



COMPRENDRE L'HÉSITATION VACCINALE ET SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA VACCINATION

Guide à destination des intervenants et autres professionnels en contact direct avec la population dans le contexte de la COVID-19 au Québec.

MAI 2021

CONCEPTION DU GUIDE

Ce guide a été réalisé par l'équipe CoVivre, sous la direction de la Dre **Cécile Rousseau**, pédopsychiatre, professeure à la division de psychiatrie sociale et culturelle de l'Université McGill et co-responsable du programme CoVivre, en collaboration avec :

Laurence Monnais, professeure au département d'histoire de l'Université de Montréal, directrice du Centre d'études asiatiques (CETASE) et spécialiste des questions d'hésitation vaccinale au Québec et en Asie de l'Est/Sud-Est.

Noémi Tousignant, professeure à l'Université de London (UCL) et spécialiste des questions d'hésitation vaccinale en Afrique de l'Ouest.

Dr Arnaud Gagneur, pédiatre chercheur au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et responsable du programme québécois d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE), et son équipe.

Le programme CoVivre adresse les inégalités que rencontrent les groupes marginalisés par l'entremise d'initiatives effectuées avec les principaux acteurs du milieu communautaire, de l'éducation et de la santé et des services sociaux. CoVivre agit comme facilitateur et accélérateur d'actions visant la réduction des inégalités socio-économiques et des inégalités de santé causées par la pandémie.

ÉQUIPE DE RÉDACTION

ÉDITION ET COORDINATION

Cécile Rousseau, McGill

Claire Guenat, CoVivre

Emmanuelle Bolduc, CoVivre

SOUTIEN À LA PRISE DE DÉCISION

Arnaud Gagneur, CHUS

Virginie Gosselin, CHUS

HÉSITATION VACCINALE

Laurence Monnais, UdeM

Noémi Tousignant, UCL

Tara Santavicca, CoVivre

Cindy Ngov, CoVivre

Joy Schinazi, CoVivre

DESIGN ET MISE EN PAGE

Thibaud Marque

TABLE DES MATIÈRES

UN OUTIL POUR SOUTENIR LA DIVERSITÉ EN MATIÈRE DE RAPPORT À LA VACCINATION	4
QU'APPELLE-T-ON L'HÉSITATION VACCINALE?	5
L'HÉSITATION VACCINALE AU QUÉBEC	6
LES COMMUNAUTÉS NOIRES DU QUÉBEC	10
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DU QUÉBEC	12
LES COMMUNAUTÉS EST/SUD-EST ASIATIQUES DU QUÉBEC	14
LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES DU QUÉBEC	16
LES COMMUNAUTÉS AFRIQUE DU NORD/MOYEN-ORIENT	18
COMMENT SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19?	20
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE : CONVAINCRE	25
CE QU'IL FAUT FAIRE : MOTIVER	26
UN GUIDE EN CONSTANTE ÉVOLUTION	27
RÉFÉRENCES	28

UN OUTIL POUR SOUTENIR LA DIVERSITÉ EN MATIÈRE DE RAPPORT À LA VACCINATION

Ce guide s'adresse aux agents, intervenants et autres professionnels en contact direct avec la population de la grande région de Montréal. Il s'agit d'un outil pour penser la diversité et soutenir la prise de décision en matière de rapport à la vaccination dans le contexte de la COVID-19. Il vise à répondre aux questions suivantes : quels sont les enjeux en matière de prise de décision face à la vaccination? Comment soutenir cette prise de décision à l'égard de la vaccination? Comment motiver et engager les personnes hésitantes? Il présente un survol des enjeux en matière de vaccination rencontrés par les personnes issues de minorités ethnoculturelles et autochtones durant la pandémie de COVID-19. À noter que ces enjeux prennent des formes particulières et mouvantes dans le cadre d'une crise sanitaire et d'une campagne de vaccination massive inédite. Ce guide n'a en rien une valeur prescriptive, mais fournit plutôt des pistes de réflexion pour une intervention adaptée. Un document détaillé sur ces questions est disponible sur notre site Internet (<https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/#covivre-tab-3>). La forme masculine employée dans ce guide a valeur de genre neutre et est utilisée uniquement dans le but d'en alléger la forme.

PRÉSENTATION DES COMMUNAUTÉS ÉTUDIÉES

Une communauté se définit à partir d'une ou de plusieurs identités collectives partagées. Ces identités peuvent être religieuses, ethniques, nationales, raciales ou autres (migratoires, de genre, etc.). Parfois, l'identité est attribuée par la majorité, parfois elle est revendiquée par les personnes qui se réclament de cette appartenance.

Dans la suite de ce guide nous utilisons ce terme pour de grands ensembles de personnes très hétérogènes qui vivent une marginalisation à cause des préjugés ou d'une absence d'équité sociale passée ou présente, au sein de la société québécoise. Il n'est aucunement préjugé de l'homogénéité de chaque groupe ni des caractéristiques propres à chaque individu en leur sein ou à chaque parcours individuel.

Le choix des différentes communautés évoquées ici repose (1) sur la composition ethnoculturelle de la région montréalaise et (2) sur les connaissances déjà disponibles au sujet de l'hésitation vaccinale auprès de certains ensembles géoculturels. Le guide n'est donc pas exhaustif et est en constante évolution. Nous travaillons d'ailleurs actuellement sur l'ajout d'une fiche portant sur les communautés d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient.

Chaque communauté présentée dans les fiches du guide permet d'illustrer la diversité en matière d'hésitation face à la vaccination et les facteurs susceptibles de jouer dans les manifestations de celles-ci. Il s'agit donc de cas d'étude visant à mieux comprendre la pluralité de ses manifestations.

L'hésitation vaccinale est en soi un phénomène historique, mondial et dynamique. Il n'y a pas de religion « hésitante » ni de communauté plus hésitante que d'autres.



QU'APPELLE-T-ON L'HÉSITATION VACCINALE?

L'hésitation vaccinale s'inscrit dans la prise de décision face à une vaccination. Plus précisément, l'hésitation vaccinale renvoie à un continuum de représentations, d'attitudes et de comportements en lien avec la vaccination. Il s'agit d'un processus sain et légitime qu'il faut comprendre afin de pouvoir respectueusement soutenir la prise de décision.



L'un des pôles du continuum concerne le refus systématique et complet de tous les vaccins. L'autre pôle concerne l'acceptation totale et systématique de tous les vaccins.

Entre ces deux extrêmes se trouve une multitude de représentations, d'attitudes et de comportements qui prennent des formes variées selon les vaccins proposés et les conditions dans lesquelles ils sont proposés : sélectionner certains vaccins (et en refuser d'autres) ou retarder la vaccination constitue des formes d'hésitation vaccinale.

L'hésitation face à la vaccination est liée à des préoccupations très variables selon le moment, les groupes et l'espace dans lequel chacun vit. Elle dépend de trois ensembles de facteurs interreliés :



Individuels et collectifs :
expériences personnelles ou familiales, représentation du risque, etc.



Spécifiques aux vaccins :
toxicité, efficacité, rapport coût-bénéfice (mise en balance du vaccin et de la maladie à éviter), etc.



Contextuels :
facteurs historiques, accessibilités aux soins, confiance dans l'état, etc.

L'HÉSITATION VACCINALE AU QUÉBEC

L'hésitation vaccinale existe depuis que les vaccins existent et le Québec ne fait pas exception à cette règle. En 1885, dans le cadre d'une épidémie de variole meurtrière qui frappe la province, la méfiance et le rejet du vaccin sont présents. L'introduction d'un décret en faveur de la vaccination obligatoire est d'ailleurs suivie de nombreuses émeutes à Montréal.

Si nous ne sommes plus à la fin du 19^e siècle, le phénomène d'hésitation vaccinale reste présent. On observe par exemple des réticences de la part de la population québécoise dans le cadre de la grande épidémie de rougeole de 1989. On estime par ailleurs que celles-ci se sont renforcées dans les deux dernières décennies à la suite de la publication d'informations erronées associant l'autisme à la vaccination largement relayée par les médias sociaux. Alors que les épidémies et pandémies sont propices à leurs manifestations, on voit resurgir un éventail d'inquiétudes au sein de la population vis-à-vis de la vaccination à l'heure de la COVID-19.

COMPRENDRE L'HÉSITATION VACCINALE AU QUÉBEC DANS LE CONTEXTE DE LA PANDÉMIE COVID-19

Le développement et l'introduction des vaccins contre la COVID-19 constituent un événement vaccinal sans précédent à travers le monde entier.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les réseaux sociaux sont utilisés à grande échelle pour permettre à la population d'être informée. Une grande quantité d'informations, de rumeurs et d'anecdotes circulent à grande vitesse à l'échelle du Québec comme à l'échelle mondiale. Cette surabondance d'information peut :

- soutenir une réflexion critique bien informée au sujet de la vaccination;
- augmenter la confusion de la population;
- favoriser la diffusion (délibérée ou non) de fausses informations.

En parallèle, des données souvent peu explicites et mal contextualisées sur l'efficacité, la sécurité et la nécessité des vaccins sont martelées par les gouvernements. Ces informations sont simultanément remises en cause par de multiples instances inquiètes par les effets secondaires des vaccins, la rapidité de développement des vaccins, le recours à un nouveau type de vaccin (ARNm), etc. Cette situation porte, elle aussi, à confusion et est susceptible d'augmenter la méfiance envers le gouvernement et ses institutions affiliées et par conséquent, l'hésitation vaccinale.

Cela étant dit, la désinformation et sa circulation rapide et confuse ne sont que deux des aspects jouant un rôle dans l'hésitation face à la vaccination. L'hésitation vaccinale relève de multiples facteurs interreliés qui seront illustrés dans les pages suivantes, au sein des communautés minoritaires marginalisées du Québec.

COMPRENDRE L'HÉSITATION VACCINALE AU SEIN DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES DU QUÉBEC

Si face à l'urgence de la pandémie on a dans un premier temps négligé cette réalité, les communautés ethnoculturelles sont, elles aussi, concernées par le phénomène d'hésitation face à la vaccination. En effet, les communautés présentes au Québec possèdent une histoire et un vécu qui peuvent influencer leur relation avec le système médical et ainsi, leurs représentations, comportements et attitudes face à la vaccination.

Ce phénomène commence tout juste à être documenté pour ce qui est de la COVID-19. Ce nouvel intérêt est en lien avec :

- la surreprésentation des communautés minoritaires marginalisées dans le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès liés au coronavirus;
- les problèmes potentiels d'accessibilité (économique, géographique, culturelle, etc.) aux vaccins et de méfiance envers les institutions auprès de ces mêmes communautés;
- la médiatisation de réalités de sous-vaccinations auprès de certaines communautés (Afro-Américaine aux États-Unis par exemple) ou de l'identification d'autres communautés à des groupes vulnérables prioritaires pour la vaccination (communautés autochtones au Canada).



COMPRENDRE L'HÉSITATION FACE À LA VACCINATION AU SEIN DES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

demande de prendre en compte les quatre éléments suivants :

1. CLIMAT SOCIAL, POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE DANS LE PAYS D'ORIGINE

Les raisons pour lesquelles les populations minoritaires issues de l'immigration du Québec ont décidé de quitter leur pays d'origine sont multiples. Parfois, elles sont associées à de l'instabilité sociale, politique et économique dans leur pays d'origine (dictature, coup d'État, abus de pouvoir, corruption, etc.). C'est le cas de ceux et celles qui ont un statut de réfugié ou de demandeur d'asile. Ces expériences sont souvent associées à une perte des droits fondamentaux de la personne et à un niveau élevé de méfiance envers l'État et ses institutions.

2. RACISME SYSTÉMIQUE ET EXPÉRIENCE DE DISCRIMINATION AU QUÉBEC

Le racisme et la discrimination demeurent des enjeux quotidiens pour un grand nombre de minorités visibles et pour les communautés autochtones du Québec. Il touche des individus en particulier; il peut être institutionnel. Il peut s'agir d'attitudes empreintes de préjugés et de stéréotypes, souvent inconscients, et de politiques et pratiques généralement adoptées sans tenir compte des caractéristiques des membres des groupes visés. Le racisme systémique demeure une réalité niée ou minimisée par beaucoup de pouvoirs institutionnels et politiques. Il est à la base des différences entre communautés en matière de mortalité et de conséquences de la pandémie (creusement des inégalités socio-économiques, stigmatisation des communautés asiatiques associées au virus). Il peut causer de mauvaises expériences avec le système de santé et ainsi entraîner de la méfiance envers ce système de la part des minorités visibles et linguistiques.



COMPRENDRE L'HÉSITATION FACE À LA VACCINATION AU SEIN DES DIFFÉRENTES COMMUNAUTÉS MINORITAIRES MARGINALISÉES

demande de prendre en compte les quatre éléments suivants :

3. RUMEURS EN LIEN AVEC LA VACCINATION

La circulation d'informations, parfois erronées, parfois incomplètes, joue un rôle important dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19 et de l'hésitation face à la vaccination. Les rumeurs en lien avec la vaccination circulent au sein des communautés via les réseaux sociaux (présents à l'étranger et au Québec), mais aussi dans le cadre de discussions et d'échanges. Ces rumeurs peuvent affecter leurs perceptions envers la vaccination.

4. UNE PLURALITÉ DE RAPPORT À LA MÉDECINE

Le rapport à la médecine et plus largement à la santé varie au sein des différentes communautés et des individus. Cette pluralité des repères fait en sorte que la biomédecine (ou médecine « occidentale », conventionnelle au cœur du système public de santé au Québec et au Canada) peut être perçue comme une option parmi d'autres. Cela ne veut pas dire que l'option biomédicale est écartée ou minimisée. Cela ne veut pas dire non plus que la vaccination n'est pas valorisée ou familière. Reste que celle-ci peut être mise en balance avec d'autres gestes et pratiques préventives quand il s'agit d'agir pour prévenir. Ces gestes et pratiques peuvent à leur tour jouer sur l'acceptation, le délai ou le refus du vaccin.



1

LES COMMUNAUTÉS NOIRES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Les communautés noires¹ forment la minorité visible la plus importante au Québec. Leur présence est liée à la période d'esclavage qui s'étend au Canada britannique jusqu'en 1833 et à plusieurs vagues d'immigration, d'abord d'origine caribéenne (années 1960), puis africaine (années 1970).

Aujourd'hui, elles sont représentées majoritairement par des personnes d'origine :

- haïtienne (143 000 individus);
- congolaise (33 000 individus);
- camerounaise (17 000 individus);
- ivoirienne (8500 individus);
- sénégalaise (8200 individus).

RAPPORT À LA BIOMÉDECINE ET À LA VACCINATION

La biomédecine et la vaccination ont une présence très ancienne en Haïti. Elles sont également considérées comme étant compatibles avec le rôle prédominant de l'Église catholique et de la médecine traditionnelle (guérisseurs, remèdes, etc.). La vaccination y est donc majoritairement acceptée.

De manière générale, en Afrique, la vaccination de routine semble bien acceptée, mais les campagnes de vaccination, souvent forcées, et les scandales vaccinaux laissent de mauvais souvenirs au sein des communautés.

¹ Nous avons choisi d'aborder les communautés noires en référence au mouvement Black Lives Matter et aux dénonciations associées à la discrimination systémique vécue par les personnes noires au Québec et ailleurs.



1

LES COMMUNAUTÉS NOIRES DU QUÉBEC

Les communautés noires du Québec peuvent manifester une résistance et une méfiance envers le gouvernement et ses institutions affiliées.

Cette méfiance se répercute sur les attitudes envers la vaccination. Elle est en lien avec :

- la répétition d'expériences médicales réalisées sans le consentement de la population (ex. scandale de Tuskegee, expérimentations vaccinales en Afrique coloniale, etc.). Ces expériences sont à l'origine d'un trauma collectif;
- la force des réseaux communautaires transcontinentaux (avec les pays d'origine), transnationaux (avec les États-Unis) et virtuels qui contribuent à la diffusion de rumeurs anti-vaccinales (ex. vaccin comme outil de surveillance ou de stérilisation forcée, etc.);
- un vécu de racisme et de discrimination quotidiens, marqué par de profondes inégalités socio-économiques.

LES COMMUNAUTÉS NOIRES ET LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie de la COVID-19 augmente les inégalités vécues par les communautés noires. Ces inégalités sont en lien avec une surexposition au virus de la COVID-19 (ex. nécessité de prendre les transports en commun, impossibilité de faire du télétravail, surreprésentation dans les professionnels de la santé dits « invisibles » et les personnes les plus à risque)

Les communautés noires sont ainsi surreprésentées parmi les cas, les hospitalisations et les décès liés à la COVID-19.

La pandémie contribue également à la stigmatisation des communautés noires. C'est le cas dans des quartiers comme Montréal-Nord, connu à la fois pour ses résidences pour aînés, son taux élevé de pauvreté et sa population importante d'origine haïtienne, qui ont été pointés du doigt comme « quartiers chauds ».



2

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Les peuples autochtones du Québec sont les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

Au Québec, à la suite du recensement de 2016,

- 92 000 personnes déclarent une identité autochtone et une appartenance à l'une des 10 Premières Nations du Québec;
- 14 000 déclarent une identité autochtone et une appartenance à la nation inuite;
- 70 000 personnes déclarent quant à elle une identité métisse.

Environ la moitié de ces personnes habitent en milieu urbain, dont 13 000 à Montréal, soit 0,7% de la population montréalaise.

RAPPORT À LA BIOMÉDECINE ET À LA VACCINATION

Les communautés autochtones du Québec peuvent entretenir un rapport avec le système de santé et de service social basé sur la méfiance. Cette méfiance est en lien avec :

- Des inégalités et des problèmes d'accessibilité aux services :
 - Historiques : le passé colonial (tentatives d'assimilation et d'éradication de la culture autochtone, maltraitances subies) donne lieu à un traumatisme collectif et intergénérationnel.
 - Structurels : notamment une offre de services défaillante, tant dans les communautés et villages autochtones (ex. pas d'accès à l'eau potable), que dans les centres urbains.
- La présence de racisme et de pratiques discriminatoires au sein du système de santé. Les communautés autochtones du Québec sont confrontées :
 - au mépris de leurs besoins et de leurs réalités en matière de rapport à la médecine;
 - à la présence de préjugés et de pratiques discriminatoires (on peut penser ici au décès de Joyce Echaquan);



2

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DU QUÉBEC

- à des barrières culturelles : les communautés autochtones ont un rapport à la santé qui diffère en partie de celui véhiculé par le système de santé québécois actuel. Il vise l'atteinte d'un état d'équilibre et de mieux-être en matière de santé qui (1) est soutenu par la famille et la communauté et (2) relève d'un ensemble de coutumes et de rituels variés (roue de médecine, remèdes, etc.).

Cette réalité renforce les difficultés à créer des liens de confiance entre les personnes autochtones et les soignants et est susceptible de jouer un rôle sur l'hésitation vaccinale.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES ET LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Les communautés autochtones ont été particulièrement affectées par la pandémie de la COVID-19. À l'échelle du Canada, en date du 23 février 2021, le taux de personnes des Premières Nations vivant dans des réserves qui sont atteintes de la COVID-19 est 77 % plus élevé que celui de la population canadienne en général.

À Montréal, les mesures sanitaires ont eu des conséquences disproportionnées sur les communautés autochtones. Elles ont suscité de vives réactions, notamment à la suite du décès de Raphaël 'Napa' André, un Innu décédé dans une toilette chimique à proximité d'un refuge fermé à cause des directives gouvernementales.



3

LES COMMUNAUTÉS EST/ SUD-EST ASIATIQUES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

L'Asie de l'Est et du Sud-Est est caractérisée par son extrême diversité ethnique, linguistique, culturelle, religieuse et socio-économique.

Au Québec et à Montréal, les communautés du sud-est de l'Asie sont statistiquement moins représentées que les communautés est-asiatiques. Les trois principales communautés sont :

- tagalog (des Philippines, 38 000 individus);
- khmère (du Cambodge, 43 000 individus);
- lao (du Laos, 8000 individus).

Les communautés est-asiatiques sont issues d'une région aussi connue sous le nom d'Asie sinisée sur laquelle l'influence de la Chine, culturelle, religieuse et politique a été fondamentale.

Au Québec, les communautés est-asiatiques sont représentées par :

- la Chine (120 000 individus);
- le Vietnam (43 000 individus);
- le Japon et la Corée (9000 et 6000 individus).

RAPPORT À LA BIOMÉDECINE ET À LA VACCINATION

Les communautés est et sud-est asiatiques font généralement preuve d'un très grand respect à l'égard des professionnels de la santé et d'une familiarité ancienne avec la biomédecine et le système de santé biomédical. Ces deux réalités se retrouvent dans le fait qu'il y a une surreprésentation des professionnels de santé du côté de la communauté vietnamienne par rapport à la population majoritaire, par exemple, et une importante communauté infirmière philippine au Québec et au Canada.

Les communautés est et sud-est asiatiques ont non seulement un vécu de longue date avec la vaccination, mais elles ont développé une familiarité avec les épidémies respiratoires (SRAS, grippe aviaire) qui ont contribué à la fois :

- au développement d'une infrastructure de santé publique souvent robuste et réactive dans les pays de la région;



3

LES COMMUNAUTÉS EST/ SUD-EST ASIATIQUES DU QUÉBEC

- à la mise en place de politiques de vaccination très développées et efficaces;
- à une prise de conscience quant à l'importance de certaines mesures de prévention des infections (éducation à la prévention collective, port du masque par exemple).

L'hésitation face à la vaccination demeure tout de même présente et est en croissance en particulier dans les grandes villes chinoises ou indonésiennes. Elle relève, entre autres :

- de récents scandales vaccinaux et d'enjeux de santé publique cachés par les gouvernements;
- du passé colonial de l'Asie du Sud-Est marqué par l'imposition de la vaccination et la présence d'expériences scientifiques et vaccinales (ex. vaccin antivariolique, BCG antituberculeux);
- de la force des liens transcontinentaux (Asie de l'Est et du Sud-Est et Amérique du Nord) entre les communautés qui contribuent à la diffusion de rumeurs anti-vaccinales;
- des inquiétudes en lien avec la vaccination qui circulent au sein de réseaux sociaux denses qui soutiennent ces liens transcontinentaux.

LES COMMUNAUTÉS EST/SUD-EST ASIATIQUES ET LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie a réactivé les préjugés anciens envers « l'Asie » vue comme étant le berceau des maladies infectieuses. La COVID-19 a notamment été appelée un « virus chinois ». Les communautés est/sud-est asiatiques sont en conséquence victimes de nombreux incidents racistes et discriminatoires violents dans le contexte de la pandémie de COVID-19 dont au Canada.

Cette discrimination semble avoir eu un impact dans la propension de ces communautés à aller se faire tester pour la COVID-19 ou encore à consulter en cas de symptômes. Cette situation pourrait jouer sur l'hésitation à aller se faire vacciner dans de grands centres par exemple.



4

LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Les communautés latino-américaines du Québec se sont constituées en plusieurs vagues d'immigration à partir des années 1970. Aujourd'hui, environ 50% des immigrants provenant de ces pays ont un statut de réfugié.

Au Québec, les communautés latino-américaines sont principalement représentées par :

- la Colombie (34 000 individus);
- l'Amérique centrale (36 000 individus);
- le Mexique (27 000 individus);
- le Pérou (20 000 individus).

RAPPORT À LA BIOMÉDECINE ET À LA VACCINATION

De manière générale, les communautés latino-américaines peuvent faire preuve de méfiance à l'égard des gouvernements et du système de santé biomédical de leurs pays d'origine.

Cette méfiance est en lien avec :

- d'importantes inégalités en matière d'accès à la santé de même que des problèmes d'exclusion et de discrimination dans leur pays d'origine;
- des expériences secrètes réalisées par le gouvernement américain sans le consentement de la population (ex. injection de maladie sexuellement transmissible au Guatemala durant les années 1940);
- la présence de rumeurs alimentées par les réseaux sociaux et l'Église catholique qui est très influente en Amérique latine (ex. opposition des remèdes divins aux vaccins jugés inutiles).

Par conséquent, bien que la région soit ciblée depuis longtemps par des campagnes de vaccination, la couverture vaccinale y est variable et l'hésitation vaccinale présente.



4

LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES DU QUÉBEC

LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES ET LES EFFETS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Les pays d'Amérique Latine ont été durement touchés par la pandémie, particulièrement le Mexique et le Brésil, déjà victimes de profondes inégalités et des faiblesses du système de santé en place. Pourtant, le populisme et la religion nourrissent un déni officiel de la gravité de la situation.

Au Canada, de nombreux membres des communautés latino-américaines ont connu une perte d'emploi ou une réduction des heures de travail. On note également plus de difficultés à faire face aux engagements financiers de base pendant la pandémie. En août 2020, le taux de sans-emploi était bien plus élevé pour plusieurs groupes de minorités visibles par rapport au taux national, dont font partie les communautés latino-américaines. Cela est dû en partie à la surreprésentation de cette population dans les secteurs durement touchés. De plus, le taux de mortalité a été plus élevé dans les quartiers à forte diversité raciale du Québec, dont les communautés latino-américaines font partie.



5

LES COMMUNAUTÉS AFRIQUE DU NORD/ MOYEN-ORIENT

Section à venir.

La version finale sera disponible sur notre site web

(<https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/#covivre-tab-3>).



5

LES COMMUNAUTÉS AFRIQUE DU NORD/ MOYEN-ORIENT

Section à venir.

La version finale sera disponible sur notre site web

(<https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/#covivre-tab-3>).



COMMENT SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION CONCERNANT LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19?

Prendre des décisions est un défi important et quotidien. La prise de décision demande de considérer les bénéfices et les risques ou inconvénients associés à toute décision. En ce sens, l'hésitation vaccinale est un processus décisionnel sain et légitime. L'intervention doit respecter l'agentivité du sujet ou du groupe hésitant et accompagner, par des informations et un soutien émotionnel, la prise de décision face au vaccin.

RECONNAITRE LES RELATIONS DE POUVOIR ET LA LÉGITIMITÉ DE LA MÉFIANCE

Pour soutenir la prise de décision concernant la vaccination, il est important de construire une alliance avec la personne hésitante basée sur le respect, le dialogue, l'empathie et l'inclusion.

Cela consiste à réfléchir aux conditions de la rencontre pour identifier celles qui permettent à la personne ou au groupe rencontré :

- de se sentir la/le bienvenue;
- de ne pas avoir peur de faire l'objet de discrimination.

Il s'agit de s'assurer du fait que la personne se sente en sécurité de parler de ces questions.



PISTES POUR CONSTRUIRE UNE ALLIANCE BASÉE SUR LE RESPECT ET L'INCLUSION

Apprendre à se connaître soi-même en tant qu'être culturel - avec ses angles morts.

- Qu'est-ce que je représente individuellement et collectivement?
- Comment est-ce que je me définis personnellement et par rapport aux autres?
- Comment ma communication non verbale peut-elle contribuer ou nuire à l'établissement d'un espace de sécurité?

Tolérer l'incertitude

- On ne peut pas tout toujours tout savoir!
- Adopter une posture d'apprentissage continu
- Adopter une position d'humilité et de réflexivité par rapport à notre connaissance des expériences et des difficultés de la personne rencontrée

Reconnaître les relations de pouvoir

- Être attentif à la réalité expérientielle des membres des groupes minoritaires
- Reconnaître la discrimination systémique

Reconnaître la légitimité de la méfiance

- « Je comprends que ce soit difficile de me parler »

RECONNAÎTRE LE RÔLE DES FAITS ET DES ÉMOTIONS

La communication de faits scientifiques est l'un des principaux outils utilisés par les fournisseurs de vaccins, des professionnels de la santé et des gouvernements pour prévenir les maladies et inciter la population à se faire vacciner. Ce mode de communication peut être problématique, car :

- Les faits peuvent jouer des tours.

Certains faits sont faux ou représentent de trop grandes généralisations. De plus, le fait de fournir des preuves sur l'efficacité des vaccins aux personnes hésitantes ne limite pas les fausses croyances et les craintes liées à la vaccination. De plus, le surplus d'information peut en lui-même générer des hésitations.

- Les émotions détrônent les faits.

La prise de décision relève davantage des émotions suscitées par le recours aux vaccins telles que la peur



du virus et de ses effets secondaires, les conflits au travail ou au sein de la famille ou encore la colère contre les gouvernements et les industries pharmaceutiques.

Les faits scientifiques peuvent toutefois être nos alliés lorsqu'ils sont utilisés dans le cadre d'une intervention personnalisée. Ce type d'intervention, inspiré de l'entretien motivationnel, consiste à :

- établir un lien de confiance avec les personnes manifestant des hésitations concernant la vaccination;
- respecter leurs croyances vis-à-vis des vaccins et de la vaccination;
- cibler leurs préoccupations.

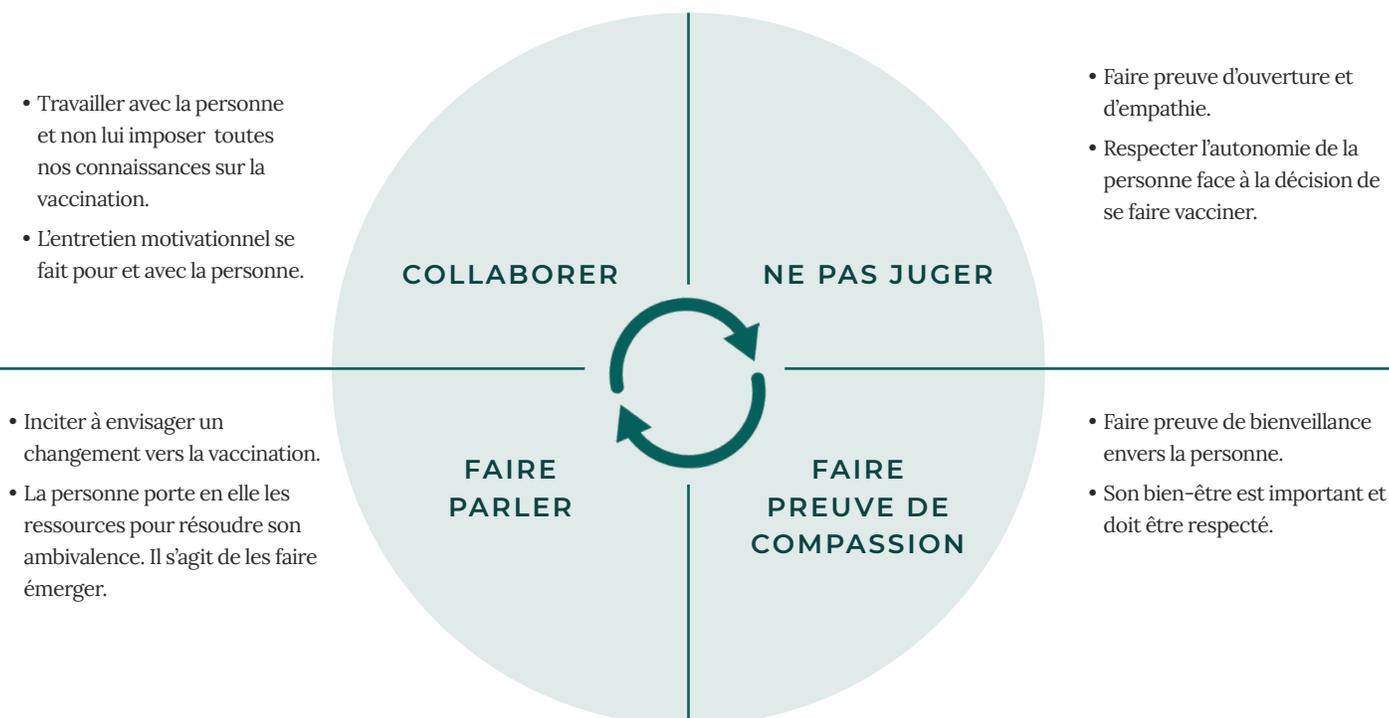
UTILISER LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est un style de communication basé sur un climat d'empathie et de collaboration afin de guider l'individu vers un changement de comportement. Ce type d'entretien permet de renforcer la motivation de la personne à résoudre son ambivalence.

Avec cette méthode de communication, l'intervenant ne joue pas le rôle d'expert. Il collabore avec l'individu pour établir un partenariat et une relation de confiance.

L'approche de l'entretien motivationnel a été utilisée dans le domaine de la promotion vaccinale et a démontré son efficacité à augmenter l'intention de vaccination des individus et ultimement les couvertures vaccinales.

LES 4 COMPOSANTES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL



LES 4 PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

1. **Éviter le réflexe correcteur** : le réflexe correcteur (dire au client comment agir, argumenter, culpabiliser, vouloir convaincre à tout prix) mène à la résistance de la personne et ne permet pas d'avoir un dialogue ouvert sur la vaccination.
2. **Écouter avec empathie** : effort conscient et actif pour comprendre le point de vue interne de l'autre.
3. **Explorer les ambivalences et les motivations de la personne** : comprendre quelles sont les informations importantes à transmettre à la personne pour la faire cheminer vers la vaccination.
4. **Encourager** : renforcer l'autonomie de la personne.

LES OUTILS DE L'EM

SAVOIR-FAIRE	DÉFINITION	EXEMPLES
QUESTIONS OUVERTES	Poser des questions ouvertes qui mènent la personne à développer sa réponse . Éviter les questions fermées qui se répondent par oui ou non.	<ul style="list-style-type: none"> - Que pensez-vous de la vaccination? - Pourquoi pensez-vous que c'est important?
REFLETS/ RÉSUMÉS	Reformuler et synthétiser ce que la personne vient de dire ou ce que la personne veut dire.	<ul style="list-style-type: none"> - Vous êtes inquiète de la sécurité des vaccins COVID-19 puisqu'ils ont été développés rapidement, et en même temps vous êtes en faveur des vaccins en général. - Vous avez besoin d'être rassurée sur la sécurité des vaccins.
VALORISATIONS	Remarques ayant pour but d'encourager la personne et de reconnaître ses capacités ainsi que de souligner ses forces.	<ul style="list-style-type: none"> - La santé et la sécurité de vos proches sont importantes pour vous. - Merci de prendre le temps de discuter de la vaccination. - Vous avez déjà beaucoup de connaissances sur le sujet.
DEMANDER PARTAGER DEMANDER	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demander ce que la personne connaît. 2. Demander la permission de fournir de l'information. 3. Partager l'information dont la personne a besoin. 4. Demander ce que la personne pense de cette information. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que connaissez-vous sur le fonctionnement des vaccins COVID-19? 2. Me permettez-vous de compléter vos informations? 3. Les vaccins servent à... 4. Que pensez-vous de cette information ?



LES PREMIÈRES QUESTIONS À POSER APRÈS AVOIR INITIÉ LE DIALOGUE

- Que pensez-vous de la vaccination contre la COVID-19?
- Quelle est votre position par rapport à la vaccination contre la COVID-19?
- Qu'est-ce qui vous motiverait à recevoir le vaccin contre la COVID-19?
- Qu'est-ce que vous connaissez sur les vaccins contre la COVID-19?
- Quelles sont vos questions ou préoccupations par rapport aux vaccins contre la COVID-19?

Ces premières questions permettent d'engager la relation avec la personne hésitante et d'établir un climat d'ouverture et de confiance. Elles permettent également de bien cibler sa ou ses préoccupations.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL SUR LE TERRAIN

Les exemples ci-dessous présentent une comparaison entre l'approche traditionnelle qui consiste à convaincre la population de se faire vacciner et l'approche de l'entretien motivationnel qui mise sur la motivation de la personne pour transmettre de l'information sur la vaccination contre la COVID-19.



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE : CONVAINCRE

Intervenant : Il est important que vous vous fassiez vacciner contre la COVID-19. Sinon, vous vous mettez en danger et mettez les autres en danger. **[Attitude de confrontation, mettant le client sur la défensive]** Savez-vous qu'il existe encore de nombreux cas de COVID-19 et que la maladie peut être très dangereuse? Même si elle ne vous tue pas ou ne vous envoie pas à l'hôpital, vous pouvez vous retrouver avec des problèmes de santé à long terme si vous l'attrapez. **[Communication à sens unique, sans demander l'avis du client]**

Client : Je ne vois pas l'urgence de me faire vacciner. Et les effets inconnus de ce nouveau vaccin pourraient être pires que ceux de la COVID-19! J'ai entendu dire que certaines personnes ne savaient même pas qu'elles avaient eu la COVID-19 ou que c'était comme une grippe. On a du mal à croire que le vaccin est sûr alors qu'il a été développé aussi rapidement! Des personnes de mon village disent que cela peut causer la mort dans certains cas.

Intervenant : Les études n'ont démontré aucun effet indésirable significatif. Le vaccin est sans danger, je vous l'assure. **[Ne fournis pas d'explication sur les raisons pour lesquelles il est convaincu de l'innocuité du vaccin]** Vous devriez vous méfier des informations que vous trouvez sur Internet et de ce que disent les gens de votre village. **[Ne s'adresse pas avec respect aux inquiétudes : pourquoi les gens du village pensent-ils cela? Quelles ont été leurs expériences?]**

Client : J'ai entendu autre chose, et pas seulement sur Internet. J'ai beaucoup lu et la vaccination n'est

pas obligatoire, je peux faire ce que je veux.

Intervenant : Oui, vous avez raison, ce n'est pas obligatoire, mais vous vous mettez en danger et mettez les autres en danger. **[Culpabilisation]** Les risques de la COVID-19 sont beaucoup plus élevés que ceux du vaccin. Si je prends le temps de vous parler, c'est parce que c'est très important.

Client : Mais que se passera-t-il si j'ai une réaction indésirable? Je préfère compter sur mon propre système immunitaire, de façon naturelle, si je le peux, plutôt que de me faire injecter des substances chimiques inconnues. Je m'inquiète des risques de ce nouveau vaccin que nous ne comprenons pas parfaitement et vous ne semblez pas vous préoccuper des conséquences possibles pour ma santé. J'ai peur pour ma famille et les miens, on nous a si souvent trompés!

Intervenant : Bien sûr que si, je m'y intéresse! Et je m'inquiète du fait que vous pourriez attraper la COVID-19 alors que ce vaccin pourrait l'empêcher. **[Ne tient pas compte des préoccupations du client concernant les substances chimiques utilisées dans les vaccins et d'autres risques, nie la méfiance exprimée]**

Client : Je pense que nous ne nous comprenons pas. Reparlons-en une autre fois.

Synthèse : *l'intervenant a adopté un rôle d'expert et a utilisé une approche prescriptive basée sur l'argumentation et le réflexe correcteur. Il y a aussi négation de l'absence de sécurité culturelle. Ce type d'intervention a entraîné une résistance.*

CE QU'IL FAUT FAIRE : MOTIVER

Intervenante : Selon vous, quels pourraient être les avantages et les inconvénients du vaccin contre la COVID-19? **[Question ouverte]**

Cliente : Eh bien, je sais que c'est pour nous protéger contre le virus et nous aider à reprendre une vie normale. Mon père a été vacciné, mais je crains que tout cela ait été trop rapide et l'on n'est pas certain que ce soit sans danger, des personnes que ma famille connaît au pays disent que c'est très dangereux. Pour les autres vaccins, je n'ai pas les mêmes doutes parce qu'ils ont été plus testés et qu'on a plus de recul, mais celui-ci me rend nerveuse.

Intervenante : Comme vous l'avez dit, c'est pour nous protéger contre le virus et pour nous aider à reprendre une vie normale. Si je vous ai bien comprise, les autres vaccins vous semblent sûrs, mais vous êtes un peu hésitante sur celui-ci car il est nouveau et a été développé rapidement. Vous pourriez aussi me parler des préoccupations qui viennent des autres personnes de votre famille, parfois c'est difficile de faire confiance quand on a eu de mauvaises expériences. **[Reflets, prise en compte des préoccupations]**

Cliente : Oui, je sais que c'est bien de se protéger contre la COVID-19 et je veux vivre à nouveau normalement, mais je suis partagée. Vous savez, j'ai lu beaucoup d'articles et de commentaires en ligne. Beaucoup de gens s'inquiètent du lancement précipité du vaccin, mais nous n'en connaissons pas les effets à long terme et ne savons pas s'il est vraiment sans danger, c'est ce que les gens de ma famille pensent au pays, que nous sommes des cobayes.

Intervenante : Vous pensez donc qu'il est important de vous protéger lorsque les vaccins sont sûrs, mais vous vous inquiétez de ce que vous avez lu et entendu sur les effets possibles inconnus de celui contre la COVID-19. Je comprends aussi que votre famille et vous avez pu vivre des situations difficiles où vous

ne vous sentiez pas bien protégé par les institutions.

[Résumé de la position de la cliente et reconnaissance du manque de sécurité culturelle] J'entends que vous avez fait beaucoup de recherches et que vous avez réfléchi au sujet avec votre famille. **[Valorisation]** J'ai ici une fiche d'information sur les études relatives à l'innocuité du vaccin. Est-ce qu'on peut y jeter un coup d'œil ensemble? **[Demander la permission]**

Cliente : Bien sûr! Je veux savoir exactement ce que je risque et pouvoir en parler avec ma famille.

Intervenante : Parfait! Dans un seul essai clinique, plus de 40 000 personnes ont reçu ce vaccin dans les conditions d'une évaluation, c'est-à-dire avec une surveillance et un suivi très strict sur plusieurs mois. Bien que de nombreuses personnes aient signalé des réactions légères comme des douleurs au site d'injection, de la fatigue et des maux de tête, seules quatre personnes ont eu des effets secondaires plus graves. Vous pourriez avoir mal au bras et ne pas vous sentir bien pendant une journée **[reconnaitre les effets secondaires, mais souligner leur caractère bénin]**, mais vous serez également protégée contre la COVID-19, ce qui signifie que vous serez plus sereine pour assister à l'événement familial dont vous m'avez parlé. **[Partager]** Qu'en pensez-vous? **[Demander l'avis]**

Cliente : Eh bien, c'était utile d'en savoir plus sur les contrôles de sécurité. Je vous remercie d'avoir pris le temps d'écouter mes préoccupations. Je pense que c'est un peu plus clair maintenant.

Synthèse : *l'approche de l'entretien motivationnel a permis à la cliente d'exprimer ses préoccupations et son ambivalence, sans jugement, et de reconnaître l'absence de sécurité culturelle. L'utilisation de la méthode « demander-partager-demander » a permis à l'intervenante de donner des informations sollicitées qui pouvaient être acceptées par la cliente.*

UN GUIDE EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Comme nous l'avons mentionné d'emblée, ce guide est un premier pas pour mieux comprendre la complexité des réalités historiques et sociales qui influencent l'hésitation vaccinale dans la grande région montréalaise.

Il a été réalisé par l'équipe CoVivre, dans un contexte d'urgence, en fonction des connaissances disponibles (peu nombreuses), pour répondre aux besoins des intervenants. Il n'est pas exhaustif et demande à être complété et bonifié avec le temps.

Il est le fruit d'une collaboration avec plusieurs experts sur les questions d'hésitation face à la vaccination. Ceci étant dit, nous n'avons pas forcément eu le temps, ni l'opportunité d'échanger avec certains interlocuteurs clé et de nous assurer d'une véritable multiplicité des voix, dont celles issues des communautés concernées elles-mêmes ou des intervenants.

Dans ce cadre, nous vous invitons à penser avec nous, critiquer les propos tenus ou encore émettre des suggestions sur le document afin de l'enrichir et de favoriser une réflexion partagée sur les enjeux d'inégalités socio-économiques et d'inégalités de santé causées par la pandémie. Ils nous permettront de mieux intégrer les éléments utiles à l'intervention et d'ajouter les nuances nécessaires dans un champ où les risques de simplification et de stéréotypes sont toujours présents. Nous aimerions aussi beaucoup recueillir vos expériences au sujet de sa mise en pratique : il se veut un outil collectif. Tous les commentaires, suggestions et critiques sont les bienvenus.

Pour communiquer avec l'équipe CoVivre : cindy.ngov.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca



RÉFÉRENCES

COMPRENDRE L'HÉSITATION VACCINALE

- de Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *The Lancet*, 396(10255), 898-908.
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Guay, M., Halperin, S., Wilson, K., Graham, J., Witteman, H. O., MacDonald, S., Fisher, W., Monnais, L., Tran, D., Gagneur, A., Guichon, J., Saini, V., Heffernan, J. M., Meyer, S., Driedger, S. M., ... MacDougall, H. (2016). Understanding Vaccine Hesitancy in Canada: Results of a Consultation Study by the Canadian Immunization Research Network. *PLOS ONE*, 11(6), e0156118.
- Macdonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.
- Monnais, L. (2019). *Vaccinations : Le mythe du refus*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Khan, M. S., Ali, S. A. M., Adelaine, A., et Karan, A. (2021). Rethinking vaccine hesitancy among minority groups. *The Lancet*. DOI: <https://doi.org/10.1016/>
- Kowal, S. (2014). *Risk Communication and Vaccination Decision-Making by Recent Immigrant Mothers*, Master Thesis of sciences in Global Health, University of Alberta.
- Smith, R., Cubbon, S. & Wardle, C. (2020). Under the surface: Covid-19 vaccine narratives, misinformation & data deficits on social media. First Draft. <https://firstdraftnews.org/long-form-article/under-the-surface-covid-19-vaccine-narratives-misinformation-and-data-deficits-on-social-media/>
- Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C., & Wilson, K. (2018). Barriers to immunization among newcomers: a systematic review. *Vaccine*, 36(8), 1055-1062.

COMMUNAUTÉS NOIRES

- Bajaj, S. S., & Stanford, F. C. (2021). Beyond Tuskegee—Vaccine Distrust and Everyday Racism. *New England Journal of Medicine*, e11.
- Bernard, L. (2004). Discrimination systémique des jeunes Haïtiens au sein du système québécois de protection de la jeunesse. Communication présentée au 4e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal.
- Brodwin, P. (1996). *Medicine and morality in Haiti: The contest for healing power* (Vol. 3). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cole, C. (2016). Crisis of Distrust: Deconstructing Resistance to Global Vaccination Campaigns in India, Cameroon and Nigeria. *Volume XII Issue II Summer 2016*, 48, 48.

- Coreil, J., Augustin, A., Holt, E., & Halsey, N. A. (1989). Use of ethnographic research for instrument development in a case-control study of immunization use in Haiti. *International Journal of Epidemiology*, 18(Supplement_2), S33-S37.
- Feldman-Savelsberg, P., Ndonko, F. T., & Schmidt-Ehry, B. (2000). Sterilizing vaccines or the politics of the womb: retrospective study of a rumor in Cameroon. *Medical anthropology quarterly*, 14(2), 159-179.
- Ferdinand, K. C., Nedunchezian, S., & Reddy, T. K. (2020). The COVID-19 and Influenza “Twindemic”: barriers to Influenza vaccination and potential acceptance of SARS-CoV2 vaccination in African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 112(6), 681-687.
- Gay-Padoan, L. (2020). Coronavirus et “tests de vaccins en Afrique” : polémique après une séquence à la TV française. <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-et-tests-de-vaccins-en-afrique-polemique-apres-une-sequence-la-tv-francaise>.
- Gichane, M. W., Calo, W. A., McCarthy, S. H., Walmer, K. A., Boggan, J. C., & Brewer, N. T. (2017). Human papillomavirus awareness in Haiti: Preparing for a national HPV vaccination program. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(1), 96-101.
- Joseph, N. P., Clark, J. A., Bauchner, H., Walsh, J. P., Mercilus, G., Figaro, J., ... & Perkins, R. B. (2012). Knowledge, attitudes, and beliefs regarding HPV vaccination: ethnic and cultural differences between African-American and Haitian immigrant women. *Women’s Health Issues*, 22(6), e571-e579.
- Joseph, N. P., Clark, J. A., Mercilus, G., Wilbur, M., Figaro, J., & Perkins, R. (2014). Racial and ethnic differences in HPV knowledge, attitudes, and vaccination rates among low-income African-American, Haitian, Latina, and Caucasian young adult women. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 27(2), 83-92.
- Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l’Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris : La Découverte.
- Lowes, S., & Montero, E. (2021). The legacy of colonial medicine in central africa. *American Economic Review*, 111(4), 1284-1314.
- Nerestant, A. (2021). Montréal-Nord still reeling from COVID-19 and community groups say residents feel abandoned. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-nord-covid-19-1.5891575>
- Potvin, M. (2004). *Racisme et discrimination au Québec: réflexion critique et prospective sur la recherche*, dans, Renaud, J., Germain, A., et Leloup, X. (dirs.). *Racisme et discrimination: permanence et résurgence d’un phénomène inavouable*. Québec: Presses de l’Université Laval, 172-196.
- Potvin, M. (2007) Blackness, haïtianité et québécoisité : modalités de participation et d’appartenance chez la deuxième génération d’origine haïtienne au Québec. Dans Potvin, M., Ei, P. et Venel, N., (dirs). *La deuxième génération issue de l’immigration : une comparaison France-Québec*. Montréal : Athéna, 137-170.
- Quinn, S. C., Jamison, A., Freimuth, V. S., An, J., Hancock, G. R., & Musa, D. (2017). Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: Results of a national survey of White and African American adults. *Vaccine*, 35(8), 1167-1174.

- Rainey, J. J., Lacapère, F., Danovaro-Holliday, M. C., Mung, K., Magloire, R., Kananda, G., ... & Luman, E. T. (2012). Vaccination coverage in Haiti: results from the 2009 national survey. *Vaccine*, 30(9), 1746-1751.
- Ramraj, C., Shahidi, F. V., Darity Jr, W., Kawachi, I., Zuberi, D., & Siddiqi, A. (2016). Equally inequitable? A cross-national comparative study of racial health inequalities in the United States and Canada. *Social Science & Medicine*, 161, 19-26.
- Story, C. R. (2018). Commentary: Sources of medical (mis) trust: How can we improve flu vaccine rates among African Americans?. *American Journal of Health Studies*, 33(4).
- Subedi, R., Greenberg, L., & Turcotte, M. (2020). Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada. *Statistiques Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00079-fra.htm>
- Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). Black-white health inequalities in Canada. *Journal of immigrant and minority health*, 18(1), 51-57.
- Wysong, C. S., Uthman, O. A., Ndumbe, P. M., & Hussey, G. D. (2012). Individual and contextual factors associated with low childhood immunisation coverage in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. *PloS one*, 7(5), e37905.
- Yahya, M. (2007). Polio vaccines “no thank you!” barriers to polio eradication in Northern Nigeria. *African Affairs*, 106(423), 185-204.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural psychiatry*, 51(3).
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2019). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. <https://www.ccnsc.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics (2019). Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Denny, E. (2020). The Fatality of Bias. The Legacy of Colonialism on Indigenous Women and the Canadian Healthcare System *Global Policy Review*.
- Gacon, A. (2019). Le casse-tête des Inuit de Montréal pour se faire soigner dans leur langue. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1331710/inuit-difficultes-inuktitut-traduction-interprete-services-sante-hopital-chum>
- Gouvernement du Canada (2021a). Cas confirmés de COVID-19. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1598625105013/1598625167707>



- Gouvernement du Canada (2021b). Les peuples autochtones et les vaccins contre la COVID-19. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1606941379837/1606941507767>
- Gouvernement du Québec (2020). La santé des populations autochtones à Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/2020_Portrait-Populations-Autochtones.pdf
- Lasalle, G. (2020). Racisme systémique envers les Autochtones dans le système de santé de la C.-B.. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1753406/cb-autochtones-racisme-sante-hopitaux-joyce-echaquan>
- Mosby, I., Swidrovich, J. (2021). Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ*. 193(11), 381-383.
- Oosterveer, T.M., & Young, T.K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74, 29576.
- Sioui, M. & Boutros, M. (2021). Québec n'entend pas adopter le principe de Joyce. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/595429/politique-quebecoise-quebec-n-entend-pas-adopter-le-principe-de-joyce>
- Women's College Hospital (2020). Indigenous Wellbeing in the Times of COVID-19: Four Directions Virtual Support Hub. <https://www.womenscollegehospital.ca/research,-education-and-innovation/indigenous-wellbeing-in-the-times-of-covid-19>

COMMUNAUTÉS EST/SUD-EST ASIATIQUE

- Blanc, M. È., & Monnais, L. (2007). Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal. *Revue européenne des migrations internationales*, 23(3), 151-176.
- Chang, K., & Lee, S. Y. (2019). Why do some Korean parents hesitate to vaccinate their children?. *Epidemiology and health*, 41.
- Hu, D., Martin, C., Dredze, M., & Broniatowski, D. A. (2020). Chinese social media suggest decreased vaccine acceptance in China: An observational study on Weibo following the 2018 Changchun Changsheng vaccine incident. *Vaccine*, 38(13), 2764-2770.
- Lin, Y., Hu, Z., Zhao, Q., Alias, H., Danaee, M., & Wong, L. P. (2020). Understanding COVID-19 vaccine demand and hesitancy: A nationwide online survey in China. *PLoS neglected tropical diseases*, 14(12), e0008961.
- Migriño Jr, J., Gayados, B., Birol, K. R. J., De Jesus, L., Lopez, C. W., Mercado, W. C., ... & Tulagan, G. (2020). Factors affecting vaccine hesitancy among families with children 2 years old and younger in two urban communities in Manila, Philippines. *Western Pacific Surveillance and Response Journal: WPSAR*, 11(2), 20.

- Pâquet, M. (2020). Le cas des Chinois. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/le-devoir-de-philo-histoire/578144/le-cas-des-chinois>
- Salguero, P. (2020). How do Buddhists handle Coronavirus? The answer is not just meditation,” The Conversation, 11 mai. <https://theconversation.com/how-do-buddhists-handle-coronavirus-the-answer-is-not-just-meditation-137966>
- Wong, L.P., Wong, P.F. & S. AbuBakar (2020), “Vaccine hesitancy and the resurgence of vaccine preventable diseases: the way forward for Malaysia, a Southeast Asian country,” *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16 (7): 1511-20.
- Xeuatvongsa, A., Hachiya, M., Miyano, S., Mizoue, T., & Kitamura, T. (2017). Determination of factors affecting the vaccination status of children aged 12–35 months in Lao People’s Democratic Republic. *Heliyon*, 3(3), e00265.
- Yufika, A., Wagner, A. L., Nawawi, Y., Wahyuniati, N., Anwar, S., Yusri, F., ... & Harapan, H. (2020). Parents’ hesitancy towards vaccination in Indonesia: a cross-sectional study in Indonesia. *Vaccine*, 38(11), 2592-2599.

COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES

- Clouser, R. (2018) Reality and rumour: the grey areas of international development in Guatemala, *Third World Quarterly*, 39:4, 769-785.
- Comision presidencial para el esclarecimiento de los experimentos practicados con humanos en guatemala. (2011). Consentir el Daño : Experimentos Médicos de Estados Unidos en Guatemala, 1946-1948, Guatemala. <https://redlatinoamericanadesitiosdememoria.files.wordpress.com/2015/10/informe-vicepresidencia-consentir-el-dac3b1o.pdf>
- COVID Collaborative (2020). Coronavirus Vaccine Hesitancy in Black and Latinx Communities. <https://www.covidcollaborative.us/content/vaccine-treatments/coronavirus-vaccine-hesitancy-in-black-and-latinx-communities>
- de León-Martínez, L. D., Palacios-Ramírez, A., Rodríguez-Aguilar, M., & Flores-Ramírez, R. (2020). Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Science of The Total Environment*, 733, 139357.
- Gouvernement du Québec (2016). Portrait statistique des groupes ethnoculturels, recensement de 2016, <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno/recensement-2016.html>
- Guidry, J. P., Laestadius, L. I., Vraga, E. K., Miller, C. A., Perrin, P. B., Burton, C. W., ... & Carlyle, K. E. (2021). Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. *American journal of infection control*, 49(2), 137-142.



- Guzman-Holst, A., DeAntonio, R., Prado-Cohrs, D., & Juliao, P. (2020). Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*, 38(3), 470-481.
- McSweeney, K., & Pearson, Z. (2013). Vaccines, fertility, and power: The political ecology of indigenous health and well-being in lowland Latin America. In B. King and K. A. Crews, (eds) *Ecologies and Politics of Health*, 139-158.
- Reverby, S. M. (2016). Restorative justice and restorative history for the sexually transmitted disease inoculation experiments in Guatemala. *American journal of public health*, 106(7), 1163.
- Téllez Pedroza, M. (2018) The controversy over the use of HPV vaccine in Columbia, centered on the “adverse vaccine reactions/mass hysteria” event in El Carmen de Bolívar, 2014. Thèse de doctorat en sciences sociales, Universidad Nacional de Colombia, 2018.
- Velandia-González, M., Trumbo, S. P., Pedreira, M. C., Bravo-Alcántara, P., & Danovaro-Holliday, M. C. (2014). Understanding the main barriers to immunization in Colombia to better tailor communication strategies. *BMC public health*, 14(1), 1-14.

SOUTENIR LA PRISE DE DÉCISION

- Dubé, E., Gagnon, D., et Vivion, M. (2020). Public Health Network: Optimizing communication material to address vaccine hesitancy. *Canada Communicable Disease Report*, 46(2-3), 48.
- Gagneur, A. (2020). Motivational interviewing: A powerful tool to address vaccine hesitancy. *Canada Communicable Disease Report*. 46(4):93-97.
- Johnson-Lafleur, J. (2021). Multiple Ways of Looking: Learning from The Experience of Montréal's Transcultural Seminars to Foster Cultural Safety in Youth Mental Health Services. Thèse de doctorat non publiée. McGill University.
- Rousseau, C., Santavicca, T., Ngov, C., Mashouf, A., Cohen-Fournier, S., Schinazi, J. (2020). Établir un dialogue avec les communautés : Guide de médiation culturelle en santé publique. Article en préparation.

