

# RAPPORT D'ÉVALUATION

Projet pilote sur la vaccination des tout-petits  
montréalais en milieux de garde

Mai 2026



**Rapport d'évaluation – Projet pilote sur la vaccination des tout-petits montréalais en milieux de garde**  
est une production de la Direction régionale de santé publique (DRSP)  
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL)

**Mai 2026**

1560, rue Sherbrooke Est  
Pavillon J.A. De Sève  
Montréal (Québec) H2L 4M1  
[www.santepublicquemontreal.ca](http://www.santepublicquemontreal.ca)

Sous la direction de  
Mylène Drouin, directrice régionale de santé publique de Montréal

**Porteuse et responsable de la réalisation du projet pilote**

Marie-Laure Kleme, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), Service Santé Jeunesse (SaJe), secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

**Recherche et rédaction de l'évaluation**

Alexandre Duguay, infirmier clinicien, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Marie-Laure Kleme, APPR, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Dorra Ghorbal, APPR, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Justine Carré, APPR, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Catherine Dea, cheffe médicale, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

**Traitement et analyse des données**

Dorra Ghorbal, APPR, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Justine Carré, APPR, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

**Coordination**

Lilian Montano, cheffe de service, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Catherine Dea, cheffe médicale, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Majorie Lavoie, co-responsable médicale, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP  
Guillaume Lemay, coordonnateur du secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

### **Collaboration interne**

Carol Gira Bottger, Coordonnatrice professionnelle Brigade Infections et interventions dans la communauté, les milieux de vie et de soins (IICMVS), Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses (PCMI), DRSP

Jacinthe Desroches, Médecin-conseil, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

Jean-Claude Ndala Kabongo, APPR, Brigade IICMVS, secteur PCMI, DRSP

Luck Budry Simélus, APPR, Urgences sanitaires en maladies infectieuses (USMI), secteur PCMI, DRSP

Marie-Jules Bohuon, Infirmière, USMI, secteur PCMI, DRSP

Mike Okenge Shonda, APPR, Brigade IICMVS, secteur PCMI, DRSP

Naomie Colin, APPR, USMI, secteur PCMI, DRSP

Rachel Pagé, Infirmière clinicienne, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

Salah Bahloul, APPR, Brigade IICMVS, secteur PCMI, DRSP

Sarah-Jeanne Morin, Infirmière clinicienne, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

### **Collaboration des CIUSSS**

Des dizaines de personnes ont contribué à ce projet, des gestionnaires et des professionnelles et professionnels des CIUSSS. Nous les remercions sincèrement pour cette collaboration et leur dévouement envers les familles montréalaises.

CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal

### **Révision linguistique et mise en page**

Yasmina Sahnoun, agente administrative, SaJe, secteur Jeunesse 0-25 ans, DRSP

### **Notes**

En conformité avec la Charte d'engagement sur l'inclusion des personnes de la diversité sexuelle et de genre adoptée par le Comité de direction du CCSMTL le 22 juin 2021, ce document est rédigé autant que possible de façon inclusive.

Ce rapport est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.santepublicquemontreal.ca>

© Gouvernement du Québec, 2026

ISBN : 978-2-555-03881-3

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

Bibliothèque et Archives Canada, 2026

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Mot de la Directrice</b> .....	7
1. Sommaire .....	11
2. Introduction .....	15
3. Objectifs .....	16
3.1. Objectifs du projet pilote .....	16
3.2. Objectifs spécifiques d'évaluation .....	16
4. Description de l'intervention .....	17
4.1. Consultations avec les partenaires .....	17
4.2. Version 1 .....	17
4.3. Version 2 .....	19
4.4. Spécificités selon les territoires CIUSSS .....	23
5. Méthodologie de l'évaluation.....	25
5.1. Devis d'évaluation.....	25
5.2. Comité conseiller à l'évaluation.....	25
5.3. Recrutement des participants pour l'évaluation .....	25
5.4. Sources de données .....	25
5.4.1. Précisions sur les méthodes de collecte .....	26

5.4.2. Notes méthodologiques sur les indicateurs de vaccination .....	27
6. Résultats.....	31
6.1. Fidélité des activités (objectif 1) .....	31
6.1.1. Activités déployées comparativement à celles prévues dans le modèle logique .....	31
6.1.2. Couverture de l'intervention .....	31
6.2. Perspectives des intervenants et gestionnaires des CIUSSS, de la DRSP et des SGÉE (objectif 2).....	38
6.2.1. Sondages de satisfaction (SGÉE et CIUSSS).....	39
6.2.2. Rapport des visites, entrevues, et rencontres .....	41
6.3. Résultats de vaccination (objectif 3).....	43
6.3.1 Indicateurs de vaccination .....	43
6.4. Regard intégrateur sur l'ensemble en vue de dégager des pistes d'amélioration (objectif 4).....	47
6.4.1. Faits saillants.....	47
6.4.2. Jugement global.....	48
7. Forces et limites de l'évaluation .....	49
8. Recommandations selon le cadre du quintuple objectif .....	51
8.1. Santé et bien-être de la population .....	51
8.2. Équité .....	52
8.3. Expérience de services.....	53
8.4. Expérience au travail.....	54

8.5. Viabilité .....	55
9. Conclusion.....	56
Références .....	57
Annexe 1 : Outils de recrutement.....	59
Annexe 2 : Outils de collecte de données.....	60
Annexe 3 : Questions des sondages de satisfaction aux partenaires .....	61
Sondage destiné aux CIUSSS participants.....	61
Sondage destiné aux SGÉE participants.....	62
Annexe 4 : Guide d’entrevues semi-dirigées .....	63
Annexe 5 : Synthèse des questions et préoccupations des parents.....	64

## MOT DE LA DIRECTRICE

La vaccination demeure l'un des moyens les plus efficaces pour protéger la santé des enfants et favoriser l'équité en santé. Or, la recrudescence de la rougeole au Québec au printemps 2024 est venue rappeler que, malgré les efforts déployés, des inégalités importantes persistent à Montréal en matière de couverture vaccinale chez les tout-petits. Elle a également mis en lumière des enjeux liés à la qualité des données du Registre de vaccination du Québec, essentiels pour orienter nos actions.

Dans ce contexte, la Direction régionale de santé publique de Montréal a souhaité innover en mettant à l'essai une intervention de proximité, en collaboration étroite avec les milieux de garde éducatifs à l'enfance et les équipes des CIUSSS. Cette initiative reconnaît que l'accès à la vaccination ne se limite pas seulement à la disponibilité des services, mais nécessite des stratégies adaptées de démarchage, ancrées dans les milieux de vie et sensibles aux réalités des familles, notamment celles issues de l'immigration récente ou confrontées à la vulnérabilité.

Les résultats et l'évaluation du projet pilote sont encourageants. Ils démontrent qu'une approche de proximité est faisable et peut améliorer à la fois les couvertures vaccinales et la qualité des données, tout en favorisant l'adhésion des milieux et la mobilisation des partenaires. Ils confirment également la pertinence de compléter les services universels par des interventions ciblées, dans une perspective d'universalisme proportionné, afin de mieux répondre aux besoins des populations et de réduire les inégalités sociales de santé.

Au-delà des résultats, ce projet constitue un exemple concret de la valeur de l'action intersectorielle. La collaboration étroite entre la santé publique, les CIUSSS et les services de garde éducatifs à l'enfance a permis de déployer des interventions cohérentes, adaptées et porteuses. Elle illustre la capacité de nos réseaux à se mobiliser collectivement pour répondre à des enjeux complexes de santé publique.

Les apprentissages issus de cette démarche s'inscrivent dans la continuité des constats du rapport de la directrice régionale de santé publique d'octobre 2024, notamment en ce qui concerne la nécessité d'agir de manière structurée sur les déterminants des inégalités en santé. Les recommandations formulées, regroupées selon le cadre du quintuple objectif, offrent des pistes concrètes pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, renforcer l'équité, optimiser l'expérience des familles et des équipes, et assurer la viabilité des interventions.

Je tiens à souligner l'engagement remarquable des CIUSSS, des milieux de garde ainsi que des équipes de la DRSP impliquées. Leur collaboration a été déterminante dans la réussite de ce projet et témoigne de la force de notre action collective.

Ce projet pilote trace une voie prometteuse. En poursuivant et en adaptant ces approches, nous avons l'opportunité de renforcer durablement la protection de la santé des tout-petits montréalais et de progresser vers une plus grande équité en santé.



Mylène Drouin, M.D., FRCP

Directrice régionale de santé publique

## Liste des abréviations et des acronymes

APPR	Agent et agente de planification, de programmation et de recherche
CCOMTL	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNIM	CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
COMTL	CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CPE	Centre de la petite enfance
CV	Couvertures vaccinales
DCaT-HB-VPI-Hib	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b
DCaT-VPI	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite
DCaT-VPI-Hib	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b
DRSP	Direction régionale de santé publique de Montréal
HA	Vaccin contre l'hépatite A
HAHB	Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B
HB	Vaccin contre l'hépatite B
ISS	Inégalités sociales en santé
Men-C-C	Vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C
MFA	Ministère de la Famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCMI	Prévention et contrôle des maladies infectieuses
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
Pneu-C-15	Vaccin conjugué contre le pneumocoque
PSL	Point de services local
RRO	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
RRO-Var	Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle
RVQ	Registre de vaccination du Québec
SaJe	Santé Jeunesse
SGÉE	Service de garde éducatif à l'enfance
Var	Vaccin contre la varicelle
V1	Version 1
V2	Version 2

## Liste des figures

Figure 1 - Modèle logique du projet pilote sur la vaccination des tout-petits montréalais en service de garde

Figure 2 - Nombre et proportion des participants au projet pilote, Montréal

Figure 3 - Résultats du sondage envoyé aux SGÉE participants

Figure 4 - Résultats du sondage envoyé aux participants des CIUSSS

Figure 5 - Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin a été inscrit au RVQ au cours de la visite, Montréal

Figure 6 - Répartition de la proportion des usagers dont au moins un vaccin a été inscrit au RVQ au cours de la visite, Montréal

Figure 7 - Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin était manquant après l'analyse et la mise à jour du dossier RVQ, Montréal

Figure 8 - Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin manquant a été reçu après la visite en date du 1er octobre 2025, Montréal

Figure 9 - Le quintuple objectif de création de valeur

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 0-4 ans, Montréal, 2021

Tableau 2 : Sources de données associées aux objectifs de l'évaluation

Tableau 3 : Caractéristiques des milieux participants au projet

Tableau 4 : Taux de participation des usagers des SGÉE visités

Tableau 5 : Résumé des activités planifiées comparativement aux activités réalisées lors de l'intervention ainsi que l'évaluation de l'implantation

Tableau 6 : Taux de réponse des SGÉE et membres des CIUSSS participants

Tableau 7 : Répartition du nombre d'usagers dont au moins un vaccin était manquant après l'analyse et la mise à jour du dossier RVQ, Montréal

Tableau 8 : Comparaison de la proportion d'usagers ayant une dose (12 à 18 mois) contre la rougeole, avant et après l'intervention, parmi les usagers

Tableau 9 : Comparaison de la proportion d'usagers ayant deux doses (19 mois et plus) contre la rougeole, avant et après l'intervention, parmi les usagers

# 1. SOMMAIRE

## **Contexte et objectif du projet pilote**

L'écllosion de rougeole du printemps 2024 a mis en lumière des couvertures vaccinales (CV) sous-optimales chez les tout-petits montréalais et des limites méthodologiques aux données du Registre de vaccination du Québec (RVQ). Dans ce contexte, la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal a développé un projet pilote pour évaluer la pertinence et la faisabilité d'une intervention de proximité visant à améliorer les CV et la saisie des preuves vaccinales chez les jeunes enfants, par une collaboration entre :

- des services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE) en installation ;
- des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ;
- la DRSP de Montréal.

## **Description de l'intervention**

Des SGÉE ont été sélectionnés en fonction des CV du territoire, du nombre d'usagers (enfants) par milieu et des suggestions des partenaires. Un aide-mémoire traduit en plusieurs langues a été élaboré pour informer les parents des SGÉE participants de la visite d'une équipe de santé. Des échanges entre la DRSP, les CIUSSS et les SGÉE ont permis de bonifier l'intervention et de former les équipes constituées de professionnelles et professionnels de la santé et de personnel administratif.

Les activités planifiées lors des visites dans les SGÉE étaient les suivantes :

- analyser les carnets de vaccination des enfants et de leurs familles ;
- saisir les informations manquantes au RVQ, lorsque pertinent ;
- communiquer les vaccins manquants aux parents ;
- vacciner sur place les enfants et leurs familles, et/ou offrir des rendez-vous en point de services local (PSL) ;
- répondre aux questions des parents et effectuer un entretien motivationnel au besoin, avec l'aide d'une brigade de professionnelles et professionnels dédiés et formés à cette activité.

## **Méthodologie de l'évaluation**

L'évaluation du projet pilote vise à documenter l'implantation des activités, recueillir les perspectives des personnes impliquées et décrire les résultats de vaccination, afin de dégager des pistes d'amélioration concrètes. La méthodologie s'appuie sur différentes sources de données quantitatives et qualitatives :

- un outil maison pour colliger les données des carnets de vaccination analysés ;
- des extractions du RVQ ;
- un journal de bord détaillant le déroulement des visites ;
- des entrevues semi-dirigées auprès des équipes de santé (n=8 entrevues) ;
- un sondage auprès des SGÉE (n=26 répondants) et des CIUSSS (n=8 répondants);

Un comité conseiller composé de la DRSP et des trois CIUSSS a permis d'éclairer les décisions entourant l'évaluation, d'interpréter les résultats et de dégager des pistes d'amélioration.

### **Principaux résultats**

Au total, 29 SGÉE ont été recrutés. Les carnets de vaccination de 1845 personnes ont été analysés, dont 1496 usagers, ce qui correspond à un taux de participation de 62 % chez ces derniers. Les équipes analysaient en moyenne 64 carnets par jour.

Des vaccins reçus antérieurement ont été inscrits au RVQ pour 13 % des usagers (n=198). Nous avons documenté que 11 % des usagers (n=171) n'étaient pas adéquatement vaccinés pour l'âge. Parmi les 5 SGÉE où la vaccination était offerte sur place dans le milieu, 54 % des usagers (n=25) qui n'étaient pas adéquatement vaccinés ont reçu au moins un vaccin sur place.

À la suite de l'intervention de proximité, 45 % des usagers ayant au moins un vaccin manquant ont reçu au moins un vaccin (n=77). Par ailleurs, la proportion d'usagers de 12 à 18 mois ayant reçu une dose du vaccin contre la rougeole a augmenté, passant de 60 % à 71 %. Enfin, chez les usagers de 19 mois et plus ayant reçu deux doses du vaccin contre la rougeole, la proportion est passée de 96 % à 99 %.

Le sondage mené après le projet pilote a montré une satisfaction globale très élevée de la part des SGÉE et des CIUSSS participants. Les SGÉE ont répondu unanimement avoir un intérêt pour des collaborations futures similaires avec le réseau de la santé. Une forte majorité (85 %) des répondants des CIUSSS ont mentionné vouloir poursuivre un projet similaire sur leur territoire.

Les entrevues semi-dirigées ont souligné à maintes reprises la pertinence de l'intervention de proximité, tout en précisant la nécessité d'avoir une organisation logistique mieux adaptée aux réalités des SGÉE (ex. : locaux, horaires) et aux besoins des équipes de santé. L'obtention de la liste des usagers du SGÉE avant la visite a été soulignée comme piste de solution à prioriser pour optimiser les ressources investies, en permettant d'identifier à l'avance les enfants non adéquatement vaccinés.

### **Recommandations et pistes d'action**

De nombreuses pistes d'action concrètes ont été identifiées par le biais du sondage, des entrevues et du comité conseiller à l'évaluation. Elles sont regroupées en dix recommandations prioritaires selon le cadre du quintuple objectif.

### ***Santé et bien-être de la population***

Recommandation 1 : Poursuivre le projet pilote ou des interventions de proximité similaires dans les milieux de garde pour certains territoires locaux prioritaires, en incluant une offre de vaccination sur place lorsqu'il y a une demande du milieu en ce sens.

Recommandation 2 : Mobiliser les partenaires des SGÉE à faire la promotion de la vaccination auprès des familles et de leur personnel.

### ***Équité***

Recommandation 3 : Déployer les visites terrain en priorité dans les milieux de garde fréquentés par des familles en situation de vulnérabilité, et mobiliser plus largement les partenaires du quartier pour élargir la portée d'une intervention de proximité.

Recommandation 4 : Renforcer les stratégies visant à mieux informer les familles issues de l'immigration récente et celles ayant une faible littératie sur la vaccination et sur les services disponibles.

### ***Expérience de services***

Recommandation 5 : Planifier les horaires de visites terrain pour qu'ils soient mieux adaptés aux réalités des parents et au rythme quotidien des SGÉE.

Recommandation 6 : Intensifier le démarchage et améliorer les communications auprès des parents moins enclins à participer à l'intervention et auprès de ceux dont l'enfant est considéré comme n'étant pas adéquatement vacciné.

### ***Expérience au travail***

Recommandation 7 : S'assurer en amont que les locaux disponibles dans les milieux de garde sont adaptés aux besoins des équipes de santé.

Recommandation 8 : Augmenter les communications entre toutes les parties prenantes avant les visites terrain afin de bien clarifier les rôles de chacun et prévoir tous les différents détails logistiques.

### ***Viabilité***

Recommandation 9 : Pour améliorer l'efficacité des visites terrain, rendre accessibles aux équipes de santé les listes d'enfants fréquentant les SGÉE, afin d'identifier à l'avance ceux qui sont considérés non adéquatement vaccinés et de concentrer l'intervention de proximité sur ces derniers.

Recommandation 10 : Mettre en place des mécanismes structurants et centralisés pour améliorer la qualité des données du registre de vaccination, en priorité pour les familles issues de l'immigration récente.

## **Conclusion**

En conclusion, l'évaluation du projet pilote montre la pertinence et la faisabilité de visites terrain dans les SGÉE pour améliorer les données de CV chez les tout-petits montréalais. L'intervention de proximité, bien ancrée sur une collaboration intersectorielle et des stratégies adaptées pour mieux rejoindre les familles de milieux vulnérables, semble une avenue de rattrapage vaccinal à explorer davantage à Montréal. Les iniquités observées dans les couvertures vaccinales des tout-petits justifient d'enrichir l'offre universelle actuelle par des modalités d'intervention différenciées, afin de tendre vers un universalisme proportionné, où l'intensité et les stratégies d'action sont ajustées en fonction des besoins des milieux. Dans sa forme actuelle, l'intervention est jugée prometteuse. Bien qu'elle nécessite de dégager plusieurs ressources pour les visites terrain, des ajustements pourraient grandement améliorer l'efficacité de l'intervention. L'évaluation du projet pilote a également permis de dégager plusieurs pistes pour améliorer plus largement les services de vaccination en petite enfance.

## 2. INTRODUCTION

L'écllosion de rougeole du printemps 2024 a mis en lumière des couvertures vaccinales (CV) sous-optimales pour l'ensemble des vaccins chez les enfants montréalais et des limites méthodologiques au Registre de vaccination du Québec (RVQ). Les familles présentant des facteurs de vulnérabilité sont probablement les plus affectées par ces constats, alors que la plupart seraient en accord avec la vaccination, mais se heurteraient à différentes barrières d'accès aux services (Machado *et al.*, 2021 ; Gagneur *et al.*, 2019). Pourtant, plusieurs stratégies sont démontrées efficaces pour mieux les rejoindre, par exemple offrir des services de proximité dans les écoles et milieux de garde, faciliter la prise de rendez-vous, faire des rappels et mieux communiquer les informations aux parents sur les services disponibles (Machado *et al.*, 2021 ; Jaca *et al.*, 2018 ; Kaufman *et al.*, 2018 ; Guide to Community Preventive Services, 2025).

À l'heure actuelle, il n'existe aucun système de collecte de preuves vaccinales chez les enfants de 0 à 5 ans, ni en service de garde éducatif à l'enfance (SGÉE), ni dans la communauté. L'accès aux informations sur la vaccination des tout-petits reste limité jusqu'à la collecte des preuves vaccinales à l'entrée en maternelle. Cependant, la capacité des infirmières scolaires est un enjeu et la révision des carnets de vaccination la première année d'école n'est pas garantie. Une proportion non négligeable de tout-petits n'est pas inscrite au RVQ ou possède des dossiers qui ne sont pas à jour. Les caractéristiques de ces tout-petits sont encore peu connues. Selon le RVQ, en date du 29 mars 2024, 91,8 % des enfants de 1 à 5 ans étaient inscrits dans le RVQ. Parmi ceux-ci, 70,4 % étaient adéquatement vaccinés pour l'âge contre la rougeole. Les données du RVQ servent de référence à la Direction régionale de santé publique (DRSP) de Montréal et aux Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) pour la planification des activités de vaccination. L'amélioration de la qualité de ces données permettra une planification optimale des interventions, une amélioration de la priorisation des activités de rattrapage vaccinal et un allègement des tâches des infirmières scolaires à l'entrée en maternelle.

En 2014, un rapport de l'Unicef classait le Canada au 28<sup>e</sup> rang des 29 pays influents du monde avec un taux de couverture vaccinale de moins de 90 % chez les enfants de 12 à 23 mois ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la rougeole et 3 doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite (Scheifele *et al.*, 2014). Selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé, la couverture vaccinale pour la deuxième dose du vaccin contre la rougeole selon l'âge national recommandé était de 79 % en 2024 au Canada (Organisation mondiale de la Santé, 2025).

Durant l'écllosion de rougeole de 2024, des milieux de garde de Montréal ont partagé leur expérience d'auto-collecte des preuves vaccinales des enfants et des membres du personnel. Ces interactions ont laissé penser qu'une collaboration possible avec les SGÉE serait réalisable pour améliorer la qualité des données et favoriser le rattrapage vaccinal.

Considérant les informations précédentes, une intervention de proximité combinant la mise à jour du RVQ directement dans les milieux de garde et une offre de vaccination facilitée par une action concertée de la DRSP, de CIUSSS et de responsables des services de garde en installation a été jugée prometteuse. Il a été convenu par différents partenaires intéressés d'en faire un projet pilote et de l'évaluer.

## 3. OBJECTIFS

### 3.1. Objectifs du projet pilote

Le projet pilote visait à répondre aux objectifs suivants :

1. Évaluer la pertinence et la faisabilité d'une intervention de proximité portant sur le rattrapage vaccinal des tout-petits dans les SGÉE en installation de Montréal ;
2. À plus long terme, augmenter les couvertures vaccinales des tout-petits de la région montréalaise et améliorer la qualité des données disponibles pour cette population.

### 3.2. Objectifs spécifiques d'évaluation

L'évaluation du projet pilote avait quatre objectifs spécifiques :

1. Évaluer la fidélité des activités comparativement à ce qui était prévu ;
2. Recueillir la perspective des intervenants et gestionnaires des CIUSSS, de la DRSP et des SGÉE ayant participé à l'intervention ;
3. Surveiller les résultats du projet sur différents indicateurs de vaccination ;
4. Dégager des pistes d'action pour les suites du projet pilote et l'amélioration des services de vaccination destinés aux enfants de Montréal.

## 4. DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

### 4.1. Consultations avec les partenaires

La planification et la réalisation du projet pilote étaient basées sur une collaboration entre la DRSP, les CIUSSS et les SGÉE de Montréal. En raison de leur mandat de première ligne, le rôle des CIUSSS était particulièrement important. Ainsi, une série de rencontres DRSP-CIUSSS ont eu lieu tout au long du projet et le modèle logique présenté à la page 20 a été créé pour ces rencontres de consultation.

- **Rencontres de planification**
  - Échanges sur la structure du projet pilote : contexte, objectifs, description des interventions et retombées attendues ;
  - Ajustements selon la capacité et la disponibilité des ressources des CIUSSS ainsi que leur expérience dans les opérations de vaccination ;
  - Définition des modalités de recrutement des milieux de garde et du nombre de participants par territoire ;
  - Constitution des équipes de terrain DRSP-CIUSSS et modalités de déploiement des interventions de proximité ;
  - Présentation et recueil de commentaires touchant l'outil de collecte des données sur le terrain ;
  - Échanges sur les aspects pratiques : calendrier des visites, horaires des équipes, répartition des tâches, canaux de communication, outils.
  
- **Rencontres de suivi**
  - Échange sur le déroulement des activités de terrain et les ajustements nécessaires ;
  - Échange sur les défis et propositions d'alternatives si nécessaire.

### 4.2. Version 1

La version 1 (V1) du projet a été réalisée entre le 2 et le 20 décembre 2024. Treize milieux de garde du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) y ont participé.

L'objectif initial était d'évaluer la pertinence et la faisabilité d'une nouvelle intervention pour mieux documenter la vaccination des enfants de 0 à 5 ans de Montréal, par une collaboration entre la DRSP, les CIUSSS et les SGÉE. Cette V1 du projet pilote mettait l'accent sur la saisie de preuves de vaccination existantes pour les enfants fréquentant le SGÉE, sans présence d'une équipe de santé dans les milieux de garde.

Un centre de la petite enfance (CPE) volontaire a servi de milieu test pour la validation des outils d'information et de participation des parents entre le 30 août et le 13 septembre 2024. À la suite de ce test, les commentaires reçus de la direction ont permis d'ajuster les outils et de recruter 13 autres SGÉE pour cette V1.

Pour être admissible à participer au projet, les SGÉE devaient répondre à l'ensemble des critères suivants :

- Être un service de garde en installation situé sur l'île de Montréal ;
- Avoir une capacité d'accueil d'au moins 80 places ;
- Appartenir à un territoire ayant une faible couverture vaccinale contre la rougeole (< 60 %) et comptant au moins 15 % de familles d'enfants de 0-4 ans issues de l'immigration récente.

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des enfants de 0-4 ans, Montréal, 2021**

- Les enfants de 0-4 ans représentaient 5 % (n= 99 195) de la population montréalaise.
- 26 % des familles avec des enfants (n = 79 345) avaient des enfants âgés de 0 à 4 ans.
- 54 % des familles avec des enfants de 0 à 4 ans (n=42 545) étaient des familles immigrantes.
- 8 % des familles avec des enfants de 0 à 4 ans (n = 8 075) vivaient sous le seuil de faible revenu après impôt.

Source : Statistique Canada, recensement 2021

Les 13 SGÉE participants ont été recrutés à partir de la liste des milieux présélectionnés par le CIUSSS sur la base des critères retenus. Les directions ont été contactées par téléphone pour une description succincte du projet et une invitation à y participer volontairement. Des rencontres d'information ont été organisées par la suite, avec les directions ayant confirmé leur participation au projet.

Les outils promotionnels suivants ont été élaborés :

- Une lettre aux parents, leur expliquant le projet et les invitant à y participer (disponible en français et en anglais).
- Une affiche de promotion du projet, à afficher dans les locaux des SGÉE participants (disponible en français et en anglais).

Les directions des SGÉE participants ont transmis les outils aux parents par le biais principalement de communications courriel. La participation de ces derniers était sur une base volontaire. Les parents participants devaient saisir les informations d'identification de leur enfant dans un formulaire *Forms*. Le formulaire contenait les informations suivantes: nom, prénom, numéro d'assurance maladie et date de naissance de l'enfant, ainsi que le code postal, l'adresse courriel et le numéro de téléphone des parents permettant de les contacter au besoin. Afin de respecter la confidentialité des informations personnelles, les parents soumettaient directement le formulaire à la DRSP.

Le formulaire *Forms* était remis à une infirmière clinicienne de la DRSP, qui vérifiait le statut vaccinal pour la rougeole de chaque enfant au moyen des informations d'identification, qui lui permettaient d'accéder au dossier du RVQ.

Les contenus des formulaires étaient analysés au fur et à mesure par l'infirmière de la DRSP et les données extraites étaient consignées dans un fichier de suivi. Lorsque le statut vaccinal était incomplet, un courriel était envoyé aux parents, avec la demande d'une photo du carnet de vaccination de leur enfant. Cela permettait de valider les informations dans le RVQ et de les diriger vers Clic-Santé pour une prise de rendez-vous de rattrapage vaccinal. Les parents des enfants adéquatement vaccinés contre la rougeole pour l'âge n'ont pas été contactés.

Au terme de la V1, un faible taux de réponse de 14 % (parmi tous les enfants ciblés) et un pourcentage élevé d'enfants adéquatement vaccinés de 89 % parmi les enfants participants ont motivé un ajustement des modalités du projet pour rejoindre davantage d'enfants qui ne sont pas à jour de leur vaccination

### **4.3. Version 2**

La version 2 (V2) du projet s'est déroulée entre le 25 mars et le 29 mai 2025. Elle se distingue de la première par les modifications apportées à la structure du projet.

#### **La promotion et la réalisation du projet**

- La révision du matériel promotionnel du projet pilote pour souligner les avantages de participer pour les SGÉE, notamment la gestion plus efficace et plus rapide des éclosions par la DRSP, et pour les parents, une meilleure protection de leur enfant et prendre de l'avance sur la vérification de la vaccination faite lors de l'entrée à la maternelle ;
- La traduction en six langues (anglais, arabe, chinois simplifié, créole, espagnol, tamoul) de l'aide-mémoire élaboré pour informer les parents, selon les indications des directions des milieux et sur la base des langues parlées par les parents allophones (voir Annexe 1) ;
- L'ajout d'une intervention de proximité consistant en la visite des SGÉE participants par une équipe de santé de la DRSP et du CIUSSS afin de réaliser des activités de vaccination directement dans les milieux. Il a donc été demandé aux parents qui souhaitaient participer au projet d'apporter le carnet de vaccination de leur enfant au service de garde le jour de la visite ;
- La distribution de livres et jeux d'éveil aux enfants participants et un tirage de cartes cadeaux pour leurs parents à la fin du projet.

Les activités initialement prévues au cours des visites des milieux étaient les suivantes:

- Analyser les carnets de vaccination des enfants de 0 à 5 ans pour la vérification de la vaccination contre la rougeole ;
- Consulter le dossier de l'enfant dans le RVQ et saisir au besoin des informations manquantes sur la vaccination contre la rougeole ;
- Créer un dossier dans le RVQ si l'enfant n'est pas déjà inscrit ;
- Informer verbalement les parents du statut vaccinal de leur enfant ;
- Offrir la vaccination contre la rougeole sur place dans le milieu de garde pour les enfants qui ne sont pas adéquatement vaccinés pour l'âge ;
- Répondre aux questions des parents sur la vaccination des enfants et offrir un entretien motivationnel aux parents hésitants au besoin.

Ce dernier point relevait de la brigade Prévention et contrôle des maladies infectieuses (PCMI) de la DRSP qui a participé aux visites de terrain. La brigade contribue à la protection de la population montréalaise en colligeant les données probantes nécessaires à l'évaluation de la menace et en assurant la mise en œuvre des mesures de prévention et contrôle des maladies infectieuses sur le terrain, en collaboration avec les cinq CIUSSS et les acteurs locaux. Ses mandats sont d'identifier, détecter les nouvelles menaces, préparer la réponse aux menaces infectieuses et offrir un soutien aux autres services de la DRSP dans

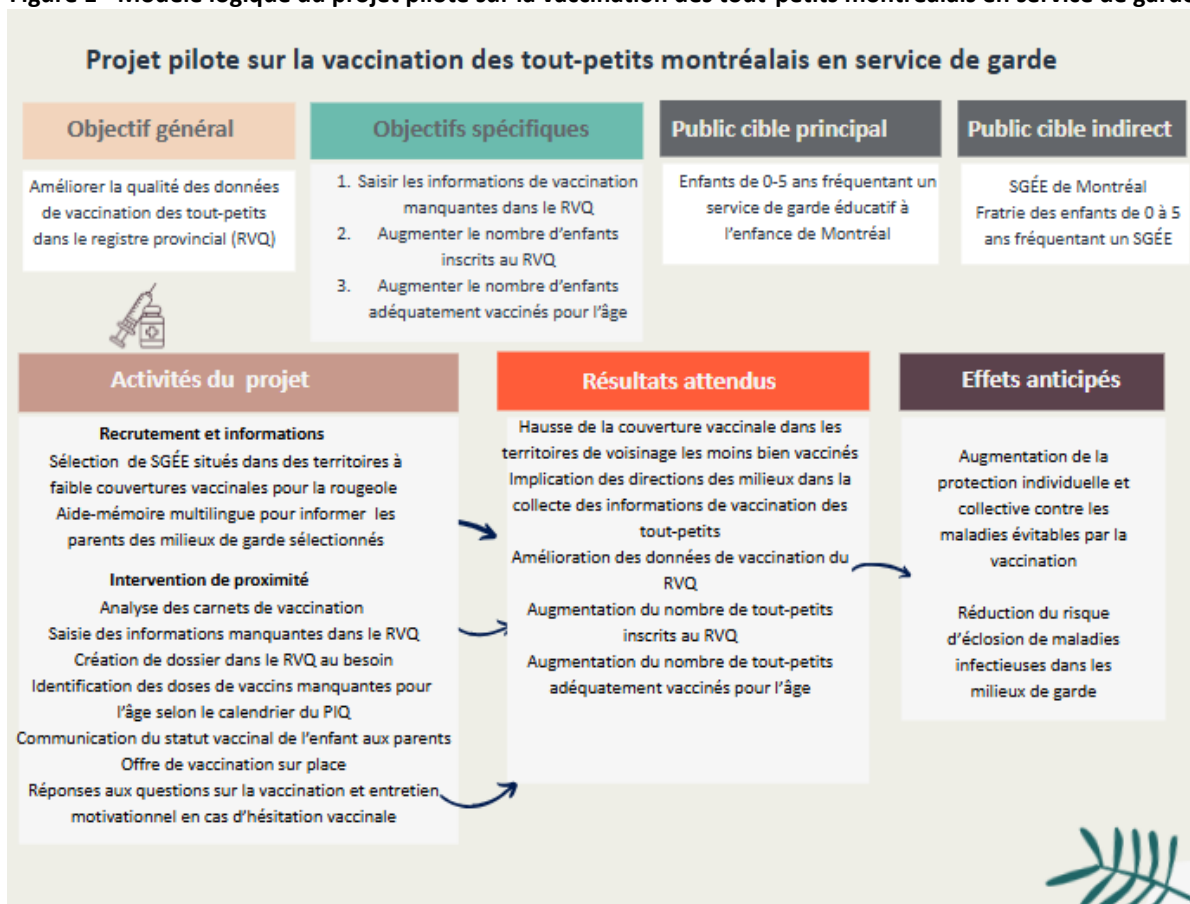
l'évaluation terrain et fournir une expertise-conseil en prévention et contrôle des infections (PCI) (DRSP, 2026).

Au terme des consultations des CIUSSS, des ajustements ont été suggérés pour optimiser les retombées de ces visites de terrain, notamment :

- Faire la vérification complète de la vaccination en référence au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), puisque la visite est vue comme étant une opportunité d'avoir directement accès aux carnets de santé ;
- Ouvrir le projet pilote aux parents, à la fratrie ainsi qu'aux membres du personnel des services de garde, qui peuvent aussi apporter leurs carnets de vaccination pour analyse ;
- Simplifier l'outil de collecte des données quantitatives afin de faciliter son utilisation sur le terrain.

Les activités prévues au cours de l'intervention sont détaillées dans le modèle logique suivant et dans cette prochaine section.

Figure 1 - Modèle logique du projet pilote sur la vaccination des tout-petits montréalais en service de garde



## **Le processus de recrutement des SGÉE**

Pour identifier les milieux éligibles, des listes de services de garde ont été extraites à partir de VAXSIT MTL 2.3 pour les trois CIUSSS participants au projet. VAXSIT MTL 2.3 est un outil dynamique virtuel qui a été conçu par la DRSP et qui donne accès à une diversité d'informations sur la vaccination à Montréal. Les critères de sélection des milieux étaient similaires à ceux de la V1 du projet à l'exception du critère de pourcentage de familles d'enfants de 0-4 ans issues de l'immigration récente, qui n'a pas été pris en compte. Plutôt que d'appliquer ce critère, le savoir expérientiel des CIUSSS a été utilisé afin de rapprocher la liste extraite de VAXSIT MTL 2.3 aux réalités de leurs territoires. Ainsi, les suggestions des CIUSSS ont permis de cibler davantage certains quartiers et inclure des milieux de garde confrontés à plusieurs critères de vulnérabilité. Le seuil de couverture vaccinale était de 60 % pour le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL) et le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CNIM), et de 70 % pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL), car il ne comprend aucun territoire ayant une couverture vaccinale inférieure à 60 %. L'équipe de projet a communiqué avec les directions des SGÉE pour connaître leur intérêt à participer au projet. Des rencontres d'informations ont été réalisées pour les directions intéressées et elles ont reçu l'aide-mémoire destiné aux parents. Le choix des langues de traduction a été laissé à la discrétion des directions des milieux pour optimiser la diffusion de l'information aux parents allophones.

### **Préparation du SGÉE à la visite de l'équipe**

Les rencontres d'arrimage entre la DRSP et le CIUSSS permettaient de préparer conjointement les visites de terrain.

La coordonnatrice du projet contactait la direction du service de garde 24 à 48 h avant la visite. Cet appel avait pour objectif de :

- Confirmer la tenue effective des activités dans le milieu à la date indiquée ;
- Motiver la direction à poursuivre les rappels aux parents jusqu'à la date de la visite ;
- Vérifier que le personnel est informé de la visite de la DRSP et du CIUSSS ;
- S'assurer que le milieu est prêt à recevoir l'équipe de santé (local disponible, mobilier, connexion internet, autre matériel) ;
- Répondre aux questions de la direction du service de garde.

### **Collecte des carnets de vaccination**

Les parents déposaient les carnets de vaccination en arrivant le matin et les récupéraient le soir au moment du départ. Cette option avait été retenue pour ne pas trop perturber ni la routine des parents ni le fonctionnement du SGÉE, tout en donnant suffisamment de temps à l'équipe de santé pour travailler.

### **Accès internet et outil de collecte**

Le projet pilote prévoyait que les directions des SGÉE donnent l'accès au réseau internet de leur milieu à l'équipe de santé au début de la journée. Ceci optimisait l'usage de l'outil de collecte de données sur la vaccination pour l'équipe de santé.

La vérification de la fonctionnalité du fichier de collecte de données et de la bonne compréhension des instructions se faisait avant le démarrage des activités. L'équipe de santé utilisait un fichier par service de garde et par installation le cas échéant. L'équipe procédait ensuite à la répartition des tâches pour s'assurer de la fluidité entre les différentes étapes.

Il était prévu que les agents administratifs ou agentes administratives vérifient l'existence du dossier de chaque participant dans le RVQ et aident à la prise de rendez-vous dans les points de services locaux (PSL) pour le rattrapage vaccinal en proposant des plages horaires aux parents. Les PSL offrent à la population des services de vaccination, de prélèvements et de dépistage. Ils contribuent à améliorer l'accès aux services de santé préventifs (Gouvernement du Québec, 2024).

### **Analyse des carnets de vaccination**

Les carnets de vaccination étaient analysés en comparaison du calendrier en vigueur du PIQ. Ceci permettait d'identifier les doses de vaccin reçues et celles qui sont manquantes.

Les vaccins reçus à l'étranger documentés dans un document officiel étaient pris en compte en considérant le type de vaccin reçu, le nombre de doses et l'âge de l'administration.

### **Saisie des données manquantes dans le registre**

La recherche du dossier du participant au RVQ se faisait à partir des informations du carnet de vaccination ou de la carte d'assurance maladie dans certains cas. La comparaison des informations du carnet à celles du dossier permettait d'identifier les vaccins manquants à saisir.

### **Communication des doses de vaccins manquantes**

Il était prévu que l'équipe de santé communique verbalement aux parents le statut vaccinal de leur enfant à la suite des vérifications et offre la vaccination sur place ou un rendez-vous en PSL aux enfants ayant des doses de vaccins manquantes.

### **Offre d'un nouveau carnet de vaccination du Québec**

L'équipe de santé remettait un nouveau carnet de vaccination du Québec à la demande des personnes intéressées, dans deux cas de figure :

- Lorsque le carnet de vaccination était égaré, les informations de vaccination contenues dans le dossier au RVQ étaient reportées dans le nouveau carnet ;
- Lorsque la personne concernée avait un carnet de vaccination hors Québec et désirait avoir un carnet de vaccination du Québec.

#### 4.4. Spécificités selon les territoires CIUSSS

Dans un esprit de co-construction entre la DRSP et les CIUSSS, les réalités propres à chacun des territoires les ont amenés à proposer des interventions adaptées à leurs besoins et aux ressources disponibles, ce qui a mené à trois variantes locales de la V2 du projet pilote. Ces spécificités par CIUSSS sont détaillées ci-bas.

*CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal (CCOMTL) :*

- Analyse des carnets de vaccination : Tous les carnets de vaccination (Québec et hors Québec) ont été analysés sur place par les infirmières du CIUSSS.
- Vaccination : le CCOMTL a opté pour l'offre de rendez-vous dans les PSL plutôt que d'offrir les vaccins dans les SGÉE. Une technicienne ou un technicien en administration du CIUSSS proposait un rendez-vous aux enfants ayant des doses de vaccin manquantes, et aux enfants qui avaient l'âge de recevoir un vaccin afin d'éviter les retards (ex. Rendez-vous pour le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite (DCaT-VPI aux enfants âgés de 4 ans et plus)

*CIUSSS du Nord-de l'Île-de-Montréal (CNIM) :*

- Analyse des carnets de vaccination : Tous les carnets de vaccination (Québec et hors Québec) ont été analysés par les infirmières du CIUSSS à l'exception des carnets dont l'ensemble des informations étaient dans une langue autre que le français ou l'anglais (n < 5).
- Vaccination : En plus d'assurer une prise en charge complète de la vaccination *via* des rendez-vous de suivi vers les PSL, le CNIM a pris l'initiative d'offrir la vaccination sur place dans 5 des 10 SGÉE participants de son territoire. Pour les cinq autres, les personnes ayant des doses de vaccins manquantes ou qui avaient l'âge de recevoir un vaccin étaient plutôt référées vers les PSL. Dans ces cas, les équipes de santé remettaient des fiches explicatives sur la prise de rendez-vous de vaccination.

Le choix de l'option de la vaccination sur place a été laissé à la discrétion des directions des SGÉE qui ont choisi leur journée de visite selon les dates auxquelles la vaccination pouvait être offerte. Lors des discussions avec les directions des SGÉE ayant accepté de participer, plusieurs d'entre elles trouvaient pertinent d'offrir la vaccination sur place, mais préféraient que les parents rentrent à la maison avec les enfants après, car elles ne voulaient pas garder les enfants après la période d'observation post-vaccination. Cette modalité a été retenue pour les 5 SGÉE où la vaccination a été offerte sur place, afin de respecter les préférences des partenaires des SGÉE dans le cadre de cette nouvelle collaboration.

Les activités ont été menées par l'équipe mobile de vaccination qui avait de l'expérience en vaccination des jeunes enfants et avait la capacité de faire du rattrapage vaccinal, durant la période de déploiement du projet, pour tout usager dont la vaccination n'était pas à jour. Elle apportait tous les vaccins possibles pour les tout-petits selon le calendrier régulier du PIQ.

*CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (COMTL) :*

- Analyse des carnets de vaccination : Le COMTL a démontré un intérêt pour le projet, mais n'avait pas de ressources humaines disponibles pendant la période de déploiement. L'équipe terrain était donc constituée uniquement du personnel de la DRSP pour l'analyse des carnets, la saisie des données manquantes dans le registre et l'identification des doses de vaccins manquantes. Certains carnets de vaccination hors Québec ont été analysés sur place quand le temps le permettait et les autres ont été acheminés à la DRSP.
- Vaccination : Il n'y a pas eu d'offre de rendez-vous de vaccination ni de vaccination sur place pour les milieux de garde de ce territoire. Cependant, les résultats des analyses ont été communiqués au CIUSSS afin de contacter les parents dont les enfants avaient des doses de vaccins manquantes et leur offrir un rendez-vous.

## 5. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Le projet pilote a été développé en planifiant son évaluation dès le début. Le déploiement de l'intervention et la collecte de données découlant de l'évaluation se sont faits en mode itératif, les premiers résultats d'évaluation pouvant permettre d'améliorer en continu les visites terrain à venir. Cette section sur la méthodologie de l'évaluation aborde les éléments suivants : le devis d'évaluation, les participants, les sources de données, les méthodes de collecte, les détails des indicateurs et le rôle du comité conseiller.

### 5.1. Devis d'évaluation

Les objectifs et les méthodes d'évaluation du projet s'inspirent des approches de l'appréciation normative et de l'évaluation de l'implantation décrites selon Brousselle *et al.* (2011). L'évaluation s'appuie sur un devis mixte concomitant, qui combine des données quantitatives et qualitatives colligées en parallèle (Bourgault *et al.*, 2010).

### 5.2. Comité conseiller à l'évaluation

Au terme de l'intervention, un comité conseiller à l'évaluation a été créé. Des professionnels et des gestionnaires de la DRSP et des trois CIUSSS participants (CCOMTL, CNIM et COMTL) se sont rencontrés à trois reprises entre juin et septembre 2025. Les objectifs de ces rencontres étaient de :

- Soutenir l'interprétation des résultats du projet ;
- Contextualiser les informations colligées lors de l'évaluation ;
- Valider les faits saillants des résultats et de l'évaluation ;
- Identifier des pistes d'amélioration pertinentes et faisables selon leur réalité.

Les rencontres du comité conseiller ont permis de répondre plus directement aux objectifs 2 et 4 de l'évaluation (voir tableau 2). Le comité a également alimenté l'interprétation des résultats et l'identification des recommandations et pistes d'action jugées plus prioritaires.

### 5.3. Recrutement des participants pour l'évaluation

Dès le début, les collaborateurs au projet pilote ont été informés qu'une évaluation serait menée au terme de l'intervention. Ainsi, les directions des SGÉE, le personnel des CIUSSS participants et des membres de la DRSP ont été sollicités en amont pour participer à l'évaluation.

### 5.4. Sources de données

Le tableau suivant présente l'ensemble des sources de données utilisées dans le cadre de l'évaluation du projet pilote, organisées selon les quatre objectifs.

**Tableau 2 : Sources de données associées aux objectifs de l'évaluation**

Objectifs d'évaluation	Sources de données
<b>Objectif 1 - fidélité des activités</b>	- Données administratives du SGÉE ; - Entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs clés (CIUSSS, DRSP) ; - Journal de bord des visites – volet qualitatif ; - Outil de collecte de données sur la vaccination – volet quantitatif ; - Révision de documents sur le développement de l'intervention.
<b>Objectif 2 - perspective des intervenants et des gestionnaires</b>	- Sondages (CIUSSS et SGÉE) ; - Entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs clés (CIUSSS, DRSP) ; - Rencontres du comité conseiller.
<b>Objectif 3 - résultats sur les indicateurs de vaccination</b>	- Outil de collecte de données sur la vaccination – volet quantitatif ; - RVQ ; - Logiciels de rendez-vous des CIUSSS ;
<b>Objectif 4 - pistes d'amélioration</b>	- Sources de données des objectifs 1, 2 et 3 ; - Rencontres du comité conseiller avec les CIUSSS ; - Rencontres d'équipe interdisciplinaire de la DRSP ; - Brève recension des écrits scientifiques.

#### 5.4.1. Précisions sur les méthodes de collecte

En plus des sources de données déjà existantes, l'évaluation du projet pilote a nécessité le développement de méthodes adaptées aux objectifs, tels qu'un outil maison pour colliger les données de vaccination, un journal de bord pour documenter le déroulement des visites terrain, un sondage de satisfaction et un guide d'entrevue semi-dirigée. Cette section présente quelques détails sur ces outils de collecte.

- **Outil de collecte de données sur la vaccination**
  - Un fichier Excel pour collecter les données sur la vaccination au cours des visites de terrain (présence d'un dossier au RVQ, liste des vaccins inscrits et manquants, etc.).
  - L'outil de collecte sur la vaccination permet de répondre aux objectifs 1, 3 et 4 de l'évaluation, en complémentarité avec le RVQ.
  - Plus de détails sur l'outil de collecte sont disponibles à l'Annexe 2.
  
- **Outil de collecte de données qualitatives : le journal de bord des visites**
  - Un journal de bord visant à documenter de manière qualitative le déroulement des visites terrain a été développé.
  - Il s'agit d'un fichier Excel dans lequel étaient consignées diverses informations sur plusieurs volets du déroulement pratique des journées de visites, relativement à (aux) :
    - L'accessibilité géographique du milieu de garde ;
    - La collaboration avec la direction et les membres du personnel ;
    - L'espace dédié aux activités du projet et la connexion internet ;
    - La diffusion de l'information aux parents et aux membres du personnel ;
    - La collaboration avec l'équipe du CIUSSS ;
    - Questions ou préoccupations des parents par rapport à la vaccination des enfants.

- L'outil de collecte de données qualitatives permettait de répondre aux objectifs 1 et 4 de l'évaluation.
- **Sondage de satisfaction auprès des partenaires participants**
  - Formulaire de sondage *Forms* pour les directions des SGÉE.
  - Formulaire de sondage *Forms* pour le personnel des CIUSSS.
  - Les deux formats de sondage contenaient des questions à choix multiples avec une échelle de Likert, ainsi que des questions ouvertes.
  - Les questions des sondages sont disponibles à l'Annexe 3.
  - Les formulaires d'évaluation permettent de répondre aux objectifs 1, 2 et 4 de l'évaluation.
- **Entrevues semi-dirigées**

Au terme du projet, des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de certaines personnes ayant pris part au projet afin de recueillir leurs perspectives et leurs propositions de pistes d'amélioration. Afin de limiter les biais potentiels, ces entrevues ont été menées par un membre de l'équipe de la DRSP qui n'avait pas participé aux étapes antérieures du projet. Des entrevues ont été effectuées auprès de neuf personnes, incluant des responsables de différentes étapes du projet, du personnel professionnel ayant contribué et des gestionnaires. Les questions posées lors de ces entrevues se trouvent à l'Annexe 4.

Les entrevues semi-dirigées permettent de répondre aux objectifs 1, 2 et 4 de l'évaluation.

#### 5.4.2. Notes méthodologiques sur les indicateurs de vaccination

Cette section présente les détails méthodologiques entourant les indicateurs retenus pour documenter l'objectif 3 de l'évaluation, soit celui qui porte sur les résultats de vaccination. La principale source de données de ces indicateurs est l'outil de collecte (annexe 2) et pour certains indicateurs, des extractions ont été faites à partir du RVQ.

Avant de débiter les analyses des données collectées durant les visites dans les SGÉE, le nettoyage et la validation de la base de données ont été réalisés. Ces étapes avaient pour objectif d'uniformiser les champs complétés et de s'assurer de la cohérence des données entre elles.

- **Taux de participation**

L'indicateur du taux de participation est calculé comme suit :

$$\text{Taux de participation des usagers} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont l'analyse du carnet de vaccination a été réalisée}}{\text{Nombre de places occupées dans le SGÉE}}$$

Le taux de participation est calculé pour les usagers seulement, comme le nombre de places occupées dans les SGÉE était disponible. Pour les autres participants, nous ne disposons pas du nombre attendu, ce qui ne permet pas de calculer la participation.

- **Caractéristiques des participants**

Au moment de la visite, les participants ont été classés selon qu'ils étaient un usager du SGÉE, un membre de la famille (parents ou fratrie), un membre du personnel du SGÉE ou un autre type de participant.

Une validation a été réalisée au moment de l'analyse afin de reclasser les participants pour qui l'âge ne correspondait pas au type de participant identifié. Par exemple, un participant ne peut pas être identifié comme un adulte selon la variable d'âge et un usager.

Ces erreurs de saisie pourraient expliquer une participation supérieure à 100 % pour l'un des SGÉE visités.

- **Mise à jour des dossiers RVQ**

Lors de l'intervention, les vaccins inscrits dans le carnet de vaccination ont été comparés à ceux présents dans le RVQ dans le but de faire la mise à jour du dossier numérique. Les vaccins inscrits au RVQ ont été listés dans l'outil de collecte de données sur la vaccination.

Les **usagers dont aucun vaccin n'a été inscrit** sont les participants pour qui aucune différence n'a été observée entre le carnet de vaccination et le dossier RVQ. L'indicateur est calculé comme suit:

$$\text{Usagers dont aucun vaccin n'a été inscrits} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont les vaccins inscrits au carnet de vaccination sont identiques au RVQ}}{\text{Nombre d'usagers participants}}$$

Les **usagers dont au moins un vaccin a été inscrit** sont les participants pour qui au moins un vaccin inscrit dans le carnet de vaccination n'était pas indiqué au RVQ. L'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Usagers dont au moins un vaccin a été inscrit} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont au moins un vaccin était inscrit dans le carnet de vaccination, mais était absent au RVQ}}{\text{Nombre d'usagers participants}}$$

- **Vaccination manquante après l'analyse**

Une fois le dossier RVQ mis à jour, les vaccins reçus ont été comparés au calendrier du PIQ en tenant compte de l'âge des participants. Les vaccins manquants ont été listés dans l'outil de collecte de données sur la vaccination.

Les **usagers dont au moins un vaccin est manquant** sont les participants pour qui au moins une dose d'un vaccin devrait être reçue pour compléter la vaccination. L'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Usagers dont au moins un vaccin est manquant} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont au moins un vaccin devrait être reçu pour compléter la vaccination selon le calendrier du PIQ}}{\text{Nombre d'usagers participants}}$$

Les **usagers dont la vaccination est à jour** sont les participants pour qui tous les vaccins reçus en comparaison à ceux identifiés dans le calendrier du PIQ. L'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Usagers dont la vaccination est à jour} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont tous les vaccins reçus correspondent à ceux identifiés dans le calendrier du PIQ}}{\text{Nombre d'usagers participants}}$$

- **Vaccination reçue après la visite**

Une fois les visites dans les SGÉE complétées, les dossiers au RVQ des usagers dont au moins un vaccin était manquant ont été consultés afin d'identifier si au moins l'un des vaccins a été reçu.

Les **usagers n'ayant pas reçu de vaccin manquant après la visite** sont les participants pour qui aucun vaccin identifié comme manquant n'a été reçu à la suite de l'intervention. L'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Usagers n'ayant pas reçu de vaccin manquant après la visite} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont aucun vaccin n'a été reçu après la visite, parmi ceux identifiés comme manquants}}{\text{Nombre d'usagers dont au moins un vaccin est manquant}}$$

Les **usagers ayant reçu au moins un vaccin manquant après la visite** sont les participants pour qui au moins un des vaccins identifiés comme manquants a été reçu à la suite de l'intervention. L'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Usagers ayant reçu au moins un vaccin manquant après la visite} = \frac{\text{Nombre d'usagers dont au moins un vaccin a été reçu après la visite, parmi ceux identifiés comme manquants}}{\text{Nombre d'usagers dont au moins un vaccin est manquant}}$$

- **Suivi après les visites**

Un suivi après les visites a été réalisé par les intervenants des CIUSSS, puis complété par l'équipe de la DRSP. Ce suivi concernait les usagers pour lesquels au moins un vaccin manquant avait été identifié lors de l'intervention en milieu de garde. Les CIUSSS ont vérifié la prise de rendez-vous sur Clic Santé après l'intervention, ainsi que l'ajout de nouvelles doses de vaccins dans le RVQ. Dans un des CIUSSS, un suivi téléphonique a également été effectué auprès des usagers n'ayant pas pris de rendez-vous pour la vaccination. L'équipe de la DRSP a complété l'information fournie par les CIUSSS à l'aide d'une vérification supplémentaire dans le RVQ.

## 6. RÉSULTATS

Cette section vise à présenter les résultats recueillis grâce aux différentes sources de données de l'évaluation pour répondre aux objectifs décrits à la page 14. Ainsi, la fidélité des activités réalisées dans le cadre de la version 2 de l'intervention a été évaluée en comparant les activités prévues initialement grâce au modèle logique à celles réalisées lors des visites en SGÉE. Les perspectives des participants (intervenants et des gestionnaires des CIUSSS, des SGÉE et de la DRSP) ont été recueillies et les indicateurs de vaccination ont été analysés dans le but de dégager des pistes d'action et d'amélioration de l'intervention.

### 6.1. Fidélité des activités (objectif 1)

#### 6.1.1. Activités déployées comparativement à celles prévues dans le modèle logique

Comme présenté à la section portant sur la description de l'intervention, cette dernière, comportait plusieurs étapes essentielles à l'atteinte des résultats attendus. Cette section vise à détailler les activités réellement implantées, celles qui n'ont pas été réalisées lors de l'intervention et celles partiellement implantées, ainsi que ce qui pourrait être amélioré. On s'intéresse autant au recrutement des SGÉE qu'à la préparation des documents d'informations et à l'intervention elle-même (encadrés *Activités du projet* et *Activités spécifiques* du modèle logique).

#### 6.1.2. Couverture de l'intervention

Au terme du processus de sélection, 104 services de garde répondaient aux critères établis, dont 32 au CCOMTL, 35 au CNIM et 37 au COMTL. Parmi ceux-ci, 30 ont accepté la participation au projet.

Des 30 SGÉE sélectionnés au départ, 29 ont pu être visités. Une grève du personnel des CPE a coïncidé avec la visite planifiée dans l'un des SGÉE. Cette visite a été annulée, expliquant que l'intervention a été réalisée dans 29 SGÉE sur les 30 identifiés pour ce projet.

Le tableau suivant présente les caractéristiques des milieux participants, le nombre de carnets analysés par jour ainsi que le nombre d'utilisateurs participants selon le territoire du CIUSSS.

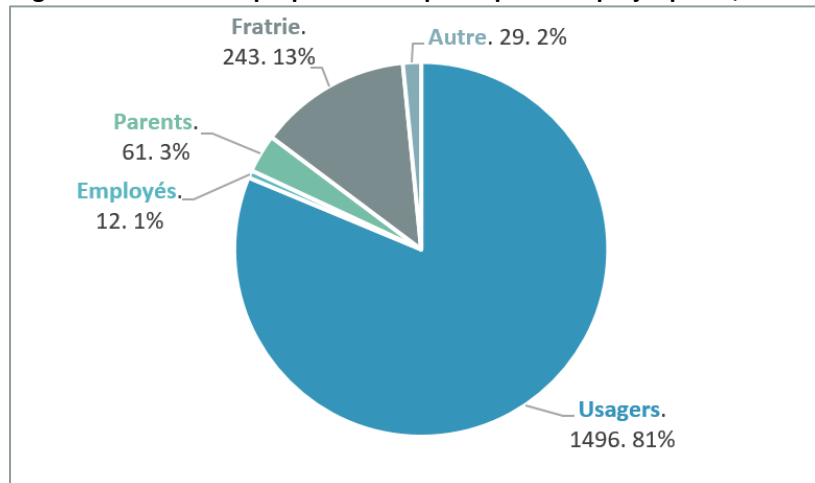
**Tableau 3 - Caractéristiques des milieux participants au projet**

		Tous les participants	SGÉE CNIM	SGÉE du CCOMTL	SGÉE du COMTL
Milieux rejoints	N. total	29	10	9	10
	N. CPE (%)	19 (66 %)			
	N. GPS* et GPNS** (%)	10 (34 %)			
Carnets analysés	N. total	1845	595	642	608
	Moyenne (min – max)	64 (30 – 162)	60 (32 – 162)	71 (40 – 111)	61 (30 – 91)
Usagers rejoints	N. usagers	1496	502	472	522
	Moyenne (min – max)	52 (34 – 162)	50 (24 – 162)	52 (34 – 74)	52 (27 – 86)

\* Garderies privées subventionnées ; \*\* Garderies privées non subventionnées

Les usagers des milieux, leurs parents, leur fratrie, ainsi que les membres du personnel étaient invités à apporter leurs carnets de vaccination lors de la journée de la visite afin de participer au projet. La grande majorité des participants étaient des usagers des SGÉE (81 %, n = 1496). Des autres participants, 16 % (n = 304) étaient des membres de la famille de ces usagers (parents et fratrie). Quelques employés des SGÉE visités (1 %, n = 12) ont également fait analyser leur carnet de vaccination. Finalement, d’autres participants, tels que les enfants des membres du personnel ou des personnes fréquentant un organisme communautaire du même immeuble que le SGÉE, ont participé en faible proportion (2%, n = 29).

**Figure 2 – Nombre et proportion des participants au projet pilote, Montréal**



Note : Les proportions sont calculées à partir de l'ensemble des participants

Parmi l'ensemble des usagers fréquentant les SGÉE visités, une participation de 62 % a été obtenue.

**Tableau 4 – Taux de participation des usagers des SGÉE visités**

	Tous les SGÉE participants	SGÉE du CNIM	SGÉE du CCOMTL	SGÉE du COMTL
Participation moyenne (%)	62 %	57 %	64 %	67 %
(min – max)	(31 % – 101 %)	(31 % – 101 %)	(36 % – 93 %)	(39 % – 87 %)

### **6.1.1.2. Documentations, informations et recrutement des SGÉE**

Avant le début des visites sur le terrain, un aide-mémoire a été élaboré afin d’informer les parents sur le projet et sur les modalités de participation. Cet outil a été traduit en six langues en dehors du français pour surmonter les barrières de langues et rejoindre les parents allophones (Annexe 1).

Le recrutement des SGÉE s’est déroulé comme suit :

- Identification des territoires de voisinage dont la couverture vaccinale est inférieure à 60 % pour le CCOMTL et CNIM ou inférieure à 70 % pour le COMTL ;
- Présentation des listes aux CIUSSS ;
- Comparaison de ces listes aux réalités de leurs territoires par les équipes des CIUSSS.

Dans l’un des CPE, un organisme communautaire du voisinage a été impliqué dans le recrutement des familles. Ceci a contribué à faire connaître le projet et favoriser la participation de familles de jeunes enfants récemment arrivées à Montréal.

**Ce volet de l’intervention s’est globalement déroulé conformément à ce qui était prévu.**

### **6.1.1.3. Recrutement des participants**

Les directions des SGÉE recrutés étaient responsables de transmettre le matériel promotionnel aux parents des usagers, mais également aux membres de leur personnel. Dans un cas particulier, une directrice a aussi envoyé le matériel promotionnel à un centre de pédiatrie sociale et un organisme communautaire accueillant des immigrants récents. Ces deux structures étaient situées dans le même immeuble que le service de garde et certains de leurs bénéficiaires ont participé au projet.

**Ce volet de l’intervention s’est globalement déroulé conformément à ce qui était prévu.**

### **6.1.1.4. Analyse des carnets de vaccination**

L’analyse des carnets de vaccination constitue une étape centrale de l’intervention. La collecte des carnets de vaccination dès l’arrivée des parents dans le SGÉE le matin, et parfois même de 24 à 48 h à l’avance, a permis à l’équipe sur place de réaliser l’analyse pour l’ensemble des personnes qui souhaitaient participer. L’outil de collecte de données sur la vaccination a permis de colliger les informations sur la vaccination des participants. Bien que des modifications avaient été apportées avant de démarrer le projet, les

catégories ou les libellés des indicateurs ont été modifiés et clarifiés pour répondre aux demandes de précisions de l'équipe terrain.

Étant donné le temps nécessaire pour l'analyse des carnets et la saisie dans l'outil de collecte de données sur la vaccination, les tâches ont été réparties lors des visites. Dans l'outil de collecte, les techniciennes et techniciens en administration ou, en 2<sup>e</sup> recours, les agentes ou agents de planification, de programme et de recherche (APPR), étaient responsables de saisir les informations nominatives pour les participants alors que les infirmières procédaient à l'analyse des carnets de vaccination. Cette manière de procéder a été jugée efficace.

Lorsque le carnet de vaccination était écrit dans une langue autre que le français et l'anglais, il était recommandé aux parents de prendre un rendez-vous en PSL pour l'analyse. Parfois, les coordonnées des organismes communautaires du territoire qui offraient un service de traduction étaient communiquées aux parents. Ces étapes supplémentaires pourraient être perçues comme des barrières d'accès additionnelles aux services de santé. Au moment de la visite, certains usagers arrivés récemment au Canada n'avaient pas encore fait de démarche pour la mise à jour de la vaccination.

Dans certains cas, des erreurs ont été constatées dans le report des informations du carnet hors Québec au carnet du Québec. Par exemple l'absence de numéros de lot des vaccins administrés, de dates ou encore des références du personnel vaccinateur. Dans ce cas lorsque le carnet du pays d'origine n'était pas disponible sur place, l'équipe recommandait aux parents de se rendre dans un PSL avec le carnet d'origine pour les corrections.

**Ce volet de l'intervention s'est globalement déroulé conformément à ce qui était prévu.**

#### ***6.1.1.5. Création de dossiers et saisie des informations manquantes dans le RVQ***

Bien que le nombre soit faible, un dossier RVQ a été créé pour les usagers qui n'en avaient pas. Une fois la vérification de la présence d'un dossier au RVQ, le carnet de vaccination a été comparé au dossier RVQ des participants dans le but d'identifier les doses de vaccins qui ne seraient pas indiquées au dossier numérique. Le cas échéant, elles ont été inscrites par les infirmières. L'inscription au RVQ et la complétion de l'outil de collecte de données se faisaient au même moment.

**Ce volet de l'intervention s'est globalement déroulé conformément à ce qui était prévu.**

#### ***6.1.1.6. Identification des doses de vaccins manquantes pour l'âge selon le PIQ***

Les vaccins manquants ont été identifiés en comparant les vaccins reçus à ceux qui devraient être administrés conformément au calendrier du PIQ, en tenant compte de l'âge du participant.

Le vaccin DCaT-VPI est prévu pour être administré entre l'âge de 4 et 6 ans. À ce titre, le rappel de ce vaccin a été considéré comme non manquant pour les enfants de ce groupe d'âge, puisque la période prévue pour sa réception n'était pas encore écoulée. Ainsi, bien qu'il puisse être identifié comme un vaccin à recevoir pour certains enfants âgés de 4 à 6 ans, il est exclu des vaccins considérés comme

manquants dans les analyses présentées à la section « Résultats de vaccination » pour les enfants de moins de 6 ans.

**Ce volet de l'intervention s'est globalement déroulé conformément à ce qui était prévu.**

#### ***6.1.1.7. Communication du statut vaccinal***

Initialement, il était prévu qu'il y ait un échange verbal entre l'équipe terrain et les parents, au moment où les parents venaient récupérer l'enfant, pour communiquer les vaccins manquants identifiés. Lorsque l'équipe a pu rencontrer les parents, elle donnait des explications verbales. Toutefois, l'équipe n'a pas pu rencontrer tous les parents étant donné que l'heure de départ ne coïncidait pas toujours avec le moment où les parents venaient chercher leur enfant. Dans ces cas, une étiquette était collée sur le carnet avec les noms des vaccins manquants afin d'en informer les parents.

Il est arrivé que certains parents aient oublié le carnet de vaccination le jour de la visite. La carte d'assurance maladie pouvait être remise ou le carnet pouvait être envoyé à la direction du SGÉE par courriel afin de permettre l'analyse. À la demande de ces parents, les résultats de l'analyse étaient envoyés par courriel.

Pour les carnets de vaccination hors Québec dont les photos étaient envoyées par courriel à une infirmière de la DRSP, les résultats de l'analyse étaient communiqués par courriel à la direction des SGÉE. Les informations étaient ensuite transmises aux parents.

**Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu. Des changements ont dû être effectués afin de s'adapter à la réalité de l'intervention de proximité.**

#### ***6.1.1.8. Réponses aux questions des parents et entretien motivationnel***

Étant donné certains enjeux d'horaire entre la disponibilité de la brigade et celle des parents dans les SGÉE, et possiblement aussi d'une certaine méfiance ou d'un manque d'intérêt chez certains parents, la brigade a été peu sollicitée lors des visites. Il a tout de même été possible de répondre aux questions de certains parents (Annexe 5). L'évaluation a fait ressortir qu'il aurait été pertinent d'aller davantage à la rencontre des parents n'ayant pas participé au projet de manière proactive afin d'ouvrir la discussion avec eux sur la vaccination de leur enfant avec une approche d'entretien motivationnel.

**Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu.**

### **6.1.1.9. Intervention adaptée aux ressources disponibles selon le CIUSSS participant**

Des ajustements ont été apportés au modèle initial de l'intervention en prenant en compte les disponibilités des ressources de la DRSP et des CIUSSS. Ainsi, les interventions ont été différentes d'un CIUSSS à un autre.

#### **Offres de rendez-vous de vaccination en PSL – CCOMTL**

Comme prévu, une technicienne ou un technicien en administration du CCOMTL était présent(e) sur le terrain afin d'offrir des rendez-vous en PSL. L'équipe n'a pas eu l'opportunité de rencontrer tous les parents à la fin de la journée étant donné le décalage entre leur horaire et celui de l'équipe, alors que leur présence était nécessaire pour l'acceptation et la validation des rendez-vous. De plus, les rendez-vous étaient offerts dans les PSL du territoire du CCOMTL. Pour les participants qui auraient souhaité obtenir un rendez-vous près de leur domicile, il leur était recommandé de prendre un rendez-vous sur Clic Santé dans le PSL de leur choix.

**Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu.**

#### **Offre de services de vaccination sur place dans cinq des dix milieux – CNIM**

Le CNIM avait décidé d'offrir des services de vaccination sur place.

La vaccination sur place s'est faite dans cinq des dix SGÉE recrutés dans le territoire du CNIM. Elle a toutefois comporté quelques défis qui ont eu des effets sur l'implantation des activités.

Dans certains milieux, les équipes de santé ont dû interrompre les activités de vaccination sur place, malgré la demande, soit parce qu'il fallait tenir compte de l'heure de fermeture du PSL et ramener les doses de vaccins à temps soit parce que le SGÉE fermait ses portes entre 17 h 30 et 18 h. Un autre défi de concordance des horaires était celui des parents et des équipes de santé. Les parents amènent généralement leurs enfants avant et après le travail, alors que les équipes de santé quittaient habituellement avant la fermeture des SGÉE. Ceci a limité le nombre de parents rencontrés par les équipes de santé. Les enjeux d'horaire ont également eu un impact sur la vaccination sur place puisque beaucoup de parents se présentaient en même temps après le travail, soit en fin d'après-midi, ce qui causait des attentes et parfois même l'impossibilité de vacciner tout le monde.

Aussi, la vaccination dans les SGÉE implique la présence d'un parent au moment où l'enfant est vacciné. Il était également demandé par les directions des SGÉE que les parents quittent avec les enfants à la suite des 15 minutes post-vaccinale. Les parents assistaient à la vaccination et rentraient à la maison avec l'enfant immédiatement après le délai de 15 minutes de surveillance post-vaccinale. Cette condition ne permettant pas le retour au travail, la majorité des parents a choisi de se présenter en après-midi.

Le grand nombre de demandes au même moment ainsi que le délai de retour des doses de vaccins au PSL n'ont pas permis de vacciner tous les enfants. Aussi, les espaces disponibles n'étaient pas toujours adaptés à la vaccination (ex. : sofas).

**Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu.**

#### **Acheminement des copies des carnets de vaccination hors Québec à la DRSP – COMTL**

Une équipe de la DRSP s'est rendue dans les SGÉE du COMTL afin de réaliser l'analyse des carnets de vaccination. Certains carnets de vaccination hors Québec, qui demandent habituellement un temps plus long pour l'analyse, ont été pris en photo et acheminés à une infirmière clinicienne de la DRSP pour évaluation ultérieure. Les parents de ces enfants étaient contactés au besoin.

Les résultats de l'analyse des carnets de vaccination et du statut vaccinal ont été communiqués par plusieurs moyens, selon le contexte :

- En laissant une note autocollante (post-it) sur le carnet de vaccination de l'enfant ;
- En envoyant un courriel aux parents à leur demande ;
- En envoyant un courriel à la direction du SGÉE afin qu'elle fasse le suivi auprès des parents dont les carnets des enfants ont été analysés à la DRSP.

**Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu.**

#### **6.1.1.9. Relances téléphoniques**

Quelques semaines après l'intervention, sur recommandation du comité conseiller, il a été décidé d'effectuer des relances téléphoniques auprès des parents d'enfants qui avaient au moins une dose de vaccin manquante au cours des visites et qui n'ont pas reçu de vaccins sur place. Ces relances ont été réalisées par les intervenants des CIUSSS sur la base des informations consignées dans les fichiers de collecte de données. L'objectif de ces appels était de confirmer la réception des doses manquantes depuis la visite du milieu de garde.

**Ce volet de l'intervention n'était pas prévu initialement et a été ajouté en cours d'intervention.**

Le tableau suivant présente un résumé des activités de l'intervention en comparant celles prévues à celles réalisées ainsi que l'évaluation de l'implantation.

**Tableau 5 - Résumé des activités planifiées comparativement aux activités réalisées lors de l'intervention ainsi que l'évaluation de l'implantation**

Activités de l'intervention	Évaluation de l'implantation
Recrutement et informations	
Aide-mémoire multilingue pour informer les parents des milieux de garde sélectionnés	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Sélection des SGÉE situés dans des territoires à faibles couvertures vaccinales pour la rougeole	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Intervention de proximité	
Analyse des carnets de vaccination (y compris ceux hors Québec)	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Saisie des informations manquantes dans le RVQ	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Création de dossiers RVQ	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Identification des doses de vaccins manquantes pour l'âge selon le calendrier du PIQ	Ce volet s'est déroulé globalement à ce qui était prévu
Communication du statut vaccinal de l'enfant aux parents	Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu
Réponses aux questions des parents et entretien motivationnel	Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu
Relances téléphoniques aux parents	Ce volet a été ajouté en cours d'intervention
Activités spécifiques	
Offre de rendez-vous de vaccination en PSL – CCOMTL	Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu
Offre de services de vaccination sur place – CNIM	Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu
Acheminement des copies de carnet de vaccination hors Québec à la DRSP – COMTL	Ce volet de l'intervention a été déployé de manière différente à ce qui était initialement prévu

## 6.2. Perspectives des intervenants et gestionnaires des CIUSSS, de la DRSP et des SGÉE (objectif 2)

Les différentes sources de données utilisées lors de l'évaluation (sondages de satisfaction, rapport des visites, entrevues et rencontres) ont pu faire ressortir plusieurs éléments similaires. Dans le cadre de l'évaluation, la triangulation des données permet de souligner les points positifs ainsi que de mieux

comprendre les enjeux et pistes d'amélioration en utilisant plusieurs sources d'informations (Carter *et al.*, 2014).

### 6.2.1. Sondages de satisfaction (SGÉE et CIUSSS)

À la suite des visites réalisées dans tous les SGÉE d'un territoire, deux sondages ont été envoyés à des fins d'évaluation :

- Un sondage ciblant les directions des SGÉE participants;
- Un sondage ciblant les membres participants des CIUSSS ayant participé à la visite terrain.

Le sondage aux SGÉE comportait sept questions alors que celui s'adressant aux CIUSSS en comptait 11. Ces deux questionnaires étaient composés de courtes questions ouvertes ainsi que des questions sur une échelle de Likert. Les répondants avaient également la possibilité d'inscrire des commentaires.

Tel que présenté dans le tableau suivant, un taux de réponse total de 90 % a été obtenu parmi les SGÉE visités, variant entre 80 % et 100 % selon le territoire.

**Tableau 6 – Taux de réponse des SGÉE et membres des CIUSSS participants**

Territoires du SGÉE	Nombre de SGÉE visité	Nombre de SGÉE répondant	Taux de réponse des SGÉE
Centre-Ouest	9	9	100 %
Nord	10	9	90 %
Ouest	10	8	80 %
Total	29	26	90 %

Les résultats du sondage envoyé aux directions des SGÉE participants indiquent une bonne satisfaction du projet et un intérêt à collaborer à nouveau avec la DRPS et les CIUSSS.

**Figure 3 - Résultats du sondage envoyé aux SGÉE participants**

#### Satisfaction liée à l'intervention



En moyenne, les membres des SGÉE ayant participé au projet se sont dit satisfaits à **94 %**.

#### Intérêt à collaborer à nouveau avec les CIUSSS et la DRSP



**100 %** des répondants des SGÉE ont indiqué avoir un intérêt à collaborer à nouveau avec la DRSP et les CIUSSS.

Quelques suggestions d'amélioration ont été formulées par les répondants des directions des SGÉE. Il a été noté que certaines informations pourraient être clarifiées dont les renseignements transmis aux parents ainsi que les besoins de l'équipe présente lors de la visite (matériel, locaux, réseaux internet, etc.). Les horaires de l'équipe sur place devraient être définis, avant la visite, en collaboration avec les parties prenantes (SGÉE, CIUSSS, DRSP) et étendus aux réalités des SGÉE et des parents.

Pour le sondage envoyé aux CIUSSS, il a été complété par un total de huit répondants, dont au moins un par CIUSSS. Il n'est pas possible de calculer un taux de réponse, car l'envoi du sondage aux équipes est passé par leurs gestionnaires, sans documentation du dénominateur exact du nombre de personnes l'ayant reçu.

Les résultats de ce sondage soulignent la pertinence du projet ainsi que l'approche de proximité déployée, en plus d'un désir de poursuivre le projet.

**Figure 4 - Résultats du sondage envoyé aux participants des CIUSSS**

**Pertinence du projet**



La pertinence du projet a été évaluée à **88 %** par les membres des CIUSSS.

**Pertinence d'une approche de proximité**



Les membres des CIUSSS ayant participé au projet ont évalué la pertinence d'avoir une approche de proximité à **84 %**.

**Probabilité de poursuivre le projet**



La probabilité de poursuivre le projet a été estimée à **84 %** par les répondants des CIUSSS.

Des suggestions et des pistes d'amélioration ont également été soulevées dans ce sondage. D'abord, les outils utilisés dans le cadre de l'intervention pourraient être revus tels que la simplification de l'outil de collecte de données et la variété de matériel promotionnel transmis aux parents. Dans la planification, davantage de rencontres entre les membres de l'équipe (CIUSSS et DRSP) seraient favorables à la cohésion et permettraient d'apporter des ajustements à certaines problématiques et enjeux qui pourraient survenir. De plus, l'évaluation des locaux disponibles pour l'équipe sur place, principalement lors de la vaccination, serait nécessaire. Finalement, l'horaire de travail de l'équipe sur place devrait être adapté afin de rencontrer les parents ayant des questions ou désirant discuter de la vaccination de leur enfant.

## **6.2.2. Rapport des visites, entrevues, et rencontres**

### **6.2.2.1. Rapport des visites**

Le rapport des activités réalisées lors de la visite, complété à la fin de la journée, a permis de recueillir des informations en lien avec l'accessibilité des milieux, la collaboration, les espaces dédiés aux activités et les informations de vaccination transmises aux participants.

Pour l'ensemble des 29 milieux de garde qui ont été visités :

- 19 étaient situés à moins de 10 minutes à pied d'une station de métro ou d'un arrêt d'autobus.
- Toutes les directions ont bien collaboré avec les équipes de santé. Elles étaient disponibles pour apporter des informations additionnelles sur les usagers quand cela était nécessaire.
- 19 milieux de garde ont pu organiser un espace approprié (dimensions, mobilier adapté, éclairage, aération) à l'équipe de santé pour la tenue des activités.
- Dans 2 milieux, l'équipe de santé n'a pas pu avoir accès au wifi.
- La DRSP et les CIUSSS ont travaillé avec une belle complémentarité durant les visites de terrain.

Les questions et préoccupations les plus fréquemment reçues des parents sur la vaccination se trouvent à l'Annexe 5.

### **6.2.2.2. Entrevues semi-dirigées**

Les enjeux liés à la configuration des locaux sont ceux qui ont été nommés le plus fréquemment, de manière quasi-unanime. Certaines personnes ont raconté s'être fait proposer de travailler sur des chaises d'enfants ou dans un couloir. De plus, certaines personnes ont raconté devoir travailler dans un environnement bruyant, qui nuisait à la concentration.

D'autres défis et pistes d'amélioration ont été nommés par plusieurs personnes interviewées :

- Les parents amènent souvent leurs enfants au SGÉE tôt le matin et reviennent les chercher tard le soir (avant et après le travail). L'horaire de travail fixe des équipes terrain combiné aux heures d'achalandage tardives des parents a parfois fait en sorte que moins de parents aient été rencontrés, ce qui a nui à la communication des doses manquantes, la prise de rendez-vous en PSL et la vaccination sur place.
- La priorisation des milieux par couvertures vaccinales de territoire présente certaines failles, car les enfants qui fréquentent un milieu ne vivent pas nécessairement dans le quartier. Par exemple, certains parents choisissent un milieu de garde en fonction de leur lieu de travail.
- L'outil de collecte de données était au départ vu comme compliqué. Il contenait beaucoup d'informations et certaines semblaient redondantes. L'équipe a toutefois recueilli les commentaires et simplifié quelques parties de l'outil en cours de route, ce qui a été apprécié.
- Le nombre de milieux participants était inférieur à ce qui était souhaité. Visiter davantage de milieux aurait permis de bonifier les données.

De bons coups sont aussi sortis de ces entrevues semi-dirigées. Voici ceux qui ont été nommés par au moins trois personnes :

- Les commentaires généraux reçus des directions des SGÉE et des parents étaient positifs. Les parents ayant reçu le service de vaccination sur place ont été nommés comme étant particulièrement heureux de la commodité de cette pratique.
- L'équipe terrain n'a pas eu beaucoup de contacts avec les membres du personnel des SGÉE, mais lorsqu'il y en avait, ils étaient aussi positifs. L'équipe n'avait pas l'impression que sa visite représentait une charge de travail supplémentaire pour le personnel éducateur des SGÉE.
- Il y avait beaucoup d'intérêt de la part des équipes internes de la DRSP. La collaboration avec les partenaires internes et externes a été vue de manière positive.
- L'intervention, qui visait initialement seulement les usagers des SGÉE, a été étirée aux membres de leurs familles et aux membres du personnel des milieux, ce qui a permis d'avoir une plus grande portée de l'intervention. L'occasion a aussi été saisie pour informer les parents d'enfants de 4 et 5 ans que leur enfant pourrait bénéficier du vaccin DCaT-VPI, prévu entre 4 et 6 ans selon le calendrier de vaccination du PIQ (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2025).
- Les directions des SGÉE obtenaient les carnets avant l'arrivée des équipes terrain. Certaines les classaient par groupes, ce qui était apprécié puisque les enfants avaient tous le même âge et ainsi les mêmes recommandations selon le calendrier général du PIQ.

Enfin, il vaut la peine de mentionner quelques-uns des points pertinents qui ont été nommés par moins de personnes :

- Puisque l'analyse des carnets est faite pendant la journée en l'absence des parents, les infirmières n'ont d'autre choix que de donner les recommandations générales du PIQ. Ainsi, les particularités associées à l'état de santé d'un enfant ne sont pas prises en compte.
- L'envoi de lettres aux parents avant la visite semble être une bonne façon de procéder. Cependant, dans certains cas, l'information reçue par les parents semblait incomplète ou mal comprise.
- On a constaté que les parents et les milieux sont très impliqués dans la vaccination des enfants. Beaucoup d'enfants sont adéquatement vaccinés. Dans plusieurs cas, les retards de vaccination sont dus à des oublis ou une méconnaissance des services. Les milieux, eux, sont nombreux à recueillir les preuves de vaccination des enfants dès leur admission et à en conserver des copies.
- Les CIUSSS connaissent très bien leurs territoires. Leur implication est aidante à plusieurs niveaux.

## 6.3. Résultats de vaccination (objectif 3)

### 6.3.1 Indicateurs de vaccination

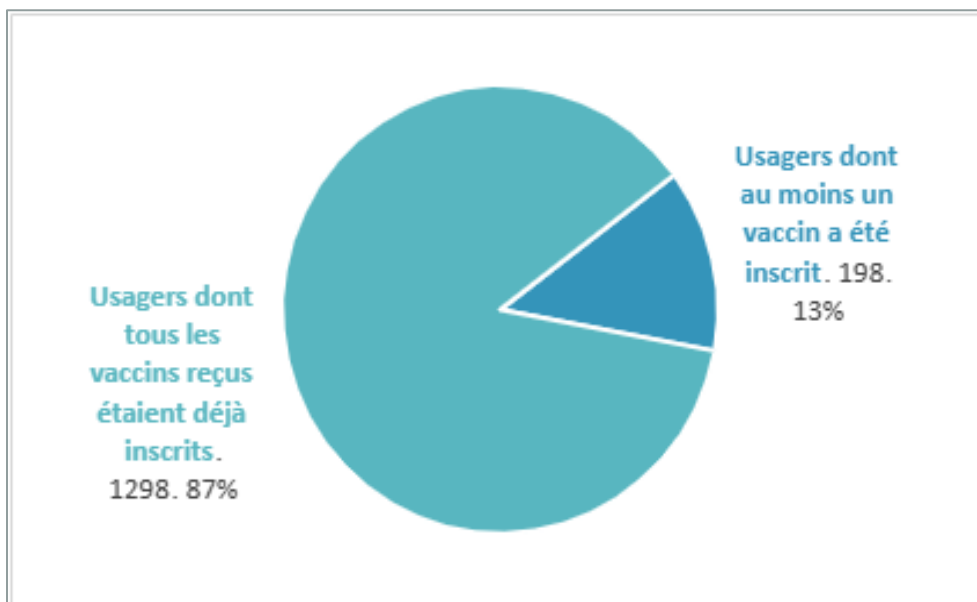
#### 6.3.1.1. Mise à jour des dossiers RVQ

Comme le public cible de ce projet était les enfants de 0 à 5 ans fréquentant un SGÉE (usagers), les résultats suivants concernent ces derniers seulement.

Comme décrit précédemment, l'un des objectifs des visites terrain était de mettre à jour les dossiers au RVQ des enfants fréquentant un SGÉE en analysant leur carnet de vaccination et en le comparant à leur dossier électronique. Ainsi, les doses présentes dans les carnets de vaccination, mais absentes du RVQ étaient inscrites au dossier au moment de la visite terrain dans le SGÉE. Dans la même idée, lorsqu'aucun dossier n'était trouvé au RVQ, l'équipe pouvait en créer un. Cette occurrence fut toutefois très rare.

La figure suivante illustre qu'au moins un vaccin a été inscrit au dossier de 13 % des usagers (n = 198) et que 87 % des usagers (n = 1298) des SGÉE visités avaient un dossier au RVQ à jour selon leur carnet de vaccination.

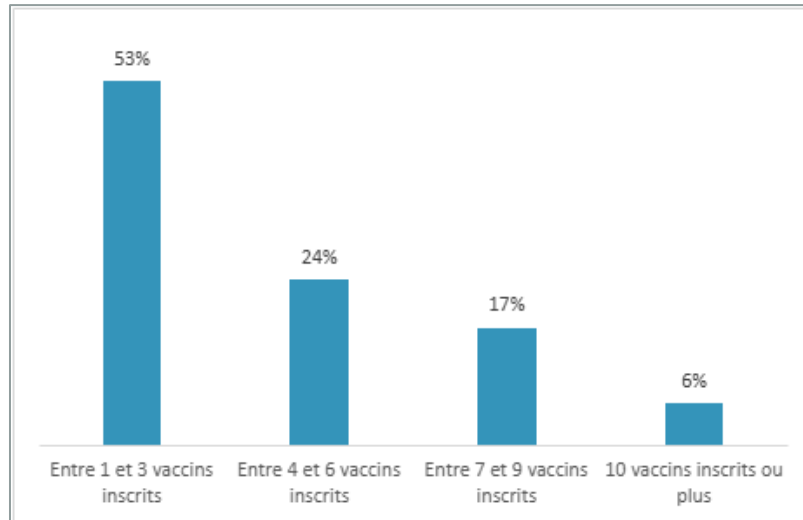
Figure 5 – Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin a été inscrit au RVQ au cours de la visite, Montréal



Note : Les proportions sont calculées à partir de l'ensemble des usagers

Parmi les enfants dont le dossier n'était pas à jour, entre un et trois vaccins ont été inscrits pour un peu plus de la moitié (53 %, n = 153) alors qu'entre quatre et six vaccins ont été inscrits pour près du quart de ces usagers (24 %, n = 69). Un nombre plus important de vaccins, soit entre sept et neuf, a été inscrit pour 17 % (n = 49) des usagers dont le dossier n'était pas à jour. Finalement, une plus faible proportion des usagers (6 %, n = 19) a eu 10 vaccins ou plus inscrits à leur dossier.

**Figure 6 – Répartition de la proportion des usagers dont au moins un vaccin a été inscrit au RVQ au cours de la visite, Montréal**

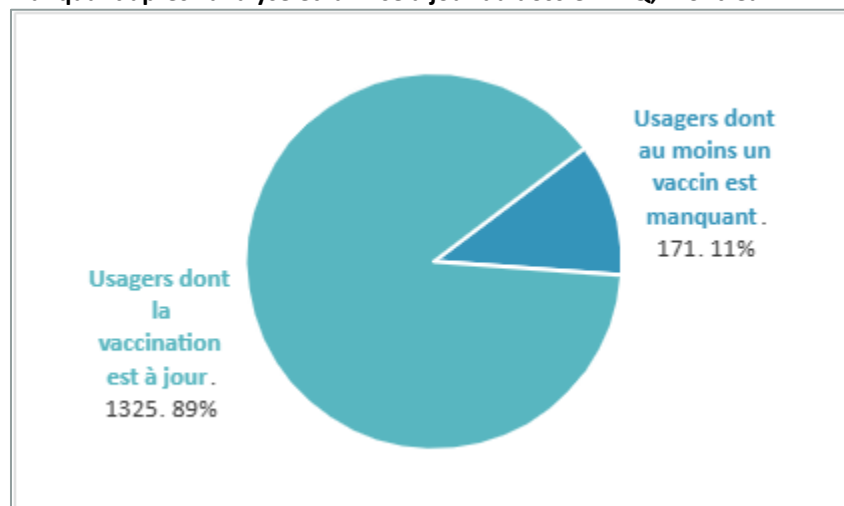


Note : Les proportions sont calculées parmi les usagers dont au moins un vaccin est inscrit au RVQ

### **6.3.1.2. Vaccination manquante après l'analyse et la mise à jour des dossiers au RVQ**

Après avoir mis à jour les dossiers au RVQ, l'équipe terrain avait également comme mandat d'identifier les vaccins manquants selon le PIQ pour chacun des usagers. Ainsi, 11 % (n = 171) des usagers avaient au moins un vaccin manquant selon le calendrier vaccinal alors que 89 % (n = 1325) des usagers avaient une vaccination à jour.

**Figure 7 – Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin était manquant après l'analyse et la mise à jour du dossier RVQ, Montréal**



Note : Les proportions sont calculées à partir de l'ensemble des usagers

Le vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle (RRO-Var) et le vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C (Men-C-C) sont les deux vaccins qui ont été identifiés comme manquants en plus grandes proportions, soient 55 % et 49 % respectivement.

Pour 40 % des usagers ayant au moins un vaccin manquant, celui contre l'hépatite A et l'hépatite B (HAHB) a été identifié comme manquant alors que, parmi ceux ayant au moins un vaccin manquant, un peu plus d'un usager sur quatre (26 %), il manquait le vaccin conjugué contre le pneumocoque (Pneu-C-15). Le vaccin contre l'hépatite A (HA) a été identifié pour 18 % des usagers dont au moins un vaccin est manquant. Pour une proportion équivalente des usagers, soit de 17 %, le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et *Haemophilus influenzae* de type b (DCaT-VPI-Hib) et le vaccin contre la varicelle (Var) étaient manquants. Pour peu d'usagers, le vaccin contre l'hépatite B (HB), le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et *Haemophilus influenzae* de type b (DCaT-HB-VPI-Hib) ainsi que le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) ont été identifiés comme manquants.

**Tableau 7 – Répartition du nombre d'usagers dont au moins un vaccin était manquant après l'analyse et la mise à jour du dossier RVQ, Montréal**

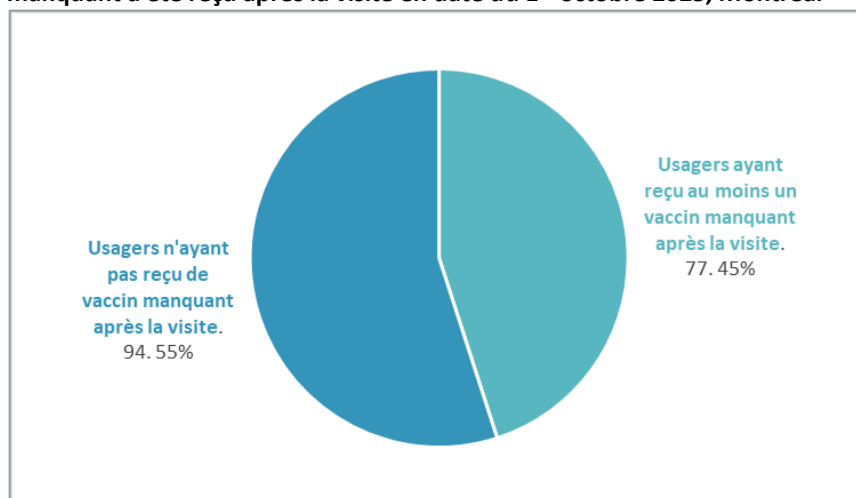
Vaccins identifiés comme manquants		%
RRO-Var	Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle	55 %
Men-C-C	Vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C	49 %
HAHB	Vaccin contre l'hépatite A et l'hépatite B	40 %
Pneu-C-15	Vaccin conjugué contre le pneumocoque	26 %
HA	Vaccin contre l'hépatite A	18 %
DCaT-VPI-Hib	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	17 %
Var	Vaccin contre la varicelle	17 %
HB	Vaccin contre l'hépatite B	10 %
DCaT-HB-VPI-Hib	Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	8 %
RRO	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	4 %

Note. Comme les usagers peuvent avoir plus d'un vaccin manquant, la somme des proportions est supérieure à 100 %. Les proportions sont calculées parmi les usagers ayant au moins un vaccin manquant.

### 6.3.1.3. Suivis après les visites dans les SGÉE

Comme présenté à la figure 8, les données révèlent que près de la moitié des usagers (45 %) ont reçu au moins un vaccin à la suite des visites de l'équipe terrain, en date du 1<sup>er</sup> octobre 2025.

**Figure 8 - Nombre et proportion des usagers dont au moins un vaccin manquant a été reçu après la visite en date du 1<sup>er</sup> octobre 2025, Montréal**



Note : Les proportions sont calculées parmi les usagers ayant au moins un vaccin manquant

### 6.3.1.4. Comparaison des couvertures vaccinales avant et après l'intervention

Plusieurs semaines après la fin de l'intervention terrain, le nombre d'usagers ayant une dose (enfants de 12 à 18 mois) ou deux doses (enfants de 19 mois et plus) du vaccin contre la rougeole a été calculé. L'objectif était de quantifier l'augmentation ayant suivi l'intervention, en comparant avec les données avant la visite.

**Tableau 8 – Comparaison de la proportion d'usagers ayant une dose (12 à 18 mois) contre la rougeole, avant et après l'intervention, parmi les usagers**

	Tous les SGÉE participants	SGÉE du CNIM	SGÉE du CCOMTL	SGÉE du COMTL
<b>Avant</b>	60 %	41 %	57 %	78 %
CV (%)				
<b>Après</b>	71 %	44 %	71 %	92 %
CV (%)				

**Tableau 9 – Comparaison de la proportion d’usagers ayant deux doses (19 mois et plus) contre la rougeole, avant et après l’intervention, parmi les usagers**

	Tous les SGÉE participants	SGÉE du CNIM	SGÉE du CCOMTL	SGÉE du COMTL
<b>Avant</b> CV (%)	96 %	96 %	96 %	95 %
<b>Après</b> CV (%)	99 %	99 %	100 %	98 %

## **6.4. Regard intégrateur sur l’ensemble en vue de dégager des pistes d’amélioration (objectif 4)**

Les résultats présentés ci-dessous s’inscrivent dans un regard intégrateur sur l’ensemble des sources de données mobilisées dans le cadre du projet. Cette analyse croisée permet de poser un jugement global sur la mise en œuvre et les effets du projet, en tenant compte à la fois des données quantitatives et qualitatives recueillies auprès des différents acteurs concernés. L’approche retenue vise non seulement à apprécier la faisabilité de l’intervention, mais aussi à dégager des pistes d’action prioritaires afin d’orienter les décisions et les ajustements en vue d’un éventuel déploiement à plus grande échelle.

### **6.4.1. Faits saillants**

#### **Fidélité de l’intervention**

Plusieurs activités de l’intervention ont été implantées comme prévu alors que d’autres ont nécessité des ajustements :

- Activités globalement implantées comme prévu
  - Recrutement des SGÉE ;
  - Analyse des carnets de vaccination ;
  - Mise à jour des dossiers RVQ ;
  - Identification des vaccins manquants.
- Activités partiellement déployées et ayant nécessité des ajustements
  - Communication du statut vaccinal ;
  - Offre de rendez-vous en PSL ;
  - Vaccination sur place.
- Activités ajoutées au cours de l’intervention
  - Relances téléphoniques ;
  - Vérification du statut vaccinal après l’intervention.

## Sondages et entrevues semi-dirigées

- Les résultats du sondage démontrent une bonne appréciation du projet de la part des SGÉE et un intérêt à collaborer à nouveau avec les CIUSSS et la DRSP. De manière générale, le processus d'information et de recrutement a été apprécié de la part des membres des SGÉE participants. Les SGÉE ont également indiqué être satisfaits du déroulement de la journée de visite. De nombreux commentaires positifs ont également été reçus des parents, qui appréciaient la possibilité de recevoir la vaccination en service de garde. Selon leurs commentaires, elle leur évitait de prendre un rendez-vous en PSL et d'aménager leur horaire pour l'honorer.
- Les résultats du sondage envoyé aux membres des CIUSSS indiquent une satisfaction globale, une pertinence du projet et de l'approche de proximité ainsi qu'un intérêt à poursuivre le projet éventuellement. Les répondants des CIUSSS étaient généralement satisfaits des étapes de la planification du projet. Toutefois, davantage de rencontres préparatoires à la visite et au cours du projet seraient favorables pour distinguer les rôles et responsabilités de chacun, définir le déroulement de la journée et créer une cohésion entre les membres de l'équipe terrain.
- Les entrevues semi-dirigées ont fait état de quelques enjeux vécus par les équipes (locaux, horaires, environnement de travail différent qu'à l'habitude, etc.), mais ont également permis de souligner plusieurs bons coups (collaboration entre les SGÉE, les CIUSSS ainsi que la DRSP, intérêt des partenaires internes et externes, etc.).

## Indicateurs de vaccination

- 29 SGÉE ont participé à la V2 du projet pilote, entre le 25 mars et le 29 mai 2025.
- 1845 carnets de vaccination ont été analysés avec une moyenne de 84 carnets par jour.
- La majorité des participants (81 %) sont des usagers des SGÉE.
- Pour 13 % des usagers, au moins un vaccin indiqué dans le carnet de vaccination a été inscrit au dossier RVQ. Pour les 87 % restants, les vaccins inscrits dans le carnet étaient identiques à ceux présents dans le RVQ.
- Pour 11 % des usagers, au moins un vaccin a été identifié comme manquant selon l'âge et le calendrier du PIQ. Pour les 89 % restants, la vaccination de ces usagers était à jour.
- Une fois les visites complétées, 46 % des usagers ont reçu au moins un vaccin manquant. 54 % des usagers n'ont pas reçu un vaccin manquant en date du 1er octobre 2025.

### 6.4.2. Jugement global

Une intervention de proximité, telle que déployée dans le cadre de ce projet pilote, permet d'établir des contacts privilégiés avec les SGÉE et les mobiliser autour de la vaccination des enfants. Dans le même ordre d'idée, elle permet de rencontrer les familles et les membres du personnel des SGÉE afin de fournir de l'information adaptée sur la vaccination, répondre aux questions et réaliser un entretien motivationnel lorsque nécessaire. L'intervention a également facilité l'offre de services de vaccination de proximité, notamment par la prise de rendez-vous en PSL et la vaccination réalisée directement dans le SGÉE. Tout au long du projet, l'équipe a démontré une capacité d'adaptation importante, en ajustant ses modalités

d'intervention en fonction des réalités du terrain et des besoins exprimés par les milieux. Toutefois, la mise en œuvre de cette intervention a également soulevé plusieurs enjeux pour les équipes, notamment en lien avec la disponibilité et l'aménagement des locaux, les contraintes d'horaires.

Bien que l'intervention mise en œuvre dans le cadre du projet pilote ait requis une mobilisation importante de ressources humaines et matérielles ainsi que du temps, sa pertinence est démontrée par les résultats obtenus. La présence des équipes sur le terrain a permis la mise à jour de plusieurs dossiers de vaccination au RVQ, et ce, en plus grand nombre comparativement à la V1 du projet pilote, justifiant ainsi l'investissement consenti. Des dossiers à jour au RVQ facilitent un meilleur ciblage des interventions et contribuent à améliorer la gestion des éclosions de maladies infectieuses telles que la rougeole en SGÉE. Par ailleurs, l'analyse des carnets de vaccination et des dossiers du RVQ, combinée aux visites directes en SGÉE, a favorisé la transmission d'information générale sur la vaccination, la communication des vaccins identifiés comme manquants et la réponse aux questions des parents, lorsque nécessaire. Dans l'ensemble, ces constats soulignent la pertinence et la faisabilité de l'intervention, tout en mettant en lumière ses forces et les pistes d'amélioration à considérer en vue d'un déploiement futur.

## 7. FORCES ET LIMITES DE L'ÉVALUATION

Le projet a été monté en planifiant son évaluation. Ainsi, un ensemble de données quantitatives et de données qualitatives, provenant de plusieurs sources de qualité, sont à disposition pour considérer différentes perspectives pour évaluer le projet. Un comité conseiller a été créé pour orienter l'évaluation et valider les constats. Une équipe a été dédiée à l'évaluation, incluant des partenaires externes au projet, pour maximiser l'utilité de l'évaluation et limiter les biais. Le caractère itératif entre le développement du projet et son évaluation a permis d'effectuer des modifications et ajustements, lorsque nécessaire.

Ce projet novateur a été bâti autour d'une intervention de proximité dans un SGÉE, avec des efforts pour réduire le plus possible les barrières d'accès aux services de vaccination pour les familles des milieux vulnérables. Il est le fruit d'une collaboration forte entre la DRSP, les CIUSSS et les SGÉE. Cette collaboration, essentielle à la réussite du projet, a permis une intervention adaptée aux besoins des familles. L'équipe projet était très attentive à la rétroaction des partenaires impliqués. Ce projet et son évaluation permettent de dégager un grand nombre de constats pour améliorer les services de vaccination pour les enfants de 0 à 5 ans.

Malgré ces forces, il importe de noter certaines limites. Premièrement, un biais de sélection lié à la non-participation des parents pourrait affecter la représentativité des résultats. Il est possible que les enfants non vaccinés soient sous-représentés, puisque les parents favorables à la vaccination sont généralement plus enclins à participer à un projet portant sur ce sujet. Il est également possible que les CV des enfants non-participants ressemblent à celles des enfants participants au projet et que pour différentes raisons, les parents n'ont pas été en mesure de fournir la preuve vaccinale lors des visites terrain ou n'ont pas souhaité le faire (ex. : barrières de langue, carnets de vaccination perdus, crainte de refaire vacciner pour

rien et devoir manquer le travail, etc.). Afin de limiter ce biais, des mesures ont été mises en place. Par exemple, les outils ont été traduits en plusieurs langues, le projet était ouvert aux personnes dont le carnet n'était pas disponible et les parents qui apportaient les carnets avaient la possibilité de le faire au moment de déposer leurs enfants le matin, pour ne pas empiéter sur leur horaire de travail. Cela a permis d'obtenir une participation beaucoup plus grande lors de la V2 du projet pilote comparativement à la V1. Malgré tout, les non participants pourraient avoir un profil très différent des participants, ce qui pourrait affecter nos estimations pour certains résultats de vaccination.

Ensuite, l'évaluation du projet pilote ne s'est pas faite de manière complètement indépendante au développement du projet, vu que les personnes mandatées pour chacun de ces deux volets provenaient de la même équipe à la DRSP. Cette proximité entre le développement du projet et son évaluation constitue une force pour l'amélioration continue du projet pilote, mais peut également induire un certain biais favorable envers l'intervention durant l'évaluation. Pour limiter ce risque, l'évaluation du projet repose sur plusieurs sources de données différentes, incluant la perspective des partenaires impliqués et la validation des résultats par un comité conseiller.

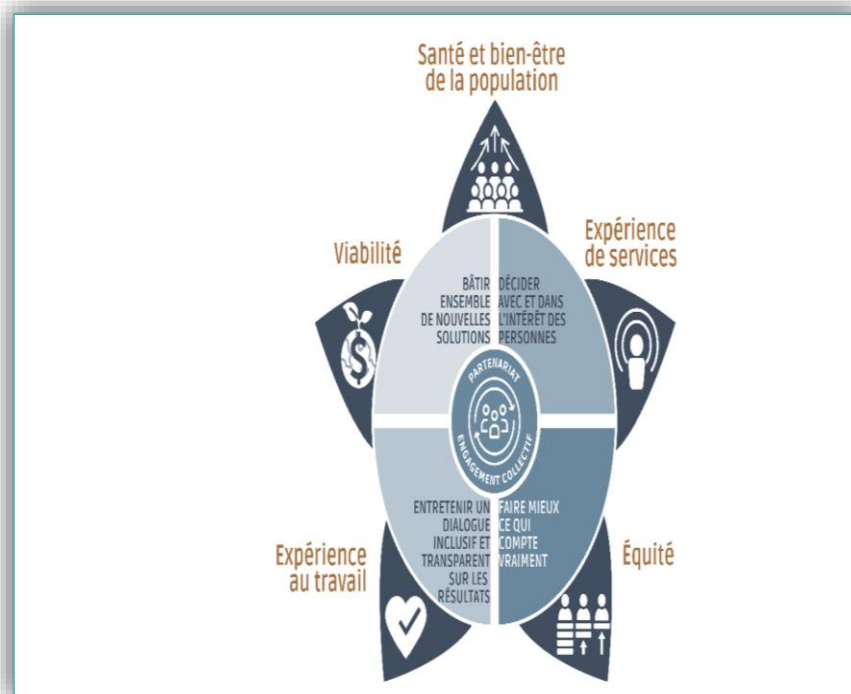
Enfin, les données issues des sondages ou des entrevues semi-dirigées pourraient être légèrement faussées par un biais de désirabilité sociale. Les personnes interrogées auraient pu mettre davantage l'accent sur les côtés positifs, et moins sur les aspects négatifs. Afin de réduire ce biais, les mesures suivantes étaient mises en place :

- Les sondages écrits étaient anonymes ;
- Les entrevues semi-dirigées débutaient par une réassurance comme quoi les propos rapportés allaient être anonymes ;
- Des rappels quant à l'objectif d'amélioration continue étaient effectués tout au long de la démarche d'évaluation ;
- La triangulation de plusieurs sources de données pour obtenir différentes perspectives a permis de renforcer la confiance envers les résultats, car plusieurs constats étaient soulignés via différentes sources de données et différents types de participants.

## 8. RECOMMANDATIONS SELON LE CADRE DU QUINTUPLE OBJECTIF

Pour tenir compte des orientations générales du plan de transition de Santé Québec, les recommandations et pistes d'action sont présentées selon le cadre du quintuple objectif de création de valeur, tiré du plan de transition de la réforme actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2025). Le quintuple objectif (figure 9) permet d'organiser les recommandations découlant de l'évaluation du projet pilote en considérant autant la santé populationnelle des enfants et la réduction des inégalités sociales de santé (ISS), l'expérience des familles et celle du personnel impliqué, ainsi que l'angle économique de l'intervention.

Figure 9 – Le quintuple objectif de création de valeur



### 8.1. Santé et bien-être de la population

Pour améliorer la santé et le bien-être des enfants, l'accès à des services de vaccination de qualité est nécessaire, de même que différentes stratégies de promotion-prévention à déployer auprès des familles.

**Recommandation 1** : Poursuivre le projet pilote ou des interventions de proximité similaires dans les milieux de garde pour certains territoires locaux prioritaires, en incluant une offre de vaccination sur place lorsqu'il y a une demande du milieu en ce sens.

Pistes d'action concrètes :

- Poursuivre les collaborations entre la DRSP et les équipes des CIUSSS pour offrir ce type d'intervention de proximité, en intégrant toutes les leçons apprises dans le cadre de l'évaluation de la V2.
- Manualiser l'intervention, en détaillant toutes les étapes et tâches à prévoir avant, pendant et après les visites terrain dans les milieux de garde.
- Adapter les outils pratiques de la V2 (affiches, lettres-type, outil de collecte, questions-réponses, etc.) à chaque contexte local et en développer de nouveaux selon les besoins.
- Intégrer de façon récurrente les visites terrain en SGÉE à la planification annuelle des équipes de vaccination des CIUSSS afin d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services. Ces visites peuvent être des opportunités pour le rattrapage de l'ABCdaire et la mise en œuvre de la visite universelle *Agir tôt* à 18 mois.

**Recommandation 2 : Mobiliser les partenaires des SGÉE à faire la promotion de la vaccination auprès des familles et de leur personnel.**

Pistes d'action concrètes :

- Diffuser des informations et des outils sur la vaccination aux familles et au personnel (ex. : calendrier vaccinal du Québec, outil d'aide à la prise de rendez-vous, infolettres).
- Encourager tous les milieux de garde à colliger le statut vaccinal des enfants à l'inscription et des nouveaux membres du personnel lors de l'embauche.
- Explorer avec le ministère de la Famille la possibilité de rendre obligatoire la documentation du statut vaccinal dans les SGÉE en installation.

## 8.2. Équité

Selon cette dimension du quintuple objectif, l'organisation des services de vaccination ciblant les enfants devrait se faire en gardant le cap sur l'objectif de diminuer les ISS. Plusieurs barrières d'accès aux services universels de vaccination peuvent nuire à l'équité, par exemple des facteurs d'ordre économique, linguistique ou ethnoculturel. Une approche d'universalisme proportionné, qui complète les services universels par des interventions plus intensives et adaptées aux familles ayant de plus grands besoins, permettrait d'améliorer l'équité dans la vaccination des tout-petits montréalais.

**Recommandation 3 : Déployer les visites terrain en priorité dans les milieux de garde fréquentés par des familles en situation de vulnérabilité, et mobiliser plus largement les partenaires du quartier pour élargir la portée d'une intervention de proximité.**

Pistes d'action concrètes :

- Identifier les territoires locaux prioritaires à l'aide d'indicateurs du recensement sur la défavorisation et l'immigration récente chez les familles avec enfants de 0-4 ans, en plus d'indicateurs portant sur les données de vaccination.

- Utiliser les connaissances terrain des partenaires pour identifier les milieux de garde qui desservent davantage de familles vivant en situation de vulnérabilité (nouveaux arrivants, précarité financière, barrières linguistiques).
- Lors de l'organisation d'une visite terrain dans un milieu de garde, considérer élargir l'invitation à d'autres familles du voisinage et d'en faire la promotion à l'aide de partenaires clés du quartier.
- Selon les besoins et les capacités, déployer des visites terrain dans d'autres types de milieux de vie fréquentés par les familles, tels que les services de garde en milieu familial, les haltes-garderies communautaires, les centres culturels ou les lieux de culte.

**Recommandation 4 : Renforcer les stratégies visant à mieux informer les familles issues de l'immigration récente et celles ayant une faible littératie sur la vaccination et sur les services disponibles.**

Pistes d'action concrètes :

- Développer des outils de communication sur la vaccination utilisant un langage clair et un support visuel (ex. pictogrammes) et les tester avant leur utilisation auprès de parents ayant un faible niveau de littératie.
- Systématiser la traduction multilingue des principaux outils destinés aux parents.
- Offrir des séances d'information aux parents pour répondre à leurs questions, par exemple sous forme de webinaires organisés avec l'aide des milieux de garde.
- Utiliser les séances d'information aux parents et les opportunités d'échange avec eux lors des visites terrain pour mieux comprendre leurs besoins d'information.
- Développer des collaborations sur la vaccination avec les organismes communautaires qui offrent des services aux familles de nouveaux arrivants.

### **8.3. Expérience de services**

L'expérience de services fait référence à la manière dont les familles vivent leurs interactions avec le réseau de la santé, incluant leur satisfaction au regard des services de vaccination. Pour cette dimension du quintuple objectif, on s'intéresse particulièrement à la perspective des familles à l'égard des visites terrain du projet pilote, mais aussi plus largement, aux stratégies possibles pour leur donner plus facilement accès à des services de vaccination adaptés à leurs besoins, considérant la vie occupée des parents et leurs défis quotidiens.

**Recommandation 5 : Planifier les horaires de visites terrain pour qu'ils soient mieux adaptés aux réalités des parents et au rythme quotidien des SGÉE.**

Pistes d'action concrètes :

- Demander au personnel des milieux de garde de faire des rappels par courriel et verbalement aux parents dans la semaine précédant la visite terrain de l'équipe de santé, afin qu'ils le prévoient dans leur agenda et se souviennent d'apporter le carnet.

- S'assurer que les équipes de santé soient sur place lors des heures d'affluence où les parents sont présents, c'est-à-dire le matin et surtout en fin d'après-midi, jusqu'à la fermeture du SGÉE.
- Réviser le détail des horaires individuels de l'équipe de santé avant la visite terrain, afin d'optimiser le temps de chacun selon la division des tâches, en planifiant par exemple une plus grande disponibilité du personnel clinique et administratif en fin de journée.
- Lorsque la vaccination n'est pas offerte directement dans le milieu de garde, l'offre de rendez-vous pour la vaccination, avec l'aide du personnel administratif sur place, pourrait se faire sur tout le territoire montréalais pour accommoder les parents et leur permettre de se rendre à un PSL qui leur convient (par exemple, à proximité de leur domicile).

**Recommandation 6 : Intensifier le démarchage et améliorer les communications auprès des parents moins enclins à participer à l'intervention et auprès de ceux dont l'enfant est considéré comme n'étant pas adéquatement vacciné.**

Pistes d'action concrètes :

- Aller proactivement à la rencontre des parents lors des visites terrain en leur proposant de répondre à leurs questions, en installant par exemple l'équipe de santé près de l'entrée du SGÉE.
- Avec une approche basée sur l'entretien motivationnel, tenter d'échanger sur place avec les parents n'ayant pas participé à l'intervention pour mieux comprendre leur parcours, leurs préoccupations et leurs besoins.
- Après l'analyse du carnet, planifier un moment d'échange sur place au SGÉE avec les parents dont l'enfant n'est pas adéquatement vacciné, en complément à une communication écrite sur les vaccins manquants.
- Planifier systématiquement un appel téléphonique après la visite terrain pour le suivi des enfants non adéquatement vaccinés, afin d'offrir un entretien motivationnel, de faciliter la prise de rendez-vous et de documenter les raisons de refus le cas échéant.

#### **8.4. Expérience au travail**

Selon le quintuple objectif, il est important de prendre en considération l'expérience au travail des équipes de santé impliquées dans les services de vaccination, entre autres parce qu'elle se reflètera sur celle des familles desservies. Dans le contexte du projet pilote, l'expérience au travail prend en considération autant la perspective du personnel de santé que celle du personnel des SGÉE.

**Recommandation 7 : S'assurer en amont que les locaux disponibles dans les milieux de garde sont adaptés aux besoins des équipes de santé.**

Pistes d'action concrètes :

- Identifier les besoins de l'équipe de santé au regard des infrastructures du SGÉE (ex. locaux, mobiliers, ordinateurs, connexion internet) et partager cette liste avec les SGÉE avant les visites.
- Lorsque possible, visiter le SGÉE avant l'arrivée de l'équipe de santé, pour valider la conformité de l'espace dédié aux activités du projet. Si une visite préalable est impossible, demander des photos des infrastructures.

- Si les locaux ne sont pas adaptés, organiser l'intervention dans un lieu à proximité (ex. : organisme communautaire, autre garderie, école du quartier).

**Recommandation 8 : Augmenter les communications entre toutes les parties prenantes avant les visites terrain afin de bien clarifier les rôles de chacun et prévoir tous les différents détails logistiques.**

Pistes d'action concrètes :

- Selon les besoins, planifier davantage de rencontres préparatoires qui mettent en lien les équipes de santé (CIUSSS et DRSP) et les équipes des SGÉE avant les visites terrain.
- Maintenir la grande disponibilité de la personne responsable de la coordination et vérifier de manière proactive auprès des partenaires impliqués s'ils ont des questions ou préoccupations à différents moments de la planification des visites terrain.

## 8.5. Viabilité

La dernière composante du quintuple objectif touche à l'aspect viable des interventions. Elle inclut, entre autres, les composantes financières et environnementales. On souhaite ainsi à mettre de l'avant un projet qui a le potentiel de durer dans le temps et de soutenir le bien-être des générations actuelles et futures (Gouvernement du Québec, 2025).

**Recommandation 9 : Pour améliorer l'efficacité des visites terrain, rendre accessibles aux équipes de santé les listes d'enfants fréquentant les SGÉE, afin d'identifier à l'avance ceux qui sont considérés non adéquatement vaccinés et de concentrer l'intervention de proximité sur ces derniers.**

Pistes d'action concrètes :

- Au provincial, développer une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Famille pour autoriser et baliser le partage des listes d'enfants fréquentant les SGÉE au personnel professionnel de la santé, comme l'entente de complémentarité en vigueur avec le ministère de l'Éducation.
- Au régional, demander l'avis du contentieux des CIUSSS afin de vérifier les options qui permettraient le partage de la liste d'enfants fréquentant un milieu de garde à l'équipe de santé, par exemple l'utilisation d'un consentement de type "opt-out" auprès des parents.
- À l'aide d'un outil informatique permettant d'interroger le RVQ en bloc avec une liste d'enfants fréquentant un milieu de garde, extraire les noms de ceux qui n'ont pas de dossier et ceux qui ne sont pas adéquatement vaccinés pour l'âge pour mener l'intervention de proximité uniquement auprès de ces derniers.

**Recommandation 10 : Mettre en place des mécanismes structurants et centralisés pour améliorer la qualité des données du registre de vaccination, en priorité pour les familles issues de l'immigration récente.**

Pistes d'action concrètes :

- Poursuivre les échanges avec les instances fédérales (ex. Agence de la santé publique du Canada et Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada) pour mieux documenter le statut vaccinal des familles nouvellement arrivées au pays et téléverser les données vaccinales dans les registres provinciaux.
- Mettre sur pied une plateforme électronique centralisée qui serait connectée au RVQ, où les familles pourraient envoyer leurs carnets de vaccination et faire inscrire leurs preuves vaccinales dans le RVQ, en s'inspirant par exemple de l'initiative *CanImmunize*.

## 9. CONCLUSION

L'évaluation du projet pilote a mis en lumière la pertinence et la faisabilité d'une intervention de proximité dans les milieux de garde pour améliorer les données de couverture vaccinale chez les tout-petits. Dans sa forme actuelle, l'intervention est prometteuse, bien qu'elle soit coûteuse en ressources vu le déplacement des équipes dans les milieux. Certains ajustements pourraient améliorer à la fois la portée et l'efficacité de l'intervention de proximité en SGÉE.

Dans ce rapport, plusieurs pistes d'action concrètes ont été identifiées pour mieux déployer ce type d'intervention et plus généralement pour améliorer les services de vaccination en petite enfance à Montréal, dans une perspective d'universalisme proportionné.

L'offre de vaccination directement dans les milieux de garde, soutenue par une bonne collaboration intersectorielle et des stratégies adaptées pour mieux rejoindre les parents, semble être une avenue prometteuse pour le rattrapage vaccinal, en complémentarité aux services universels existants.

## RÉFÉRENCES

- Bourgault, P., Gallagher, F., Michaud, C. et St-Cyr Tribble, D. (2010). Le devis mixte en sciences infirmières ou quand une question de recherche appelle des stratégies qualitatives et quantitatives. *Recherche en soins infirmiers*, 4(103). DOI : <https://doi.org/10.3917/rsi.103.0020>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation : Concepts et méthodes* (2e éd.). Les Presses de l'Université de Montréal.
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2019). *Chantier régional sur l'optimisation des services infirmiers en milieu scolaire*. Présentation du 9 octobre 2019 – Document interne non publié.
- Direction régionale de santé publique de Montréal. (2026). Qui sommes-nous?. <https://santepubliquemontreal.ca/qui-sommes-nous/organigrammes-et-description-des-services/direction-adjointe-volet-sante-publique>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. et Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*, 41(5), pp. 545-547. <https://doi.org/10.1188/14.onf.545-547>
- Fokoun, C. (2018). Strategies Implemented to Address Vaccine Hesitancy in France: A Review Article. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7) pp. 1580–1590. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1458807>
- Gagneur, A., Battista, M.C., Boucher, F.D., Tapiero, B., Quach, C., De Wals, P., Lemaitre, T., Farrands, A., Boulianne, N., Sauvageau, C., Ouakki, M., Gosselin, V., Petit, G., Jacques, M.C. et Dubé, È. (2019). Promoting vaccination in maternity wards – motivational interview technique reduces hesitancy and enhances intention to vaccinate, results from a multicentre non-controlled pre- and post-intervention RCT-nested study, Quebec, March 2014 to February 2015. *Eurosurveillance*, 24(36). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6737828/pdf/eurosurv-24-36-3.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2025). *Plan de transformation – Ensemble, pour une transformation durable et des résultats qui comptent*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003858/>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Point de service local*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/point-service-local>
- Guide to Community Preventive Services. (2025). *CPSTF Findings for Increasing Vaccination*. <https://www.thecommunityguide.org/pages/task-force-findings-increasing-vaccination.html>
- Guide to Community Preventive Services. (2025). *Vaccination Programs: Schools and Organized Child Care centers*. <https://www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-schools-and-organized-child-care-centers.html>
- Jaca, A., Mathebula, L., Iweze, A., Pienaar, El. et Wiysonge, C. S. (2018). A systematic review of strategies for reducing missed opportunities for vaccination. *Vaccine*, 36(21). 2921-2927. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.04.028>
- Kaufman, J., Ryan, R., Walsh, L., Horey, D., Leask, J., Robinson, P. et Hill, S. (2018). Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*, (5). doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010038.pub3>
- Machado, A. A., Edwards, S. A., Mueller, M. et Saini, V. (2021). Effective interventions to increase routine childhood immunization coverage in low socioeconomic status communities in developed countries: A systematic review and critical appraisal of peer-reviewed literature. *Vaccine*, 39(22). 2938-2964. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.03.088>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Protocole d'immunisation du Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>

Organisation mondiale de la santé. (2025). *Couverture de la vaccination par la deuxième dose du vaccin contenant le vaccin contre la rougeole (MCV2) selon l'âge recommandé au niveau national (%)*. <https://data.who.int/fr/indicators/i/B17F8BC/BB4567B>

Scheifele, D. W., Halperin, S. A. et Bettinger, J. A. (2014). *Childhood immunization rates in Canada are too low: UNICEF. Paediatrics & Child Health*, 19(5). pp. 237-238. <https://doi.org/10.1093/pch/19.5.237>

# ANNEXE 1 : OUTILS DE RECRUTEMENT

Aide-mémoire multilingue pour les parents (disponible en 7 langues)

**Ensemble pour la santé de nos enfants!**

Votre enfant est-il inscrit dans le registre de vaccination du Québec?

Une équipe de professionnels et professionnelles de la santé sera présente le [ ] dans notre service de garde pour:

- La vérification du carnet de vaccination de votre enfant pour voir s'il est bien protégé, peu importe l'origine du carnet de vaccination.
- La validation des informations de votre enfant dans le registre de vaccination du Québec\*. Ceci vous permettra de prendre de l'avance sur la vérification faite par l'infirmière scolaire à l'entrée en maternelle.
- La vaccination de votre enfant sur place dans le service de garde, ou offre de rendez-vous pour recevoir les doses de vaccins manquantes.

Réponses à vos questions sur la vaccination et les moyens de protéger votre enfant.

Carnet de vaccination perdu ou oublié à la maison? Pas de souci! Notre équipe sur place pourra vous proposer des solutions.

**Important!** Veuillez apporter le carnet de vaccination de votre enfant, et si vous le souhaitez, les carnets des membres de la famille (parents, frères et sœurs).

Un rendez-vous à ne pas manquer pour la santé de votre enfant!

\* : Registre qui regroupe les informations de vaccination au Québec.

Québec

Présentation du projet aux directions des services de garde participants (page couverture)

PLUS FORT  
AVEC VOUS

**Projet pilote sur les couvertures vaccinales des tout-petits**

Présentation aux directions des services de garde

Direction régionale de santé publique de Montréal

Mars 2025

Québec

## ANNEXE 2 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

L'outil de collecte de données comportait les sections suivantes :

- **Statut de l'enquête**
  - Nom de l'enquêteur
- **Identification du participant**
  - Nom
  - Prénom
  - Date de naissance
  - Date du jour de la visite
  - Âge (mois)
  - Âge (année)
  - Type de participant
- **Vérification du dossier**
  - Dossier RVQ
  - Dossier RVQ à créer
  - Dossier RVQ, vaccination inscrite et à jour
  - Carnet de vaccination
  - Vaccination rougeole
- **Information sur la vaccination**
  - Liste des vaccins qui ont été inscrits au RVQ
  - Liste des vaccins manquants après l'analyse
  - Rendez-vous pour la vaccination
  - Date du rendez-vous pour la vaccination

## ANNEXE 3 : QUESTIONS DES SONDAGES DE SATISFACTION AUX PARTENAIRES

### Sondage destiné aux CIUSSS participants

1. Veuillez sélectionner le nom de votre CIUSSS.
2. Quelle est votre catégorie d'emploi (APPR, infirmière, gestionnaire, technicien en administration) ?
3. Quel est votre niveau de satisfaction des étapes de la planification ?
  - a. Présentation du projet pilote
  - b. Rencontres de suivi
  - c. Identification des services de garde à prioriser
  - d. Démarche de recrutement des services de garde
  - e. Établissement du calendrier des visites des services de garde
  - f. Outil de collecte des données
  - g. Aide-mémoire multilingue
4. Quels sont vos commentaires pour améliorer la planification d'un projet similaire ? Vous pouvez également souligner les éléments que vous avez particulièrement appréciés.
5. Quel est votre niveau d'appréciation des éléments suivants au regard de la collaboration et de l'organisation logistique sur le terrain ?
  - a. Collaboration générale avec la DRSP
  - b. Collaboration générale avec les directions des services de garde
  - c. Collaboration générale avec les parents
  - d. Horaires des activités dans les services de garde
  - e. Organisation logistique du travail des équipes sur le terrain
6. Quels sont vos commentaires pour améliorer la collaboration entre tous les partenaires impliqués ? Vous pouvez également souligner les éléments que vous avez particulièrement appréciés.
7. Quels sont vos commentaires pour améliorer l'organisation logistique sur le terrain ? Vous pouvez également souligner les éléments que vous avez particulièrement appréciés.
8. Selon vous, quel est le degré de pertinence de ce projet en général ?
9. Selon vous, quel est le degré de pertinence d'avoir une approche de proximité directement dans les visites des services de garde ?
10. Selon vous, quelle est la probabilité que vous poursuiviez le projet dans d'autres services de garde de votre territoire suite au projet pilote ?
11. Auriez-vous d'autres commentaires à partager pour l'amélioration du projet ? Vous pouvez souligner des points à améliorer ou des éléments que vous avez particulièrement appréciés.

## **Sondage destiné aux SGÉE participants**

1. Veuillez entrer le nom de votre service de garde (et de l'installation concernée au besoin).
2. Quel est votre niveau de satisfaction du processus d'information et de recrutement ?
  - a. Appels téléphoniques
  - b. Courriels de présentation du projet
  - c. Rencontre d'information
  - d. Choix de la date de visite
  - e. Aide-mémoire sur les informations du projet
3. Avez-vous des propositions pour améliorer le processus d'information et de recrutement ?
4. Quel est votre niveau de satisfaction de la journée de la visite ?
  - a. Installation de l'équipe de santé
  - b. Déroulement des activités dans la journée de visite
  - c. Collaboration avec l'équipe du service de garde
  - d. Collaboration avec les parents
  - e. Perturbations du fonctionnement habituel du service de garde
5. Avez-vous des propositions pour améliorer le déroulement de la journée de visite ?
6. Quel est votre niveau de satisfaction globale du projet ?
7. Seriez-vous intéressé(e) par une nouvelle collaboration avec la Santé publique de Montréal et le CIUSSS ?

## ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

Les entrevues semi-dirigées étaient composées des questions ouvertes suivantes. Elles étaient adaptées selon le rôle de la personne et selon ses réponses.

- Qu'est-ce que le projet pilote a permis d'apprendre sur les principaux enjeux et défis au regard de la vaccination des tout-petits ?
- Pourriez-vous nous résumer les principales stratégies et activités menées par vous ou d'autres pour recruter des milieux de garde ?
- Qu'est-ce qui facilite le recrutement ? Qu'est-ce qui y nuit ?
- Pourriez-vous nous résumer les principales stratégies et activités menées pour favoriser un bon taux de participation auprès des parents ?
- Qu'est-ce qui facilite la participation des parents ? Qu'est-ce qui y nuit ?
- À votre avis, quels sont les principaux « bons coups » du projet pilote qui pourraient améliorer les couvertures vaccinales chez les tout-petits, si l'intervention était déployée plus largement ?
- Qu'est-ce qui fait une différence dans l'approche de proximité sur le terrain ?
- À votre avis, quels sont les principaux points d'amélioration du projet pilote qui permettraient d'améliorer l'efficacité de l'intervention ?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment pour aller chercher les non-participants ?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait pour éviter d'analyser des carnets déjà au RVQ ?
- À votre avis, quelles suites devrait-on donner au projet pilote sur la vaccination en milieux de garde et aux collaborations DRSP-CIUSSS à ce sujet ?
- Quels seraient les rôles de la DRSP et ceux des CIUSSS pour les suites ?

## ANNEXE 5 : SYNTHÈSE DES QUESTIONS ET PRÉOCCUPATIONS DES PARENTS

Cette annexe présente une synthèse des questions et préoccupations des parents sur la vaccination les plus fréquemment reçues par la brigade lors des visites terrain.

- Hésitation vaccinale:
  - Effets secondaires à la suite d'une vaccination antérieure
  - Validité des vaccins reçus à l'étranger
  - Terrain d'allergie
  - Nécessité ou non de refaire le vaccin contre la rougeole si la 1re dose a été donnée avant l'âge de 12 mois.
  
- Vaccination
  - Délais requis entre les doses de vaccin
  - Nombre de doses nécessaires pour le VPH
  - Nécessité ou non de vacciner des personnes ayant fait la rougeole et la varicelle
  - Nombre de vaccin qu'il est possible de recevoir en une fois
  - Intérêt de la vaccination contre l'Hépatite A
  - L'âge idéal pour le vaccin quadrivalent donné entre 4 et 6 ans
  - Les effets secondaires des vaccins
  - Difficultés en lien avec la prise de rendez-vous sur Clic Santé
  
- Carnets de vaccination
  - Demande d'établissement du carnet de vaccination du Québec
  - Traduction des carnets de vaccination étrangers
  - Report des doses de vaccins reçus à l'étranger
  
- Vaccination et voyage
  - Nécessité ou non de se faire vacciner contre la tuberculose lorsqu'on voyage en zone d'endémie
  - Possibilité ou non d'anticiper la 2e dose du vaccin contre la rougeole pour un enfant qui voyage

**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Sud-  
de-l'Île-de-Montréal**

**Québec** 