UNE PUBLICATION DE L'ASSOCIATION D'ÉTUDES CANADIENNES

DIVERSITÉ CANADIENNE

Surmonter les défis de la communication : les leçons à retenir de l'infodémie

VOLUME 19 | NO. 1 | 2023

Financial contribution from
Avec le financement de

Public Health Agency of Canada
Agence de la santé publique du Canada

3 Introduction
Lisa Jane de Gara

5 L'information à l'heure de la COVID-19
Joanna Anneke Rummens et Asher Alkoby

8 Les théories du complot sur la COVID-19—Un défi pour la diversité et la démocratie
Dre Carmen Celestini

13 Peut-on persuader les non-vaccinés ? Pourquoi certains Canadiens sont-ils particulièrement réceptifs à la désinformation sur les vaccins ?
Jack Jedwab

20 *Know it or Not* : Examen des interventions gamifiées dans le cadre d'une campagne de sensibilisation de santé publique dans des conditions réelles, et co-création d'outils personnalisés pour les communautés méritant l'équité
Shaista Asmi, Greg Trevors, Effie Argyropoulos et Isabeau Morin

25 Enseignements à retenir sur les projets du Fonds de Partenariat d'Immunisation (FPI) : Contrecarrer la mésinformation et la désinformation (MIDI) au niveau des communautés
Megan Annable, Sarah Bonnell, Kelly Ge et Varsha Palad

30 La définition d'un mythe—Les personnes noires et la COVID-19
Lydia-Joi Marshall

33 Ça vaut le coup d'essayer : Combattre la désinformation sur les vaccins dans les communautés marginalisées d'Edmonton
Lisa Jane de Gara

37 Adhésion et hésitation à l'égard du vaccin de rappel au Canada : de février à octobre 2022
Paul Holley et Ravindra Shrestha

DIVERSITÉ CANADIENNE EST PUBLIÉ PAR

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION D'ÉTUDES CANADIENNES (ÉLU LE 23 NOVEMBRE 2019)

DRE JULIE PERRONE
Présidente du Conseil d'administration, Directrice, Communications et Marketing, Finance Montréal, Montréal, Québec

CELINE COOPER
Rédactrice, *L'Encyclopédie canadienne*, Professeure, Université Concordia, Montréal, Québec

HUBERT LUSSIER
Ancien sous-ministre adjoint, Patrimoine Canadien, Ottawa, Ontario

JANE BADETS
Ancienne statisticienne en chef adjointe, Statistique Canada, Ottawa, Ontario

GISÈLE YASMEEN
Directrice générale, Réseau pour une alimentation durable, Montréal, Québec

PROFESSEUR HOWARD RAMOS
Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse

L'HONORABLE MARLENE JENNINGS
C.P., LLb., Avocate, Montréal, Québec

MADELINE ZINIAK
Consultante, Présidente, Canadian Ethnic Media Association, Toronto, Ontario

PROFESSEUR CHEDLY BELKHODJA
Université Concordia, Montréal, Québec

JEAN TEILLET
Associé, Pape Salter Teillet LLP, Vancouver, Colombie-Britannique

PROFESSEURE JOANNA ANNEKE RUMMENS
Université Ryerson, Toronto, Ontario

CANADIAN DIVERSITÉ CANADIENNE

EDITEUR
Jack Jedwab

RÉDACTRICE EN CHEF
Lisa Abramowicz

TRADUCTION
Abdelkrim Seradouni
Louise Sultan

DESIGN ET MISE EN PAGE
CAMILAHGO. studio créatif

Diversité canadienne est une publication trimestrielle de l'Association d'études canadiennes (AEC). Les collaborateurs et collaboratrices de *Diversité canadienne* sont entièrement responsables des idées et opinions exprimées dans leurs articles. L'Association d'études canadiennes est un organisme pancanadien à but non lucratif dont l'objet est de promouvoir l'enseignement, la recherche et les publications sur le Canada. L'AEC est une société savante et membre de la Fédération canadienne des sciences humaines et sociales.

COURRIER

Des commentaires sur ce numéro ?
Écrivez-nous à *Diversité canadienne* :

Diversité canadienne / AEC
850-1980, rue Sherbrooke Ouest
Montréal, Québec H3H 1E8

Ou par courriel à <miriam.taylor@acs-aec.ca>

INTRODUCTION

Par **Lisa Jane de Gara**

Le 1er janvier 1970, le Temps Universel Coordonné (TUC) a été lancé—il constitue la clé de voûte de nos communications numériques et est considéré par beaucoup comme la genèse de l'ère de l'information. Au cours des cinquante dernières années, notre dépendance à l'égard des réseaux et des moyens de communication numériques n'a fait qu'augmenter, en passant de la curiosité scientifique à l'extravagance, et de l'inévitable à l'indispensable. Au cours de la dernière décennie, on pourrait dire que l'ère de l'information s'est transformée en une ère de la désinformation.

La désinformation électorale et politique a été endémique dans les espaces en ligne depuis au moins plusieurs années, mais la pandémie de la COVID-19 a été un moment générationnel important en matière de désinformation. La combinaison de la peur, la rupture des interactions sociales, l'isolement et du tumulte politique a accéléré et ancré la désinformation de la COVID-19 dans le discours public.

La pandémie de la COVID-19 a été reconnue en tant « qu'infodémie ». Si les vaccins ont efficacement immunisé une grande partie du monde contre le SRAS-CoV-2, la désinformation virale reste une cible plus redoutable et changeante. Pour beaucoup, la pandémie a été l'occasion de rigidifier les croyances, de renforcer les préjugés et de diffuser leur message à un public plus large. Dans cette optique, vacciner un public affligé par la désinformation représente un défi de Sisyphe. Comment les messages de santé publique peuvent-ils espérer rivaliser avec des vidéos produites avec soin et visant à retenir l'attention ? Comment les professionnels de la santé peuvent-ils présenter des arguments rationnels vis-à-vis de croyances qui ne reposent pas sur la rationalité ?

La vérification des faits, les questions-réponses et l'écoute active (protocoles visant à apaiser les craintes au début de la pandémie) persuadent efficacement de nombreuses personnes, mais pas tout le monde. Pour beaucoup, les messages de désinformation sont plus puissants que les données présentées sèchement par les autorités sanitaires depuis leur tribune. Au-delà de la honte, il s'agit là d'une crise à résoudre. Car la désinformation, en particulier celle liée aux vaccins, tue.

Il y a présentement des milliers d'épitaphes funestes qui témoignent des décès provoqués par la désinformation. Sur Reddit, un forum a été créé le 21 septembre 2020—*The Hermain Cain Award*, du nom de l'ancien président-directeur général d'une chaîne de pizza et ancien candidat à l'élection présidentielle, qui a été le premier à affirmer que le COVID-19 était un canular, avant qu'il ne soit emporté par le virus. Avec plus de 500 000 abonnés, ce forum est un témoignage macabre des conséquences de la désinformation. Une entrée typique comprend une demi-douzaine de messages Facebook, citant des théories de conspiration sur les vaccins, se moquant des « libéraux » pour avoir consenti à « succomber » aux vaccins, et faisant allusion aux restrictions sanitaires. Puis vient le deuxième acte : un message d'un proche, généralement un fils ou une fille, expliquant une récente admission à l'hôpital pour cause de (« pneumonie liée à la COVID-19 ») et sollicitant des prières. Le dernier message est tout aussi prévisible : « Tu vas nous manquer, papa. Le ciel a reçu un autre ange

aujourd'hui.» (*We'll miss you, Daddy. Heaven got another angel today*).

Si les conséquences de la désinformation sont claires, les solutions le sont nettement moins.

Dans cette publication, nous traiterons de l'ampleur et de la profondeur de la désinformation en ce qui concerne l'infodémie au Canada. Rummens examine les tensions en matière de flux d'information lors d'une pandémie—quand il y en avait trop, pas assez, ou quand l'information a été soigneusement remplacée par la désinformation. Celestini aborde la question de la COVID-19 comme une «super conspiration», hiérarchiquement liée au dépeuplement, aux Nations unies et à la crainte d'un gouvernement mondial unique. M. Jedwab analyse les raisons qui font que certaines personnes sont plus facilement influencées par la désinformation—près de 40 % des Canadiens non vaccinés croient que le vaccin est dangereux pour leur santé. Asmi, Trevors, Argyropoulos et Morin explorent des méthodes innovantes pour adapter la communication en matière de santé publique aux communautés ethnoculturelles vulnérables. Annable, Bonnell, Ge et Palad se sont intéressés aux résultats du Fonds de partenariat d'immunisation, notamment les efforts visant à soutenir la communication sur la vaccination fondée sur des données probantes. En analysant les mythes et les croyances dominantes en matière de médias et de soins de santé, Marshall explore comment les préjugés racistes peuvent déformer la vision de la santé publique et empêcher le soutien adéquat aux communautés noires. De Gara (c'est moi-même !) je vous livre certaines vérités sur la désinformation de terrain, issues d'expériences vécues au sein de centres de vaccination de proximité. Enfin, Holley et Shrestha examinent l'adhésion à l'égard du vaccin et du vaccin de rappel au sein de divers groupes démographiques et concluent que la baisse de la prise vaccinale peut être liée au discours public qui y est associé et aux messages contradictoires sur le sujet.

En fin de compte, même si la pandémie de COVID-19 est carrément derrière nous pour la plupart, les effets de la désinformation persistent dans les communautés et les espaces numériques. Notre capacité à la gérer requiert une véritable réflexion—et nous espérons que vous allez apprécier ce que va vous proposer cette édition.

L'INFORMATION À L'HEURE DE LA COVID-19

Joanna Anneke Rummens, Ph.D., est une chercheuse transdisciplinaire en systèmes de santé et professeure associée en soins infirmiers à la faculté des services communautaires de l'Université métropolitaine de Toronto. Ses travaux portent sur les interconnexions entre les diverses identités, l'inclusion-exclusion sociale et les résultats en matière de santé et de bien-être, ainsi que sur la gouvernance en matière de transfert de connaissances.

Asher Alkoby, S.J.D., est professeur associé à la Ted Rogers School de Management et président du comité d'éthique en matière de recherche à l'université métropolitaine de Toronto. Il s'intéresse à l'engagement de la société civile, à la responsabilité sociale des entreprises et l'accès à la justice.

« Est-ce que je peux contracter la COVID-19 à partir du vaccin ? » Une question posée par une infirmière praticienne expérimentée au début de la deuxième année de pandémie qui nous a laissé perplexe.

Tout comme la révélation d'une infirmière certifiée selon laquelle ses collègues des praticiens expérimentés avaient enlevé leurs masques de protection N95 pour prendre des photos dans la salle du personnel au sein même du service dédié aux cas de COVID-19 et cela pendant les premières vagues de la pandémie, alors que le port d'un équipement individuel de protection complet était à la fois obligatoire et un protocole de sécurité pour sauver des vies.

Il en va de même du recours minimal d'un groupe de stagiaires professionnels de la santé à souscrire à des abonnements électroniques complémentaires dans une revue de premier plan reconnue pour ses enquêtes approfondies sur ce qui était alors une menace virale émergente, grave et totalement inconnue.

Comment expliquer le manque en connaissances essentielles, l'appropriation du savoir et la manière de s'en servir dans les moments incertains de la pandémie ?

La plus grande ironie de notre époque est peut-être qu'en dépit de la disponibilité immédiate d'informations de toutes sortes, qui sont partagées par de multiples mécanismes et modalités au sein de notre économie de la connaissance, malgré cela, disposer de la bonne information au bon moment, au bon endroit et pour le bon objectif reste un défi de taille.

Comment se fait-il que notre accès immédiat à une abondance d'informations diffusées et échangées ne se traduit-il pas nécessairement par une plus grande appropriation des données probantes fondées sur la science et la recherche, sur la pratique, ou sur des expériences vécues et des divers systèmes de connaissances, dans le processus décisionnel tangible, afin d'informer les politiques, les programmes et les pratiques ?

Comment exactement les nouveaux canaux d'information et de communication façonnent-ils nos pensées, nos réflexions et nos perspectives et guident-ils nos comportements et nos actions ? À quel effet et avec quelles conséquences ? Sommes-nous engagés ou de plus en plus désengagés dans la recherche de connaissances ?

Et comment se fait-il que l'augmentation exponentielle de

l'exposition à une mine de connaissance, d'expertise et d'opinions réfléchies, facilitée par l'internet planétaire en plus des médias traditionnels que sont la télévision, la radio et la presse écrite, n'apporte pas nécessairement les améliorations attendues en termes de qualité, de nature et de types de discussions et de délibérations entre nous ? Au contraire, nos discours sociétaux sont trop souvent marqués par des perturbations, de distorsions et de déconnexions.

Pourquoi ces problèmes de communication existent-ils exactement ? Comment pourrions-nous les surmonter ?

Le virage technologique fulgurant, qui consiste à passer du Web 1.0, plus axé sur le contenu, où l'information est téléchargée et diffusée via des sites Web organisationnels statiques, au Web 2.0, qui permet un partage rapide, dynamique et interactif de l'information, avec son contenu généré par les utilisateurs et la croissance concomitante des médias sociaux, permet de contourner actuellement et de manière très efficace les contrôles et les équilibres existants en matière de véracité, de preuves, d'exactitude et de partialité. S'exposer à de simples informations sans évaluation critique, sans vérification de faits, sans examen de preuves, sans recoupement avec d'autres sources, et sans un suivi à travers une réflexion approfondie, peut perturber ce processus essentiel qui se traduit trop souvent par une prévalence accrue de faits manifestement faux et donne lieu à de fausses informations sans le vouloir.

Au lieu de cela, les forces et les limites entrecroisées des nouveaux canaux de communication nous amènent à communiquer davantage entre nous ou avec de parfaits inconnus, au sein de bulles virtuelles de plus en plus cloisonnées et de chambres d'écho gérées par des algorithmes, qu'à mieux nous connaître et à interagir véritablement les uns avec les autres en tant qu'acteurs sociaux et êtres humains. Même nos divisions et nos clivages sociétaux existants sont désormais virtuellement exprimés, vécus, vérifiés, remis en question, négociés, résolus et influencés. Un tel bouleversement dans nos interactions sociales et nos modes de vie nous isole non seulement de plus en plus les uns des autres, mais déforme également notre tissu social, nos modes de vie et notre vécu, et nous rend plus vulnérables à la diffusion intentionnelle, par des acteurs motivés par la politique ou l'idéologie, d'informations manifestement fausses ou inexactes, à savoir à la désinformation. Avec la rupture ou la fragilisation du discours social, nous perdons notre système de contrôle de la véracité informationnelle vis-à-vis de la mésinformation involontaire et de la désinformation intentionnelle.

Le contexte a également son importance. À une époque où le changement climatique n'est plus considéré comme un signe avant-coureur négligeable mais comme une réalité vécue, où les fractures sociales qui existent depuis longtemps deviennent plus visibles et plus aiguës, et où l'ordre géopolitique mondial est en train de changer rapidement, la menace supplémentaire que représente une pandémie virale mondiale déconcerte, désoriente et bouleverse. Ces nouvelles contingences ont un impact sur nos perspectives, nos attitudes, nos comportements et nos croyances, et s'immiscent trop facilement dans nos récits et nos interactions sociales. Les contrevérités deviennent souvent beaucoup plus attrayantes lorsqu'elles sont confrontées à la dure réalité de l'inconnu. Il y a aussi ceux qui préfèrent de loin un bon et beau mensonge à une vérité malheureuse ou hideuse.

Comment expliquer autrement l'association entre une forte utilisation d'internet et des médias sociaux et une plus grande hésitation à se faire vacciner malgré les nombreuses preuves scientifiques disponibles sur l'efficacité et l'efficience de nos vaccins pour la santé de la population et contre les maladies graves et la mort des individus ?

Les traumatismes surviennent lorsque notre sentiment de sécurité dans le monde est perturbé. Dans notre besoin et notre quête de certitude, de sens, de consolation, de réconfort, de contact et d'appartenance, nous commençons à croire ce que les autres croient. Face à la peur, nous sommes fortement tentés de considérer comme vrai ce qui nous apporte simplement ce sentiment de sécurité. C'est cette perte de sécurité dans le monde qui nous rend vulnérables aux perturbations, aux distorsions de la désinformation et de finir ultimement par se déconnecter. Face à l'absence d'information et à la surcharge d'informations, nous nous retirons encore davantage et commençons lentement mais sûrement à nous désengager complètement.

La réponse à l'émergence rapide de la COVID-19 en tant que pandémie mondiale au début de 2020 a commencé par une profonde inquiétude face à une menace mondiale inconnue et bien réelle. Nous sommes passés à la prudence lorsque nous en avons connu davantage sur ses propriétés et que des stratégies de protection efficaces ont pu être élaborées et mises en œuvre. Avec l'arrivée et l'efficacité démontrée de nouveaux vaccins mis au point et fabriqués à une vitesse sans précédent et de traitements réactifs, la complaisance s'est accrue. Au fil du temps, les défis constants en matière de coopération, de coordination et de communication claire de la part de nos dirigeants nous ont trop souvent laissé perplexes, frustrés et confus. Exactement trois ans après le début de la pandémie, nous nous trouvons actuellement dans un état collectif ou notre état d'esprit léthargique est complètement « dépassé », alors même que les variants les plus récents s'avèrent capables de contourner les traitements existants.

Dans ce contexte de transgression du leadership civique, de rupture de la responsabilité sociale et de manque d'information, ou de non-information, la responsabilité de savoir, de partager, de décider et d'agir a été essentiellement transférée à l'individu. Comme l'ont montré les trois dernières années de la pandémie de COVID-19, réglementer les comportements dans le but de gérer la santé publique est devenu

extrêmement difficile en raison des limites constitutionnelles, des difficultés d'application et du manque de confiance dans les institutions. De nombreux gouvernements ont eu recours au transfert de la responsabilité collective de la gestion des risques sanitaires aux individus, en les encourageant à prendre en compte l'impact de leurs comportements sur les autres, même lorsque cela n'est pas légalement requis. Nous avons l'habitude de prendre des décisions concernant les risques qui nous affectent ; en cas de pandémie, nous sommes censés prendre en compte le risque pour les autres et pour la communauté. L'éthique de la prise en charge diverge ici : ceux qui ne cherchent qu'à se protéger, ceux qui pensent aux risques les concernant eux-mêmes et leurs proches, et ceux qui considèrent également le risque de leur comportement sur de parfaits inconnus dans la communauté. Nos responsabilités les uns envers les autres, en tant que communauté et en tant que collectivité, échappent également de plus en plus à notre prise de conscience actuelle. Il semble que nous ayons en quelque sorte perdu de vue nos liens sociaux et nos responsabilités, notre interconnexion et notre interdépendance, alors que chacun se tourne davantage vers son monde virtuel plutôt que vers les autres.

C'est peut-être la profusion, la surabondance, la quantité excessive de l'information disponible qui favorise trop facilement la mésinformation et la désinformation. Peut-être aussi est-elle frustrante et se traduit-elle par un repli sur soi et le faux confort de la non-information. Nous nous perdons facilement et commençons à nous fier à ce qui est à portée de main et à ce qui nous est familier, au lieu de faire des efforts pour explorer, enquêter et prendre des engagements plus précis et plus poussés.

Pourtant, il ne s'agit pas simplement d'une question de disponibilité de l'information. La responsabilité de l'exactitude reste essentielle et c'est ce que nous semblons avoir perdu de vue en cours de route. La confiance dans la source d'information est un élément clé à considérer, et nous devons donc rétablir des mécanismes—et en développer de nouveaux—permettant de vérifier la crédibilité dans le monde de plus de plus agité du Web 2.0. La qualité compte aussi… et il semble que nous soyons submergés par la seule question de la quantité. Une véritable surcharge.

Comment y remédier ?

Durant une période de crise et l'inévitabilité d'un vide informationnel, la confiance dans les institutions est essentielle. Traditionnellement, ce sont nos journalistes professionnels et nos reporters d'investigation qui se sont occupés du suivi, de la recherche d'informations et de la vérification des faits concernant les événements importants de notre vie quotidienne et qui ont préparé pour nous les premières ébauches de notre vécu. Ce travail doit être reconnu, soutenu, sauvegardé et, aujourd'hui plus que jamais, il doit être considéré comme un service public essentiel.

Il est tout aussi urgent de mettre en place des mécanismes pratiques et efficaces permettant d'évaluer la véracité des contenus partagés sur internet et les médias sociaux et, au minimum, de transmettre toute irrégularité ou contrevérité. Ce besoin est important, et il a en fait augmenté au sein de notre économie de l'information en matière d'évaluations fiables, savantes, opportunes et bien informées sur la crédibilité et l'exactitude des contenus. Outre les acteurs qui mobilisent la connaissance, nous avons désormais besoin de ceux qui se chargent de la « conservation », de la « distillation », de la « synthèse » et de la « diffusion » du contenu en matière de connaissance. Une plus grande transparence est également nécessaire concernant le flux d'information, son appropriation et son utilisation réelle afin d'éclairer nos décisions en matière de politique, de programmation et de pratique. Tout cela nécessite la création de nouveaux systèmes et de nouvelles structures de soutien pour ancrer solidement ces initiatives de filtrage et de partage de l'information.

Nous devons également repenser les lieux et les nouveaux espaces qui nous permettront de nous engager à nouveau dans un dialogue ouvert, une discussion, un débat, une délibération et une prise de décision. Cela est important, car ce sont nos connaissances partagées, ou leur absence, et nos valeurs collectives qui façonnent nos perceptions, nos attitudes et nos croyances, et qui servent de base à nos comportements, nos pratiques et nos actions. En outre, nous ne pouvons pas vraiment savoir ni apprécier les choses dans le vide, qu'il soit virtuel ou autre. C'est l'interconnexion et l'interdépendance par le biais d'un véritable échange avec les autres qui nous permet d'être plus confiants dans le fait que ce que nous pensons savoir est vrai… l'est en réalité.

LES THÉORIES DU COMPLOT SUR LA COVID-19— UN DÉFI POUR LA DIVERSITÉ ET LA DÉMOCRATIE

Dr. Carmen Celestini est post-doctorante à l'école des religions de l'Université Queen's, où elle mène des recherches sur l'extrémisme et les théories du complot au Canada. Elle est également chargée de cours à durée déterminée à l'Université de Waterloo dans les départements Arts First et des études religieuses. Son champ de recherche comprend les théories du complot, la politique, l'extrémisme de droite et les médias sociaux.

En 2021, le Canada a été témoin de l'occupation de sa capitale nationale et ses postes frontaliers avec les États-Unis par ce qui communément nommé, les Convois de la Liberté. Les répercussions se font encore sentir dans le pays en raison du soulèvement contre les exigences vaccinales de la COVID-19, les idées sur les théories du complots liées à un Nouvel Ordre Mondial, la désinformation sur le contenu des vaccins et les campagnes de désinformation sur les dangers que représentent les vaccins pour la santé. L'impact des théories du complot et de la désinformation tout au long de la pandémie a influencé non seulement l'acceptation des vaccins mais aussi le nombre de décès. Une étude menée par Islam et coll. en 2020 a révélé que les théories du complot et la désinformation peuvent susciter la méfiance et l'hésitation à l'égard des vaccins. Leur travail de recherche a permis d'examiner 637 messages relatifs au COVID-19, provenant de 52 pays différents et publiés sur les principales plateformes de médias sociaux, dont YouTube et Twitter[1].Une autre étude, menée par l'Oxford Coronavirus Explanations, Attitudes, and Narratives Survey (OCEANS), a révélé que le manque de confiance vis à vis des vaccins peut être exacerbé par le manque de connaissances sur le fonctionnement des vaccins eux-mêmes, par un sentiment de méfiance envers les institutions qui existent dans la société tels que le gouvernement et les industries pharmaceutiques et de santé, et par une préoccupation ou une méfiance à l'égard de la nouveauté des vaccins ou par le sentiment que les vaccins ont été fabriqués trop rapidement[2].

Les études menées au Canada ont montré qu'il existe un lien entre l'hésitation à se faire vacciner et les théories du complot, en ce sens que l'infodémie sur les plateformes de médias sociaux comme Facebook et Whatsapp a fait fléchir l'intention des Canadiens à se faire vacciner. Les personnes qui croient en une ou plusieurs théories du complot sur la COVID-19 ou sur les vaccins ont moins d'intention de se faire vacciner[3]. De nombreuses théories de conspiration liées à la COVID-19 ont fini par se transformer en une super conspiration hiérarchique. Les conspirations basées sur la pandémie ont trouvé des liens avec la Grande Réinitialisation, le Grand Remplacement, QAnon, les Nations Unies et les conspirations basées sur la technologie. Le point commun de chacune de ces conspirations est la conviction que le virus est un outil utilisé par une cabale maléfique pour créer un Nouvel Ordre Mondial par des gouvernements tyranniques ou des organisations mondiales telles que le Forum économique mondial. Les avancées technologiques telles que la technologie de la 5G ou les mesures sanitaires notamment les confinements, les vaccins et les masques ont été considérées comme des mécanismes de contrôle visant à assurer une domination mondiale sur une population complice. En réponse à ces théories du

complot, le monde a assisté à des manifestations, des protestations de divers amplitude, allant des manifestations locales hebdomadaires à ce qui est communément connu comme les « convois de la liberté » à l'échelle nationale, en passant par les barricades aux frontières, qui ont paralysé l'économie canadienne et occupé la capitale du pays.

Tout comme les théories de conspiration sur la COVID-19, le milieu des manifestants anti-COVID-19 et des dissidents était composé à la fois d'organisations établies de longue date et de groupes créés uniquement sur le rejet des exigences sanitaires et des vaccins. Bien que la plupart des personnes qui se sont jointes à ces groupes étaient frustrées par les conséquences des exigences sanitaires, un certain nombre d'extrémistes de droite ont pu se joindre à la mêlée. Leur rôle de porte-parole et d'influenceurs au sein des groupes anti-vaccins a contribué à diffuser leurs idéologies, leurs complots, leurs fausses informations, et à créer un sentiment de peur perpétuel chez les membres du groupe. Parmi les fameux groupes de l'extrême droite, on peut citer les *Oath Keepers*, les *Soldiers of Odin* et les *Yellow Vests Canada*[4]. La pandémie elle-même a accentué la violence structurelle au sein de la société canadienne, notamment le racisme systémique et les disparités socio-économiques, ce qui a conduit à un renforcement de la polarisation sociale dans le pays[5]. Cette polarisation sociale a donné l'occasion aux groupes d'extrême droite ou aux extrémistes de propager la désinformation en présentant les groupes marginalisés comme étant la cause de la pandémie et des bouleversements sociaux qui en ont résulté, et d'approuver les actes de violence contre ces communautés marginalisées. En outre, ces craintes, ces conspirations et cette « altérisation » des communautés marginalisées ont permis aux dirigeants politiques de tenter de prétendre à des postes électifs en favorisant des programmes et des plateformes antidémocratiques[6].

Aussi bien les groupes d'extrême droite que les les leaders politiques populistes ont fait la promotion de discours selon lesquels la COVID-19 serait d'origine humaine et que les gouvernants mentiraient en niant cette idée, ou que les gouvernements, les entreprises pharmaceutiques, les agences de santé et les organisations mondiales profiteraient de la COVID-19 et des vaccins qui en résultent, et que le virus serait utilisé pour créer un nouveau paysage politique ou un Nouvel Ordre Mondial[7]. Les médias sociaux, tant grand public qu'alternatifs ont servi de plateforme de diffusion du populisme politique, de l'idéologie d'extrême droite et des théories du complot liées à la COVID-19. Les campagnes de médias sociaux ont donné lieu à des mouvements sociaux, des mouvements politico-religieux et des actes de violence. Des plateformes telles que BitChute, Youtube et Odyssey ont été à l'origine de l'émergence d'influenceurs vlogueurs se consacrant à la théorie du complot, à la politique et à l'extrême droite, tandis que les groupes Facebook et les chaînes Telegram ont créé des communautés à grande échelle avec des adhérents à l'international. Des médias alternatifs bien établis, tels que *Rebel News*, *Western Standard*, *True North* et *The Post Millennial*, se sont présentés comme des journalistes et des organismes de presse qui ont non seulement contribué à diffuser de la désinformation et les théories du complot, mais ils l'ont fait sous couvert de l'intégrité journalistique en se faisant les porte-parole de ceux qui étaient privés de leurs droits et qui se méfiaient des institutions de la société. Se basant sur un récit conspirationniste, sur le sentiment de savoir ce qui est arrivé et sur ce qui est antigouvernemental, ces sources médiatiques étaient devenues la tribune de ceux qui se proclamaient réduits au silence, persécutés et poursuivis en justice, tout en définissant qui était patriotique et qui était l'ennemi de la nation.

Le recours aux théories du complot peut avoir lieu lorsqu'une personne a l'impression que le monde est dans un état en perpétuel désordre, que les événements négatifs se succèdent sans qu'aucune solution ne soit en vue. La personne, même si elle est croyante, peut se tourner vers sa divinité dans l'espoir de trouver une solution à ce sentiment de chaos, mais si aucune solution n'est proposée, elle commence à rechercher les causes humaines derrière cette situation. Dans le cas de la pandémie, ce sentiment de chaos peut se manifester de plusieurs façons. La peur du virus lui-même, les inquiétudes économiques suscitées par les confinements et le manque d'emploi, ainsi que l'isolement social, ont amené certains à voir le monde à travers une lentille de chaos perpétuel. Les théories du complot peuvent aider à décrire et à expliquer le « mal » qui est à l'origine de ces catastrophes perpétuelles, en présentant une organisation composée d'individus qui travaillent secrètement pour atteindre une fin malveillante. Dans leur compréhension du monde, rien de ce qui se passe dans l'univers n'est aléatoire ; selon eux, le monde est régi d'une manière planifiée[8].

Les théories du complot sont une méthode pour ceux qui croient que le domaine politique est impénétrable ou qu'il s'agit d'une institution secrète à laquelle ils ne peuvent pas participer[9]. Dans un environnement où il existe une méfiance à l'égard des institutions de la société, telles que le gouvernement, les médias, le monde universitaire et la science, et un mélange de religion millénariste (pensée apocalyptique ou vision de la fin des temps), d'occultisme et de politique radicale, cela peut conduire à ce que le chercheur Michael Barkun a appelé le conspirationnisme d'improvisation. Dans cette forme de conspirationnisme, les adeptes peuvent créer de nouveaux systèmes de croyance, qui leur permettent de créer une vision holistique et complète du monde pouvant expliquer tous les phénomènes dont ils sont témoins. Comme dans le cas d'une panique morale, les médias utilisés par les adeptes de la conspiration se concentrent sur des messages répétitifs fondés sur la peur qui encouragent l'idée que les adhérents doivent agir non seulement pour vaincre ceux qui sont considérés comme l'ennemi, mais aussi pour sauver la civilisation. Le discours alarmiste des médias influence la façon dont le monde est perçu, ce qui donne l'impression que

la peur et la menace sont toujours au centre de la vie normale et que les choses sont complètement hors de contrôle. Les réponses apportées par les théories du complot aux causes et aux solutions pour ces temps chaotiques, procurent aux partisans de ces théories un sentiment de contrôle.

Ceux qui adhèrent à cette compréhension du monde fondée sur la peur estiment qu'ils doivent agir pour sauver la civilisation et, ce faisant, ils se considèrent comme des héros de la société prêts à affronter leurs ennemis et à mettre un terme à leurs plans malveillants. Ces héros du quotidien croient qu'ils détiennent la vérité, une vérité que ceux qui « sommeillent » ignorent, et lorsqu'ils s'expriment sur cette vérité, il y aura des conséquences. Ces fidèles seront évités, dénigrés et ostracisés par leurs amis et leur famille pour leurs convictions. En fait, leur vision du monde provoquera leur mise à l'écart par la société dans son ensemble, les repoussant encore plus loin dans leurs communautés conspirationnistes, et surtout les aidera à développer une identité de victime. Ils sont persécutés et, dans certains cas, traduits en justice pour leurs croyances et pour avoir osé s'exprimer.

Les personnes appartenant à l'extrême droite se sont constamment liées aux mouvements anti-COVID-19, créant ainsi un canal permettant à leurs idéologies haineuses de s'infiltrer et de recruter dans le mouvement anti-COVID-19. Le croisement entre l'idéologie d'extrême droite et les manifestants anti-COVID-19 et antivax a été favorisé par la méfiance et l'affaiblissement du soutien aux institutions de la société. Un exemple du chevauchement entre l'idéologie d'extrême droite et le mouvement anti-COVID-19 est la journée de protestation *White Lives Matter* (WLM) en 2021. Les WLM avaient prévu d'organiser des manifestations dans toute l'Amérique du Nord, avec un seul endroit au Canada, à Toronto, en Ontario. La chaîne des WLM basée à Toronto sur la plateforme du média social Telegram a élaboré un plan pour attirer les manifestants anti-COVID-19 à leur mouvement et à leur journée de protestation. Les administrateurs des WLM ont publié de nombreux commentaires sur la chaîne pour que le clavardage reste centré sur les manifestations à venir et d'exclure tout commentaire racial ou extrémiste. Les administrateurs ont fait cette déclaration pour s'assurer que les médias qui surveillaient leur chaîne Telegram se concentreraient sur la manifestation prévue plutôt que sur les propos haineux ou racistes, et aussi pour créer un environnement attrayant pour les groupes ou les individus anti-COVID-19.

Les administrateurs du groupe de Toronto avaient lancé un appel aux manifestants anti-COVID-19 de Toronto pour qu'ils se joignent à leur manifestation du dimanche 11 avril 2021. Des manifestations anti-COVID-19 à Toronto étaient organisées dans la ville chaque samedi au moment où les exigences sanitaires étaient en vigueur, et le groupe des WLM leur avait demandé de se joindre à leur manifestation du dimanche. La chaîne Toronto Telegram a été créée le 29 mars 2021, et ce jour-là, de nouveaux membres ont demandé si quelqu'un faisait partie des manifestations hebdomadaires de la ville *end the COVID-19 oppression*. Le groupe des WLM nouvellement formé a exprimé sa sympathie pour les manifestants hostiles au confinement et espérait créer un pont avec cette communauté en se basant sur les injustices communément perçues et le manque de soutien du gouvernement pour leurs causes. Un membre des WLM a posté « le problème avec cela [les confinements] est le fait qu'ils sont en train de mobiliser BEAUCOUP de gens qui n'ont plus rien à perdre. Les gens ont perdu leurs amis, leur famille et leurs moyens de subsistance. C'est un état de fait dangereux pour toute société. Et elle est encouragée à se perpétuer par des gens qui n'ont plus rien à perdre. » Ce post astucieux illustre le sentiment de peur, de manque de contrôle et de désespoir que ressentent ceux qui adhèrent aux théories du complot, tout en reconnaissant que cela est similaire à leur propre positionnement raciste.

Pour créer un canal cohésif et accueillant, les administrateurs des WLM ont demandé aux membres de publier des messages sur « la façon dont nous [les Blancs] sommes victimisés par les non-Blancs ». Une autre demande des administrateurs des WLM portait sur les enseignes de la manifestation, demandant aux membres de confectionner des enseignes comportant des images ou des références à des Canadiens blancs assassinés, en particulier des enfants, afin que ces membres ne soient pas « traités de suprémacistes blancs et pour ne pas subir d'autres affronts ». Finalement, la manifestation organisée par les WLM à Toronto ce week-end-là a été un échec. Seul un nombre limité des membres de la chaîne Telegram s'est présenté, et aucun manifestant anti-COVID-19 ne se trouvait sur les lieux. Les médias traditionnels ont écrit sur l'échec lamentable de cet événement programmé, mais ils n'ont pas reconnu les liens établis entre les deux groupes, ni même sur la tentative de créer une communauté cohésive.

Bien que la manifestation n'ait pas donné lieu à une communauté solidaire, la chaîne des WLM de Toronto a continué à s'appuyer sur ce plan de recrutement initial. Les membres ont commencé à publier des messages plus racistes qui reflétaient leur vision du monde, mais ils ont également encouragé leurs membres à recruter au sein des groupes anti-COVID-19 en participant à des manifestations « sans masque » dans des épiceries afin de créer un lien à travers la violation de la loi. Cet exemple de croisement entre le nationalisme blanc et les mouvements anti-COVID-19 révèle que la frontière entre les protestations politiques démocratiques et celles du populisme politique d'extrême droite est en train de s'estomper, ce qui peut constituer un défi pour la démocratie elle-même[10]. Au plus fort de la pandémie et de la réponse gouvernementale (mesures sanitaires et confinements), nous avons assisté à une augmentation des manifestations anti-gouvernementales et des théories du complot. La sociologue Ulrike M. Vieten a comparé les messages diffusés sur les médias sociaux lors des manifestations de l'extrême droite blanche et a constaté une normalisation grandissante des groupes d'extrême droite qui se sont joints aux manifestations hostiles « aux mesures

d'hygiène » ou au confinement. Vieten a constaté que les nationalistes blancs ont associé une lutte plus large sur la politique de la pandémie à des arguments sur l'appartenance[11]. Un argument similaire a été répandu par les manifestants anti-COVID-19 qui considéraient ceux qui suivaient les consignes relatives à la COVID-19, ceux qui portaient des masques, ceux qui étaient vaccinés, comme étant complices de la tyrannie qu'on leur imposait, et de la possibilité d'une domination mondiale qui était le fondement même de leurs théories du complot.

À l'instar des WLM qui ont tenté de recruter des manifestants anti-COVID-19 à Toronto, par le biais d'acteurs et de groupes d'extrême-droite, Levinsson et coll. ont constaté que les liens promus par les groupes d'extrême-droite sur les théories/croyances conspirationnistes sur la COVID-19 et le soutien à la radicalisation violente se traduisaient par une augmentation des crimes haineux et de la violence à l'encontre des personnes s'identifiant comme asiatiques, ou par des incendies criminels des infrastructures de télécommunication 5G[12]. Les conséquences de la violence et la sympathie envers des actes violents ne se dissiperont pas une fois la pandémie terminée et pourraient potentiellement conduire à une augmentation de la discrimination, des crimes haineux et des incidents de violence, tant par des acteurs isolés que par des groupes organisés. Cette discrimination et cette marginalisation peuvent aussi être aggravées par des moyens politiques.

Vieten a fait valoir que la compréhension des croisements entre les groupes nationalistes blancs d'extrême droite et les groupes anti-COVID-19 serait bénéfique pour comprendre l'arène politique lorsque la pandémie prendra fin, qualifiant cette nouvelle normalité de « populisme pandémique[13]. » L'élection fédérale canadienne de 2021 a révélé l'impact préliminaire des théories du complot et des idéologies d'extrême droite sur le paysage politique de la nation. Le Parti Populaire du Canada, dirigé par Maxime Bernier, présentait une plateforme basée sur une immigration limitée, des exigences anti-COVID-19, le soutien aux convois et les théories du complot. La plateforme promue par des candidats tels que Mark Friesen au Saskatchewan, s'articulait autour de la Grande Réinitialisation, de l'Agenda 21 des Nations Unies et de l'anti-immigration, le tout lié aux récits de la supercherie de la COVID-19, de l'anti-vaccination et de la théorie du complot du Nouvel Ordre Mondial. Bien que le Parti populaire du Canada n'ait pas obtenu de bons résultats aux élections fédérales, le programme anti-immigration et pro-conspiration a rapidement été adopté en partie par le Parti Conservateur Canadien sous la direction de Pierre Poilievre. Pour comprendre la montée du populisme au Canada, nous devons analyser les points communs des théories du complot dans ces deux groupes disparates. Alors que des variants du COVID-19 continuent d'émerger et que la réponse du gouvernement continue d'être la promotion des vaccins et potentiellement de nouvelles exigences, la confiance de certains individus dans leur gouvernement et dans les domaines médicaux continue de se détériorer[14]. En réponse à cela, les partis politiques populistes continuent de promouvoir un discours de révolte contre l'élitisme, de promouvoir des théories du complot dans le cadre de leurs programmes politiques et, surtout, de considérer les politiciens et les partis démocratiquement élus comme complices des théories du complot entourant la COVID-19. En tant que chercheurs, décideurs politiques, défenseurs publics et activistes, nous devons travailler ensemble pour endiguer le flux de la désinformation sur la COVID-19, les théories du complot et la propagation des idéologies d'extrême droite, tant par les groupes que par les populistes, afin d'assurer la protection des communautés marginalisées, des communautés racialisées et des personnes touchées par les disparités socio-économiques.

RÉFÉRENCES

1. Islam, M. S., Kamal, A. H. M., Kabir, A., Southern, D. L., Khan, S. H., Hasan, S. M.,... & Seale, H. (2021). « COVID-19 vaccine rumors and conspiracy theories : The need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence ». *PloS one*, 16(5), e0251605.

2. Freeman, D., Loe, B. S., Chadwick, A., Vaccari, C., Waite, F., Rosebrock, L.,... & Lambe, S. (2022). « COVID-19 vaccine hesitancy in the UK : the Oxford coronavirus explanations, attitudes, and narratives survey » (Oceans) II. *Psychological medicine*, 52(14), 3127-3141.

3. Santavicca, T., Ngov, C., Frounfelker, R., Miconi, D., Levinsson, A., & Rousseau, C. (2022). COVID-19 Vaccine Hesitancy Among Young Adults in Canada.

4. Amarasingham, Amarnath, Stephanie Carvin, Kurt Phillips. « Anti-Lockdown Activity : Canada Country Profile. » Institute for Strategic Dialogue, December 3, 2021. P. 4.

5. Levinsson A, Miconi D, Li Z, Frounfelker RL, Rousseau C. « Conspiracy Theories, Psychological Distress, and Sympathy for Violent Radicalization in Young Adults during the COVID-19 Pandemic : A Cross-Sectional Study ». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 ; 18(15) :7846. P. 2 https ://doi.org/10.3390/ijerph18157846

6. Ibid.

7. Ibid.

8. Barkun, Michael. *A Culture of Conspiracy : Apocalyptic Visions in Contemporary America*. University of California Press, 2013.

9. Fenster, Mark. *Conspiracy Theories : Secrecy and Power in American Culture*. University of Minnesota Press, 1999.

10. Vieten, Ulrike M. « The 'New Normal' and 'Pandemic Populism' : The COVID-19 Crisis and Anti-Hygienic Mobilisation of the Far-Right ». *Social Sciences* 9.9 (2020) : 165.

11. Vieten, Ulrike M. « The 'New Normal' and 'Pandemic Populism' : The COVID-19 Crisis and Anti-Hygienic Mobilisation of the Far-Right ». *Social Sciences* 9.9 (2020)

12. Levinsson A, Miconi D, Li Z, Frounfelker RL, Rousseau C. « Conspiracy Theories, Psychological Distress, and Sympathy for Violent Radicalization in Young Adults during the COVID-19 Pandemic : A Cross-Sectional Study » *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 ; 18(15) :7846. P. 9. https ://doi.org/10.3390/ijerph18157846

13. Vieten, Ulrike M. « The 'New Normal' and 'Pandemic Populism' : The COVID-19 Crisis and Anti-Hygienic Mobilisation of the Far-Right ». *Social Sciences* 9.9 (2020)

14. Strandberg, Thomas. 2020. « Coronavirus : US and UK government losing trust. » 6.6. 2020. The Conversation. Available online : https ://theconversation.com/coronavirus-us-and-uk-governments-losing-public-trust-137713 (accessed on December 10, 2022.)

PEUT-ON PERSUADER LES NON-VACCINÉS ? POURQUOI CERTAINS CANADIENS SONT-ILS PARTICULIÈREMENT RÉCEPTIFS À LA DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS ?

Jack Jedwab est président de l'Association d'études canadiennes et de l'Institut Metropolis. Titulaire d'un doctorat en histoire canadienne de l'université Concordia, il a enseigné à l'université du Québec à Montréal et à l'université McGill. Il a enseigné l'histoire de l'immigration au Québec, des minorités ethniques au Québec et des minorités de langue officielle au Canada et le sport au Canada. Il a également rédigé des essais pour des livres, des revues universitaires et des journaux publiés à travers le pays, en plus d'être l'auteur de diverses publications et rapports gouvernementaux sur les questions de l'immigration, du multiculturalisme, des droits de la personne et des langues officielles.

INTRODUCTION

Pour comprendre les conditions qui ont favorisé la propagation de la désinformation au Canada (et d'ailleurs ailleurs) au sujet de la pandémie de la COVID-19, il est essentiel d'examiner la réaction initiale à la contagion et l'opinion du public sur la vaccination une fois celle-ci devenue disponible. Il est important de rappeler qu'au début de la pandémie, de nombreux Nord-Américains pensaient que la contagion se produisait ailleurs dans le monde ou qu'elle était le fait de quelqu'un d'autre. En d'autres termes, il y avait un déni généralisé de la gravité de la menace. Ainsi, lorsque la nouvelle d'une épidémie de la COVID-19 est apparue pour la première fois à Wuhan, en Chine, de nombreux Nord-Américains ont semblé croire que cela se passait « loin d'ici ». Peu après, lorsque la contagion s'est étendue à l'Italie, certains ont douté que cela ne se produise pas ici. Même lorsque le nombre de cas a grimpé en flèche à New York, les personnes vivant ailleurs sur le continent sont restées convaincues que ses effets seraient limités. Et lorsqu'elle s'est finalement répandue dans d'autres grandes villes d'Amérique du Nord, certains ont insisté sur le fait qu'elle ne visait que les personnes fragiles et âgées.

Même si le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès a augmenté de façon spectaculaire sur tout le continent, le degré de « déni » a persisté, les sondages d'opinion au Canada et aux États-Unis, indiquant que des minorités importantes dans chaque pays estimaient que la pandémie était exagérée et/ou représentait une menace relativement mineure pour la santé de la plupart des gens.

Ce contexte est important pour comprendre la propagation de la désinformation autour de la vaccination contre la COVID-19, car il est lié au fait que les gens minimisent la menace que représente la pandémie. Les diverses perceptions de la gravité de la pandémie ont précédé l'introduction de la vaccination de masse (à la suite de l'autorisation d'urgence du vaccin Pfizer-BioNTech par Santé Canada le 9 décembre 2020, les efforts de vaccination de masse ont débuté dans tout le pays le 14 décembre 2020).

L'article qui suit examine la relation entre la menace perçue de la pandémie, l'efficacité perçue du vaccin, le degré de confiance du public dans le gouvernement, les responsables de la santé publique, les sociétés pharmaceutiques et les scientifiques, ainsi que l'effet global sur l'adhésion à la désinformation sur les vaccins. Nous soutenons que l'adhésion à la désinformation sur les vaccins ne peut être comprise indépendamment des considérations susmentionnées. Les

résultats proviennent d'une sélection de sondages en ligne réalisés entre septembre 2020 et octobre 2022 par la firme Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba.

ÉVOLUTION DE L'INFORMATION/DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS

Dans le cadre d'un sondage Léger-AEC réalisé en septembre 2020, près d'un Canadien sur cinq a déclaré qu'il ne se ferait pas vacciner et un autre sur cinq a déclaré qu'il ne savait pas. Comme on peut le voir ci-dessous, en septembre 2020, parmi ceux qui ont déclaré qu'ils ne prendraient pas le vaccin, environ un sur cinq croyait que le développement du vaccin avait été précipité, ce qui remettait en question son efficacité, et un pourcentage similaire s'inquiétait des effets secondaires potentiellement dangereux du vaccin. Quant aux autres exemples de préoccupations, le tableau ci-dessous révèle qu'ils ont suscité beaucoup moins d'intérêt de la part des Canadiens à ce moment-là (voir Tableau 1).

Alors que le pourcentage de Canadiens non-vaccinés a considérablement diminué au cours des plus de deux ans qui ont suivi septembre 2020, la minorité de Canadiens—un sur dix—qui n'était toujours pas vaccinée en octobre 2022 était beaucoup plus encline à approuver les mythes et déclarations inexactes sur la vaccination. Cependant, certaines affirmations ont continué à recevoir davantage de validation de la part des non-vaccinés, notamment en ce qui concerne le développement prétendument hâtif du vaccin ainsi que la notion selon laquelle l'immunité naturelle est préférable à la vaccination. L'écart le plus important entre les opinions des Canadiens vaccinés et non-vaccinés concerne leurs perceptions respectives de la précipitation du vaccin. Comme le montre le tableau ci-dessous, même parmi les Canadiens vaccinés, environ un sur cinq pense que le vaccin a été administré à la hâte, ce qui laisse planer des doutes quant à son efficacité. Environ un Canadien vacciné sur six pense que l'immunité naturelle est préférable à l'administration du vaccin contre la COVID-19 (voir Tableau 2).

Il est difficile de déterminer le niveau d'engagement des personnes interrogées dans les exemples de désinformation auxquels elles sont exposées. Dans les tableaux ci-dessus, nous pouvons évaluer dans quelle mesure les personnes interrogées sont prêtes à affirmer les mythes et les inexactitudes concernant la vaccination contre la COVID-19 et quelles sont celles qui ont le plus de résonance. Mais pour certaines personnes interrogées, ces affirmations peuvent simplement refléter une volonté d'approuver tout ce qui est négatif concernant la vaccination. Par exemple, environ trois non-vaccinés sur quatre qui pensent que le vaccin COVID-19 peut modifier ou altérer leur ADN, pensent également qu'il affecte la fertilité et que l'immunité naturelle est meilleure que la vaccination. Cela illustre le degré de recoupement des opinions négatives sur la vaccination.

Laissant de côté les différences de degré de validation des mythes/inexactitudes relatifs à la vaccination COVID-19, une distinction claire entre les Canadiens vaccinés et non-vaccinés apparaît lorsqu'on leur demande si les vaccins sont efficaces. Plus de 80 % des Canadiens vaccinés pensent que le vaccin est efficace contre la COVID-19, contre environ 20 % de la population non-vaccinée qui est de cet avis.

Au Canada et aux États-Unis, lorsqu'on a demandé aux non-vaccinés et à ceux qui n'avaient reçu qu'une seule dose de vaccin pourquoi ils ne l'avaient pas fait, la plupart ont répondu qu'ils ne considéraient pas les vaccins comme sûrs et d'autres ont soutenu qu'ils étaient inefficaces. Dans les deux pays, un peu plus d'une personne sur dix a déclaré ne pas se faire vacciner, ce qui les qualifie d'« anti-vaxxers » (bien que d'autres puissent être réticents à donner cette réponse, la considérant comme « socialement indésirable »). Les données suggèrent néanmoins que, pour la plupart, ceux qui rejettent la vaccination ne peuvent pas être décrits comme des « anti-vaxxers ». Il est intéressant de noter que les Américains sont

TABLEAU 1. POURCENTAGE DE PERSONNES AYANT RÉPONDU « VRAI, FAUX OU NE SAIT PAS » À CERTAINES AFFIRMATIONS REFLÉTANT LA DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS.

Canada, Septembre 2020	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Les chercheurs ont bâclé le développement du vaccin contre la COVID-19, donc on ne peut pas se fier à son efficacité et sécurité	22,8 %	58,8 %	18,4 %
Les effets secondaires du vaccin contre la COVID-19 sont dangereux	22,8 %	58,8 %	18,4 %
Si j'ai déjà eu la COVID-19, alors je n'ai pas besoin de vaccin	14,9 %	71,2 %	13,9 %
Le vaccin contre la COVID-19 peut affecter la fertilité	10,7 %	50,2 %	39,1 %
Obtenir le vaccin contre la COVID-19 signifie que je peux arrêter de porter le masque et autres mesures de protection	9,6 %	82,3 %	8,0 %
Le vaccin contre la COVID-19 entre dans tes cellules et change ton ADN	9,4 %	70,3 %	20,3 %

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes, septembre 2022.

TABLEAU 2. POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS AYANT RÉPONDU « VRAI » À CERTAINES AFFIRMATIONS REFLÉTANT LA DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS.

Vrai	Vacciné	Non-vacciné	Écart entre vaccinés et non-vaccinés
Les chercheurs ont bâclé le développement du vaccin contre la COVID-19, donc on ne peut pas se fier à son efficacité et sécurité	20,3	66,1	45,8
L'immunité naturelle que j'obtiens en étant malade de la COVID-19 est meilleure que l'immunité que j'obtiens par la vaccination contre la COVID-19	17,5	58,8	41,3
Si j'ai déjà eu la COVID -19, alors je n'ai pas besoin de vaccin	9,3	42,2	32,9
Le vaccin contre la COVID-19 peut affecter la fertilité	9,3	41,9	32,6
Le vaccin contre la COVID-19 peut changer ou altérer mon ADN	6,6	32,5	25,9

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022.

un peu plus susceptibles que les Canadiens de déclarer que l'accès aux vaccins est un obstacle à la vaccination (voir Tableau 3).

Un examen plus approfondi de la relation entre les perceptions de l'efficacité du vaccin et les divers mythes/inexactitudes relatifs au vaccin révèle un degré considérable de symétrie entre l'inefficacité perçue du vaccin et l'approbation des mythes/inexactitudes relatifs aux vaccins contre la COVID-19. Comme le montre le tableau ci-dessous, les personnes qui considèrent que le vaccin n'est « pas du tout efficace » sont de loin les plus susceptibles de croire qu'il modifie l'ADN d'une personne et affecte sa fertilité (voir Tableau 5).

LES NON-VACCINÉS ET L'EXAGÉRATION DE LA PANDÉMIE

Comme nous l'avons vu plus haut, de nombreux Canadiens non-vaccinés estiment que le vaccin est non seulement inefficace, mais aussi nuisible. Nous allons maintenant examiner

TABLEAU 3. RAISONS POUR LESQUELLES LES PERSONNES NON-VACCINÉES ET CELLES QUI N'ONT REÇU QU'UNE SEULE DOSE N'ONT PAS TERMINÉ LEUR VACCINATION AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS.

	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas été vacciné ou n'avez pas terminé vos doses de vaccin ?	
	Canada	États-Unis
Je ne pense pas que les vaccins sont sécuritaires ; ils sont potentiellement nuisibles pour ma santé	38,4 %	33,9 %
Je ne pense pas que les vaccins sont efficaces contre la COVID-19	29,8 %	21,1 %
Je ne prends aucun vaccin	12,2 %	11,6 %
J'ai des contre-indications médicales qui m'empêchent d'être vacciné	3,9 %	8,7 %
Je n'ai pas eu l'occasion/l'accès pour me faire vacciner	3,5 %	10,7 %
La vaccination va à l'encontre de ma religion	3,1	4,7 %
Autre	8,1 %	9,3 %
Total	**100,0 %**	**100,0 %**

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022.

TABLEAU 4. POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS QUI PENSENT QUE LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19 A ÉTÉ EFFICACE.

Au cours de la pandémie, que pensez-vous de l'efficacité de la vaccination contre la COVID-19…	Vacciné	Non-vacciné	Total
Total efficace	**83,6 %**	**22,0 %**	**78,0 %**
Très efficace	54,8 %	10,1 %	50,7 %
Plutôt efficace	28,8 %	11,9 %	27,3 %
Pas trop efficace	7,3 %	13,7 %	7,9 %
Pas efficace du tout	6,1 %	54,5 %	10,5 %
Je ne sais pas	3,0 %	9,7 %	3,6 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022

TABLEAU 5. TABLEAU CROISÉ DES CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS QUI PENSENT QUE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 A ÉTÉ EFFICACE ET DE LEURS RÉPONSES RESPECTIVES À CERTAINES AFFIRMATIONS REFLÉTANT LA DÉSINFORMATION SUR LE VACCIN.

	Vaccination contre la COVID-19—Au cours de la pandémie, que pensez-vous de l'efficacité de…			
	Très efficace	Plutôt efficace	Pas trop efficace	Pas efficace du tout
Le vaccin contre la COVID-19 peut affecter la fertilité	5,3 %	9,2 %	20,9 %	48,0 %
Si j'ai déjà eu la COVID-19, alors je n'ai pas besoin de vaccin	3,8 %	9,2 %	24,7 %	51,4 %
Les chercheurs ont bâclé le développement du vaccin contre la COVID-19, donc on ne peut pas se fier à son efficacité et sécurité	8,8 %	24,4 %	49,8 %	78,4 %
Le vaccin contre la COVID-19 peut changer ou altérer mon ADN	3,6 %	8,0 %	13,0 %	34,8 %
L'immunité naturelle que j'obtiens en étant malade de la COVID-19 est meilleure que l'immunité que j'obtiens par la vaccination contre la COVID-19	8,9 %	20,0 %	40,2 %	69,6 %

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022

dans quelle mesure ils considèrent la pandémie comme une menace pour la santé publique. Il convient de noter que tous les Canadiens vaccinés ne pensent pas que la réponse à la COVID-19 a été équilibrée, car les enquêtes montrent régulièrement qu'un peu moins d'un Canadien sur cinq pense que la réponse à la pandémie a été exagérée. Cela dit, ce pourcentage diffère nettement de celui de près d'un Canadien non-vacciné sur deux qui estime que la réaction à la pandémie est exagérée (voir Tableau 6).

Si l'on examine de plus près la façon dont la perception de la menace de la pandémie influe sur les opinions concernant les mythes et les inexactitudes relatifs à la vaccination contre la COVID-19, on constate dans le tableau ci-dessous que les personnes qui estiment que la réaction à la pandémie a été « exagérée » sont beaucoup plus susceptibles de souscrire aux inexactitudes que celles qui considèrent que la réaction à la COVID-19 est « correcte » ou « inadéquate ». Les résultats ajoutent une autre couche importante dans l'établissement d'une tendance dans la perception des personnes qui endossent les mythes/inexactitudes sur la vaccination contre la COVID-19 (voir Tableau 7).

TABLEAU 6. POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS QUI PENSENT QUE LA RÉACTION PUBLIQUE AU COVID-19 A ÉTÉ EXAGÉRÉE, CORRECTE OU INSUFFISANTE.

Pandémie COVID-19—Pensez-vous que les sujets suivants sont importants et ont besoin d'être adressés, ou qu'ils sont exagérés ?	Vacciné	Non-vacciné
La réaction a été exagérée	18,2 %	47,9 %
La réaction a été correcte pour un sujet de cette importance	59,8 %	35,4 %
La réaction a été insuffisante pour un sujet de cette importance	22,0 %	16,7 %
Total	**100,0 %**	**100,0 %**

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022.

TABLEAU 7. TABLEAU CROISÉ : POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS QUI PENSENT QUE LA RÉACTION DU PUBLIC À LA COVID-19 A ÉTÉ EXAGÉRÉE, CORRECTE OU INSUFFISANTE, ET LEURS RÉPONSES RESPECTIVES À CERTAINES DÉCLARATIONS REFLÉTANT LA DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS.

Vrai	La réaction a été exagérée	La réaction a été correcte pour un sujet de cette importance	La réaction a été insuffisante pour un sujet de cette importance
Les chercheurs ont bâclé le développement du vaccin contre la COVID-19, donc on ne peut pas se fier à son efficacité et sécurité	59,4 %	14,6 %	14,9 %
L'immunité naturelle que j'obtiens en étant malade de la COVID-19 est meilleure que l'immunité que j'obtiens par la vaccination contre la COVID-19	55,5 %	12,7 %	8,7 %
Si j'ai déjà eu la COVID-19, alors je n'ai pas besoin de vaccin	38,0 %	5,7 %	3,4 %
Le vaccin contre la COVID-19 peut affecter la fertilité	34,5 %	6,0 %	6,1 %
Le vaccin contre la COVID-19 peut changer ou altérer mon ADN	25,9 %	3,8 %	5,0 %

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022

LA CONFIANCE DES NON-VACCINÉS DANS LES INSTITUTIONS PUBLIQUES

Un élément critique dans l'examen du niveau d'adhésion à la désinformation sur les vaccins est la mesure dans laquelle les Canadiens non-vaccinés font confiance aux institutions clés qui s'occupent de la pandémie. Comme on peut le constater ci-dessous, il existe des différences importantes entre les Canadiens vaccinés et non-vaccinés quant au degré de méfiance à l'égard du gouvernement fédéral, des responsables de la santé publique, des sociétés pharmaceutiques et des scientifiques (voir Tableau 8).

Parmi les Canadiens non-vaccinés, il existe un lien important entre le degré de méfiance institutionnelle et l'adhésion aux mythes et aux inexactitudes concernant la COVID-19. Les 80 % de Canadiens non-vaccinés qui disent ne pas faire du tout confiance au gouvernement fédéral croient que le vaccin a été administré à la hâte. Les intersections entre la méfiance institutionnelle des non-vaccinés et l'adhésion aux mythes et inexactitudes de COVID-19 sont tout aussi élevées.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les personnes non-vaccinées qui déclarent les niveaux les plus élevés de méfiance à l'égard des institutions sont majoritairement d'avis que le vaccin n'est « pas du tout efficace ». Ce résultat contraste fortement avec les Canadiens vaccinés qui déclarent les niveaux les plus élevés de confiance à l'égard de certaines institutions, puisque 80 % d'entre eux considèrent que le vaccin est extrêmement efficace (voir Tableau 9).

TABLEAU 8. POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS ET NON-VACCINÉS QUI SE MÉFIENT RESPECTIVEMENT DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, DES COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES, DES RESPONSABLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES SCIENTIFIQUES POUR FAIRE FACE À LA PANDÉMIE COVID-19.

% qui ne font pas confiance quant il s'agit de faire face à la pandémie	Vaccinés	Non-vaccinés	Écart entre vaccinés et non-vaccinés
Compagnies pharmaceutiques	34,4	75,4	41,0
Gouvernement fédéral	35,4	73,3	37,9
Santé publique	19,7	65,8	46,1
Scientifiques	12,7	55,3	42,6

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022.

TABLEAU 9 : POURCENTAGE DE CANADIENS NON-VACCINÉS QUI CROIENT QUE LE VACCIN EST INEFFICACE ET QUI DISENT NE PAS FAIRE DU TOUT CONFIANCE À CERTAINES INSTITUTIONS (GOUVERNEMENT FÉDÉRAL, COMPAGNIES PHARMACEUTIQUES, RESPONSABLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET SCIENTIFIQUES) POUR FAIRE FACE À LA PANDÉMIE COVID 19, PAR RAPPORT AU POURCENTAGE DE CANADIENS VACCINÉS QUI CROIENT QUE LE VACCIN EST EXTRÊMEMENT EFFICACE ET QUI DISENT FAIRE « BEAUCOUP » CONFIANCE À CERTAINES INSTITUTIONS.

Non-vaccinés qui ne font pas du tout confiance aux suivants	Pourcentage qui croient que le vaccin n'est pas efficace du tout	Vaccinés qui font très confiance aux suivants	Pourcentage qui croient que le vaccin est extrêmement efficace
Compagnies pharmaceutiques	78,3 %	Compagnies pharmaceutiques	86,5 %
Gouvernement fédéral	78,6 %	Gouvernement fédéral	83,7 %
Santé publique	87,2 %	Santé publique	82,4 %
Scientifiques	83 %	Scientifiques	74,9 %

Source : Léger pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba, 3 au 14 octobre 2022.

CONCLUSION

Les décideurs chargés de coordonner les efforts de vaccination massive du public ont exprimé des préoccupations légitimes quant à la propagation de la désinformation sur le vaccin contre la COVID-19. Mais les campagnes d'information publique visant à attaquer de front les mythes et les inexactitudes risquent de ne pas atteindre l'objectif souhaité parmi le nombre restant de Canadiens non-vaccinés. Cela s'explique en partie par le fait qu'il est essentiel de s'attaquer aux causes sous-jacentes du refus de la vaccination pour combattre la désinformation.

Une étude américaine réalisée par Lin et al. conclut que « dans le cadre des interventions visant à atteindre la communauté non-vaccinée, il est essentiel de ne pas marginaliser ses préoccupations en raison du ressentiment qui peut en résulter. Il faut trouver un compromis qui incite à la vaccination sans contrarier ou isoler les personnes non-vaccinées. »

D'autres considèrent les perspectives de persuader les non-vaccinés avec beaucoup moins d'optimisme. Un sondage réalisé en septembre 2021 pour CNBC auprès d'Américains non-vaccinés révèle que 83 % d'entre eux disent ne pas avoir l'intention de se faire vacciner. Le sondage CNBC/Change Research note que parmi les non-vaccinés, 87 % ont déclaré que leur décision ne changerait pas même si leur employeur les obligeait à le faire. Le sondage Léger-AEC-Université du Manitoba de novembre 2022 révèle que parmi les 10 % restants de Canadiens non-vaccinés, plus de 90 % déclarent n'avoir aucune intention de se faire vacciner.

En décembre 2022, le Dr Anthony Fauci a observé qu'aux États-Unis, « ...nous sommes restés bloqués à 68 % de la population entièrement vaccinée avec la série primaire. Et nous

avons réalisé il y a des mois, littéralement il y a plusieurs mois, que nous n'allions pas aller beaucoup plus loin, quoi que nous disions ». Fauci espérait que « …lorsque les gens verront comment cette approche conduit à plus d'hospitalisations et de décès, et que cela touchera les gens, ils comprendront ».

En ce qui concerne la désinformation sur les vaccins, notre enquête confirme que l'adhésion à celle-ci est étroitement associée à des taux élevés de méfiance institutionnelle et/ou à la minimisation de la menace de la contagion pour la santé personnelle et publique. Idéalement, les décideurs politiques voudraient modifier la perception qu'ont les Canadiens non-vaccinés de la gravité de la pandémie et identifier les personnes ou les institutions en qui ils ont confiance pour transmettre ce message. Cette tâche risque toutefois d'être ardue, car les données de l'enquête suggèrent que les opinions de ceux qui ne sont pas vaccinés semblent assez figées.

RÉFÉRENCES

Association of American Medical Colleges, « Interview with Dr. Anthony Fauci » by Gabrielle Redford, December 22, 2022, https://www.aamc.org/news-insights/anthony-fauci-md-fighting-misinformation-inspiring-next-generation-and-why-we-still-need-physician

Léger Marketing pour l'Association d'études canadiennes

Léger Marketing pour l'Association d'études canadiennes et l'Université du Manitoba

Cheryl Lin, Taylor Parker, Kartik Pejavara, Danielle Smith, Rungting Tu and Ikuei Tu, « I Would Never Push a Vaccine on You: A Qualitative Study of Social Norms and Pressure in Vaccine Behavior in the U.S » in Vaccines 2022, 10(9), 1402; https://doi.org/10.3390/vaccines10091402

Robert Towey « CNBC poll shows very little will persuade unvaccinated Americans to get Covid shots », September 10, 2021

KNOW IT OR NOT : EXAMEN DES INTERVENTIONS *GAMIFIÉES* DANS LE CADRE D'UNE CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE SANTÉ PUBLIQUE DANS DES CONDITIONS RÉELLES, ET CO-CRÉATION D'OUTILS PERSONNALISÉS POUR LES COMMUNAUTÉS MÉRITANT L'ÉQUITÉ

Shaista Asmi est chargée de projet à Digital Public Square. Elle a une expérience dans la recherche et la protection des droits des minorités et de la justice, ainsi qu'une formation interdisciplinaire en sciences cognitives et en développement international.

Le **Dr Greg Trevors** est professeur associé en psychologie de l'éducation à l'université de la Caroline du Sud. Il explore les moyens de renforcer la compréhension du public sur l'utilisation de la science dans leur prise de décision et sur les facteurs cognitifs, affectifs et motivationnels impliqués dans l'actualisation des idées reçues.

Effie Argyropoulos est cheffe de projet à Digital Public Square, elle dispose d'une expérience dans le secteur de la santé publique et s'intéresse à l'engagement communautaire et à l'hésitation à se faire vacciner dans les contextes britannique et canadien.

Isabeau Morin est cheffe de projet à Digital Public Square, elle est formée en communication et en affaires internationales, elle a aussi un intérêt particulier pour la mise en œuvre de programmes et à l'évaluation des impacts.

INTRODUCTION

L'émergence du virus COVID-19 à l'ère d'une connectivité sociale effrénée a donné lieu à une symbiose sans précédent entre une maladie physiquement préjudiciable et la mésinformation socialement néfaste. Trois ans plus tard, le monde continue de faire face à la viralité intrinsèque et à l'évolution constante de ces maux entremêlés qui menacent la santé et l'avenir de nos communautés.

Une surabondance de partage d'informations était prévisible pendant la pandémie, parce que les questions de santé publique sont chargées d'émotions et lourdes de valeurs (Trevors & Ladhani, 2022), d'autant plus que nous sommes témoins des conséquences accablantes d'une épidémie sur fond d'inégalités sociales persistantes. Le fait d'être submergé de nouvelles constamment changeantes et souvent contradictoires sur une maladie infectieuse tout en essayant de faire face aux bouleversements d'une vie « normale » est anxiogène (Abadi et coll., 2021 ; Neill et coll., 2021). Cette anxiété mène à une recherche plus approfondie de l'information dans le but de réduire le sentiment de déchéance causé par l'incertitude (Jungmann & Witthoft, 2020). Cependant, lorsque des émotions intenses sont associées à l'empressement, à une multitude de mécanismes et à l'absence de responsabilité individuelle avec lesquels l'information a été transmise

pendant la pandémie de COVID-19, nous devons repenser notre approche en matière de promotion de la santé et de la sensibilisation du public.

LUTTER CONTRE LA DÉSINFORMATION À L'AIDE D'OUTILS NUMÉRIQUES GAMIFIÉS

La technologie a indéniablement été le vecteur d'une recrudescence alarmante de la mésinformation dans le monde, mais elle peut aussi être un outil puissant pour y remédier pour les mêmes raisons à savoir : sa portée inégalée, la possibilité d'attirer l'attention et d'influencer les comportements. La gamification est une forme de technologie qui représente une nouvelle approche de l'éducation puisqu'elle peut offrir des interactions personnalisées et positives entre les individus et l'information. En s'adaptant de façon dynamique aux comportements et aux réponses des individus au cours du jeu, un outil éducatif gamifié peut enrichir l'engagement et informer la prise de décision dans son ensemble (Baram-Tsabari & Schejter, 2019).

Digital Public Square a examiné l'effet de causalité des réfutations gamifiées sur les idées reçues concernant le vaccin de la COVID-19 sur les principaux résultats, moyennant un essai contrôlé randomisé (ECR) à large échelle. Les réfutations disposent d'un ensemble de preuves substantielles justifiant leur utilisation dans l'objectif de corriger les idées reçues, cependant il a été observé que cela avait peu d'efficacité pour certains sujets qui produisent des réponses émotionnelles négatives (Sharot & Sunstein, 2020 ; Trevors & Ladhani, 2022). Un échantillon représentatif au niveau national de 4071 adultes canadiens a été collecté pour un ECR entre le 8 et le 30 décembre 2022. Ils ont été aléatoirement assignés à l'une des trois conditions suivantes : une intervention gamifiée (le jeu *Know it or Not*), une condition de contrôle active via un blog (une page d'information non gamifiée contenant les mêmes informations que le jeu), ou une condition de contrôle sans information. Nous avons comparé ces trois conditions en fonction de la rétention des connaissances/fausses informations sur les vaccins à la fin du traitement de l'étude, de la confiance en matière de vaccins et de l'intention de se faire vacciner au cours des six prochains mois. Les réponses des participants aux questions sur les connaissances ont été notées 1 s'ils ont répondu correctement, 0 s'ils ont déclaré être « incertains » et -1 s'ils ont répondu incorrectement. Des comparaisons ont été effectuées sur l'ensemble de l'échantillon et parmi les individus qui n'ont pas encore reçu de rappel de COVID-19 (c'est-à-dire deux doses ou moins ; n = 1503 ou 37 % de l'échantillon complet), pour lesquels nous avons supposé que l'intervention aurait le plus d'impact. Les valeurs pour chaque condition et sous-échantillon sont indiquées dans le tableau 1.

Par rapport au blog, et sur la base d'une analyse préliminaire, le contenu identique présenté dans le contexte de la gamification a permis d'améliorer : la connaissance des vaccins (25 % d'amélioration parmi les personnes sans rappel), la confiance dans les vaccins (10 % d'amélioration parmi les personnes sans rappel) et l'intention de se faire vacciner dans les 6 prochains mois (8 % d'amélioration parmi les personnes sans rappel).

COMPRENDRE LES BESOINS ET LES PRIORITÉS DANS LES COMMUNAUTÉS DIVERSIFIÉES

Nous avons constaté un niveau élevé d'engagement avec l'outil *Know it or Not* dans l'ensemble, avec plus de 140 000 expériences interactives avec le jeu ce qui correspond à plus de 1,3 million de questions qui ont reçu une réponse depuis novembre 2021. En tant que plateforme privilégiant le respect de la vie privée, l'outil gamifié ne collecte pas de données permettant d'identifier les personnes, mais les utilisateurs peuvent choisir de partager leurs informations

TABLEAU 1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES VARIABLES CONSTITUANT LES RÉSULTATS DANS LES CONDITIONS EXPÉRIMENTALES.

	Jeu		Blog		Contrôle	
	Total	Sans rappel	Total	Sans rappel	Total	Sans rappel
Savoir[a]	**65 %**	**50 %**	58 %	40 %	24 %	-2 %
Confiance	**72 %**	**53 %**	70 %	48 %	65 %	45 %
Intention de recevoir	75 %	**54 %**	73 %	49 %	66 %	43 %

Note : Les valeurs en gras indiquent la moyenne unique la plus élevée statistiquement, $p < 0{,}05$.
[a]Un éventail de valeurs possibles allant de -100 % à 100 % pour indiquer respectivement la présence de fausses idées ou de connaissances exactes.

démographiques. Selon que les personnes choisissent ou non de s'identifier, il a eu un engagement moindre vis-à-vis de l'outil auprès de certaines communautés affectées de manière disproportionnée par la COVID-19, en particulier les noirs et les peuples autochtones. Ainsi, se rapprocher de ces communautés reste un défi et une priorité clé.

L'hésitation à se faire vacciner et la diversité au sein des groupes méritant l'équité sont des sujets complexes, c'est pour cette raison que nous avons procédé à un échange approfondi sur les aspects qualitatifs avec les membres des communautés autochtones et noires et cela par rapport à leur âge, leur genre, leur sexualité ou leur situation socio-économique, afin de comprendre leurs expériences de la pandémie. Nous avons organisé trois groupes de discussion avec des membres de la communauté noire en juillet et décembre 2022 (n = 27), et mené des entretiens approfondis avec cinq professionnels de la santé et leaders communautaires autochtones en novembre 2022. Les résultats de cette recherche permettent de développer des versions personnalisées de notre plateforme gamifiée destinées à répondre aux besoins d'information des communautés noires et autochtones en matière de santé.

Comme on pouvait s'y attendre, les participants des deux groupes ont indiqué que la principale cause d'hésitation à se faire vacciner au sein de leur communauté était le racisme systémique et la méfiance à l'égard du gouvernement. Ils ont souligné qu'une première étape décisive dans les discussions sur l'hésitation à se faire vacciner contre la COVID-19 est de reconnaître que leur scepticisme à l'égard des systèmes de santé et des initiatives de la santé publique est enraciné dans l'histoire et le prolongement des mauvais traitements qu'ils subissent dans les milieux de soins.

LES RÉSULTATS DE NOS ÉCHANGES AVEC LES LEADERS DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Les personnes autochtones interviewées ont révélé que le vaccin de la COVID-19 présentait également des défis pour leur identité culturelle, ce qu'elles ont dû défendre avec force depuis la colonisation. Par exemple, la promotion du COVID-19 rappelle à certains l'assimilation forcée, et l'exigence d'une carte de statut pour accéder aux soins de santé ce qui signifie que les identités autochtones sont remises en question ou doivent être reconnues par le gouvernement. Le respect de l'environnement est également considéré comme essentiel dans la culture autochtone ; cependant, la médecine occidentale est parfois perçue comme une interférence avec les processus naturels. Les communications sur le vaccin en tant qu'outil de retour à la « normalité » sont perçues par certains comme un désir de revenir à des pratiques qui étaient néfastes pour notre planète et pour leurs communautés. Ainsi, les croyances autochtones fondamentales peuvent souvent être en contradiction avec les messages paternalistes des autorités qui affirment à travers leurs directives et leurs inventions, comme dans le cas du vaccin, qu'il est approprié et nécessaire.

RÉSULTATS DE RECHERCHE DE NOS ÉCHANGES AUPRÈS DES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ NOIRE

Les membres de la communauté noire ont exprimé le besoin d'une plus grande visibilité et reconnaissance des efforts des personnes noires dans leurs réponses vis-à-vis à la pandémie, y compris la participation des scientifiques noirs au développement du vaccin. Reconnaître et saluer le rôle des populations noires dans le domaine des soins de santé contribue à renforcer la confiance et à promouvoir un système de santé plus inclusif. Une autre préoccupation majeure était le besoin de transparence quant à la manière dont les informations et les données personnelles seront utilisées.

À QUOI RESSEMBLE UNE COMMUNICATION EFFICACE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES ?

Nos entretiens avec des professionnels de la santé autochtones ont mis en évidence le fait qu'une communication efficace en matière de santé dans les communautés autochtones nécessite le partage des informations par le biais de sources culturelles de confiance, la transparence des données, une prise de conscience dans la portée des choix et la promotion d'un dialogue ouvert.

Il est essentiel de relier les sources d'information sur la santé à la culture autochtone, ce qui peut être assez simple à mettre en œuvre (par exemple, un praticien de santé autochtone expliquerait comment les vaccins sont fabriqués à partir d'ingrédients naturels). Les efforts conjoints en matière de promotion de la santé doivent tenir compte des traumatismes passés et reconnaître les facteurs de méfiance afin de gagner progressivement la confiance. Il s'agit notamment de clarifier l'objectif de la collecte des données, la propriété des données et le droit des personnes à accéder à ces informations ou à les demander.

En outre, un modèle unique pour répondre à l'hésitation à se faire vacciner au sein de la communauté autochtone est inadéquat, et le niveau de pression sociale auquel les individus peuvent être confrontés lorsqu'ils décident de se faire vacciner est souvent sous-estimé et minimisé. Il est donc essentiel de faire valoir les divers points de vue et de reconnaître les fondements émotionnels de ces décisions. De plus, l'accroche narrative est considéré comme l'approche la plus pertinente

sur le plan culturel du système de connaissances traditionnel autochtone, et offre la possibilité de créer un environnement culturellement sûr en utilisant des supports de communication qui témoignent d'une véritable curiosité à l'égard de la guérison traditionnelle et permettent un échange de connaissances ouvert.

À QUOI RESSEMBLE UNE COMMUNICATION EFFICACE EN MATIÈRE DE SANTÉ POUR LES COMMUNAUTÉS NOIRES ?

Nos consultations ont permis de dégager trois recommandations clés pour promouvoir la santé de manière efficace dans la communauté noire : la reconnaissance du racisme systémique, la représentation des personnes noirs dans les supports de communication et promouvoir une protection plus large de la communauté noire à travers la vaccination.

Les membres de la communauté noire ont indiqué que mettre en évidence le racisme systémique dans les établissements de soins de santé en tant un facteur clé de méfiance à l'égard du vaccin de la COVID-19, est un élément indispensable pour créer un espace où ils se sentent en sécurité afin de faire part de leurs préoccupations et pour demander des conseils en matière de santé. Les personnes interviewées ont également souligné l'importance de la représentation pour créer des relations qui ont du sens. Le fait de montrer des images de clients, de médecins et d'autres professionnels de la santé appartenant à la communauté noire dans le support de communication permet de reconnaître la contribution précieuse des populations noires au processus de développement du vaccin pourrait contribuer à apaiser les craintes. En outre, il est utile de présenter la vaccination comme un moyen de protéger la communauté noire dans son ensemble, mais il faut veiller à ce que l'hésitation à la vaccination ne soit pas présentée comme une forme de préjudice ou de trahison vis-à-vis de la communauté. Dès lors, il est essentiel de créer une conversation pleine de compassion sur le fait de prendre soin des autres tout en respectant l'autonomie corporelle.

DES OUTILS DE SANTÉ NUMÉRIQUES CONÇUS PAR LA COMMUNAUTÉ, POUR LA COMMUNAUTÉ

La mise en pratique de ces enseignements favorise le développement de plateformes d'éducation en ligne qui sont conçues conjointement avec les communautés qu'elles sont censées servir. Les résultats de ces recherches approfondies ont permis d'élaborer le design du produit (l'aspect et le ressenti), le contenu (l'information) et la distribution (la manière dont elles sont partagées) d'outils personnalisés pour chaque communauté respective. Dans le cadre du processus inclusif du développement du produit, il y a eu l'implication de nos partenaires autochtones et de la communauté noire qui ont contribué à une évaluation du contenu et du design de notre outil *Know it or Not* et qui ont sollicité leurs réseaux communautaires respectifs afin de proposer des modifications, tout en conservant les avantages d'une approche gamifiée.

L'outil personnalisé en faveur des communautés autochtones adopte une approche de l'accroche narrative pour discuter des questions et des préoccupations en matière de santé, à travers une représentation visuelle de la culture qui décrit les personnes autochtones et des éléments de la nature. L'information propre à l'outil sera racontée du point de vue de différents membres de la communauté autochtone afin que diverses opinions soient représentées et explorées, tout en mettant l'accent sur la médecine autochtone et en reconnaissant la pression exercée par le choix de se faire vacciner. Les professionnels de la santé autochtones qui ont pris part à notre processus de recherche et nos partenaires autochtones qui ont collaboré avec nous partageront l'outil avec leurs réseaux, servant ainsi de canaux de distribution fiable au sein de la communauté.

L'outil personnalisé en faveur des communautés noires expose les sujets dans un format modulaire exploratoire afin que les utilisateurs puissent choisir ce qu'ils veulent apprendre. Le contenu est centré sur les expériences des personnes noires, notamment en reconnaissant les raisons pour lesquelles les communautés noires peuvent se méfier des vaccins, et comprend des questions ouvertes permettant aux utilisateurs d'exprimer simplement ce qu'ils ressentent. Pour établir la confiance dans l'outil, ce dernier sera distribué par le biais d'organisations/réseaux dirigés par des personnes noires qui bénéficieront mutuellement des données recueillies lors de leur utilisation pour renseigner leurs propres activités de promotion de la santé.

Ainsi, l'expérience de validation d'une approche gamifiée pour lutter contre les fausses informations en matière de santé, associée à un travail collaboratif dirigé par des communautés noires et autochtones pour développer et diffuser des outils personnalisés, ouvre la voie pour faire plus d'impact et d'équité dans la consolidation de la confiance en matière de vaccins au sein des communautés méritant l'équité. Nos produits personnalisés servent à la fois pour promouvoir la santé et d'outils d'analyse des données. Pour les populations autochtones et noires, ils procurent des informations importantes et culturellement sensibles sur les vaccins de la COVID-19. Pour les organisations ou les personnes qui choisissent de diffuser ces outils par le biais de leurs canaux de communication, ils permettent de recueillir des données globales sur les préoccupations de santé de leurs publics, et qui peuvent ensuite servir de base à des stratégies de promotion de la santé à différentes échelles, sans compromettre la confidentialité. Bien que les résultats empiriques de ces outils personnalisés ne soient disponibles qu'en mars 2023, les conclusions de ces travaux

peuvent éclairer les interventions de santé publique visant à se rapprocher des communautés méritant l'équité au Canada pour les nombreuses années à venir.

RÉFÉRENCES

Abadi, D., Arnaldo, I., & Fischer, A. (2021). « Anxious and Angry : Emotional Responses to the COVID-19 Threat ». *Frontiers in psychology, 12*(676116). https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.676116

Baram-Tsabari, A., & Schejter, A. M. (2019). « New media : a double-edged sword in support of Public Engagement with Science ». In *Learning in a networked society* (pp. 79-95). Springer.

Jungmann, S. M., & Witthoft, M. (2020). « Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic : Which factors are related to coronavirus anxiety ? » *Journal of Anxiety Disorders, 73*, Article 102239. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239

Sharot, T., & Sunstein, C. R. (2020). « How people decide what they want to know ». *Nature Human Behaviour, 4*(1), 14-19.

Trevors, G., & Ladhani, F. (2022). « It's Contagious ! Examining Gamified Refutation Texts, Emotions, and Knowledge Retention in a Real-World Public Health Education Campaign ». *Discourse Processes, 59*(5-6), 401-416. https://doi.org/10.1080/0163853X.2022.2085477

ENSEIGNEMENTS À RETENIR SUR LES PROJETS DU FONDS DE PARTENARIAT D'IMMUNISATION (FPI) : CONTRECARRER LA MÉSINFORMATION ET LA DÉSINFORMATION (MIDI) AU NIVEAU DES COMMUNAUTÉS

Megan Annable est analyste des politiques au sein de l'équipe du SPPE. Elle est titulaire d'une maîtrise en politique publique (MPP) de l'École Munk des Affaires internationales et des politiques publiques de l'université de Toronto.

Sarah Bonnell est manager de l'équipe du SPPE. Elle est titulaire d'une maîtrise en santé publique (MScPH) de l'université McGill.

Kelly Ge est analyste junior au sein de l'équipe SPPE. Elle est candidate à la maîtrise en santé publique (MPH), à l'École de santé publique Dalla Lana de l'université de Toronto.

Varsha Palad est analyste junior au sein de l'équipe SPPE. Elle est candidate à la maîtrise en santé publique (MPH), à l'École de santé publique Dalla Lana de l'université de Toronto.

Les auteures de l'article travaillent pour le groupe des politique stratégiques, de la planification et de l'engagement (SPPE) de la division de la confiance dans les vaccins de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et soumettent leur article au nom du fonds de partenariat pour l'immunisation de l'ASPC.

INTRODUCTION

Des taux élevés sur la confiance et l'adhésion aux vaccins à l'échelle nationale sont essentiels pour protéger la santé des Canadiens. Par l'intermédiaire du Fonds de Partenariat d'Immunisation (FPI), le gouvernement du Canada participe à combler l'écart entre les populations chez qui l'adhésion au vaccin est plus faible que d'autres, en leur permettant de faire des choix éclairés en matière de vaccination. Le FPI a cette particularité unique de susciter des changements dans les communautés marginalisées, mal desservies et vulnérables, et cela grâce aux interventions communautaires fondées sur des données probantes et dont la conception permet de favoriser des choix éclairés en matière de vaccination.

Les principaux objectifs des projets du FPI sont le renforcement des capacités des fournisseurs de soins de santé ; appuyer les activités d'éducation, de promotion et de sensibilisation au niveau des communautés ; et renforcer les capacités de communication sur la vaccination en s'appuyant sur des données probantes. Afin de réussir une large couverture, le FPI a eu recours à l'expertise, aux connaissances et au réseau des partenaires traditionnels et non traditionnels de la santé publique œuvrant et représentant des communautés

dans tout le Canada. Depuis 2020, le FPI a fourni plus de 50 millions de dollars de financement à plus de 100 initiatives, dont 14 millions de dollars ont été réservés à la lutte contre la mésinformation et la désinformation (MIDI) liées au vaccin de la COVID-19 (Gouvernement du Canada, 2022). Cet article met en exergue les réalisations des bénéficiaires du FPI pour prévenir et repousser la mésinformation et la désinformation au sein des populations qui relevent de leurs programmes, et cela à travers l'exploration des principales thématiques à savoir la lutte contre « l'infodémie » entourant la COVID-19 et les vaccins, la diversité, la mésinformation et la désinformation (MIDI) relatives aux vaccins et la communication basée sur des données probantes.

REMÉDIER À L'INFODÉMIE

La pandémie de la COVID-19 a contribué à l'augmentation des informations erronées qui se propagent rapidement dans les médias sociaux, érodant ainsi la confiance en matière de vaccins (Gunasekeran et al., 2022). Les plateformes de médias sociaux ont joué un rôle majeur dans la diffusion de fausses informations pendant la pandémie, contribuant à une recrudescence de l'hésitation à l'égard des vaccins ce qui a eu un impact négatif sur la volonté de se faire vacciner (ECDC, 2020). Cependant, les mêmes caractéristiques qui rendent les médias sociaux vulnérables à la mésinformation et la désinformation peuvent être mises à profit pour diffuser des messages de santé publique positifs. Les plateformes en ligne sont un moyen peu coûteux pour diffuser des messages à un large public et qui peuvent être particulièrement utiles en cas de pandémie, lorsque les activités en présentiel sont limitées. En 2021-2022, les projets du FPI ont permis de mettre en œuvre près de 8 000 produits des médias sociaux qui ont pu recueillir plus de 72 millions d'impressions. Cela comprenait des messages des médias sociaux de plateformes populaires telles que Twitter, Facebook et Instagram, ainsi que sur des réseaux sociaux et des applications de messagerie comme WhatsApp et WeChat. Par exemple, le Sickle Cell Awareness Group of Ontario (SCAGO) (2022) a créé un forum WhatsApp pour soutenir les membres de la communauté noire touchés par la drépanocytose, ce qui a donné lieu à plus de 3 000 discussions liées à la COVID-19. Le projet a également permis de conduire quatre sessions moyennant Ask-A-Doc sur WhatsApp où les membres de la communauté pouvaient poser leurs questions et faire part de leurs préoccupations à des professionnels de la santé. SCAGO a ainsi réussi à nouer un dialogue avec la communauté des personnes atteintes de drépanocytose et avec la communauté noire afin de les munir des connaissances nécessaires qui leur permettrons de prendre des décisions éclairées sur les vaccins de la COVID-19.

Les projets du FPI ont également reconnu l'importance de renforcer les capacités des fournisseurs de soins de santé perçus comme des acteurs bien placés pour aborder la question de la mésinformation et la désinformation (MIDI) en matière de vaccin. Une communication culturellement prudente était particulièrement importante pour établir un dialogue avec les diverses communautés. Par exemple, la University Health Network (UHN) (2022) a renforcé la capacité des préposés aux services de soutien à la personne (PSW) pour éduquer leurs pairs et leurs patients sur la vaccination. En se concentrant sur les expériences vécues des populations racialisées, le projet du FPI mené par la UHN a intégré les connaissances scientifiques aux expériences communautaires pour soutenir l'enseignement, l'apprentissage et le développement des préposés aux services de soutien à la personne (PSW).

DIVERSITÉ

Les projets du FPI mettent l'accent sur la diversité en offrant des services et des programmes accessibles, inclusifs et tenant compte des traumatismes liés au vaccin. Les projets financés dans le cadre de ce programme ont démontré que « rencontrer les gens là où ils se trouvent » implique la conception d'un programme accessible, qui traite des inégalités en matière de santé, et qui permet de créer un espace sûr pour poser des questions sans risque de subir des préjugés. Les projets du FPI ont permis de tisser des liens importants en utilisant les modèles de type ambassadeur communautaire et de peer to peer pour transmettre l'information, établir un lien de confiance avec les membres de la communauté et surmonter les obstacles aux services de santé. En mettant en relation des personnes avec des ambassadeurs communautaires partageant la même position sociale, les projets du FPI ont permis d'établir le dialogue et la relation de confiance avec des audiences diversifiées, où les personnes se sentent représentées et se sentent en sécurité dans leur environnement de soin. La diversité est également évidente dans la conception et la mise en œuvre des programmes du FPI qui font appel à des mesures incitatives, à des cliniques ambulantes ainsi qu'à des événements pop-up.

De nombreux projets de la FPI ont démontré que la confiance en matière de vaccination augmente lorsque les individus ont accès à des informations qui tiennent compte des principes d'équité et de sensibilité culturelle. En adaptant les interventions aux différentes communautés via le modèle de programme le plus approprié, fera en sorte que les initiatives émanant de ces projets seront plus durables sur le long terme. La langue est un outil essentiel pour surmonter les obstacles d'accès à l'information afin de prendre des décisions éclairées en matière de santé (Santé Canada, 2001). Par exemple, le Scarborough Centre for Healthy Communities (SCHC) (2022) a tiré parti des nombreuses langues parlées par ses ambassadeurs communautaires pour entrer en contact avec les membres les plus vulnérables de la communauté et de ceux

qui subissent des inégalités en matière de santé. Le SCHC a ainsi réussi à approcher les communautés isolées grâce à la représentation culturelle diversifiée de leur personnel, à réduire l'écart linguistique, et à créer des opportunités d'emploi pour les nouveaux arrivants au Canada.

LA MÉSINFORMATION ET LA DÉSINFORMATION (MIDI) EN MATIÈRE DE VACCINS

La mésinformation et la désinformation (MIDI) est un facteur déterminant de l'hésitation en matière de vaccination au Canada (Rotolo et coll., 2022). La mésinformation et la désinformation en matière de vaccins peut également être spécifique à une communauté et devrait être donc abordé par une approche adaptée sur les plans : éducationnel, promotionnel et de la sensibilisation. Les projets du FPI ont démontré que la construction d'une culture sanitaire et scientifique au sein des communautés est une condition préalable quant à l'acquisition de connaissances en matière de vaccins. A titre d'exemple, Science du North (2023) s'est associée à des communautés autochtones en vue de présenter une exposition et des ateliers dont le thème est la mésinformation sur le virus et cela auprès des communautés des Premières nations du nord de l'Ontario. Le fait de se rendre dans des communautés lointaines a permis de créer un accès équitable en offrant une option culturellement sûre pour accéder aux informations relatives à la COVID-19.

Les données du FPI démontrent que de nombreuses populations qui méritent de recevoir un traitement équitable ont été mal desservies par les efforts majeurs déployés en matière de confiance et d'adhésion à la vaccination au Canada. Les projets financés par le FPI indiquent que les partenariats communautaires diversifiés améliorent la capacité des bénéficiaires à distribuer efficacement le matériel des projets à un large public. En 2021-2022, les récipiendaires du FPI ont identifié plus de 500 projets de partenariats qui ont été formés avec plus de 775 organisations canadiennes à caractère unique. Des projets du FPI ont été menés concurremment avec des programmes communautaires déjà établis afin de répondre à d'autres besoins communautaires importants, comme l'insécurité alimentaire et l'insécurité du logement. Ces approches globales et intersectorielles tenaient compte des multiples priorités qui entrent en concurrence avec la prise de décisions relatives aux vaccins. Par exemple, la fondation du Dr. Peter AIDS (2021) a pris en charge une série de petits projets communautaires à caractère unique et cela grâce à une structure de financement par micro-contribution peu contraignante. Parmi les exemples d'initiatives financées par le centre du Dr. Peter, nous citerons les cliniques de vaccination ambulantes et communautaires, les stratégies de sensibilisation dirigées par les pairs et les stratégies de communication innovantes pour lutter contre l'hésitation vaccinale.

COMMUNICATION FONDÉE SUR DES DONNÉES FACTUELLES

Les projets du FPI ont utilisé la méthode de prise de décision fondée sur des preuves (PDFDP) pour élaborer des stratégies de communication publique. La PDFDP est le processus qui consiste à extraire et à diffuser les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et des expériences, et d'utiliser ces données pour éclairer et améliorer les politiques et les pratiques de santé publique (PHAC, 2014). Les projets du FPI ont réussi à la fois à faire progresser et à élaborer de nouvelles données probantes sur la confiance accordée aux vaccins pour diverses communautés au Canada. Par exemple, ScienceUpFirst (2022), une initiative de l'Association canadienne des centres de sciences, a mis au point une plateforme unique en son genre pour démystifier la désinformation. S'appuyant sur un vaste réseau de scientifiques, de chercheurs, de communicateurs scientifiques et de partenaires communautaires, ScienceUpFirst a conçu un contenu attrayant, fondé sur des données probantes, qui offre aux Canadiens les outils dont ils ont besoin pour distinguer les informations sensées de celles qui ne le sont pas, ce qui se traduit par de meilleurs résultats pour la santé. Grâce à des partenariats avec les communautés autochtones, sud-asiatiques et noires, ScienceUpFirst s'attaque à la mésinformation et la désinformation (MIDI) spécifiques à certaines communautés en créant des documents linguistiquement diversifiés et culturellement pertinents.

Les projets du FPI ont fait preuve de créativité dans leurs méthodes de « pré-bunking » en matière de mésinformation et désinformation (MIDI) lié aux vaccins en octroyant aux communautés les outils nécessaires pour repérer et prévenir la propagation de la mésinformation et la désinformation. Le « pré-bunking » consiste à fournir aux individus des informations fondées sur des données probantes afin de renforcer leur résistance et réduire leur susceptibilité à adhérer à la mésinformation et la désinformation (Dubé et al., 2022). L'innovation numérique a permis de fournir du matériel promotionnel sur la santé à travers des moyens abordables, souples et attrayants. Par exemple, Digital Public Square (DPS) (2022) a mis au point une plateforme à la fois éducative et ludique qui traite de la COVID-19, où les joueurs peuvent distinguer les informations factuelles de la mésinformation et désinformation en matière de la COVID-19 et cela grâce à un jeu interactif à glissement. Leur plateforme rejette la mésinformation et désinformation en procurant des informations fondées sur des preuves tout en s'adaptant au niveau de confiance qu'a l'individu par rapport au vaccin de la COVID-19. Le DPS évalue les tableaux de bord qui affichent quotidiennement presque 5 000 liens mettant en évidence plus de 30 récits de désinformation sur une plateforme de question qui corrige les idées reçues des utilisateurs. L'outil a permis de déjouer les récits de mésinformation nuisibles et a fourni aux personnes favorables à la vaccination des informations qu'elles peuvent promouvoir et faire circuler.

CONCLUSION : LES ENSEIGNEMENTS ET LES MEILLEURES PRATIQUES

Les initiatives soutenues par le FPI ont permis de lutter contre le la mésinformation et désinformation en allant au-delà du rôle traditionnel de la promotion de la santé pour traiter les entraves à la vaccination dans diverses communautés au Canada. Les meilleures pratiques et les leçons apprises par le FPI pour accroître l'équité en matière de vaccination comprennent ce qui suit :

- **APPROCHES FIABLES ET PERSONNALISÉES :** Les projets du FPI ont permis d'établir et d'exploiter les relations de confiance au sein des communautés mal desservies. Les approches personnalisées ont permis d'aller à la rencontre des gens « là où ils se trouvent » et les divers supports de programme ont été élaborés en fonction de la communauté.

- **SOUTENIR L'INNOVATION :** les projets du FPI ont permis d'innover et de créer des programmes diversifiés pour répondre aux besoins spécifiques des communautés en matière de mésinformation et désinformation. Les données de mesure des performances du FPI confirment que les produits de médias sociaux adaptés à la communauté ont été une méthode efficace de partager de manière rapide et étendue des informations probantes sur la COVID-19. Les projets du FPI ont également permis de contrer la mésinformation et la désinformation lié aux vaccins en dotant les communautés des outils nécessaires pour repérer et empêcher la propagation de la mésinformation et la désinformation grâce au « pré-bunking » et à d'autres méthodes de communication fondées sur des données probantes.

L'appel à propositions du FPI relatif à la pandémie a été sursouscrit, ce qui démontre un intérêt accru pour les partenaires non traditionnels qui proposent des programmes dans le domaine de la vaccination. Comme le prouvent les données du FPI, ces partenaires sont essentiels pour repousser la mésinformation et la désinformation liées à la vaccination au Canada, étant donné leurs relations de confiance avec diverses communautés.

RÉFÉRENCES

« Canadian Best Practices Portal–CBPP ». Canadian Best Practices Portal (CBPP) Evidence Informed Decision Making Information and Tools Comments. Public Health Agency of Canada (PHAC), October 7, 2014. https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/resources/evidence-informed-decision-making-information-and-tools/.

« Collaborate Advocacy & Partnered Education (CAPE) », The Institute for Education Research : University Health Network. 2022. https://www.capelearning.ca/

« Community of Practice Programs : COVID-19 Vaccine Community of Practice », Dr. Peter AIDS Foundation. 2021. https://www.drpeter.org/community-of-practice-programs/

Dubé, Ève, Fabienne Labbé, Benjamin Malo, and Catherine Pelletier. « Public Health Communication during the COVID-19 Pandemic : Perspectives of Communication Specialists, Healthcare Professionals, and Community Members in Quebec, Canada ». *Canadian Journal of Public Health 113*, no. S1 (2022) : 24–33. https://doi.org/10.17269/s41997-022-00697-7.

Gunasekeran, Dinesh Visva, Alton Chew, Eeshwar K. Chandrasekar, Priyanka Rajendram, Vasundhara Kandarpa, Mallika Rajendram, Audrey Chia, Helen Smith, and Choon Kit Leong. « The Impact and Applications of Social Media Platforms for Public Health Responses Before and During the COVID-19 Pandemic : Systematic Literature Review ». *Journal of Medical Internet Research 24*, no. 4 (2022) : e33680. doi :10.2196/33680

Health Canada. Language barriers in access to health care/prepared by Sarah Bowen for Health Canada. Ottawa—Ontario (2001). https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-accessibility/language-barriers.html#a3_5_4.

« Immunization Partnership Fund ». Government of Canada, November 15, 2022. https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccine-priorities/immunization-partnership-fund.html.

« *Know it or Not* : Vaccine misinformation spreads faster than a virus ». Digital Public Square, 2022. https://spark.knowitornot.com/.

« Northern Initiatives » *Science North*, 2023. https://www.science-north.ca/northern-initiatives.

« Questions and Answers on the Vaccine Study—Sickle Cell Awareness Group of Ontario. » Sickle Cell Awareness Group of Ontario, October 4, 2022. https://sicklecellanemia.ca/questions-and-answers-on-the-vaccine-study.

Rotolo, Bobbi, Eve Dubé, Maryline Vivion, Shannon E. MacDonald, and Samantha B. Meyer. « Hesitancy towards COVID-19 vaccines on social media in Canada ». *Vaccine* 40, no. 19 (2022) : 2790-2796. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.03.024.

« Shareable Content—ScienceUpFirst : An initiative of CASC », ScienceUpFirst, Canadian Association of Science Centres (CASC), 2022. https://www.scienceupfirst.com/share/.

« Systematic Scoping Review on Social Media Monitoring Methods and Interventions Relating to Vaccine Hesitancy ». European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), March 9, 2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/systematic-scoping-review-social-media-monitoring-methods-and-interventions.

« Vaccine Community Engagement Project—SCHC », Scarborough Centre for Healthy Communities (SCHC). 2022. https://schcontario.ca/programs/community-partner-initiatives/vaccine-community-engagement-project/.

LA DÉFINITION D'UN MYTHE—LES PERSONNES NOIRES ET LA COVID-19

En tant que canadienne avec des origines caraïbéennes et fière de l'être, **Lydia-Joi Marshall** œuvre pour faire entendre sa voix afin de représenter sa lignée et sa communauté de manière positive sur toutes les plateformes. Lydia-Joi est titulaire d'une maîtrise en sciences (Msc.) en génétique humaine de la prestigieuse université Howard. En tant que présidente du conseil d'administration de la Black Health Alliance, une organisation à but non lucratif, elle a œuvré à mobiliser les dirigeants pour promouvoir la sensibilisation en matière de santé et de défense des intérêts des patients au sein de la communauté. Leurs missions est de réduire les disparités raciales en matière de santé et de promouvoir la santé et le bien-être des membres des diverses communautés noires du Canada, en mettant l'accent sur les grands déterminants de la santé, y compris le racisme. Ce message transparaît dans son action publique, notamment lors de la conférence Tedx qu'elle a donné sur les conséquences du fait d'être noir au Canada. Mme Marshall travaille également avec le Health Commons Solutions lab, qui se concentre sur des solutions équitables afin d'améliorer le bien-être de la population, notamment en soutenant les communautés marginalisées pendant la pandémie actuelle.

La mythologie peut être définie comme un outil utilisé pour préserver les croyances culturelles, divertir ou avertir. Elles peuvent être ancrées dans l'expérience vécue ou être une expression créative de diverses formes de connaissances. Pendant la pandémie COVID-19, nous avons assisté à une revitalisation des récits mythiques à un niveau herculéen, à la fois en raison de l'impact mondial inhérent de la COVID-19, et de notre capacité à partager virtuellement et en temps réel nos opinions et nos expériences sur ce qui se passait. Il en est ressorti divers récits sur la façon dont nous accédons aux interventions médicales, les définissons et les relions à la communauté. Malheureusement, au cours de la pandémie, de nombreuses valeurs liées aux soins de santé, en particulier celles des communautés noires, ont été présentées comme étant mal informées, ce qui a conduit à une polarisation entre la médecine émergente et les valeurs traditionnelles. Au lieu de rejeter ces connaissances comme de la mythologie, nous pouvons nous efforcer d'apprendre à utiliser nos divers outils médicaux pour reconstruire un système durable pour tous.

MYTHE 1 – LES SOINS DE SANTÉ UNIVERSELS SIGNIFIENT DES SOINS ÉQUITABLES

Le Canada se targue souvent d'avoir un système équitable grâce aux soins de santé universels, simplement parce qu'ils sont offerts à tous. Les aspects mythiques de cette affirmation sont apparus très clairement lorsque, presque immédiatement, des disparités sont apparues entre les personnes infectées par la COVID-19 et celles qui avaient accès aux soins. Cela a été illustré lorsque nos cris de « nous sommes tous dans le même bateau » n'ont pas été reflétés par la dissonance observée lorsque certains ont posté des TikToks sur le fait de devenir des boulangers experts en quarantaine à la maison, alors que d'autres travaillaient toujours en première ligne avec un équipement de protection individuelle inadéquat.

Les dirigeants de groupes marginalisés par la race, comme

les diverses communautés noires, ont demandé la collecte systématique de statistiques sur ces disparités. Il s'agit à la fois d'obtenir des ressources supplémentaires pour soutenir ceux qui sont touchés de manière disproportionnée, mais aussi de rendre publiques les lacunes déjà connues dans l'ensemble des besoins en soins chroniques et aigus. Les autorités sanitaires étaient réticentes à utiliser des ressources pour collecter ces données, car selon leur expérience, notre système « post-racial » ne bénéficierait pas de ces informations. Lorsque ces données ont finalement été examinées, on a constaté une tendance inquiétante d'impact disproportionné. Dans des villes comme Toronto, 21 % des cas de COVID-19 concernaient des personnes noires, qui ne représentent pourtant que 9 % de la population totale[1]. Pire encore, dans les régions de faible niveau socio-économique, les Noirs étaient 3,5 fois plus susceptibles de mourir de la maladie que leurs homologues de diverses origines ethniques[2].

La raison de ces tendances est multifactorielle et prend racine dans les déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci comprennent le sentiment d'appartenance à la communauté au sens large, les relations avec les instances dirigeantes et le racisme anti-Noir systémique qui s'est manifesté par des différences générationnelles dans l'accès aux services publics et aux opportunités privées.

Par exemple, il est devenu évident que les transports publics étaient une source de risque accru de transmission de la COVID-19. Alors que les zones desservant une majorité diversifiée ont souvent tendance à avoir des services plus fréquents, ce qui se traduit par des trajets moins encombrés, de nombreuses géographies desservant des communautés denses de Noirs ont des services moins réguliers et une planification divergente des pics d'utilisation. Les possibilités de contact et de propagation sont donc plus nombreuses. Cela était vrai même lorsque le statut économique était pris en compte. Le simple fait de donner à tous les citoyens la possibilité d'accéder aux soins de santé ne supprime pas les obstacles à la pleine participation à ces soins, en particulier pour les groupes qui ont été délibérément exclus du système. Cela peut en fait contribuer à creuser les écarts entre les personnes infectées et la façon dont elles se rétablissent d'infections aiguës telles que la COVID-19.

MYTHE 2 – LA BONNE SANTÉ EST UN CONCEPT UNIVERSEL UNIFORME.

En tant que société, nous sommes depuis longtemps curieux de savoir comment notre corps fonctionne et comment l'optimiser. Certaines de ces explorations ont été consignées dans des livres de médecine, d'autres ont été transmises oralement, selon la société et la façon dont elle enregistre les connaissances. Il peut s'agir d'aliments et d'herbes connus pour soulager des maux mineurs, ou de médicaments ou d'opérations chirurgicales pour répondre à des besoins plus importants. Par exemple, de nombreuses familles ont des thés éprouvés qui sont administrés pour soulager les problèmes gastro-intestinaux, les maladies infectieuses ou le rééquilibrage hormonal. Ces tisanes répondent à un besoin à la fois par leur pratique familière et par des ingrédients actifs qui peuvent contribuer à équilibrer notre symbiose biologique.

Au début de la pandémie, les dirigeants, et c'est louable, se sont concentrés sur la mobilisation des ressources afin de garantir la santé de la majorité mondiale, une tâche de la taille d'Imhotep dans un paysage médical mouvant. Cela signifiait souvent qu'il fallait choisir un récit sur sur la santé et élaborer les pratiques pour y parvenir. Qu'ont ressenti les personnes dont le point de vue n'avait pas été pris en compte dans le plan d'urgence universel ? Pour beaucoup, cela a été ressenti comme un effacement de leur voix dans la conversation publique sur la santé. Un renforcement que leurs cultures n'étaient pas valorisées et qu'ils seraient forcés de se plier à un système qui les avait historiquement marginalisés.

En réponse aux statistiques alarmantes montrant les taux de COVID-19 dans les communautés noires, nous avons commencé à voir des gros titres sur l'hésitation et des plans stratégiques sur la façon de « défaire la mythologie « chez ces personnes. Les cours sur l'équité et l'inclusion ont été mis en congé sabbatique, alors que nous abordions systématiquement les communautés noires uniques comme un monolithe, et que nous les étudions et faisions des rapports sur elles comme une entité à influencer.

Le débat ne portait plus sur la science et la sécurité mais devenait une compétition pour savoir quelle voix était la norme acceptable, tandis que les profanes habituels étaient réduits au silence.

Travaillant sur les lignes de front, il est devenu évident que la plupart des gens se souciaient profondément de leur santé et de leur sécurité. Si la conversation s'est divisée, c'est parce que nous n'étions pas d'accord sur la signification de ces termes. Le résultat a été une augmentation de la méfiance, non pas à l'égard de la médecine moderne, mais à l'égard des personnes qui exercent le pouvoir sur la manière de l'utiliser.

MYTHE 3 – NOUS VOULONS TOUS « REVENIR À LA NORMALE ».

Les communautés noires se sont souvent senties exclues des discussions plus larges sur les soins de santé. Cette exclusion prend la forme d'un mauvais traitement systémique qui se manifeste ouvertement par des préjugés à l'entrée même des institutions. Il ne s'agit pas seulement des essais cliniques désormais bien répertoriés sur les populations noires, mais plutôt des suppositions quotidiennes sur la capacité à comprendre et à s'engager dans des pratiques de bien-être, et des microagressions qui en découlent. Ce sentiment collectif

d'être ostracisé a été exacerbé pendant la pandémie, lorsque les soins de santé publique se sont souvent concentrés sur les Noirs. Les données montraient que des interventions visant à soutenir les groupes démographiques les plus durement touchés étaient nécessaires, mais la façon dont ces stratégies étaient présentées renforçait souvent le sentiment d'être encore plus stigmatisé. De nombreux autres groupes avaient des questions sur les soins et les vaccinations contre la COVID, mais où étaient leurs campagnes ou leurs messages adaptés ? Au lieu de cela, les titres des médias présentaient les diverses communautés noires comme un monolithe qui prenait les mêmes décisions en matière de santé.

De plus, les fondements de la santé de la diaspora africaine sont rarement inclus dans les conversations sur les soins de santé holistiques, même lorsqu'il s'agit de naturopathie ou de services complémentaires. Par exemple, si vous informez votre médecin de soins primaires que vous suivez également une pratique ayurvédique de soins de santé, cela est généralement compris, mais si quelqu'un dit qu'il suit un mode de vie ital, la ligne de questions qui s'ensuit est souvent longue.

Cette expérience rend souvent les membres des communautés marginalisées réticents à partager leurs pratiques et leurs points de vue, ils ont l'impression d'être jugés d'une manière qui pourrait avoir un impact sur la nature de leurs soins. Bien qu'ils fassent légalement partie de ce système de soins de santé universel, de nombreux Canadiens noirs font depuis longtemps partie d'un système parallèle, car ils ont le sentiment qu'un engagement total n'est pas dans leur intérêt. La participation aux campagnes de santé publique, à la recherche et même aux soins de routine a longtemps été très différente, mais avant la pandémie, peu y prêtaient attention.

Cela a un impact sur les résultats de santé de nombreuses personnes et crée des obstacles à l'accès aux soins, tant sur le plan matériel que psychosocial. Si cette situation était normale, il n'y aurait aucun désir d'y revenir.

LES LEÇONS POUR L'AVENIR

Quel est donc l'objectif de la reconstruction dans l'ère qui suit l'apparition de la COVID-19 ? Nous avons appris notre incroyable résilience, notre capacité d'adaptation et notre compassion dans des circonstances qui étaient nouvelles pour toute une génération de personnes. L'ingéniosité qui a émergé et les progrès de la technologie médicale ont été une personnification étonnante de l'expression « survie du plus fort ».

Ces progrès doivent se poursuivre.

Tout en abordant la crise sanitaire émergente, nous avons appris comment la collecte de données désagrégées nous permet d'avoir une meilleure idée de ceux que nous servons et, surtout, des personnes qui ne le sont pas. Souvent, la solution pour remédier aux inégalités constatées consiste à éduquer davantage le groupe marginalisé, en partant du principe que si nous recevons tous les mêmes informations, nous les valoriserons et les interpréterons de la même manière. Cela n'a jamais été vrai pour aucune philosophie, théorie ou pratique. Au lieu de cela, ne rejetons pas nos diverses épistémologies de la santé comme de la mythologie et de la désinformation, mais utilisons-les comme point de départ pour nous comprendre les uns les autres et voir quelles intersections nous pouvons trouver pour parvenir à une société saine. Une éducation réciproque au bien-être est nécessaire.

Nous avons trouvé de la fierté dans la promotion de notre diversité en tant que société et dans la création d'espaces sûrs pour l'expression individuelle, mais la diversité n'existe pas seulement dans la nourriture que nous mangeons ou dans le spectre d'expression de la mélanine, elle se trouve aussi dans notre noyau individuel de systèmes de croyance autour du maintien de la santé. Il est possible d'améliorer un système de soins de santé qui s'efforce de faire de la place pour des conversations variées sur la guérison, tout en maximisant les incroyables progrès cliniques que nous faisons en tant que collectif pour maintenir cela.

RÉFÉRENCES

1. J. Cheung, « Black people and other people of colour make up 83 % of reported COVID-19 cases in Toronto », CBC News, 30 juil. 2020.

2. S. Gupta et N. Aitken, « COVID-19 mortality among racialized populations in Canada and its association with income », StatCan, 30 août 2022.

ÇA VAUT LE COUP D'ESSAYER : COMBATTRE LA DÉSINFORMATION SUR LES VACCINS DANS LES COMMUNAUTÉS MARGINALISÉES D'EDMONTON

Lisa Jane de Gara est gestionnaire à Action for Healthy Communities, un organisme à but non lucratif financé par le gouvernement fédéral qui soutient les immigrants et les réfugiés en Alberta. En 2021 et 2022, dans le cadre de l'Edmonton COVID-19 Rapid Response Collaborative, elle a dirigé des événements de vaccination, soutenant environ 1 000 personnes vulnérables à obtenir leurs vaccins contre la COVID-19 à Edmonton.

« Vous pensez que c'est une bonne idée de le faire ? La piqûre ? » C'était une chaude journée de la fin août 2021. Notre équipe avait investi le parking d'une église sur l'avenue Alberta à Edmonton. Nous avions deux choses à offrir : des hot-dogs gratuits et des vaccins contre la COVID-19. Les vaccins étaient livrés à partir d'une camionnette Sprinter modifiée, sans rendez-vous : un accès sans friction, à même la rue. Il n'était pas nécessaire de se faire vacciner pour manger un hot-dog, mais la proximité était voulue. Le monsieur qui m'a abordé avait déjà mangé deux hot-dogs.

« Le vaccin—mon cousin a dit que ça allait me tuer. Il ne va pas me tuer, n'est-ce pas ? »

« Oui, je pense que vous devriez vous faire vacciner », lui ai-je dit. « Non, ça ne va pas vous tuer. » Il a réfléchi, puis s'est dirigé vers le van et a remonté sa manche. Première dose. Je l'ai vu prendre au moins trois autres hot-dogs avant de partir.

M. Hot Dog a assisté à l'une des nombreuses cliniques que nous avons organisées à travers Edmonton : dans des stationnements, des écoles, des centres commerciaux, des ligues communautaires et des organismes culturels. Nos projets de vaccination, financés une première fois de mai à décembre 2021, puis une seconde fois en mai et juin 2022, étaient particulièrement axés sur les immigrants et les réfugiés, ainsi que sur les Autochtones vivant en milieu urbain—des groupes statistiquement moins susceptibles d'être vaccinés[1,2].

Tout au long de notre travail, la désinformation a jeté une longue ombre. La désinformation représente un terrible défi pour les institutions publiques : elle est difficile à suivre et plus difficile encore à prévenir. Les membres de la communauté nous ont dit, à voix basse ou par l'intermédiaire d'interprètes, que la COVID-19 pouvait être prévenue par de l'ail, les lumières infrarouges, les douches chaudes ou la prière. Ils ont entendu de source sûre, par des amis, l'église ou WhatsApp, que le vaccin était beaucoup plus dangereux que la COVID-19 elle-même.

Malgré tout, nous avons pu encourager les gens à se faire vacciner, partout, de quelque manière que ce soit, à chaque fois que nous le pouvions.

Au cours de ces dernières années de promotion des vaccins à l'échelle locale, mon équipe et moi-même avons eu la chance de tirer plusieurs leçons essentielles :

LEÇON 1 : LA DÉSINFORMATION N'EST PAS UN MANQUE D'INFORMATION

De nombreuses stratégies de désinformation soutenues par le [financement] public présument que les croyances non

scientifiques ou néfastes sont le résultat d'un *manque* d'information—que si seulement suffisamment de personnes connaissaient le taux d'efficacité (élevé) ou le taux de complications (très faible), elles prendraient la décision *raisonnable* de se faire vacciner.

Dans ce modèle de « manque d'information », la solution à la désinformation met l'accent sur la répétition d'informations fonctionnelles, la vérification des faits et autres vérités concrètes[3]. Un exemple de cette stratégie serait un panneau d'affichage disant : « En fait, les vaccins sont sûrs et efficaces. » Bien que bien intentionnée, cette approche contre la désinformation est naïve. Elle néglige les émotions qui permettent à la désinformation de prendre racine en premier lieu.

LEÇON 2 : LES COMMUNAUTÉS NE REÇOIVENT PAS TOUTES LA MÊME DÉSINFORMATION

De nombreuses communautés immigrantes et réfugiées n'interagissent pas avec les médias anglophones, ce qui signifie qu'elles sont influencées par une désinformation différente de celle de leurs pairs anglophones. Si la santé publique canadienne a réfuté la désinformation américaine (hydroxychloroquine, et plus tard, ivermectine), la désinformation internationale a rarement été abordée.

Envisagez une conspiration—après tout, la désinformation axée sur les vaccins est l'un des principaux facteurs d'hésitation à se faire vacciner. Un rapport publié dans Nature en 2022 notait que 57 % des personnes interrogées avaient été exposées à des « informations conspirationnistes erronées telles que les vaccins contre la COVID-19 sont nocifs et dangereux »[4]. Certaines de ces conspirations sont entrées dans la conscience populaire—le prétendu lien des vaccins contre la COVID-19 avec la 5G, les puces électroniques, Bill Gates[5].

Au-delà de ces exemples « typiques », certaines désinformations ciblent des groupes spécifiques. Par exemple, une rumeur persistante prétendait que les vaccins contre la COVID-19 étaient fabriqués à partir de sang de porc ou de cellules souches de porc, ce qui rendraient leur consommation haram pour les musulmans[6,7] ; de la part des chrétiens orthodoxes, on a entendu dire que le vaccin était la marque biblique de la Bête, un marqueur d'allégeance au Diable à la fin du monde[8].

Malheureusement, ces flux internationaux de désinformation ont rarement été abordés au niveau national. Pas une seule fois je n'ai entendu un fonctionnaire canadien identifier la stérilisation forcée de migrants éthiopiens avec du Depo-Provera en Israël en 2013 comme une source potentielle de doute sur la vaccination[9]. (J'ai entendu cela de la part de clients deux ou trois fois par semaine, notamment parce qu'Israël était le leader mondial en matière d'adoption de vaccins, et que des récits antisémites concomitants sur la vaccination étaient largement propagés). Jamais je n'ai entendu parler de l'utilisation par la Russie de la désinformation sur les vaccins comme arme de guerre depuis au moins l'invasion de la Crimée en 2014[10] ; les clients parlaient souvent de leurs craintes de la vaccination avec des formules reprises intégralement de cette propagande.

La désinformation vaccinale parrainée par les États est une réalité contemporaine, et nombre d'entre elles ciblent intentionnellement les pays en développement[11]. Les autorités canadiennes ne peuvent pas lutter uniquement contre la désinformation de langue anglaise ou occidentale.

LEÇON 3 : LES EFFETS SECONDAIRES RÉPERTORIÉS NE SONT PAS CEUX QUE CRAIGNENT LES CLIENTS

Au fur et à mesure que la pandémie progressait, il est devenu évident que les « effets secondaires des vaccins » avaient une signification différente pour la santé publique que pour le grand public. Lorsqu'un responsable de la santé publique décrit les effets secondaires associés aux vaccinations, il s'agit généralement d'effets bénins et attendus (faible fièvre, bras douloureux) ou inhabituels mais documentés (inflammation cardiaque, caillots sanguins d'AstraZeneca).

En revanche, les clients nous ont révélé que leurs préoccupations concernant les vaccins étaient beaucoup plus conceptuelles—ils craignaient des effets secondaires qui apparaîtraient des années, voire des décennies plus tard. Une conspiration commune qui s'est largement répandue sur Facebook affirmait que le vaccin contre la COVID-19 avait fait l'objet d'un examen aussi peu rigoureux que la thalidomide[12]. (Après avoir refusé un vaccin, un client m'a dit avec une profonde tristesse qu'il était trop tard pour moi : « Vos bébés vont naître avec des branchies ».)

Si les clients craignent des anomalies fœtales, ils ne seront pas rassurés lorsque le gouvernement mentionne le risque de maux légers. Il incombe à la santé publique de comprendre, de répondre et de réfuter spécifiquement les craintes de ses clients, surtout lorsqu'elles ne sont pas fondées.

LEÇON 4 : LE CHANGEMENT EST DIFFICILE À JUSTIFIER

Pour les communautés dont les connaissances scientifiques sont limitées, les changements de politique sont souvent compris comme des *mensonges* antérieurs. Ceci est basé sur la croyance erronée que le gouvernement ou l'agence publique a toujours su toutes les informations—que les revirements, les

changements ou les modifications sont destinés à tromper, et non qu'elles soient basés sur des informations changeantes.

Par exemple, le passage d'une série de deux vaccins à une série de trois (et maintenant de quatre) rappels a été interprété par de nombreuses communautés comme une preuve d'irrégularité médicale, c'est-à-dire que la série de deux vaccins était un « truc », un prélude inévitable à de plus en plus de vaccins. Encourager le grand public méfiant à « faire confiance à la science » est un effort herculéen ; expliquer que la science n'est pas une liste fixe de règles est encore plus difficile. Ce défi a peut-être été le mieux illustré par le faible taux d'acceptation des enfants de moins de 12 ans, une fois le vaccin disponible.

Une mère m'a dit : « Mlle Lisa, si les enfants avaient besoin du vaccin, vous l'auriez préparé pour nous dès le début. Vous vous en seriez assurée. » Imaginez être la personne qui doit expliquer les essais cliniques différenciés selon l'âge et les normes de test, dans une salle communautaire bondée, dans la troisième ou quatrième langue du client !

LEÇON 5 : LES AGENTS DE VACCINATION DE LA BASE *SERONT* LA CIBLE DE HARCÈLEMENT

Notre équipe a été confrontée à un vitriol important de la part des anti-vaxx. Des affiches ont été dégradées ; les publications en ligne ont été envahis par des commentateurs anti-vaccins menaçant tout, du meurtre à la guerre civile. (Mon non-sequitur préféré : J'ai envoyé par courriel une invitation à une clinique de vaccination ; un client a répondu que « VOUS POUVEZ LE BOIRE T-B-RN-K »).

Dans les moments plus sombres, les commentaires semblaient plus menaçants. Certains commentaires évoquaient le code de Nuremberg de la Seconde Guerre mondiale[13], affirmant que les vaccins contre la COVID-19 étaient comparables aux expériences nazies—et que ceux qui faisaient la promotion des vaccins seraient jugés et pendus comme des officiers nazis.

Un homme a téléphoné notre clinique, a traité la réceptionniste d'une insulte homophobe et a menacé de nous faire « répondre de nos crimes contre l'humanité ». Dans sa menace, il a emprunté le langage du Children's Health Defense Fund[14], un site web anti-vaccins notoire. Peut-être inspiré par ces propos, une manifestante s'est présenté à notre bureau et a crié que nous « menions des expériences médicales illégales sur des enfants ». J'ai dû la menacer d'appeler le 911 pour qu'elle parte.

Malgré cela, l'esprit de l'équipe était irrépressible. Nous nous sommes regroupés, nous avons envoyé des promoteurs par groupe de deux, nous avons cherché des sorties, nous avons appris qui était réticent et qui était volatile.

J'ai rappelé à mon équipe d'ignorer les commentaires. Je leur ai rappelé que leur travail était précieux et qu'il permettait de sauver des vies.

LEÇON 6 : LA NOURRITURE GRATUITE NE GUÉRIRA PAS TOUS LES IMPACTS DE LA DÉSINFORMATION, MAIS CELA VAUT CERTAINEMENT LE COUP

En juin 2022, nous avons organisé un événement dans une école fréquentée par les nouveaux arrivants, dont de nombreux réfugiés. Nous avons couvert notre espace d'accueil de chocolats, de bonbons et de chips du Moyen-Orient, triés sur le volet par un membre de notre équipe, lui-même réfugié syrien. Une famille présente a reçu ses premières doses : la mère, le père et les trois enfants.

Je leur ai demandé : « Pourquoi avez-vous choisi de vous faire vacciner aujourd'hui ? Pourquoi pas avant ? »

La mère a fait une pause et a mis un chocolat dans sa bouche. Elle m'a dit : « Vous êtes là, vous êtes sympa. L'infirmière parle ma langue. Et vous donnez à manger ».

Malgré tout le travail effectué par notre équipe pour dissiper les mythes, traduire les documents et fournir des explications, une technique a fait passer plus de doses dans les bras que tout le reste : un repas gratuit, une discussion rapide et un sourire. Comment peut-on avoir peur quand on rompt le pain ?

RÉFÉRENCES

1. J. Smylie et al., « Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis Peoples living in Toronto and London, Ontario » (2022), DOI : https://doi.org/10.1503/cmaj.212147

2. https://www.ices.on.ca/~/media/Files/COVID-19/ICES-Report-COVID-19-Vaccine-coverage-by-neighbourhood-Arisk-among-immigrants.ashx?la=en-CA

3. Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail, CCHST : Vérification des faits relativement à l'information sur la COVID-19 (2022).

4. S.K. Lee et al., « Misinformation of COVID-19 vaccines and vaccine hesitancy » (2022), DOI https://doi.org/10.1038/s41598-022-17430-6

5. J. Agley and Y. Xiao, « Misinformation about COVID-19 : evidence for differential latent profiles and a strong association with trust in science » (2021), DOI : 10.1186/s12889-020-10103-x

6. Y. Mardian et al., Sharia (Islamic Law) Perspectives of COVID-19 Vaccines (2021), DOI : 10.3389/fitd.2021.788188

7. A. Feizollah et al., « Understanding COVID-19 Halal Vaccination Discourse on Facebook and Twitter Using Aspect-Based Sentiment Analysis and Text Emotion Analysis » (2022), DOI : 10.3390/ijerph19106269

8. E. Dwoskin, « On social media, vaccine misinformation mixes with extreme faith », *Washington Post*, 16 Fev. 2021.

9. P. Greenwood, « Ethiopian women in Israel 'given contraceptive without consent », *The Guardian*, 28 Feb. 2013.

10. K. Yan et al., « Russian Troll Vaccine Misinformation Dissemination on Twitter : The Role of Political Partisanship » (2022), DOI : 10.1080/10410236.2021.2021692

11. V. Gowda, « State-Sponsored COVID Vaccine Disinformation : A New Front in Geopolitical Conflict », *Harvard Law : Bill of Health*, 10 Mar. 2021.

12. B. Dupuy, « Vaccine testing falsely equated with thalidomide development decades ago » AP News, 4 Dec. 2020.

13. N. Bogart, « No, COVID-19 vaccines do not violate the Nuremberg Code » CTV News, 7 Sept. 2021.

14. M. Holland, « Mary Holland : Those Who Violated Nuremberg Code Must Be Prosecuted for Crimes Against Humanity », *The Defender* (2022).

ADHÉSION ET HÉSITATION À L'ÉGARD DU VACCIN DE RAPPEL AU CANADA : DE FÉVRIER À OCTOBRE 2022

Paul Holley est Directeur de recherche à L'Association d'études canadiennes et l'institut Métropolis (AEC-Metropolis). Ses recherches actuelles portent sur l'élaboration d'un indice pour le logement durable au Nunavut, sur les déterminants sociaux de la santé (mentale) et sur les initiatives de lutte contre le racisme et l'intégration et l'inclusion des immigrants au Canada. Paul a obtenu en 2006 un doctorat en sociologie avec une spécialisation en études mondiales de l'Arizona State University.

Ravindra Shrestha est chercheur principal à l'Association d'études canadiennes (AEC). Il travaille actuellement sur deux projets de recherche majeurs à l'AEC liés au logement dans les communautés des régions du nord du Canada et sur l'indice canadien de mesure de l'intégration et de l'inclusion (CIMII). Il possède une vaste expérience en matière de recherche sur les politiques, l'analyse des données et la gestion des enquêtes, acquise en travaillant avec le secteur public et les agences de développement international. Il est titulaire d'une maîtrise en génie agricole de l'Université Purdue.

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Il existe aujourd'hui une multitude de preuves suggérant que la pandémie de COVID-19 a touché certains groupes et communautés au Canada plus que d'autres. Les Canadiens qui se trouvaient dans une situation économique précaire avant l'épidémie sont aujourd'hui confrontés à des circonstances encore plus désastreuses. En effet, les populations autochtones, les minorités visibles et les nouveaux arrivants au Canada ont tendance à être surreprésentés parmi ceux qui se trouvent dans une situation sociale et économique vulnérable (Statistique Canada, 2022).

Les minorités visibles courent un risque accru de contamination et de mortalité par la COVID-19 (Subedi et coll. 2020). Un des facteurs qui contribue à l'augmentation du risque est le fait de travailler dans des secteurs où le risque d'exposition à la COVID-19 est plus élevé, comme la surreprésentation des employés noirs et philippins dans l'industrie des soins de santé et de l'assistance sociale (Turcotte et Savage, 2020). Les immigrants sont également représentés de manière disproportionnée dans les secteurs ou ils sont le plus exposés à la COVID-19 et notamment les travailleurs de première ligne et les travailleurs des services essentiels, y compris les soins de longue durée, où la majorité des décès sont survenus (Statistique Canada, 2020).

Une étude menée en Ontario a révélé que les taux de contamination par la COVID-19 étaient trois fois plus élevés dans les quartiers à forte concentration de minorités visibles (Santé publique Ontario, 2020). La même étude a révélé que les taux d'hospitalisation étaient quatre fois plus élevés et que le nombre de décès était deux fois plus important. Les groupes de minorités visibles, en particulier les Philippins et les Asiatiques occidentaux, étaient également plus susceptibles de perdre leur emploi ou de voir leurs heures de travail réduites par rapport aux Blancs pendant la pandémie (Statistique Canada, 2020).

Un autre facteur qui contribue à l'expérience des populations autochtones, des minorités visibles et des nouveaux arrivants à l'égard de la COVID-19 est l'hésitation vaccinale. De

nombreux autochtones ont exprimé une grande hésitation, voire une opposition, à la vaccination contre la COVID-19 (Mosby et Swidrovich, 2021). L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2020) a révélé que ces trois groupes étaient plus réticents à recevoir le vaccin contre la COVID-19 (Statistique Canada, 2021).

Avec le soutien des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Association d'études canadiennes (AEC) et l'Université du Manitoba ont effectué une étude comparative transnationale impliquant le Canada, les États-Unis et le Mexique afin de comprendre et de répondre à la question de recherche suivante : Dans quelle mesure la pandémie de la COVID-19 a-t-elle exacerbée les inégalités socio-économiques auxquelles ont été confrontés les peuples autochtones, les personnes racialisées et les immigrants ? Et en guise de question de suivi : Comment l'hésitation face aux vaccins (et aux rappels) a-t-elle contribué à ces disparités sociales et économiques ?

Cinq enquêtes à grande échelle auprès des populations ont été réalisées entre octobre 2020 (vague 1) et octobre 2022 (vague 5) auprès de plus de 40 000 répondants au Canada, aux États-Unis et au Mexique. Les enquêtes ont été menées par Léger Marketing au moyen d'une interface Web assistée par ordinateur (ITAO). La présente étude se concentre sur les données des vagues 4 et 5 au Canada.

Divers thèmes ont été explorés dans chaque vague d'enquête, en fonction de questions pertinentes entourant la pandémie à un moment donné. Certains des principaux thèmes portaient sur les répercussions financières de la pandémie, la peur de contracter la COVID-19, l'adhésion et l'hésitation à la vaccination, la santé mentale et physique, et la confiance envers les institutions. La présente étude porte sur l'adhésion et l'hésitation à la vaccination au Canada—des thématiques qui ont été au centre des discussions sur la COVID-19 en 2022 et qui ont coïncidé avec les deux dernières vagues de l'enquête (voir Tableau 1).

ADHÉSION À LA VACCINATION – ANALYSE QUANTITATIVE

La figure 1 illustre le taux de vaccination des Canadiens interrogés entre février et mars 2022 (4ème vague) et en octobre 2022 (5ème vague). Si le taux général de vaccination (au moins une dose) n'a pas beaucoup changé entre les différentes vagues d'enquête (il est passé de 88 % à 90 %), on constate une légère augmentation de la proportion de Canadiens ayant reçu leurs troisième, quatrième et cinquième doses (rappels), qui est passée de 61 % lors de la troisième vague à 67 % lors de la quatrième vague (42 % avec 3 doses, 24 % avec 4 doses et 1 % avec cinq doses). Cependant, une majeure partie de cette augmentation peut être attribuée à une plus grande disponibilité des vaccins de rappel en octobre 2022 comparativement au printemps de 2022.

TABLEAU 1. INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES SÉLECTIONNÉES DE L'ÉCHANTILLON CANADIEN POUR LA QUATRIÈME VAGUE (FÉVRIER-MARS 2022) ET LA CINQUIÈME VAGUE (OCTOBRE 2022).

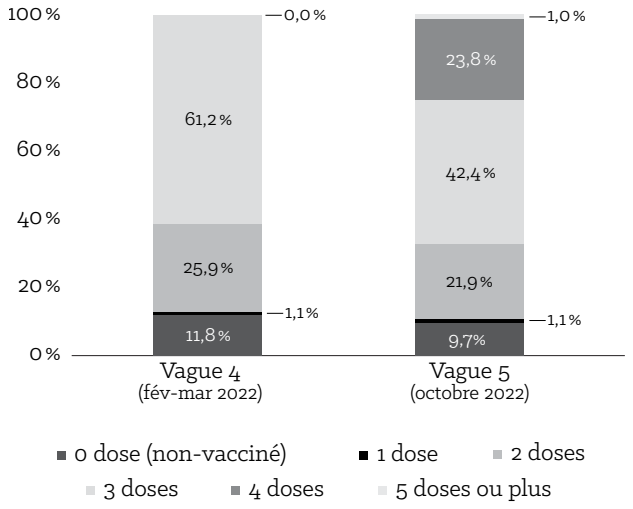
Données Démographiques	Vague 4	Vague 5
Taille de l'échantillon	2939	3031
Sexe		
Masculin	48,3 %	48,5 %
Feminin	51,7 %	51,5 %
Âge		
Entre 18 et 24	10,7 %	10,1 %
Entre 25 et 34	16,6 %	16,5 %
Entre 35 et 44	16,0 %	16,5 %
Entre 45 et 54	18,3 %	15,7 %
Entre 55 et 64	17,3 %	17,5 %
65 et plus	21,1 %	23,6 %
Ethnicité		
Blanc	74,1 %	74,1 %
Autochthones	5,0 %	5,0 %
Noirs	3,6 %	3,6 %
Asiatiques	12,0 %	12,1 %
Autre	5,4 %	5,3 %
Statut		
Non-immigrant	78,1 %	77,8 %
Immigrant	21,6 %	21,9 %
Province		
Colombie-Britannique	13,5 %	13,9 %
Alberta	11,2 %	11,1 %
Prairies	6,5 %	6,4 %
Ontario	38,4 %	38,7 %
Québec	23,5 %	23,1 %
Maritimes	6,9 %	6,7 %

INTENTIONS DE SE FAIRE VACCINER EN FONCTION DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Au printemps 2022 (quatrième vague), environ la moitié des Canadiens (50,4 %) qui avaient reçu les deux doses initiales du vaccin contre la COVID-19 avaient l'intention de recevoir une troisième dose de rappel. Cependant, les intentions de se faire vacciner pour la troisième fois dépendaient du caractère obligatoire ou non des rappels, du moins pour la moitié de ceux qui ont déclaré avoir l'intention de se faire vacciner (voir tableau 2a).

Les hommes étaient un peu plus susceptibles de se faire vacciner pour la troisième fois (un total de 54 % de réponses « oui ») comparativement aux femmes avec (un total de 47 % de réponses « oui ») et un test de Chi-carré de Pearson a révélé que ces différences étaient statistiquement significatives

FIGURE 1. ADHÉSION À LA VACCINATION CHEZ LES CANADIENS DE FÉVRIER À MARS 2022 (4ÈME VAGUE) ET OCTOBRE 2022 (5ÈME VAGUE).



(X^2 = 8,58 ; p <0,05).Il y avait également des différences remarquables entre les groupes d'âge (X^2 = 37,63 ; p <0,001) et les groupes ethniques (X^2 = 23,56 ; p <0,05).

Il semble que les Canadiens les plus jeunes et les plus âgés étaient les plus susceptibles de recevoir un troisième vaccin, comparativement aux groupes d'âge moyen, au printemps 2022. Par exemple, près des deux tiers des jeunes Canadiens âgés de 18 à 24 ans (65 %) et des Canadiens âgés de 65 ans et plus (63 %) avaient l'intention de recevoir un troisième vaccin contre moins de la moitié des Canadiens de toutes les autres tranches d'âge (46 % en moyenne). Les Canadiens d'origine asiatique étaient les plus enclins à se voir administrer un vaccin de rappel (68 % de « oui »), tandis que les communautés noires du Canada sont celles qui étaient les plus hésitantes (39 % de « oui »). Les immigrants avaient également un peu plus l'intention de se faire vacciner que les non-immigrants, mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives.

TABLEAU 2A. INTENTIONS DES CANADIENS DE RECEVOIR UN TROISIÈME RAPPEL DU VACCIN (DONNÉES DE LA 4ÈME VAGUE).

Vague 4 (février—mars 2022)	Avez-vous l'intention de recevoir un troisième vaccin de rappel ?			
	Oui	Non	Oui, mais seulement si cela est nécessaire	Je ne sais pas
Total	25,9 %	37,1 %	24,5 %	12,5 %
Sexe				
Masculin	27,9 %	37,0 %	25,9 %	9,2 %
Feminin	24,4 %	37,5 %	22,2 %	15,9 %
Âge				
Entre 18 et 24	32,0 %	23,1 %	32,7 %	12,2 %
Entre 25 et 34	26,8 %	41,1 %	21,5 %	10,5 %
Entre 35 et 44	28,6 %	35,3 %	24,8 %	11,3 %
Entre 45 et 54	17,0 %	43,7 %	22,2 %	17,0 %
Entre 55 et 64	17,0 %	48,9 %	22,3 %	11,7 %
65 et plus	41,9 %	25,6 %	20,9 %	11,6 %
Ethnicité				
Blanc	23,9 %	40,0 %	23,9 %	12,1 %
Autochthones	23,7 %	34,2 %	23,7 %	18,4 %
Noirs	20,5 %	38,6 %	18,2 %	22,7 %
Asiatiques	37,4 %	24,3 %	30,8 %	7,5 %
Autre	26,7 %	41,7 %	23,3 %	8,3 %
Statut				
Immigrant	31,0 %	33,5 %	25,4 %	10,2 %
Non-Immigrant	24,4 %	38,5 %	24,2 %	12,9 %

On a également constaté des différences significatives dans les intentions de vaccination en ce qui concerne les vaccins de rappel entre les provinces ou régions du Canada (X^2 = 76,47 ; p <0,001), en matière de revenu (X^2 = 40,44 ; p 0,001), de niveau d'instruction (X^2 = 39,12 ; p 0,001), et à travers le spectre politique (X^2 = 58,90 ; p <0,001). Les deux régions côtières du Canada affichaient les taux les plus élevés d'intentions de vaccination (61 % de réponses « Oui » en C.-B. et 67 % dans les Maritimes), mais les répondants de la C.-B. étaient beaucoup plus catégoriques dans leurs intentions de se faire vacciner (46 % de réponses « Oui » et 15 % de réponses « Oui », mais seulement si nécessaire) que les répondants de la côte Est (19 % de réponses « Oui » et 49 % de réponses « Oui », mais seulement si nécessaire). La situation est moins claire en termes de revenus, mais les Canadiens aux revenus inférieurs et supérieurs semblent plus catégoriques dans leurs intentions de faire un vaccin de rappel, avec plus de 30 % dans chaque groupe qui répondent « Oui » de manière inconditionnelle. Parmi les groupes éducatifs, les diplômés universitaires sont ceux qui ont le plus l'intention d'obtenir des doses de rappels (57 % ont répondu « Oui » ou « Oui », mais seulement si nécessaire), tandis que ceux qui se situent à gauche de l'échiquier politique sont également plus susceptibles d'obtenir un troisième rappel que les Canadiens qui se situent à droite de l'échiquier politique (voir tableau 2b).

En octobre 2022 (5ème vague), moins d'un Canadien sur quatre (23,3 %) ayant reçu les deux premières doses du vaccin contre la COVID-19 avait l'intention de recevoir une troisième dose de rappel. Cependant, plus de la moitié des Canadiens (52,5 %)

TABLEAU 2B. INTENTIONS DES CANADIENS DE RECEVOIR UN TROISIÈME RAPPEL DE VACCIN (DONNÉES DE LA 4ÈME VAGUE).

Vague 4 (février—mars 2022)	Avez-vous l'intention de recevoir un troisième vaccin de rappel ?			
	Oui	Non	Oui, mais seulement si cela est nécessaire	Je ne sais pas
Total	25,9 %	37,1 %	24,5 %	12,5 %
Province				
Colombie-Britannique	45,9 %	19,4 %	15,3 %	19,4 %
Alberta	22,4 %	50,9 %	21,6 %	5,2 %
Prairies	20,0 %	38,0 %	14,0 %	28,0 %
Ontario	24,2 %	34,3 %	27,8 %	13,7 %
Québec	23,3 %	43,8 %	23,3 %	9,7 %
Maritimes	18,6 %	25,6 %	48,8 %	7,0 %
Éducation				
Études secondaires ou moins	27,0 %	29,0 %	26,2 %	17,7 %
Enseignement post-secondaire	21,2 %	45,0 %	22,2 %	11,6 %
Baccalauréat universitaire ou plus	31,2 %	36,6 %	26,2 %	5,9 %
Revenus				
19 999 $ ou moins	31,3 %	37,3 %	18,1 %	13,3 %
Entre 20 000 $ et 39 999 $	13,3 %	40,8 %	35,8 %	10,0 %
Entre 40 000 $ et 59 999 $	25,5 %	33,3 %	27,5 %	13,7 %
Entre 60 000 $ et 79 999 $	18,9 %	38,9 %	26,3 %	15,8 %
Entre 80 000 et 99 999 $	34,9 %	34,0 %	18,9 %	12,3 %
100 000 $ ou plus	31,8 %	39,2 %	22,2 %	6,8 %
Spectre politique				
Droite	31,5 %	40,7 %	20,4 %	7,4 %
À droite du centre	28,2 %	37,3 %	30,0 %	4,5 %
Centre	28,7 %	44,4 %	19,1 %	7,9 %
À gauche du centre	32,2 %	31,0 %	25,3 %	11,5 %
Gauche	40,8 %	28,6 %	14,3 %	16,3 %

qui avaient déjà reçu une troisième dose du vaccin avaient l'intention de recevoir une quatrième dose (deuxième dose de rappel).

Bien que les taux présentés dans les tableaux 3a et 3b ci-dessous (5ème vague) ne soient pas directement comparables à ceux des tableaux 2a et 2b ci-dessus (4ème vague) en raison des différentes options de réponse, nous pouvons consulter la colonne « Non « dans les deux tableaux pour connaître la proportion de Canadiens qui n'ont pas l'intention de se faire administrer une dose de rappel. Lors de la 4ème vague (février-mars 2022), 37 % des Canadiens (qui avaient reçu deux vaccins) ont indiqué qu'ils ne recevraient pas de troisième dose de rappel, tandis que lors de la cinquième vague, cette proportion est passée à 56 % (voir Tableau 3a).

Les hommes étaient un peu plus enclins à recevoir des vaccins de rappel (27 % ont répondu « oui » à une troisième dose et 54 % à une quatrième dose) comparativement aux femmes (20 % et 51 %), mais ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Les Canadiens plus âgés étaient généralement plus réceptifs aux vaccins de rappel, en particulier ceux qui avaient déjà reçu trois vaccins contre le virus de la COVID-19 : 56 % des Canadiens âgés de 65 ans et plus étaient prêts à recevoir une quatrième dose de vaccin contre la COVID-19, alors que moins de 46 % des Canadiens âgés de 18 à 24 ans avaient l'intention de recevoir une quatrième dose (X^2 = 25,32 ; p <0,01).

L'origine ethnique était un indicateur important dans la prise d'une dose de rappel pour le troisième vaccin, mais pas pour le quatrième. Les Canadiens d'origine asiatique étaient beaucoup plus disposés à se faire vacciner une troisième fois (35 % de « oui » et 15 % de « je ne sais pas ») que les communautés noires du Canada (12 % de « oui » et 22 % de « je ne sais pas »). Le test du chi carré indique des différences significatives entre les différents groupes en terme de prise du vaccin de rappel (X^2 = 15,70 ; p <0,05). Bien qu'il existe de légères différences

TABLEAU 3A. INTENTION DES CANADIENS DE RECEVOIR UN TROISIÈME ET UN QUATRIÈME RAPPEL DE VACCIN (DONNÉES DE LA 5ÈME VAGUE).

Vague 5 (octobre 2022)	Avez-vous l'intention de recevoir un 3ème rappel du vaccin ?			Avez-vous l'intention de recevoir un 4ème rappel du vaccin ?		
	Oui	Non	Je ne sais pas	Oui	Non	Je ne sais pas
Total	23,3 %	55,6 %	21,1 %	52,5 %	21,4 %	26,1 %
Sexe						
Masculin	26,6 %	52,5 %	20,9 %	54,2 %	21,9 %	23,9 %
Feminin	20,2 %	58,5 %	21,3 %	50,7 %	21,0 %	28,4 %
Âge						
Entre 18 et 24	21,6 %	50,5 %	27,8 %	45,6 %	26,5 %	27,9 %
Entre 25 et 34	23,6 %	57,7 %	18,7 %	46,7 %	29,7 %	23,6 %
Entre 35 et 44	27,3 %	61,0 %	11,7 %	50,4 %	21,8 %	27,7 %
Entre 45 et 54	17,6 %	54,9 %	27,5 %	54,7 %	20,1 %	25,2 %
Entre 55 et 64	27,6 %	49,4 %	23,0 %	56,2 %	17,0 %	26,8 %
65 et plus	15,4 %	53,8 %	30,8 %	58,3 %	15,8 %	25,9 %
Ethnicité						
Blanc	23,8 %	56,2 %	20,0 %	52,5 %	21,0 %	26,5 %
Autochthones	19,0 %	47,6 %	33,3 %	53,2 %	21,3 %	25,5 %
Noirs	11,8 %	66,7 %	21,6 %	38,7 %	32,3 %	29,0 %
Asiatiques	34,6 %	50,6 %	14,8 %	55,1 %	20,5 %	24,4 %
Autre	17,0 %	57,4 %	25,5 %	52,5 %	19,7 %	27,9 %
Statut						
Immigrant	27,8 %	52,7 %	19,5 %	52,4 %	19,3 %	28,3 %
Non-Immigrant	21,6 %	56,7 %	21,6 %	52,4 %	22,0 %	25,6 %

entre les immigrants et les personnes nées au Canada en ce qui concerne l'intention de recevoir une troisième dose, elles restent peu significatives. Des différences géographiques ont toutefois été observées en ce qui concerne les intentions de recevoir une quatrième dose : 63 % des Britanno-Colombiens étaient prêts à recevoir une deuxième dose de rappel, contre moins de la moitié des Québécois et des résidents de l'Ontario (X^2 = 22,22 ; p <0,05) (voir Tableau 3b).

L'éducation et le revenu étaient également des facteurs prévisionnels importants pour la prise de vaccin. Les Canadiens titulaires d'un baccalauréat universitaire ou d'un diplôme supérieur, par exemple, étaient 9,5 % plus susceptibles de se faire vacciner une quatrième fois que ceux ayant un niveau d'études secondaires ou moins (X^2 = 16,14 ; p <0,05) et les ménages gagnant plus de 80 000 dollars par an étaient deux fois plus susceptibles de se faire vacciner une troisième fois que les ménages à faible revenu gagnant moins de 20 000 dollars (X^2 = 28,55 ; p <0,001).

La position des Canadiens sur l'échiquier politique a également un impact majeur sur la probabilité de recevoir des doses de rappel contre la COVID-19, du fait que les personnes de gauche étant beaucoup plus disposées à recevoir des doses de rappel que les personnes de droite. L'éducation et le revenu étaient également des facteurs prévisionnels importants de l'adhésion au vaccin. Les Canadiens titulaires d'un baccalauréat universitaire ou d'un diplôme supérieur, par exemple, étaient 9,5 % plus susceptibles de se faire vacciner une quatrième fois par rapport à ceux qui avaient fait des études secondaires ou moins (X^2 = 16,14 ; p <0,05) et les ménages qui gagnaient plus de 80 000 dollars par an étaient deux fois plus

TABLEAU 3B. INTENTIONS DES CANADIENS POUR RECEVOIR UN TROISIÈME ET UN QUATRIÈME RAPPEL DE VACCIN (DONNÉES DE LA 5E VAGUE).

Vague 5 (octobre 2022)	Avez-vous l'intention de recevoir un 3ème rappel du vaccin ?			Avez-vous l'intention de recevoir un 4ème rappel du vaccin ?		
	Oui	Non	Je ne sais pas	Oui	Non	Je ne sais pas
Total	23,3 %	55,6 %	21,1 %	52,5 %	21,4 %	26,1 %
Province						
Colombie-Britannique	30,8 %	50,0 %	19,2 %	63,3 %	16,1 %	20,6 %
Alberta	25,3 %	53,8 %	20,9 %	51,2 %	17,6 %	31,2 %
Prairies	14,6 %	58,3 %	27,1 %	62,0 %	19,0 %	19,0 %
Ontario	24,8 %	54,0 %	21,2 %	49,1 %	23,2 %	27,7 %
Québec	16,3 %	64,4 %	19,3 %	47,7 %	25,8 %	26,5 %
Maritimes	25,9 %	51,7 %	22,4 %	53,6 %	17,9 %	28,6 %
Éducation						
Études secondaires ou moins	16,6 %	60,9 %	22,5 %	48,0 %	23,5 %	28,5 %
Enseignement post-secondaire	26,9 %	53,1 %	20,0 %	52,0 %	21,4 %	26,6 %
Baccalauréat universitaire ou plus	23,9 %	55,6 %	20,6 %	57,5 %	20,1 %	22,4 %
Revenus						
19 999 $ ou moins	17,5 %	52,6 %	29,8 %	37,2 %	26,7 %	36,0 %
Entre 20 000 $ et 39 999 $	30,9 %	43,2 %	25,9 %	52,2 %	17,9 %	29,9 %
Entre 40 000 $ et 59 999 $	22,0 %	54,0 %	24,0 %	51,7 %	21,0 %	27,3 %
Entre 60 000 $ et 79 999 $	13,2 %	69,2 %	17,6 %	67,8 %	17,2 %	14,9 %
Entre 80 000 et 99 999 $	36,4 %	47,5 %	16,2 %	46,5 %	20,8 %	32,6 %
100 000 $ ou plus	22,2 %	64,2 %	13,6 %	53,2 %	25,8 %	21,1 %
Political spectrum						
Droite	21,2 %	75,0 %	3,8 %	40,7 %	32,2 %	27,1 %
À droite du centre	22,8 %	59,8 %	17,4 %	55,1 %	27,8 %	17,0 %
Centre	29,6 %	48,6 %	21,8 %	58,5 %	20,3 %	21,2 %
À gauche du centre	41,5 %	44,6 %	13,8 %	66,1 %	14,9 %	19,0 %
Gauche	38,2 %	35,3 %	26,5 %	71,2 %	9,3 %	19,5 %

susceptibles de se faire vacciner une troisième fois par rapport aux ménages à faible revenu gagnant moins de 20 000 dollars (X^2 = 28,55 ; p <0,001).

La position des Canadiens sur l'échiquier politique a également un impact majeur sur la probabilité de se faire vacciner contre le virus de la COVID-19, les personnes de gauche étant beaucoup plus disposées à se faire vacciner que les personnes de droite. Environ deux Canadiens sur cinq se situant à gauche du centre étaient prêts à recevoir une troisième dose et sept sur dix étaient prêts à recevoir une quatrième dose. En revanche, seul un Canadien sur cinq se situant à droite de l'échiquier politique envisageait de recevoir une troisième dose et un peu plus de la moitié qui étaient prêts à recevoir une quatrième dose. Les tests du chi carré étaient significatifs dans les deux analyses du spectre politique et de l'hésitation vaccinale (X^2 = 24,47 ; p<0,01 pour la 3ème dose et X^2 = 28,38 ; p <0,001 pour la 4ème dose).

HÉSITATION À L'ÉGARD DES VACCINS – ANALYSE QUALITATIVE

Faisant suite à la question sur l'intention de recevoir un troisième vaccin de rappel lors de la vague 5 (octobre 2022), nous avons demandé aux répondants qui n'avaient pas l'intention de recevoir le vaccin de rappel pour nous fournir une réponse ouverte sur les raisons qui les ont poussés à le faire. Quatre thèmes principaux (ou raisons) ont émergé de ces réponses et qui sont résumés ci-dessous :

- Remise en question de l'efficacité du vaccin
- Ne pas vouloir courir encore le risque des effets secondaires
- Manque de confiance dans le gouvernement et les entreprises pharmaceutiques
- La conviction d'être suffisamment immunisé après deux vaccins (et/ou d'avoir contracté la COVID-19).

Ces thèmes sont également représentés dans un nuage de mots (figure 2) qui a été généré à partir d'une requête portant sur les 50 mots les plus fréquents (filtres pertinents appliqués) dans les réponses. En outre, le tableau 4 présente certains des extraits détaillés qui mettent en évidence les thèmes émergents des réponses. (La représentation est disponible en anglais uniquement).

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

L'adhésion aux vaccins varie considérablement d'un groupe démographique à l'autre au Canada. Au printemps 2022 (4ème vague), les hommes, les personnes âgées (et les jeunes), les Canadiens d'origine asiatique, les immigrants, les résidents de la Colombie-Britannique et des Maritimes étaient tous plus susceptibles de recevoir le troisième vaccin (de rappel). Les diplômés universitaires et les ménages gagnant 100 000 $ ou plus étaient également plus susceptibles de recevoir des vaccins de rappel, de même que les personnes situées à gauche de l'échiquier politique. Des tendances similaires ont été observées à l'automne 2022 (5ème vague) en ce qui concerne les troisième et quatrième vaccins, mais il convient de noter qu'il y a eu une baisse significative dans la prise des rappels (c'est-à-dire une augmentation de l'hésitation à recevoir les rappels) parmi ceux qui n'avaient reçu que deux vaccins. Lors de la dernière vague d'enquête, moins d'un Canadien sur quatre a déclaré avec conviction qu'il recevrait un troisième rappel et (un sur cinq qui n'était pas sûr) ; cependant, la majorité des Canadiens qui avaient déjà reçu trois vaccins contre la COVID-19 avaient l'intention d'en recevoir un quatrième (53 % ont déclaré « oui » et 26 % ont déclaré « je ne sais pas »). Il semble qu'à l'automne 2022, les Canadiens avaient pris leur décision concernant la vaccination : ceux qui n'avaient pas encore reçu leur troisième dose n'allaient probablement pas le faire, tandis que ceux qui avaient reçu leur troisième dose étaient plus susceptibles que les autres d'en recevoir une quatrième.

Les principaux résultats de cette étude nous mettent en garde contre certains défis à venir concernant les vaccins de rappel COVID-19 et les vaccins en général. En fait, la prise vaccinale a diminué au fil du temps au Canada, passant d'environ 6 sur 10 Canadiens doublement vaccinés qui envisageaient au moins de recevoir une troisième dose (vaccin de rappel) au printemps 2022 à environ 4 sur 10 Canadiens à l'automne 2022. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les raisons exactes de ce phénomène, mais certaines explications possibles peuvent être liées au discours public et aux messages contradictoires auxquels les Canadiens sont exposés dans la presse. Au départ, les messages (et les réglementations relatives aux passeports

FIGURE 2. NUAGE DE MOTS EN RÉPONSE À LA QUESTION « POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS L'INTENTION DE RECEVOIR LA 3ÈME DOSE DE VACCIN ? ».

TABLEAU 4. COMMENTAIRES DES PERSONNES INTERROGÉES CONCERNANT L'HÉSITATION À L'ÉGARD DES VACCINS DE RAPPEL.

Thèmes	Extraits
Remise en cause de l'efficacité du vaccin	« Les deux premières prises de vaccin n'ont pas fonctionné et je n'ai aucune raison de penser qu'une troisième soit nécessaire ou efficace. Je m'inquiète également de la sécurité du vaccin… pourquoi risquer ma santé avec une troisième dose d'un vaccin qui n'a pas fait ses preuves, qui n'est pas sûr et qui est inefficace, pour éviter de prendre un coup de froid ? » « Je ne pense pas qu'il ait un grand effet sur les variants, et les variants sont moins dangereux, alors ça ne me dérange pas de le contracter. »
Ne pas vouloir courir encore le risque des effets secondaires	« Les deux premiers ne m'ont pas empêché de contracter la COVID. Le risque d'effets secondaires est trop élevé. J'ai un système immunitaire, ce n'est pas un virus mortel. » « J'ai eu de très graves symptômes avec les deux premières doses. Avec ma santé qui s'est dégradée si rapidement au cours des deux dernières années, je ne peux tout simplement pas prendre le risque d'en tirer un bénéfice potentiel, si toutefois il y en a un. »
Manque de confiance dans le gouvernement et les entreprises pharmaceutiques	« Il ne faut pas faire confiance au gouvernement ou aux laboratoires pharmaceutiques qui le procurent. » « Parce que j'ai encore eu la COVID et que le vaccin m'a causé des effets secondaires encore plus graves que la COVID et qu'il n'est pas normal de se faire vacciner à tout bout de champ, je ne fais pas confiance aux instances qui nous gouvernent ni au pouvoir de l'argent qui nous empêchent de vivre librement. »
La conviction d'être suffisamment immunisé après deux vaccins (et/ou après avoir contracté la COVID-19)	« J'en ai assez des "rappels" à répétition. Je pense que nous avons atteint le stade où l'immunité naturelle est élevée et je continue à prendre des mesures préventives lorsque je suis en contact avec le public. » « Je pense que deux me suffisent. Étant donné que je n'ai pas contracté le virus depuis son apparition en 2020, j'ai confiance en mon système immunitaire. Je prendrais éventuellement une troisième dose dans 4 à 6 ans. J'attends à ce que la science fasse plus de recherches sur les effets à long terme du vaccin et du virus. »

vaccinaux) indiquaient que deux doses seraient suffisantes et de nombreux Canadiens ont peut-être retenu cette information sur le long terme. Le titre « Les personnes jeunes et en bonne santé n'ont pas besoin d'un autre rappel contre la COVID-19, selon les experts en vaccinations » est également un titre courant dans les médias ces derniers temps, basé sur des études telles que *Bivalent COVID-19 Vaccines—A Cautionary Tale* du Dr. Paul Offit, paru dans le New England Journal of Medicine (janvier 2023). Les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) ont également publié des déclarations publiques tout au long de la pandémie, suggérant que les vaccins de rappel ne sont pas nécessaires dans l'immédiat pour les personnes entièrement vaccinées (deux doses) ou que les Américains âgés de moins de 50 ans peuvent attendre pour recevoir une quatrième dose (voir Rutherford & Castronuovo, Bloomberg News, 20 avril 2022). Avec ces informations vraisemblablement contradictoires, sans parler des nombreuses sources de désinformation qui envahissent les plateformes de médias sociaux, il n'est pas étonnant que les Canadiens ne soient pas pressés de continuer à se faire vacciner contre la COVID-19. Avec ces informations qui semblent contradictoires, sans mentionner les nombreuses sources de désinformation qui envahissent les médias sociaux, il n'est pas étonnant que les Canadiens ne soient pas pressés de se procurer des rappels contre la COVID-19.

RÉFÉRENCES

Offit, Paul. « Bivalent COVID-19 Vaccines—A Cautionary Tale », *The New England Journal of Medicine*, 2023, https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2215780

Bowman, Emma, « Despite New COVID Variants, CDC Says You Don't Need Any Boosters Right Now », NPR, 2021, https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2021/07/08/1014438902/despite-new-covid-variants-cdc-says-you-dont-need-any-booster-doses-right-now

Rutherford, Fiona and Castronuovo, Celine, « Most People Under 40 Don't Need 4th Shot Yet, CDC Panel Suggests », *Bloomberrg*, 2022, https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-04-20/most-people-under-50-don-t-need-4th-shot-yet-cdc-panel-suggests?leadSource=uverify%20wall