déroulement de la formation. Les formatrices ont présenté les objectifs de la formation de plus que le contexte entourant le projet de recherche et la formation VIP.

Au début de chaque bloc, il y a la présentation des objectifs spécifiques du bloc. En plus, une période de dix minutes a été allouée pour de la pensée réflexive, ce moment de retrait permet aux participantes de faire le point sur leurs connaissances, leurs croyances et leurs impacts sur la pratique. À l'intérieur du cahier des participantes, une grille présentait les objectifs spécifiques de chaque bloc, les participantes ont noté dans cette grille le niveau de compétences actuel (0-100%) et le niveau de compétences visé (0-100%) à la fin du bloc. Dans un espace à cet effet, les participantes pouvaient aussi inscrire des objectifs additionnels.

Le bloc 1 présentait la vaccination comme acte scientifique. Intitulée « *la vaccination : du microbe au programme* », ce bloc fut présenté par un médecin expert de la santé publique. Une présentation visuelle (Powerpoint) et interactive fut privilégiée, avec l'aide des dernières données issues de la recherche scientifique (données probantes). L'objectif de ce bloc était pour les participantes de reconnaître la pertinence et l'efficacité de la vaccination comme mesure de santé publique. Les thèmes présentés étaient les principes de base de la réponse immunitaire aux vaccins, les étapes du développement et de l'homologation des nouveaux vaccins et le cadre d'analyse des programmes d'immunisation utilisé par le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ). Du temps est alloué, tout au long du bloc, à des périodes de questions et d'échanges.

Le bloc 2 présentait « *la vaccination comme un acte professionnel* ». L'objectif général de ce bloc était pour la participante de saisir l'ampleur du rôle de l'infirmière au regard de la vaccination, individuellement et collectivement. Plus spécifiquement, à la fin du bloc, la participante sera en mesure de reconnaître les multiples facettes du rôle de l'infirmière en vaccination. De plus, elle sera en mesure d'intérioriser et d'intégrer les différentes responsabilités professionnelles de l'infirmière en vaccination. Finalement, la participante sera en mesure d'évaluer les sources documentaires sur la vaccination selon les critères de crédibilité de haut niveau. Ce bloc fut animé entièrement par les formatrices. En premier, une vignette clinique fut présentée où les participantes, travaillant en petit groupe, devaient identifier les multiples facettes du rôle de l'infirmière en vaccination. Par la suite, à l'aide du guide d'application de la loi 90 et du code de déontologie des infirmières, les participantes ont retravaillé la vignette clinique en tenant compte de ces documents. En deuxième lieu, les participantes ont

évalué la crédibilité des informations relatant de la vaccination et des articles scientifiques. Les participantes ont identifié les éléments qu'elles percevaient comme permettant de juger de la qualité des informations contenues dans un article intitulé « *Oui aux injections multiples* ». Par la suite, les formatrices ont présenté une grille d'analyse d'article scientifique. Les participantes ont retravaillé l'article à la lumière de la grille d'analyse. À la fin de la journée, les formatrices ont effectué un retour sur les objectifs de la journée et une période de temps a été allouée pour la réflexion personnelle et l'évaluation de la première journée de formation (formulaire de degré de satisfaction).

Deuxième journée de formation

Lors de la deuxième journée, les formatrices ont présenté le bloc 3 et 4. Au début de la journée, il y a eu un retour sur les objectifs généraux de la formation et les objectifs spécifiques des blocs 1 et 2. Le bloc 3 intitulé « *la vaccination, un acte relationnel* » avait comme objectif général pour les participantes de démontrer une capacité à mobiliser les parents vers la vaccination en respectant leur niveau d'intention envers celle-ci. À la fin de ce bloc 3, les participantes seront en mesure de reconnaître chez les parents des niveaux variables d'intention (stades) à faire vacciner leur enfant (0-5ans). De plus, la participante sera à l'écoute du discours du parent et de son ambivalence au regard de la vaccination : c'est l'ouverture au changement. La participante aidera alors le parent à progresser dans ses actions face à la vaccination en utilisant les stratégies spécifiques à chaque stade. La participante sera en mesure de faciliter la prise de décision éclairée du parent avant d'administrer tout vaccin et que, quelle que soit la décision du parent, le discours de la participante demeure honnête et

respectueux. Dans ce bloc, les participantes ont travaillé sur une vignette clinique où elles devaient identifier le niveau intention du parent vers la vaccination. Par la suite, les formatrices ont présenté le modèle de Prochaska, Norcross et DiClemente. Ce modèle est fréquemment utilisé par les intervenants impliqués dans les programmes de cessation du tabac. Ce modèle est de plus en plus utilisé auprès de différentes clientèles (patients diabétiques, ...). Pour les auteures de la formation VIP, ce modèle est un outil de plus pour les infirmières vaccinatrices. Ce modèle identifie les étapes du processus de changements de comportements. Par la suite, les principes de l'entrevue motivationnelle ont été présentés. L'entrevue motivationnelle, selon Miller et Rollnick (2002), est définie comme « *une approche directive, centré sur le parent, utilisée afin de l'amener à rehausser sa motivation interne à changer en explorant et solutionnant lui-même sa ou ses ambivalence(s)* (traduction libre) ». Les principes généraux de l'entrevue motivationnelle sont décrits comme suit: exprimer de l'empathie; faire élaborer sur les écarts perçus entre le comportement actuel et celui souhaité; travailler avec la résistance, et non contre elle; et soutenir le sentiment d'auto-efficacité du parent. Comme approche pédagogique, les participantes ont été divisées en petit groupe pour un jeu de rôle. À travers ce jeu de rôle, les participantes ont expérimenté concrètement avec les principes de l'entrevue motivationnelle. À la suite de la discussion en groupe sur l'entrevue motivationnelle, les formatrices ont fait un retour sur les objectifs de ce bloc.

Finalement, le dernier bloc de la formation, le bloc 4, était intitulé « *la vaccination, un acte intégré de santé publique* ». L'objectif de ce bloc était pour les participantes de s'engager à participer à diminuer les barrières liées à l'exercice du rôle

de vaccinatrice. Comme objectifs spécifiques, les participantes seront en mesure de reconnaître l'existence des barrières à la vaccination, de se reconnaître (individuellement et collectivement) comme agente de changement et de s'engager à participer à réduire des barrières à la vaccination. Comme lors des blocs précédents, une grande place est accordée aux échanges entre les participantes tout au long du bloc 4. Une des tâches demandées était pour les participantes d'identifier les barrières à l'acte de vacciner. Ces barrières ont ensuite été catégorisées. Par la suite, des pistes de solutions ont été identifiées par les participantes. Cela a permis aux participantes, provenant de différents CSSS, d'échanger des pistes de solutions pouvant être appliquées dans leurs milieux respectifs. Au cours de la deuxième partie du bloc 4, les formatrices ont comparé les éléments opposants un problème « simple » à un problème « complexe ». Une grille d'analyse permettant cette comparaison a été présentée aux participantes. Ensuite, les formatrices ont abordé le lien entre le problème simple et complexe et la pensée critique de haut niveau. Finalement, comme à la fin de chaque bloc, les formatrices ont fait un retour sur les objectifs de ce bloc. De plus, elles ont fait une synthèse de tous les blocs de la formation. Les participantes ont par la suite procédé à l'évaluation de la dernière journée de formation (formulaire de degré de satisfaction).

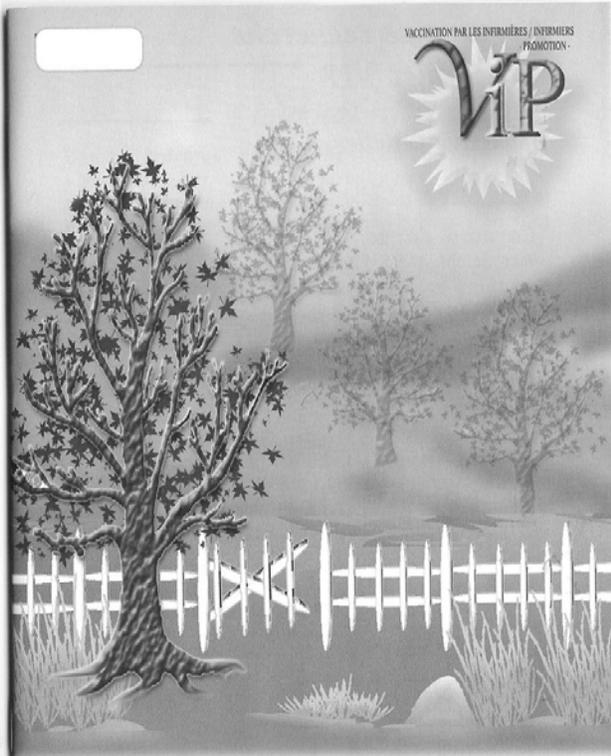
Appendice B : Codes pour analyse des journaux rétrospectifs

1. **SIT** : Situation du client et de la famille : description des *données biologiques, psychologiques ou sociales* qui décrivent la clientèle.
2. **RAIP** : Raisons du refus vaccinal parental du point de vue du parent
 - 2.1 **RAINF** : Raisons du refus vaccinal parental du point de vue de l'infirmière
3. **NAT** : Nature du refus vaccinal parental : quel est le vaccin refusé par le parent.
4. **PRA** : Catégorie de pratiques vaccinales : actions, tâches et rôles qu'accomplissent les infirmières en lien avec la vaccination.
 - 4.1 **PRAEX** : Regroupement des pratiques où l'infirmière fournit les éléments nécessaires au consentement libre et éclairé en informant de la nature et des conséquences des maladies évitables par la vaccination ou des *bénéfices* de la vaccination ou de *ces effets secondaires*.
 - 4.2 **PRAPRO** : Regroupement des pratiques où l'infirmière promeut la vaccination auprès de la clientèle ou dans son établissement en offrant de la *documentation écrite ou d'autres sources*, en *recommandant* de façon *directe* et explicite la vaccination et en facilitant *l'accès au service*. Par exemple : « *Je recommande...* »
 - 4.3 **PRARE** : Regroupement des pratiques où l'infirmière établit une relation de confiance entre elle-même, le parent et l'enfant en recherchant des *données supplémentaires, en écoutant et en reconnaissant les préoccupations des parents*, en le *réconfortant*, en *suscitant la réflexion*.
 - 4.4 **PRACOR** : Regroupement des pratiques où l'infirmière apporte des réponses aux *objections* des parents, corrige des *croyances* et des *mythes* liés à la vaccination
 - 4.5 **PRARES** : Regroupement où l'infirmière énonce les *résultats* d'une décision vaccinale
 - 4.6 **PRATAC** : Regroupement des pratiques d'accommodement : infirmière propose des compromis, des solutions, pose des actions pour accommoder le parent.
 - 4.7 **PRALE** : Regroupement des pratiques de nature légale ou déontologique : infirmière se réfère au cadre légal ou déontologique de la vaccination. Par exemple, « *Nous ne pouvons pas vous obliger* ».
 - 4.8 **PRARÉFL** : Regroupement des pratiques où l'infirmière exprime émotions, sentiments que la situation a engendrée en elle.

- 5. METAC :** Métacognition : l'infirmière émet un jugement sur ses compétences (savoir-agir) ou ses connaissances.
- 6. QUES :** Questionnement : l'infirmière émet un doute sur des arguments éventuels, pose une question
- 7. JUG CLINIQUE :** Jugement clinique : l'infirmière émet une évaluation clinique (professionnelle) de la situation
- 8. AMBIG :** Ambiguës : l'infirmière inscrit des éléments dont ne peut, à la lecture, relever le sens ou la signification.
- 9. AUTRE :** Autres : l'infirmière inscrit des éléments qui n'appartiennent à aucune des catégories déjà identifiées.

Appendice C : Le journal rétrospectif (JR)

VACCINATION PAR LES INFIRMIÈRES / INFIRMIERS
PROMOTION



Québec 
• Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
• Institut national de santé publique

Université 
de Montréal

*L'équipe de recherche
du Projet VIP*

Monique Letellier,
M.D., M.Ed.
Responsable du projet

Caroline Larue,
Bacc. Sc. Inf., M.Sc., Ph.D.

Geneviève Petit,
M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Lise Gauvin,
Ph.D.

Louise Valiquette,
M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Nicole Boulianne,
Inf., M.Sc.

Catherine Guimond,
Bacc. Sc. Inf.

Direction de santé publique de Montréal - Secteur Vigie et protection
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone: (514) 528 2400, poste 3670

Journal rétrospectif

Dans le cadre de la recherche intitulée **Projet VIP** « Vaccination par les infirmières/infirmiers - Promotion », nous voulons mieux connaître vos pratiques de vaccination et évaluer les variations de ces pratiques dans le temps et selon les situations.

Nous vous demandons donc de compléter ce carnet pour **quatre situations consécutives** impliquant une vaccination ou une discussion avec un parent au sujet de la vaccination.

Nous avons estimé que vous aurez besoin d'environ 7 minutes entre chaque situation de vaccination pour répondre correctement au questionnaire. Choisissez le moment qui vous convient le mieux : soit après chaque situation, soit à la fin de la clinique, mais alors en ayant pris soin d'écrire quelques notes pour faciliter un souvenir complet de la situation. Vos administrations locales ont été informées et nous ont assuré de leur collaboration.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et toutes les opinions sont les bienvenues. La confidentialité sera respectée dans tout le processus de la recherche tel que décrit au formulaire de consentement.

*Merci à l'avance pour
votre contribution à cette recherche.*

L'équipe de recherche du « Projet VIP »

**Appendice D : Renouvellement du certificat d'éthique pour
l'année 2010-2011**

De : Bascunana Claire
Envoyé : 2 juin 2010 11:43
À : Larue Caroline
Cc : Daniel Marie-France
Objet : Renouvellement du projet #932
Importance : Haute

Bonjour Madame Larue,

Suite à la réception du formulaire de suivi déontologique, je suis heureuse de vous informer que le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal accepte de renouveler votre certificat d'éthique pour le projet intitulé « Les pratiques d'infirmières vaccinatrices dans les situations de refus parental: effet d'une formation» pour une durée d'un an. Une copie papier du nouveau certificat vous sera acheminée à l'intérieur d'un mois. Bonne recherche !

Respectueuses salutations,

Claire Bascunana, Secrétaire
Pour Madame Marie France Daniel
Présidente du CÉRSS

