

Table des matières

Résumé.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations et acronymes.....	ix
Remerciements	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1- Problématique et revue de littérature.....	3
1.1 La rougeole.....	3
1.2 Hésitation vaccinale	5
1.3 Messages narratifs	8
1.3.1 Données probantes sur l'impact des messages narratifs en comparaison avec l'impact des messages didactiques.....	11
1.3.2 Caractéristiques modulant l'effet des messages narratifs.....	14
1.4 Conclusion de la problématique	16
1.5 Objectifs de recherche.....	17
1.5.1 Objectif général.....	17
1.5.2 Objectifs spécifiques	18
Chapitre 2- Cadre théorique.....	19
Chapitre 3- Démarche méthodologique	23
3.1 Type d'étude et justification	23
3.2 Contexte de l'étude	23
3.3 Sélection des participants	24
3.3.1 Population à l'étude et échantillonnage.....	24
3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	25
3.3.4 Recrutement	26
3.4 Collecte des données.....	28
3.4.1 Groupes de discussion.....	28
3.4.2 Questionnaires.....	29
3.5 Analyse des données.....	30
3.5.1 Analyse des données qualitatives	30
3.5.2 Analyse des données quantitatives (questionnaire PACV).....	31

3.5.3 Analyse mixte (données qualitatives et quantitatives) : classification de l'attitude générale des participants sur la vaccination.....	31
3.6 Critères de rigueur	33
3.7 Considérations éthiques.....	34
Chapitre 4- Résultats	35
4.1 Portrait sociodémographique des participants.....	35
4.2 Croyances, perceptions et attitudes des participants sur la vaccination	36
4.2.1 Attitude générale.....	36
4.2.2 Perceptions et croyances des participants selon les construits du modèle des croyances relatives à la santé.....	39
4.2.3 Confiance envers les différentes instances impliquées dans la vaccination des enfants.....	47
4.2.4 Norme subjective	50
4.3 Perception des messages de promotion de la vaccination contre la rougeole	51
4.3.1 Histoire A : message narratif et émotif dans lequel une mère témoigne	51
4.3.2 Histoire B : message narratif et émotif dans lequel un médecin témoigne.....	55
4.3.3 Histoire C : message exposant des faits dans lequel une mère témoigne.....	59
4.3.4 Histoire D : message exposant des faits dans lequel un médecin témoigne.....	61
4.3.5 Comparaison de l'influence des histoires sur les construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé	63
4.3.6 Autres comparaisons	69
Chapitre 5- Interprétation et discussion.....	70
5.1 Discussion sur les croyances, perceptions et attitudes sur la vaccination.....	70
5.1.1 Considérations sur la catégorisation de l'attitude sur les vaccins en général....	70
5.1.2 Dualité entre l' <i>empowerment</i> et la confiance.....	73
5.1.3 Utilité des concepts au cœur du modèle des croyances relatives à la santé	77
5.1.4 Norme subjective	79
5.2 Discussion sur la perception des messages de promotion de la vaccination contre la rougeole	80
5.2.1 Efficacité des messages narratifs et émotifs	80
5.2.2 Efficacité des messages factuels	83
5.2.3 Comparaison des deux messages les plus efficaces : un message narratif dans lequel une mère témoigne vs un message factuel dans lequel un médecin témoigne	84
5.3 Limites et forces.....	87
5.3.1 Limites	87

5.3.2 Forces.....	89
5.4 Implication des résultats pour la santé publique et pour la recherche	90
Conclusion	93
Bibliographie.....	95
Annexe I : Projet de recherche dirigé par Dre S. Michelle Driedger	102
Annexe II : Messages développés, première version.....	103
Annexe III : Informations contenues dans les messages correspondant aux construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé.....	110
Annexe IV : Recrutement pour les groupes de discussion	113
Annexe V : Guide d’animation des groupes de discussion.....	117
Annexe VI : Questionnaire sociodémographique.....	121
Annexe VII : Questionnaire sur les attitudes parentales au sujet des vaccins destinés aux jeunes enfants (questionnaire PACV)	127
Annexe VIII : Formulaire de consentement.....	131

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants	35
Tableau 2 : Impact des différents messages sur les construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé (Janz et Becker, 1984)	67

Liste des figures

Figure 1 : Modèle des croyances relatives à la santé appliqué à la vaccination contre la rougeole des enfants	20
---	----

Liste des abréviations et acronymes

CDC	Centers for Diseases Control and Prevention
IC 95 %	Intervalle de confiance à 95 %
MEV	Maladie évitable par la vaccination
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RRO	Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
SAGE	Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination) de l'OMS
VPH	Virus du papillome humain

*À ma mère, qui m'a appris la détermination
et la rigueur nécessaires pour réaliser ce
mémoire*

Rapport-Gratuit.com

Remerciements

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être possible sans le soutien et la collaboration de certaines personnes.

Tout d'abord, un énorme merci à ma directrice, Chantal Sauvageau, ainsi que ma codirectrice, Ève Dubé, pour vos précieux conseils, votre grande efficacité, votre soutien et vos encouragements. Je suis de plus très reconnaissante de votre disponibilité à me recevoir dans vos bureaux respectifs pour toutes ces rencontres inopinées qui se révélaient toujours bien sympathiques.

Des remerciements sont également de mise pour Michelle Driedger, de l'Université du Manitoba, qui a accepté que je me joigne à son projet de recherche qui a été le fondement de ce mémoire. J'en profite aussi pour remercier son agent de recherche Ryan Maier, qui a été d'une grande aide pour valider la transcription des verbatims en langue anglaise et qui a pu me fournir les réponses à mes questions sur le volet de l'étude ayant eu lieu à Winnipeg.

J'aimerais aussi remercier madame Lina Noël qui a pris le temps d'évaluer le protocole de recherche ainsi que ce mémoire qui suit. Merci pour vos commentaires et vos recommandations.

Je me dois également d'exprimer ma gratitude envers Dominique Gagnon, qui m'a aidée lors des étapes de revue de littérature et de préparation de la collecte de données, et envers Maryline Vivion, qui a été de bon conseil lors de l'analyse des données en plus de prendre le temps de réviser mon arbre de codes. Toutes deux, vous avez en plus été un bon soutien moral et je suis très heureuse d'avoir appris à vous connaître tout au long de ce projet.

Merci aussi à ma famille qui, de loin, m'a encouragée. De plus, j'aimerais remercier tous mes amis et collègues pour leur écoute et leur soutien. Merci en particulier à Mariejka Beauregard et David Bellemare qui m'ont très souvent entendue parler de ce mémoire, qui m'ont soutenue et qui m'ont fait rire dans les moments plus difficiles. Finalement, merci à mon conjoint Simon Ladouceur, qui a gentiment pris le temps de réaliser la traduction des citations des participants et qui, surtout, m'a encouragée durant la réalisation de ce mémoire. Merci pour ta tolérance pour mes horaires un peu fous et pour ton amour inconditionnel.

Introduction

La rougeole est une maladie infectieuse qui préoccupe la santé publique. En effet, cette maladie virale très contagieuse continue d'occasionner des éclosons au Canada et aux États-Unis (De Serres et al., 2015; Phadke, Bednarczyk, Salmon et Omer, 2016; Sherrard, Hiebert, Cunliffe, Mendoza et Cutler, 2016). De telles éclosons ont été associées à une proportion importante d'individus infectés qui avaient refusé d'être vaccinés (Clemmons et al., 2015; Panić et Gheorghe, 2016; Phadke et al., 2016).

Or, à travers le monde, une diminution de l'acceptation de la vaccination est observée (Schuster, Eskola, Duclos et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). Alors qu'auparavant, on catégorisait les parents comme étant simplement « pour » ou « contre » la vaccination, on reconnaît maintenant le concept d'hésitation vaccinale, soit une attitude vaccinale se situant au milieu du continuum entre ces deux positions (Dubé et al., 2013). Des parents hésitants par rapport à la vaccination ont des doutes et des préoccupations envers la vaccination et peuvent accepter tous les vaccins malgré ces doutes, retarder la vaccination ou alors refuser un, plusieurs, voire tous les vaccins (Dubé et al., 2013; Salmon, Dudley, Glanz et Omer, 2015). On estime que près de 30 % des parents seraient hésitants par rapport à la vaccination (Dubé, Gagnon, Ouakki et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec, 2016; Opel, Taylor, et al., 2011). Or, on ne sait pas quelle serait la meilleure façon pour communiquer avec ces parents (Dubé, Gagnon, MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). Les études sur les interventions fournissant un contenu informatif ou éducatif présentent des résultats variables (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Fu, Bonhomme, Cooper, Joseph et Zimet, 2014; Kaufman et al., 2013; Sadaf, Richards, Glanz, Salmon et Omer, 2013).

Dans ce contexte, plusieurs auteurs suggèrent d'utiliser des messages narratifs afin de promouvoir l'acceptation vaccinale (Cawkwell et Oshinsky, 2016; Cunningham et Boom, 2013; Rodriguez, 2016; Shelby et Ernst, 2013). Selon certaines approches, ces messages pourraient être plus convaincants que des messages de type didactique ou persuasif (Green, 2006; Hinyard et Kreuter, 2007; Kreuter et al., 2007; Moyer-Gusé, 2008). Certaines méta-analyses semblent indiquer que c'est effectivement le cas (Shen, Sheer et Li, 2015; Zebregs, van den Putte, Neijens et de Graaf, 2015), mais d'autres revues systématiques ont des conclusions plus mitigées (Bekker et al., 2013; Winterbottom, Bekker, Conner et Mooney, 2008).

En fait, l'efficacité des messages narratifs est probablement modulée par différents facteurs pour lesquels peu de données sont disponibles (Winterbottom et al., 2008), par exemple la source du message (Frank, Murphy, Chatterjee, Moran et Baezconde-Garbanati, 2015) ainsi que le niveau d'émotivité (Graaf, Sanders et Hoeken, 2016). La présente étude qualitative vise donc à explorer comment quatre variations d'un message de promotion

de la vaccination contre la rougeole peuvent influencer les perceptions et les attitudes vaccinales de parents de jeunes enfants. Deux de ces messages sont plutôt narratifs et émotifs et les deux autres messages ont un contenu plus factuel. La source d'un témoignage inclus dans ces communications varie aussi, provenant soit d'un parent, soit d'un médecin.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre revoit la littérature pertinente au sujet de la rougeole, de l'hésitation vaccinale ainsi que des messages narratifs, résume la problématique et détaille les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre présente le cadre conceptuel qui a guidé la réalisation de l'étude. Puis, le chapitre trois expose la méthodologie de recherche employée pour atteindre les objectifs. Les résultats de l'analyse des données sont décrits dans le chapitre quatre. Finalement, au chapitre cinq, les résultats obtenus font l'objet d'une discussion en lien avec la littérature existante, les limites et les forces de l'étude sont analysées, puis les retombées que peut avoir cette étude sont résumées.

Chapitre 1- Problématique et revue de littérature

En réduisant grandement la morbidité et la mortalité associées aux infections ciblées par les vaccins, la vaccination est une des mesures de santé publique ayant le plus contribué à la réduction du fardeau des maladies infectieuses à travers le monde (Andre et al., 2008). Afin d'éliminer certaines maladies évitables par la vaccination (MEV) qui se transmettent de personne à personne, il faut arrêter leur transmission en gardant une couverture vaccinale élevée¹ (Andre et al., 2008). En effet, lorsque la proportion de gens non vaccinés augmente dans une région, le risque qu'il y ait une augmentation de cas de MEV à cet endroit augmente aussi (Omer , Salmon , Orenstein , deHart et Halsey 2009). Il est donc important de maintenir un haut taux de vaccination, et ce, en particulier pour les jeunes enfants dont le risque de contracter des infections et d'en décéder est plus élevé (Omer et al., 2009).

1.1 La rougeole

La rougeole est une MEV particulièrement contagieuse : en plus de se transmettre par le contact avec des sécrétions du nez ou de la gorge, elle peut également se transmettre par voie aérienne (Centers for Disease Control and Prevention, 2017; World Health Organization, 2009). En effet, le virus peut rester dans l'air jusqu'à deux heures après qu'une personne infectée ait toussé ou éternué (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Ainsi, chez les personnes non immunes qui habitent avec un cas infecté, plus de 90 % développeront l'infection (Gastañaduy et Goodson, 2017). En considérant une population où aucun individu ne serait immunisé contre la rougeole, les chercheurs en santé publique considèrent en général qu'un cas de rougeole pourrait infecter de 12 à 18 personnes (Guerra et al., 2017). Ceci représente une contagiosité plus élevée que de nombreuses maladies virales telles que la poliomyélite et la variole (Coughlin, Beck, Bankamp et Rota, 2017).

La rougeole est une MEV pouvant occasionner des complications respiratoires et neurologiques potentiellement fatales : dans les pays développés, il est estimé qu'environ un décès survient pour 3000 cas de rougeole (Comité consultatif national de l'immunisation, 2006). De plus, une encéphalite aiguë peut affecter un cas sur 1000 et entraîner des dommages neurologiques permanents (A. A. P. Committee on Infectious Diseases, 2012).

Bien que la rougeole ait été déclarée éliminée du Canada en 1998 et des États-Unis en 2000, elle fait quand même l'objet de préoccupations, car des cas de rougeole acquis à l'étranger peuvent ensuite transmettre la maladie dans la population locale et potentiellement rétablir l'endémicité² de cette maladie (Katz et Hinman, 2004; Katz et al., 2004). Ainsi, des éclosions surviennent encore au Canada et aux États-Unis et peuvent affecter

¹ Couverture vaccinale : le pourcentage de la population qui est vaccinée par rapport à la population totale (BC Center for Disease Control, s.d.).

² Endémicité : présence continue d'une maladie sur un territoire ou dans une population (Porta, 2014).

un grand nombre de personnes (De Serres et al., 2015; Phadke et al., 2016; Sherrard et al., 2016). Par exemple, au Québec, une épidémie est survenue en 2011 et a résulté en 678 cas (De Serres et al., 2015). De plus, en décembre 2014, une épidémie de rougeole a débuté à Disneyland en Californie et a traversé les frontières : 125 cas ont été rapportés aux États-Unis (Zipprich et al., 2015) et une épidémie de 159 cas est survenue dans la région de Lanaudière au Québec suite à l'importation de la maladie par un voyageur (Panić et Gheorghe, 2016).

Or, pour une proportion importante des individus qui ont été infectés lors des épidémies récentes de rougeole aux États-Unis, il y avait eu un refus vaccinal (Clemmons et al., 2015; Phadke et al., 2016) et pratiquement tous les cas de la région de Lanaudière (156/159) étaient membres d'une communauté spirituelle qui refuse la vaccination (Panić et Gheorghe, 2016). Tel que rapporté dans la revue de littérature de Phadke et al. (2016), le refus du vaccin contre la rougeole est ainsi associé avec un risque plus élevé de rougeole chez les personnes non vaccinées. De plus, lorsque la prévalence des refus vaccinaux augmente en un lieu géographique donné, le risque de rougeole augmente aussi chez les personnes vaccinées (Phadke et al., 2016). En effet, des personnes vaccinées qui se trouvent dans une région où il y a plus de gens non vaccinés, et donc plus de probabilités que la rougeole soit en circulation (Omer et al., 2009), ont alors un risque plus élevé de contracter cette MEV, car l'efficacité du vaccin n'est pas de 100 % (Agence de la santé publique du Canada, s.d.).

Afin d'éliminer la rougeole d'un pays, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a établi qu'une couverture vaccinale nationale d'au moins 95 % doit être atteinte pour les deux doses de vaccins requises, et ce, à l'échelle régionale (World Health Organization, 2017). Le calendrier vaccinal du Québec prévoit l'administration d'une première dose du vaccin contre la rougeole à 12 mois et une seconde à 18 mois. En 2014, une enquête a permis d'évaluer que 88,6 % des enfants québécois avaient reçu ces deux doses une fois qu'ils avaient atteint l'âge de 24 mois (Boulianne, Audet et Ouakki, 2015). Pour ce qui est des autres provinces et territoires du Canada, la première dose du vaccin est également offerte à 12 mois, mais la deuxième l'est à différents moments selon les provinces et territoires (entre 18 mois et 6 ans) (Agence de la santé publique du Canada, 2017b). Dans une enquête réalisée en 2015, dont la population cible incluait l'ensemble des enfants canadiens à l'exception de ceux vivant dans les réserves autochtones, il a été estimé que la couverture vaccinale contre la rougeole avec au moins 1 dose était de 89,2 % (intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 85,0 – 92,3) chez les enfants de 2 ans (Statistique Canada, 2017). Les couvertures vaccinales des jeunes enfants québécois et canadiens contre la rougeole sont donc en deçà de la cible de 95 %.

En somme, puisque la couverture vaccinale des jeunes enfants du Canada n'atteint pas le niveau requis pour stopper la circulation de la rougeole et générer une immunité de groupe et puisque des éclosions en lien avec des refus vaccinaux sont survenues récemment, la vaccination contre la rougeole constitue une préoccupation importante pour la santé publique.

1.2 Hésitation vaccinale

Depuis que le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS a été formé en 1999, différentes régions du monde lui ont rapporté qu'elles observaient de la méfiance et une diminution de l'acceptation de la vaccination (Schuster et al., 2015). Les inquiétudes par rapport à la sécurité et l'efficacité des vaccins seraient d'ailleurs une des raisons les plus fréquentes pour lesquelles les parents retardent ou refusent la vaccination de leurs enfants (Smith, Humiston, Parnell, Vannice et Salmon, 2010). Bien qu'auparavant, les parents étaient souvent catégorisés comme étant simplement « pour » ou « contre » la vaccination, il apparaît depuis plusieurs années que la réalité est plus complexe (Gust et al., 2005).

Afin de caractériser la position des parents au sujet de la vaccination, plusieurs classifications utilisant 4 ou 5 catégories ont été proposées (Benin, Wisler-Scher, Colson, Shapiro et Holmboe, 2006; Gust et al., 2005; Keane et al., 2005; Leask et al., 2012). Dans chacune de ces classifications, différents facteurs pouvaient avoir été utilisés pour distinguer ces catégories, tels que les attitudes, croyances et perceptions au sujet des vaccins; la façon d'obtenir ou de rechercher des informations sur la vaccination; la confiance accordée aux professionnels de la santé et les comportements vaccinaux. Par exemple, Leask et al. (2012) suggèrent 5 catégories : les « *unquestioning acceptors* (accepteurs inconditionnels) », qui font vacciner leurs enfants sans avoir de questionnement; les « *cautious acceptors* (accepteurs prudents) », qui tiennent compte du fait que les vaccins peuvent avoir des effets secondaires sévères, mais rares, et qui vaccinent en espérant que tout ira pour le mieux; les « *hesitants* (hésitants) », qui font vacciner leurs enfants, mais qui ont des préoccupations importantes sur les risques de la vaccination; les « *late or selective vaccinators* (vaccinateurs sélectifs ou en retard) », pour lesquels leurs préoccupations les amènent à retarder l'administration de certains vaccins ou à en refuser certains; et, finalement, les « *refusers* (refuseurs) » qui refusent tous les vaccins pour des raisons philosophiques, religieuses ou suite à des expériences négatives avec le système médical.

Bien que chacune des classifications ait ses particularités, il en ressort que la position d'une personne au sujet de la vaccination peut se placer sur un continuum allant d'une demande active de tous les vaccins à un refus convaincu de tous les vaccins (Dubé et al., 2013). Le concept d'hésitation vaccinale ferait référence au continuum se trouvant entre ces deux extrêmes (Dubé et al., 2013).

D'abord, MacDonald et le groupe de travail sur l'hésitation vaccinale du SAGE ont proposé de définir l'hésitation vaccinale principalement comme un comportement plutôt que comme une attitude. Selon ces auteurs (MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015), « l'hésitation vaccinale » réfère à un délai dans l'acceptation ou un refus de la vaccination malgré la disponibilité des services. Ils précisent que

« l'hésitation vaccinale » est complexe, qu'elle se présente selon des contextes spécifiques et qu'elle peut donc varier dans le temps, selon les lieux et selon le type de vaccin.³

Pour leur part, Peretti-Watel, Larson, Ward, Schulz et Verger (2015) ont plutôt défini l'hésitation vaccinale comme un processus décisionnel aboutissant à différents comportements selon, d'une part, le niveau d'engagement (ou d'indifférence) dans cette prise de décision qui a pour but de contrôler les risques à la santé et, d'autre part, selon le niveau de confiance envers les autorités de santé. Ce cadrage permet à ces auteurs de distinguer, entre autres, les personnes hésitantes à la vaccination qui sont très engagées sur le sujet et qui procèdent à une recherche d'information ainsi qu'à un processus décisionnel long et réfléchi, de celles qui sont plus passives, moins informées et qui peuvent prendre une décision en se basant sur des rumeurs, des réactions émotives et sur un manque de confiance envers les autorités (Peretti-Watel et al., 2015).

Les définitions précédentes n'ont cependant pas été retenues pour ce projet de mémoire. D'une part, il semblait préférable de considérer l'hésitation vaccinale comme étant d'abord et avant tout une attitude et non un comportement comme dans la première définition présentée (MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). En effet, considérant que l'attitude précède le comportement dans plusieurs théories de prédictions du comportement (Godin, 2012), une attitude hésitante peut être présente alors qu'un individu n'a pas encore refusé de vaccin. Il serait donc important de ne pas négliger d'inclure dans les études ces personnes qui peuvent avoir une attitude hésitante avant de refuser ou retarder l'administration de vaccins. De plus, afin que le concept d'hésitation vaccinale demeure relativement simple à opérationnaliser, la deuxième définition n'a pas été retenue non plus (Peretti-Watel et al., 2015).

La définition qui semblait la plus appropriée dans le cadre de ce projet de mémoire est plutôt celle qui a émergé d'un consensus d'experts en vaccination et de professionnels de la santé au Canada : « L'hésitation vaccinale fait référence à la réticence à recevoir les vaccins recommandés en raison de préoccupations et de doutes au sujet des vaccins qui peut ou non mener à des retards vaccinaux ou au refus d'un, de plusieurs ou de l'ensemble des vaccins. »⁴ (Dubé, Gagnon, Ouakki, Bettinger, et al., 2016, p. 6)

Il est difficile d'évaluer la prévalence de l'hésitation vaccinale avec précision. En effet, l'hésitation vaccinale peut être présente pour certains vaccins seulement, mais pas pour d'autres (Dubé, Vivion, et al., 2016; MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). De plus, comme l'hésitation n'aboutit pas nécessairement

³ Citation en langue originale : « *Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccination despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific, varying across time, place and vaccines.* » (MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015, p. 4163)

⁴ Citation en langue originale : « *Vaccine hesitancy refers to reluctance to receive recommended vaccination because of concerns and doubts about vaccines that may or may not lead to delayed vaccination or refusal of one, many or all vaccines.* » (Dubé, Gagnon, Ouakki, Bettinger, et al., 2016, p. 6)

à un retard ou un refus vaccinal (Dubé, Gagnon, Ouakki, Bettinger, et al., 2016; Dubé et al., 2013; Salmon et al., 2015), et comme les retards vaccinaux peuvent survenir pour plusieurs autres raisons telles qu'une contre-indication temporaire ou un rendez-vous manqué (Peretti-Watel et al., 2015; Smith et al., 2010), les couvertures vaccinales ne peuvent pas être utilisées pour évaluer la prévalence de l'hésitation vaccinale.

Afin d'identifier les parents présentant de l'hésitation vaccinale, l'équipe d'Opel a développé le questionnaire *Parent Attitudes about Childhood Vaccines (PACV)* (Opel, Mangione-Smith, et al., 2011). Lorsque ce questionnaire a été validé auprès d'un échantillon aléatoire de parents de bébés inscrits à une grande coopérative de santé de l'État de Washington, il a révélé que 25 % des parents présenteraient de l'hésitation vaccinale (Opel, Taylor, et al., 2011). Ce résultat est cohérent avec des données sur la prévalence des préoccupations de parents américains au sujet des vaccins. Ainsi, dans un échantillon pondéré pour être représentatif de la population des États-Unis, 30 % des parents américains craignaient que les vaccins puissent causer l'autisme et 26 % croyaient que les ingrédients contenus dans les vaccins ne sont pas sécuritaires (Kennedy, Lavail, Nowak, Basket et Landry, 2011). De même, au Québec, 35 % des parents d'enfants de un an et deux ans auraient déjà hésité à faire vacciner leur enfant (Dubé, Gagnon, Ouakki et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec, 2016). Ces enfants étaient d'ailleurs proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir une couverture vaccinale complète et à avoir cumulé des jours de retard par rapport au calendrier vaccinal recommandé lorsqu'ils étaient comparés aux enfants dont les parents n'avaient pas hésité à les faire vacciner (Dubé, Gagnon, Ouakki et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec, 2016).

À la lumière de la prévalence élevée de l'hésitation vaccinale et dans l'optique d'améliorer l'acceptation des vaccins afin de maintenir des taux de couverture vaccinale élevés, il semble donc plus profitable que les interventions de santé publique ciblent les parents présentant de l'hésitation vaccinale plutôt que les 3 à 7 % des parents qui sont inflexibles sur leur décision de ne pas faire vacciner leurs enfants (Leask, 2011).

Toutefois, l'hésitation vaccinale est un phénomène complexe, dont les déterminants varient selon le contexte et le vaccin en cause (Schuster et al., 2015). Les raisons pour lesquelles des parents sont hésitants face à la vaccination et peuvent refuser ou retarder l'administration de vaccins sont nombreuses et reposent entre autres sur diverses croyances (Williams, 2014). Par exemple, ces parents peuvent avoir des craintes sur la sécurité des vaccins, croire que la vaccination de leur enfant entraînera des effets secondaires importants ou des effets néfastes sur le système immunitaire, penser que les enfants reçoivent trop de vaccins, ou encore douter de la nécessité des vaccins ou de leur efficacité (Sadaf et al., 2013; Williams, 2014). Le vaccin contre la rougeole suscite particulièrement des craintes au niveau de sa sécurité. Les effets négatifs de la médiatisation d'un article de 1998 associant ce vaccin à l'autisme se font encore sentir aujourd'hui, bien que l'article ait été rétracté de la

revue l'ayant publié (The Editors of The Lancet, 2010) et que l'absence de lien causal ait été démontrée par plusieurs études par la suite (Maglione et al., 2014; Taylor, Swerdfeger et Eslick, 2014). La crainte que ce vaccin cause l'autisme reste toujours associée au refus vaccinal des parents (McHale, Keenan et Ghebrehewet, 2016).

La communication avec les individus hésitants à la vaccination constitue un sujet prioritaire pour le SAGE de l'OMS (World Health Organization, 2011). Cependant, il n'y a pas de consensus sur les messages à utiliser afin de diminuer cette hésitation vaccinale chez les parents ainsi que les refus vaccinaux qui y sont associés (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Sadaf et al., 2013). Ainsi, peu d'études ont testé des interventions destinées spécifiquement aux parents hésitants à la vaccination (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Jarrett, Wilson, O'leary, Eckersberger et Larson, 2015). Dans une revue de revues de littérature récente, les évidences étudiées n'ont pas permis d'établir qu'un type d'intervention en particulier pouvait être recommandé (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015). Les interventions fournissant un contenu informatif ou éducatif seraient les plus étudiées, mais les résultats des études évaluant leur efficacité sont partagés : certaines ont trouvé un effet positif de ces interventions, mais plusieurs autres n'ont trouvé aucun effet (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Fu et al., 2014; Kaufman et al., 2013; Sadaf et al., 2013). De plus, les conclusions des revues systématiques évaluant ce genre de communication sont limitées par le fait que de nombreuses études sont de faible qualité (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Fu et al., 2014; Kaufman et al., 2013; Sadaf et al., 2013). Il est possible aussi que l'exposition à une intervention en un seul moment plutôt que de façon prolongée ne soit pas suffisante pour avoir un effet sur les comportements vaccinaux (Fu et al., 2014). Enfin, il se peut que l'approche éducative ne soit tout simplement pas bien adaptée pour diminuer l'hésitation vaccinale, car cette approche ne tient pas compte du fait que de nombreux facteurs autres que cognitifs influencent la décision vaccinale, tels que des facteurs émotionnels, socioculturels, spirituels et politiques (Dubé et al., 2013).

En résumé, une proportion non négligeable de parents présente de l'hésitation vaccinale pour différentes raisons, mais la littérature ne permet pas actuellement de déterminer quel type d'intervention et de message seraient les meilleurs afin de réduire cette hésitation et maintenir des couvertures vaccinales élevées.

1.3 Messages narratifs

Une stratégie de communication qui se distingue de l'approche éducative largement utilisée jusqu'à maintenant susciterait de plus en plus d'intérêt dans le domaine de la santé : soit la communication sous la forme d'une histoire, qu'on peut appeler aussi les messages narratifs (appelés « *narratives* » dans les articles anglophones) (Hinyard et Kreuter, 2007). En fait, simplement en considérant que, dans la vie quotidienne, les êtres humains interagissent souvent en utilisant un mode de communication narratif en se racontant différents événements (Hinyard et Kreuter, 2007), il semble pertinent de s'y intéresser.

Dans une revue de littérature décrivant des théories ainsi que des données empiriques soutenant l'utilisation des messages narratifs en santé, il est proposé de définir une communication narrative comme étant une « histoire cohérente avec un début, un milieu et une fin identifiables qui donne de l'information au sujet de scènes, de personnages et de conflits; qui soulève des questions sans réponses ou des conflits non résolus; et qui fournit une résolution. »⁵ (Hinyard et Kreuter, 2007, p. 778). Dans la littérature, il n'existe toutefois pas de définition universelle des messages narratifs adoptée par l'ensemble des chercheurs (Hinyard et Kreuter, 2007). Bien que chacune des définitions ait ses particularités, les trois concepts suivants en constitueraient généralement les fondements (Dahlstrom, 2014) : la causalité entre les événements rapportés, c'est-à-dire que les événements rapportés sont liés entre eux de manière séquentielle par des liens causaux, qu'il s'agisse de causes menant à l'événement de manière inéluctable (par exemple, en suivant les lois de la physique) ou de raisons pour lesquelles une personne a une réaction (Graaf et al., 2016); la temporalité, c'est-à-dire le fait que les événements surviennent durant une période de temps définie; ainsi que les personnages, c'est-à-dire qu'il y a un ou des personnages qui vivent les événements rapportés (Dahlstrom, 2014).

Pour les fins de ce mémoire, une définition qui indique plus clairement que cette communication est réalisée dans le but de transmettre un message au sujet de la santé, et non seulement dans le but de divertir, a été retenue. Un message narratif constitue donc « une représentation d'événements et de personnages liés, qui a une structure identifiable, est limitée dans le temps et l'espace, et qui contient des messages implicites ou explicites sur le sujet abordé »⁶ (Kreuter et al., 2007, p. 222). Cette communication sous la forme d'une histoire peut se faire via différentes formes, par exemple un téléroman, un article de journal ou encore un témoignage (Kreuter et al., 2007).

Ce type de communication diffère donc des messages de santé transmis de manière non narrative et plutôt didactique, ces derniers ne faisant qu'exposer des affirmations soutenues par des évidences scientifiques ou des raisons logiques (Kreuter et al., 2007). Différents mécanismes psychologiques ont été suggérés pour expliquer pourquoi les messages narratifs peuvent être plus efficaces que les messages didactiques pour influencer les attitudes et les comportements. Quelques éléments saillants au sujet de ces mécanismes et des théories les expliquant sont mentionnés dans les prochaines lignes.

D'abord, Dahlstrom (2014) a relevé quelques études empiriques suggérant que les messages narratifs seraient plus faciles à comprendre, plus rapides à lire et mieux encodés dans la mémoire que les communications logiques et scientifiques. Ensuite, plusieurs théories ont comme élément commun le fait que l'exposition à une

⁵ Citation dans la langue originale : « *A narrative is any cohesive and coherent story with an identifiable beginning, middle, and end that provides information about scene, characters, and conflict; raises unanswered questions or unresolved conflict; and provides resolution.* » (Hinyard et Kreuter, 2007, p. 778)

⁶ Citation dans la langue originale : « *a representation of connected events and characters that has an identifiable structure, is bounded in space and time, and contains implicit or explicit messages about the topic being addressed.* » (Kreuter et al., 2007, p. 222)

communication narrative diminuerait la résistance à ce message comparativement à l'exposition à un message persuasif traditionnel (Green et Brock, 2000; Moyer-Gusé, 2008; Slater et Rouner, 2002). Ainsi, comme le rapporte Moyer-Gusé (2008), une des formes de résistance les plus importantes serait la réactance psychologique, soit une résistance qui s'éveille chez un individu quand il a la perception que sa liberté de choisir ses attitudes et ses comportements est menacée (Brehm, 1966; Brehm et Brehm, 1981, cités dans Moyer-Gusé, 2008). De ce fait, lorsqu'un individu remarque qu'un message essaie de le convaincre, ce message peut être perçu comme une menace à son indépendance et être rejeté d'emblée, même si les recommandations qu'il comporte visent le bien de l'individu (Moyer-Gusé, 2008). Mais si le destinataire ne perçoit pas qu'il est exposé à une communication persuasive, il n'aura pas tendance à mobiliser ce genre de défenses (Moyer-Gusé, 2008). Le fait d'être absorbé ou transporté par l'histoire pourrait faire en sorte que l'aspect persuasif du message serait moins perçu et pourrait prévenir la formulation de contre-arguments à ce message (Green, 2006; Slater et Rouner, 2002). En effet, lorsqu'une personne est transportée par une histoire, ses processus mentaux sont concentrés sur celle-ci et la personne porterait alors moins attention aux faits issus du monde réel, dont ses connaissances et ses croyances antérieures qui peuvent être en contradiction avec le message (Green et Brock, 2000). Elle serait donc plus réceptive au message. Également, une communication sous la forme d'une histoire est plus près des réalités des individus, peut amener le destinataire à se créer des images mentales et lui faire « vivre » ce qui est raconté comme si cela lui était arrivé personnellement (Green, 2006). Une certaine connexion avec un personnage peut aussi faciliter le phénomène de transportation en plus de faire en sorte que les propos et les actions du personnage en question puissent avoir un plus grand impact chez le destinataire (Green, 2006). L'identification avec un personnage qui vit un événement négatif pourrait aussi changer la perception d'invulnérabilité que certains individus peuvent avoir (Moyer-Gusé, 2008). Finalement, une théorie avance aussi que les personnages peuvent amener une réponse émotionnelle à un message narratif qui pourrait influencer l'adoption d'un comportement (Green, 2006).

Plusieurs résultats empiriques soutiennent différents éléments des théories mentionnées. Par exemple, Green et Brock (2000) ont testé l'effet de la transportation : leurs résultats expérimentaux ont montré que les personnes plus transportées par une histoire seraient ensuite plus nombreuses à rapporter des croyances en accord avec le message véhiculé par l'histoire. Une étude ayant évalué l'effet d'une vidéo narrative portant sur les virus du papillome humain (VPH) a également montré que l'identification avec un personnage dans une histoire serait associée à l'acquisition d'attitudes congruentes avec celles du personnage (Murphy, Frank, Chatterjee et Baezconde-Garbanati, 2013).

En somme, les fondements théoriques sur l'efficacité des messages narratifs suggèrent qu'il s'agit d'un type de communication intéressant pour convaincre les parents des bienfaits et de l'importance de la vaccination.

1.3.1 Données probantes sur l'impact des messages narratifs en comparaison avec l'impact des messages didactiques

Plusieurs études ont été réalisées dans le domaine de la santé afin d'évaluer l'efficacité des messages narratifs⁷. D'abord, quelques méta-analyses et revues systématiques récentes portant sur la comparaison des messages narratifs avec des messages plus didactiques ou des statistiques ont pu être relevées (Bekker et al., 2013; Perrier et Martin Ginis, 2017; Shen et al., 2015; Winterbottom et al., 2008; Zebregs et al., 2015). Cependant, ces dernières étaient souvent limitées par un petit nombre d'études incluses ou de l'hétérogénéité, ce qui pouvait empêcher les auteurs de conclure définitivement qu'un type de message serait supérieur à l'autre. En effet, les messages narratifs testés ne constituaient pas nécessairement des interventions comparables. Entre autres, les communications étudiées portaient sur des sujets très variables (par exemple, la prévention de l'infection au VPH, le dépistage du cancer du sein ou la consommation d'alcool), le type d'informations fournies pouvait différer (par exemple, des informations seulement sur les facteurs de risque et sur les comportements préventifs, ou seulement sur les conséquences d'un comportement nocif), les messages étaient sur des supports différents (par exemple, imprimé ou vidéo) et leur longueur pouvait varier (Winterbottom et al., 2008; Zebregs et al., 2015). Malgré tout, il y a des données probantes en faveur d'une plus grande efficacité des messages narratifs par rapport aux messages didactiques ou statistiques dans certaines de ces méta-analyses et revues systématiques (Bekker et al., 2013; Shen et al., 2015; Zebregs et al., 2015).

Ainsi, deux méta-analyses ont trouvé que les messages narratifs peuvent être plus convaincants que des statistiques ou des messages non narratifs pour améliorer l'intention d'adopter un comportement (Shen et al., 2015; Zebregs et al., 2015), l'attitude envers le comportement ou le comportement lui-même (Shen et al., 2015), bien que les tailles d'effet trouvées étaient petites. Par contre, dans la revue systématique de Perrier et Martin Ginis (2017) qui ont étudié l'effet des messages narratifs pour promouvoir le dépistage de différentes maladies, les auteurs ont conclu que les données probantes étaient partagées en ce qui a trait à la supériorité des messages narratifs par rapport aux messages statistiques. Ces résultats sont cependant en opposition avec ceux de la méta-analyse de Shen et al. (2015). Dans cette dernière étude, il s'est avéré que les messages narratifs étaient plus efficaces que les messages non narratifs pour la promotion de comportements de dépistage et de prévention. Par ailleurs, il est intéressant de noter que Perrier et Martin Ginis (2017) ont quand même conclu que, dans toutes les études incluses ayant évalué l'effet des messages narratifs sur l'intention ou

⁷ Pour cette revue de littérature non systématique, la recherche d'études portant sur les messages narratifs dans le domaine de la santé a été réalisée dans les bases de données se trouvant sur PubMed ainsi qu'à partir des bibliographies des articles ainsi trouvés. Bien que la recherche effectuée semblait suffisante pour avoir une vision juste de l'essentiel de la littérature sur l'utilisation de messages narratifs en santé, il est possible que quelques autres études pertinentes n'aient pas été relevées si elles ne se trouvaient pas dans les bases de données de PubMed.

le comportement, mais sans les comparer avec d'autres types de messages persuasifs, l'intention de subir un dépistage ou le nombre de personnes ayant réalisé le dépistage augmentait.

Ensuite, les revues systématiques de Winterbottom et al. (2008) et de Bekker et al. (2013) ont étudié les messages narratifs dans la perspective de les intégrer à des outils d'aide à la décision, soit des outils présentant des informations balancées sur les avantages et désavantages de manière plutôt didactique et encourageant les individus à évaluer ces informations selon leurs croyances et leurs valeurs (Winterbottom et al., 2008). Dans la revue systématique de Winterbottom et al. (2008), les auteurs ont conclu que les évidences étaient limitées en ce qui a trait à l'efficacité persuasive des messages narratifs en comparaison avec soit des informations statistiques, soit aucune information additionnelle fournie (Winterbottom et al., 2008). Cependant, les auteurs ont remarqué que les interventions testées présentaient de grandes variations, par exemple en ce qui a trait à la longueur du message ou au type d'informations présentées, ce qui limite les conclusions possibles au sujet de l'efficacité de ces messages. Finalement, dans la revue de Bekker et al. (2013), des outils d'aide à la décision incluant un message narratif ont été comparés à des outils d'aide à la décision n'en comprenant pas. Il n'a pas été possible pour ces auteurs de déterminer si l'ajout d'une histoire personnelle à un outil d'aide à la décision pourrait amener les patients à prendre une décision plus éclairée que sans histoire personnelle. Malgré tout, certains résultats relevés dans leur revue systématique, tout comme ceux de la méta-analyse de Shen et al. (2015), suggéraient qu'il était possible que les messages narratifs puissent être bénéfiques pour les individus avec un niveau de littératie inférieur (Bekker et al., 2013; Shen et al., 2015).

Des données probantes en faveur de l'efficacité des messages narratifs pour convaincre des individus existent aussi dans le domaine de la vaccination plus spécifiquement. D'abord, il faut savoir que les sites internet anti-vaccinalistes utilisent depuis longtemps des témoignages d'individus qui racontent avoir vécu des complications suite à la vaccination (Kata, 2010). Or, quelques études ont trouvé que, en comparaison avec la lecture d'une information statistique sur la probabilité de développer un effet secondaire, la lecture de messages narratifs sous la forme de témoignages d'effets secondaires aurait un impact plus grand sur la perception des risques de la vaccination et sur l'intention de vacciner (Betsch, Renkewitz et Haase, 2013; Betsch, Ulshofer, Renkewitz et Betsch, 2011; Haase, Betsch et Renkewitz, 2015). Ainsi, afin de promouvoir la vaccination, plusieurs auteurs croient qu'une intervention utilisant cette même stratégie constitue une avenue intéressante : l'utilisation de messages narratifs pourrait être efficace notamment en rappelant les effets négatifs des MEV qui ne sont plus connus par la population n'y étant plus exposée, faisant par le fait même un contrepoids aux témoignages d'effets secondaires qui abondent sur internet (Cawkwell et Oshinsky, 2016; Cunningham et Boom, 2013; Rodriguez, 2016; Shelby et Ernst, 2013).

Quelques interventions utilisant des messages narratifs promouvant la vaccination contre les VPH ont été réalisées auprès d'étudiantes universitaires et ont été comparées avec des messages plus didactiques ou statistiques (Hopfer, 2012; Nan, Dahlstrom, Richards et Rangarajan, 2015; Nan, Futerfas et Ma, 2016). Dans deux études ayant évalué l'effet de messages sur la perception du risque présenté par les VPH, il n'y avait pas de différence entre un message contenant des informations factuelles ou statistiques et un message contenant des informations présentées sous une forme narrative, racontées à la première personne (au « je ») (Nan et al., 2015; Nan et al., 2016). Dans l'autre étude, le visionnement d'une courte vidéo narrative, dans laquelle témoignaient un expert médical ainsi que des pairs, a augmenté la proportion de femmes s'étant fait vacciner deux mois plus tard de 10 % par rapport au groupe contrôle, et ce, de manière statistiquement significative (Hopfer, 2012). D'autres messages narratifs faisant la promotion de la vaccination contre les VPH ont aussi été testés, mais sans comparaison avec un autre type de message promouvant le vaccin. Malgré tout, il est intéressant de noter que ces messages narratifs avaient un impact positif sur certains déterminants du comportement (Chan, Brown, Sepulveda et Teran-Clayton, 2015; Frank et al., 2015; Kepka, Coronado, Rodriguez et Thompson, 2011).

La communication sous la forme d'une histoire a également été étudiée pour d'autres vaccins (de Wit, Das et Vet, 2008; Prati, Pietrantonio et Zani, 2012). Dans une étude faisant la promotion du vaccin contre l'hépatite B auprès d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, l'exposition à un message narratif était associée à l'intention la plus élevée de se faire vacciner en comparaison avec l'exposition à des statistiques ou à d'autres messages de contrôle (de Wit et al., 2008). Par contre, dans une étude portant sur la promotion de la vaccination contre l'influenza auprès de personnes âgées, il n'y avait pas de différence entre l'effet d'un message narratif et l'effet d'un message didactique sur l'intention de se faire vacciner (Prati et al., 2012).

Pour ce qui est de la promotion de vaccins destinés aux enfants, Nyhan, Reifler, Richey et Freed (2014) ont testé un message narratif sous la forme d'un témoignage écrit d'une mère relatant l'hospitalisation de son nourrisson lorsqu'il a contracté la rougeole. Toutefois, dans cette étude randomisée contrôlée, ils n'ont pas observé que l'intention de vacciner était différente chez les parents exposés à ce message en comparaison avec des parents qui n'étaient pas exposés à un message faisant la promotion du vaccin. Ce témoignage dramatique aurait en fait eu un effet indésirable en sensibilisant les parents aux dangers : leur perception des risques du vaccin était plus élevée par rapport au groupe contrôle. Cependant, le contenu de ce message narratif n'était peut-être pas optimal : l'intervention a été construite à partir de matériel faisant la promotion de la vaccination déjà existant et les auteurs ne mentionnent pas que la conception du message était fondée sur un modèle théorique de prédiction des comportements. D'ailleurs, dans cette étude, aucune intervention testée, incluant deux messages non narratifs également conçus à partir de matériel existant, n'a mené à une augmentation significative de l'intention vaccinale par rapport au groupe contrôle. Finalement, il est à noter que

les messages évalués dans l'étude de Nyhan et al. (2014) étaient peu comparables entre eux en termes d'informations fournies. Par exemple, un message ne faisait que présenter des arguments pour démentir l'association entre le vaccin RRO et l'autisme, tandis qu'un autre énonçait les symptômes et les complications de la rougeole, de la rubéole et des oreillons. Il n'est donc pas possible de savoir si, outre le fait que chacune de ces informations ait été présentée séparément, il y avait une autre caractéristique de ces messages qui les rendait peu efficaces à influencer les parents, telle que le fait que le message soit narratif ou didactique. Or, l'étude de Nyhan et al. (2014) est la seule ayant évalué un message narratif faisant la promotion de la vaccination des jeunes enfants auprès de parents qui a pu être recensée.

Il faut noter également qu'aucune étude ayant utilisé un devis qualitatif n'a été relevée dans le domaine de la vaccination. En fait, dans le domaine de la santé, seulement deux études qualitatives ont été trouvées (Goddu, Raffel et Peek, 2015; Smith, Tomasone, Latimer-Cheung et Martin Ginis, 2015). Dans l'étude de Smith et al. (2015), le message narratif n'a été évalué que comme un outil de transfert de connaissances au sujet de la pratique d'activité physique pour les personnes ayant une lésion médullaire (à la moelle épinière), tandis que dans celle Goddu et al. (2015), le message narratif était intégré à une intervention à multiples composantes pour amener des patients afro-américains atteints de diabète à être plus actifs dans la prise en charge de leur maladie.

Ainsi, malgré les limites des méta-analyses et des revues systématiques relevées ainsi que les résultats variables des interventions testées dans le domaine de la vaccination, certaines des études comportaient quand même des données probantes en faveur d'une efficacité plus grande des messages narratifs en comparaison avec les messages statistiques ou didactiques (de Wit et al., 2008; Hopfer, 2012; Shen et al., 2015). Une grande variabilité dans les caractéristiques des messages utilisés pourrait être à la source de la variabilité de l'efficacité trouvée (Graaf et al., 2016). Il apparaît donc pertinent de s'intéresser aux possibles facteurs pouvant influencer l'efficacité des messages narratifs.

1.3.2 Caractéristiques modulant l'effet des messages narratifs

Bien que la théorie ainsi que différents résultats empiriques appuient l'utilisation de la communication sous la forme d'une histoire pour améliorer l'acceptation de la vaccination, il reste des incertitudes à savoir quelles caractéristiques d'un message narratif modulent son efficacité à influencer une décision (Bekker et al., 2013; Graaf et al., 2016; Perrier et Martin Ginis, 2017; Winterbottom et al., 2008). La littérature suggère quand même quelques pistes méritant d'être explorées, dont certaines sont discutées dans cette section.

D'abord, il n'est pas tout à fait clair si le type de média utilisé pouvait avoir un impact. Lorsqu'ils étaient comparés à des messages non narratifs dans le cadre d'une méta-analyse, les messages narratifs transmis sur support

audio ou vidéo avaient un impact plus grand et statistiquement significatif, tandis que les messages sur support papier avaient un effet plus faible et non statistiquement significatif (Shen et al., 2015). Toutefois, une revue de littérature sans méta-analyse ne montrait pas de tendance en faveur d'un type de médium par rapport à un autre (Graaf et al., 2016).

Ensuite, le fait de raconter une histoire à la première ou à la troisième personne semble être une autre caractéristique pouvant influencer l'effet de messages narratifs. Ainsi, un message raconté à la première personne serait plus efficace qu'un message raconté à la troisième personne selon des revues systématiques et deux études randomisées contrôlées portant sur la promotion du vaccin contre les VPH (Nan et al., 2015; Nan et al., 2016; Winterbottom et al., 2008), mais cette différence n'est peut-être restreinte qu'aux messages écrits (Graaf et al., 2016; Nan et al., 2016).

De même, le personnage figurant dans l'histoire pourrait avoir un impact. D'une part, les professionnels de la santé sont une source d'information dans laquelle la majorité des parents ont confiance, et la recommandation d'un professionnel de la santé serait un prédicteur important de l'acceptation vaccinale (Dubé et al., 2013). D'ailleurs, dans le cadre d'une étude par sondage réalisée auprès d'un échantillon américain représentatif au niveau national, les informations ou la réassurance données par le médecin étaient la principale raison pour laquelle des parents qui planifiaient initialement retarder ou refuser un vaccin ont finalement accepté la vaccination (Gust, Darling, Kennedy et Schwartz, 2008). Cependant, bien que le niveau de confiance générale en leur médecin puisse être élevé, certains parents hésitants à la vaccination peuvent avoir un niveau de confiance plus faible en ce qui a trait spécifiquement aux informations et aux conseils liés à la vaccination fournis par leur médecin (Glanz et al., 2013). De plus, une étude sur l'utilisation de vidéos narratives faisant la promotion du vaccin contre les VPH n'a pas montré de différence statistiquement significative entre une vidéo dans laquelle un médecin témoignait et une vidéo dans laquelle un pair témoignait (Hopfer, 2012). En fait, ni une ni l'autre n'était statistiquement différente d'un message non narratif pour amener des femmes à se faire vacciner. Cependant, une plus faible proportion de femmes dans le groupe contrôle étaient vaccinées deux mois après l'intervention en comparaison avec les femmes dans le groupe exposé au témoignage du médecin, et ces dernières étaient proportionnellement moins vaccinées que les femmes dans le groupe exposé au témoignage d'un pair (Hopfer, 2012).

Ainsi, au lieu que l'information provienne d'un médecin, l'information pourrait provenir d'un pair. En effet, tel que déjà mentionné dans les théories sur le fonctionnement des messages narratifs, l'identification avec un personnage pourrait constituer un mécanisme important pour faciliter l'efficacité du message (Green, 2006; Moyer-Gusé, 2008). Une étude a d'ailleurs démontré que l'identification avec le personnage figurant dans un message narratif ainsi que la pertinence de l'histoire par rapport au contexte de vie personnel seraient des

éléments qui influencent la modification des perceptions envers le comportement ciblé (Frank et al., 2015). De plus, selon des théories sur le fonctionnement des messages narratifs, les opinions et les actions d'un personnage pourraient influencer ce qu'un individu perçoit comme étant la norme dans la société, ce qui peut alors influencer ses comportements (Hinyard et Kreuter, 2007; Moyer-Gusé, 2008). Tout cela suggère que, afin d'influencer un parent, il serait intéressant d'utiliser le témoignage d'un autre parent auquel il pourra s'identifier. Cependant, dans une revue systématique, il n'était pas possible de conclure si la similarité du personnage avec le destinataire était une caractéristique modulant l'effet des messages narratifs (Graaf et al., 2016). En effet, pour s'identifier à un personnage, il semblerait que d'autres éléments soient nécessaires en plus de la simple évaluation cognitive que le personnage présente des similarités à soi (Moyer-Gusé, 2008). Notamment, de l'empathie et le fait de ressentir les émotions du personnage feraient partie du processus d'identification (Moyer-Gusé, 2008).

Finalement, un autre facteur pouvant peut-être moduler l'effet des messages narratifs serait le niveau d'émotivité. En effet, une étude dans le domaine de la vaccination a trouvé que des témoignages d'effets secondaires qui étaient présentés de manière très émotive augmentaient la perception du risque par rapport aux messages peu émotifs (Betsch et al., 2011). Une revue de littérature concluait également que la description des émotions vécues par les personnages pouvait être une caractéristique prometteuse, bien que cette revue ne procédait qu'à un décompte des études comparant des messages narratifs avec des messages non narratifs ou avec l'absence de message (Graaf et al., 2016).

En bref, certaines données sont contradictoires sur le type de médium à favoriser (Graaf et al., 2016; Shen et al., 2015). Dans le domaine de la vaccination, il reste également un questionnement à savoir s'il serait préférable qu'un médecin ou qu'un pair témoigne (Hopfer, 2012), mais il semble qu'il soit préférable que l'histoire soit racontée à la première personne (Nan et al., 2015; Nan et al., 2016; Winterbottom et al., 2008). Un niveau d'émotivité plus élevé et la description des émotions vécues par le personnage seraient aussi des caractéristiques prometteuses (Betsch et al., 2011; Graaf et al., 2016).

1.4 Conclusion de la problématique

En résumé, cette revue de littérature a mis en évidence le fait que la rougeole constitue encore un risque pour la population canadienne et québécoise, en raison de la survenue d'éclosions associée à des regroupements d'individus non vaccinés (De Serres et al., 2015; Panić et Gheorghe, 2016) et parce que les cibles de couverture vaccinale ne sont pas atteintes chez les jeunes enfants (Boulianne et al., 2015; Statistique Canada, 2017). Qui plus est, un nombre élevé de parents présentent de l'hésitation vaccinale (Dubé, Gagnon, Ouakki et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec, 2016; Opel, Taylor, et al., 2011) et pourraient potentiellement retarder ou refuser l'administration de vaccins pour leurs

enfants (Dubé, Gagnon, Ouakki et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec, 2016; Dubé et al., 2013; Salmon et al., 2015).

Un second grand constat repose sur le fait qu'il ne semble pas y avoir de consensus sur la manière de communiquer avec les personnes présentant de l'hésitation vaccinale (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Sadaf et al., 2013). La littérature actuelle indique que les effets des messages didactiques faisant la promotion de la vaccination sont partagés (Dubé, Gagnon, MacDonald, et al., 2015; Fu et al., 2014; Kaufman et al., 2013; Sadaf et al., 2013). C'est pourquoi il y a de l'intérêt pour tenter d'utiliser des messages narratifs (Hinyard et Kreuter, 2007) qui, selon certaines théories, seraient plus efficaces que les messages didactiques pour promouvoir l'adoption d'un comportement (Green, 2006; Hinyard et Kreuter, 2007; Moyer-Gusé, 2008; Slater et Rouner, 2002). Certaines méta-analyses dans le domaine de la santé soutiennent cette efficacité plus grande des messages narratifs comparativement aux messages plus didactiques (Shen et al., 2015; Zebregs et al., 2015). Toutefois, peu d'études ont été réalisées spécifiquement sur la vaccination et une seule traitant de la vaccination de jeunes enfants a été relevée (Nyhan et al., 2014). De plus, d'autres études ne concluaient pas à la supériorité des messages narratifs (Perrier et Martin Ginis, 2017; Winterbottom et al., 2008). En fait, les messages testés dans la littérature pouvaient présenter une grande variabilité (Graaf et al., 2016).

Ainsi, l'état actuel des connaissances ne permet pas de savoir précisément dans quelle mesure les messages narratifs influencent la prise de décision des parents au sujet de la vaccination et comment cette influence se compare à celle de messages plus didactiques. De plus, la littérature ne permet pas de connaître exactement quelles sont les caractéristiques de ces messages, par exemple la personne témoignant dans l'histoire (Hopfer, 2012) et le niveau d'émotivité (Graaf et al., 2016), qui peuvent moduler leur effet. Notre recherche adressera donc ces questionnements sur l'utilisation de messages narratifs faisant la promotion de la vaccination comme moyen d'intervention pour améliorer l'acceptation vaccinale des parents, en les comparant à des messages plus didactiques.

1.5 Objectifs de recherche

1.5.1 Objectif général

Ce projet de recherche vise à explorer si, et comment, quatre variations d'un message écrit de promotion de la vaccination contre la rougeole peuvent influencer (positivement ou négativement) les attitudes et les perceptions de parents canadiens. Ces messages sont rédigés dans un format journalistique et comprennent un témoignage, afin de simuler une nouvelle de journal qu'un parent pourrait lire dans un journal ou sur internet.

1.5.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- 1- Décrire les perceptions, croyances et attitudes des parents sur la vaccination en général, et plus particulièrement sur la vaccination contre la rougeole (vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillons)).
- 2- Décrire comment les parents perçoivent les différents messages testés, en comparant :
 - a. la perception de la source du message (médecin vs parent) et la confiance que les parents accordent à ces sources.
 - b. la perception du contenu du message (plutôt narratif et faisant appel aux émotions vs exposant des faits).

Chapitre 2- Cadre théorique

Le cadre théorique du modèle des croyances relatives à la santé (Janz et Becker, 1984) sera utilisé de manière souple afin de guider la collecte et l'analyse des données. Ce modèle a déjà été utilisé dans plusieurs études afin d'analyser des décisions vaccinales (Donadiki et al., 2014; Krawczyk et al., 2015; Pielak et Hilton, 2003). En fait, les origines mêmes de ce modèle sont liées à la vaccination : les construits seraient fondés sur les facteurs qui influençaient la décision des parents de vacciner leur enfant contre la poliomyélite durant les années 50 (Smith et al., 2011). Dans les prochaines lignes, les différents construits de ce modèle sont expliqués. Ces construits peuvent également être repérés dans la figure 1 qui suit.

Selon ce modèle, différents concepts portant sur les croyances influencent la probabilité de réaliser l'action préventive (Janz et Becker, 1984), soit la **probabilité de faire vacciner son enfant contre la rougeole** (correspondant à la lettre « g » dans la figure 1) dans le cadre de ce projet. Les quatre construits principaux portant sur les croyances, adaptés à la vaccination contre la rougeole, sont :

- a. **la perception de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole**, soit la probabilité que son enfant contracte la rougeole;
- b. **la perception de la sévérité de la rougeole pour son enfant**;
- c. **la perception des bénéfices du vaccin RRO**, référant à la perception des avantages de la vaccination, tels que l'efficacité de la vaccination comme moyen de prévenir la rougeole chez son enfant;
- d. **la perception des barrières au vaccin RRO**, consistant ici en la perception des aspects négatifs de la vaccination de son enfant, telle que la perception d'un manque de sécurité du vaccin RRO et du risque d'effets indésirables, mais aussi la perception des barrières à l'accès telles que la difficulté à obtenir un rendez-vous de vaccination, à se libérer d'autres engagements pour se rendre à ce rendez-vous ou encore des difficultés pour effectuer le déplacement jusqu'au lieu du rendez-vous.

Pris ensemble, la perception de la **vulnérabilité** et de la **sévérité**, soit les construits a et b, forment la perception de la menace de la maladie qui constitue le moteur à effectuer une action pour prévenir la maladie (Janz et Becker, 1984). L'adoption de l'action est alors modulée par une évaluation de type coût-avantage réalisée avec la perception des **bénéfices** et des **barrières**, soit les construits c et d (Janz et Becker, 1984).

Dans le modèle des croyances relatives à la santé, des **incitatifs à l'action** (lettre « e » dans la figure 1), tels que la maladie d'un proche, les recommandations d'un médecin ou encore une campagne de promotion, influencent la perception de la menace de la maladie (Janz et Becker, 1984). Les messages de promotion de la vaccination contre la rougeole qui seront évalués dans le cadre de ce projet sont aussi considérés comme des incitatifs à l'action. Dans les incitatifs à l'action, nous incluons également les expériences des parents. En effet,

différentes expériences passées en lien avec la vaccination peuvent influencer la décision vaccinale (Dubé et al., 2013). Par exemple, Dubé et al. (2013) ont relevé qu'une mauvaise expérience avec le professionnel de la santé responsable de la vaccination de son enfant, la crainte des aiguilles ainsi que la douleur expérimentée après une vaccination antérieure peuvent être des barrières à la vaccination des enfants.

Finalement, le modèle inclut également des **facteurs modifiants** (lettre « f » dans la figure 1). En effet, le modèle suppose que les perceptions des individus peuvent aussi différer selon différents facteurs démographiques et sociopsychologiques (Janz et Becker, 1984). Ces facteurs incluent entre autres les connaissances (Champion et Sugg Skinner, 2008), dont les connaissances sur la rougeole et sur le vaccin contre cette MEV. Entre autres, les parents hésitants à la vaccination peuvent avoir une conception particulière de l'immunité et cela aura une influence sur la perception de la vaccination (Dubé et al., 2013). Par exemple, certains parents conçoivent le système immunitaire de leur enfant comme différent et comportant des faiblesses, pouvant alors être « surchargé » par certains vaccins (Cassell et al., 2006).

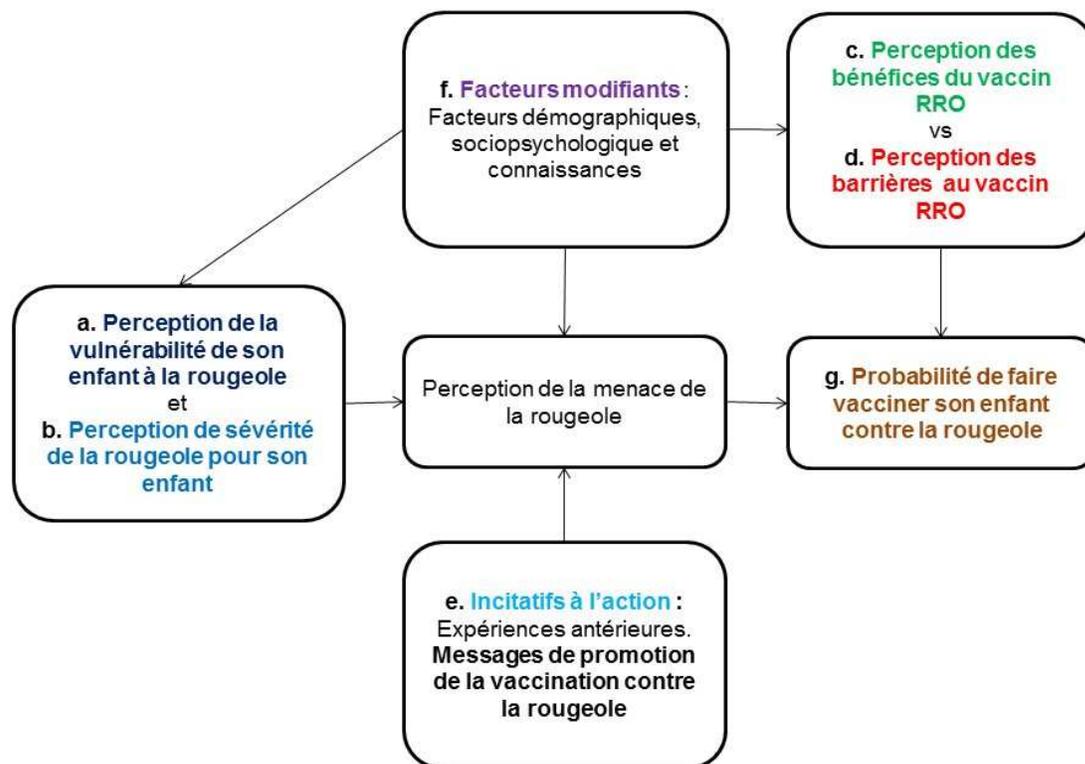


Figure 1 : Modèle des croyances relatives à la santé appliqué à la vaccination contre la rougeole des enfants (adapté de Figure 1. Basic Elements of the Health Belief Model, dans Janz et Becker (1984))

Le modèle des croyances relatives à la santé a par ailleurs déjà été évalué dans une étude chez des parents d'enfants de 24 à 35 mois hésitants à la vaccination : le niveau d'accord avec différents énoncés référant aux quatre construits principaux du modèle (construits a, b, c et d) variait avec le continuum d'acceptation de la vaccination, les parents étant catégorisés selon qu'ils avaient accepté tous les vaccins, en avaient retardé, en avaient refusé, et en avaient retardé et refusé (Smith et al., 2011). De même, après avoir ajusté les résultats pour tenir compte des caractéristiques maternelles, familiales et de l'enfant, les perceptions plus négatives dans les quatre construits étaient associées de façon statistiquement significative à une moins grande couverture vaccinale pour chacun des vaccins destinés aux enfants (Smith et al., 2011). Par exemple, le désaccord avec l'énoncé référant à la croyance que la MEV présente un risque pour son enfant était associé à une couverture vaccinale pour le vaccin RRO de 19,6 % plus faible (intervalle de confiance à 95 % de 14,4 à 24,8 %) (Smith et al., 2011). De plus, une méta-analyse a été réalisée afin d'évaluer l'association entre la perception du risque d'une MEV et la vaccination chez des adultes. Il a été trouvé qu'il y avait une corrélation significative faible à modérée entre la perception de la sévérité d'une MEV et le fait d'être vacciné (coefficient de corrélation $r = 0,16$; $p < 0,001$) ainsi qu'une corrélation significative modérée entre la perception de la probabilité de contracter une MEV et le fait d'être vacciné (coefficient de corrélation $r = 0,26$, $p < 0,001$) (Brewer et al., 2007).

En plus des construits du modèle des croyances relatives à la santé, d'autres concepts aideront à guider l'analyse :

Confiance : La confiance est associée à la perception du risque (Earle, Siegrist et Gutscher, 2010). Ainsi, selon les résultats de Benin et al. (2006), la confiance serait un concept central dans la prise de décision vaccinale. Selon un modèle théorique de la confiance dans un contexte de perception du risque, la confiance en une personne se fonde sur la similarité avec soi, ainsi que sur la perception des valeurs de cette personne (Earle et al., 2010). Si un individu fait confiance à une personne responsable de gérer un risque, les informations que cette dernière fournit au sujet de sa performance ou de celle de son institution dans la gestion du risque seront perçues plus positivement que si l'individu ne lui fait pas confiance (Earle et al., 2010). De même, dépendant du niveau de confiance, un individu peut croire ou non les informations qui lui sont fournies (Earle et al., 2010). Dans le contexte de la vaccination, cela signifierait que, dépendant du niveau de confiance d'un parent envers une autorité en matière de santé, les informations fournies sur la performance de la vaccination seraient plus ou moins perçues favorablement, voire plus ou moins crédibles. Ainsi, la confiance ou le manque de confiance en son pédiatre, incluant la confiance dans ses motivations et sa compétence, ainsi que la confiance en un praticien de médecine alternative ou une autre personne ne croyant pas à la vaccination sont associés avec la décision vaccinale (Benin et al., 2006). De plus, la méfiance envers le gouvernement de même que la méfiance

envers les compagnies pharmaceutiques ont été associées avec le refus vaccinal (Cassell et al., 2006). Finalement, comme il a été dit précédemment, puisqu'un élément inspirant la confiance est la similarité avec soi (Earle et al., 2010), il sera intéressant de voir comment la confiance influence l'effet des messages dans lesquels le témoignage provient d'un parent plutôt que d'un médecin.

Norme subjective : Ce concept provient de la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié (Fishbein et Ajzen, 1975, dans (Godin, 2012)). Il s'agit de « l'importance que l'individu accorde à l'opinion des gens qui lui sont significatifs quant à l'adoption d'un comportement donné » (Godin, 2012, p. 21). Il a en effet été démontré que l'opinion ainsi que le statut vaccinal des proches et de leurs enfants ont une influence sur l'acceptation de la vaccination (Dubé et al., 2013; Yaqub, Castle-Clarke, Sevdalis et Chataway, 2014). Également, dans le cas des messages narratifs portant sur des comportements liés à la santé, Hinyard et Kreuter (2007) ont avancé qu'une histoire racontée par une personne similaire à soi pourrait influencer la norme subjective. Ainsi, l'approbation de la vaccination par un parent témoignant dans les messages testés pourrait aider à voir la vaccination comme étant un comportement normatif (Hinyard et Kreuter, 2007).

Chapitre 3- Démarche méthodologique

3.1 Type d'étude et justification

Cette étude vise à explorer l'effet de différents messages faisant la promotion de la vaccination contre la rougeole, dont des messages narratifs, sur les attitudes et les perceptions des parents de jeunes enfants. Une méthodologie principalement qualitative a été choisie pour analyser l'effet de ces messages. Comparées aux méthodes quantitatives, les méthodes qualitatives permettent de mieux répondre aux questions de type « comment » et « pourquoi » afin d'analyser les processus plus en profondeur (Draper, 2004; Foley & Timonen, 2015). Or, les processus par lesquels les messages narratifs peuvent influencer les perceptions et les comportements dans le domaine de la santé ne sont pas bien compris (Winterbottom et al., 2008). Les méthodes qualitatives sont donc appropriées en contexte exploratoire pour tenter de mieux comprendre quelle influence peuvent avoir ces messages sur les attitudes vaccinales.

3.2 Contexte de l'étude

Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large, mené par Dre S. Michelle Driedger et financé par le Canadian Immunization Research Network (CIRN)⁸, dont l'objectif est d'évaluer quantitativement l'efficacité de messages visant à réduire l'hésitation vaccinale (Driedger, 2016). Dans le cadre de ce projet, l'équipe de Dre S. Michelle Driedger a préparé quatre messages sous la forme d'une nouvelle de journal écrite dans le cadre d'une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole⁹. Deux messages sont davantage narratifs et font appel aux émotions à l'aide d'un témoignage, provenant d'un médecin (histoire A) ou d'un parent (histoire B), qui est en lien avec l'histoire d'un enfant ayant contracté la rougeole. Les deux autres messages comprennent également un témoignage provenant soit d'un médecin, soit d'un parent, mais au lieu de rapporter une histoire émotive, les messages mettent plutôt l'accent sur des faits (histoires C et D). La rédaction des messages inclut également des informations faisant appel aux quatre construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé, soit la perception de la sévérité de la rougeole pour son enfant, la perception de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole, la perception des bénéfices du vaccin RRO et la perception des barrières au vaccin RRO¹⁰. Les messages ont été rédigés en anglais, puis traduits par l'équipe de recherche en français.

Dans la phase 1 du projet de Dre S. Michelle Driedger, quatre groupes de discussion (deux en français à Québec d'abord, puis deux en anglais à Winnipeg), réunissant 8 à 10 parents chacun, ont été réalisés afin de prétester

⁸ La liste complète des chercheurs impliqués dans le projet dirigé par Dre S. Michelle Driedger se trouve en annexe I. Le protocole de ce projet est disponible sur demande.

⁹ Les messages développés (première version testée) se trouvent en annexe II.

¹⁰ Les informations contenues dans les messages qui correspondent aux construits du modèle des croyances relatives à la santé se trouvent en annexe III.

les messages développés. Le contenu des messages a été légèrement adapté entre les deuxième, troisième et quatrième groupes de discussions, selon les commentaires des participants¹¹ (Driedger, 2016). Dans une phase ultérieure, les messages prétestés seront évalués à l'aide d'un sondage en ligne.

La présente étude s'inscrit dans la phase 1 du projet de Dre S. Michelle Driedger. L'étudiante-chercheuse à la maîtrise a participé à l'organisation des groupes de discussion. La méthode des groupes de discussion a été maintenue pour réaliser la présente étude dans le cadre du mémoire, car elle permet de susciter des échanges entre les participants qui, en partageant leurs idées, sont amenés à les expliquer et à en débattre avec les autres (Ulin, Robinson et Tolley, 2005). L'utilisation de groupes de discussion est particulièrement intéressante dans le cas de sujets controversés (Ulin et al., 2005), comme cela peut être le cas avec la vaccination contre la rougeole.

3.3 Sélection des participants

3.3.1 Population à l'étude et échantillonnage

Puisque les messages développés visent à influencer la décision de parents canadiens au sujet de la vaccination de leur enfant contre la rougeole, il a été décidé de cibler des parents devant prendre cette décision prochainement ou l'ayant prise récemment. La population des parents ayant au minimum un enfant de 2 ans ou moins a donc été retenue, car la première dose du vaccin contre la rougeole est offerte à l'âge de 12 mois pour tous les enfants canadiens, et la deuxième dose est offerte entre 18 mois et 6 ans selon les provinces (Agence de la santé publique du Canada, 2017b).

De plus, afin de pouvoir explorer une plus grande étendue de réactions possibles aux messages développés, il a été décidé de recruter des parents ayant des opinions diverses sur la vaccination, incluant des parents hésitants à la vaccination. Pour ce faire, il a été convenu de recruter des parents appartenant à chacune de ces catégories de comportements liés à la vaccination :

- Parents ayant accepté la plupart ou l'ensemble des vaccins recommandés pour leur enfant,
- Parents ayant accepté certains vaccins recommandés pour leur enfant, mais ayant remis à plus tard ou refusé certains autres vaccins,
- Parents ayant refusé la plupart ou l'ensemble des vaccins recommandés pour leur enfant.

L'équipe de recherche était consciente qu'il serait difficile de recruter des parents appartenant à chacune de ces catégories. D'abord, la population des parents d'enfants de 2 ans et moins représente en soit une petite portion de la population qui est de plus très occupée à s'occuper de ses jeunes enfants. De plus, les parents ayant

¹¹ Les éléments modifiés au courant du projet sont indiqués dans l'annexe III.

volontairement retardé ou refusé des vaccins représentent une population encore plus restreinte. Au Québec, seulement 29 % des enfants de 2 ans ont une couverture vaccinale incomplète pour leur âge (Boulianne et al., 2015), mais il faut considérer en plus que ce ne sont probablement pas tous ces enfants pour lesquels le retard ou le refus vaccinal était le résultat d'une décision délibérée (par exemple, il peut y avoir eu des contre-indications à la vaccination ou des difficultés d'accès aux services de vaccination). Au Québec et au Canada, des enquêtes ont permis d'estimer qu'environ 1 à 2,7 % des enfants de 2 ans n'auraient reçu aucun vaccin, bien que ces enquêtes sous-estiment probablement ces nombres (Boulianne et al., 2015; Gilbert, Gilmour, Wilson et Cantin, 2017). Malgré tout, comme il y a des parents hésitants parmi ceux dont les enfants ont reçu tous les vaccins (car certains peuvent accepter les vaccins tout en ayant de sérieux doutes sur leur décision) (Dubé et al., 2013; Salmon et al., 2015) et, considérant qu'environ 30 % des parents se disent hésitants à la vaccination (Opel et al., 2013), il a été convenu de maintenir cette stratégie pour recruter des participants présentant un éventail d'attitudes envers la vaccination.

Lorsque cela était possible, une diversification de l'échantillon selon des caractéristiques sociodémographiques (âge, nombre d'enfants, niveau de scolarité et revenu) a été tentée, car la diversité permet d'avoir une plus grande richesse dans les données (Aubin-Auger et al., 2008).

3.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour prendre part aux groupes de discussion, les parents devaient :

1. Avoir un enfant de deux ans ou moins;
2. Être âgé de 18 ans et plus;
3. Être à l'aise pour s'exprimer dans la langue parlée dans chacun des groupes de discussion (français à Québec, anglais à Winnipeg);
4. Être disponible pour participer à un des groupes de discussions au moment convenu;
5. Être confortable pour discuter ouvertement avec d'autres participants au sujet de ses expériences antérieures avec des professionnels de la santé et au sujet de la façon dont ses décisions à l'égard de la vaccination de ses enfants ont été prises.

Le premier critère d'inclusion correspond à la population ciblée, tel qu'expliqué dans la section 3.3.1. Pour des raisons d'ordre légal et éthique, seules les personnes majeures pouvaient être recrutées. Les critères d'inclusion 3 à 5 renvoient à des conditions pratiques nécessaires pour que les participants soient en mesure de participer adéquatement aux groupes de discussion.

Un parent ne pouvait participer à l'étude si :

1. Lui-même, ou un membre de son foyer, était impliqué dans une entreprise œuvrant en recherche marketing, dans les médias ou en publicité;
2. Lui-même, ou un membre de son foyer, était un travailleur de la santé;
3. Il avait participé à un groupe de discussion au courant des 12 derniers mois.

Comme les messages testés dans cette recherche s'adressent à la population générale, il a été jugé préférable d'exclure de l'étude des personnes pouvant avoir une opinion liée à leur profession sur les messages rédigés. C'est pourquoi les personnes œuvrant dans un domaine relié à la publicité et aux soins de santé ou habitant avec quelqu'un œuvrant dans ces domaines ont été exclues. De plus, afin de favoriser le recrutement de personnes réellement intéressées à discuter du sujet à l'étude plutôt que des gens participant fréquemment à des groupes de discussion pour des raisons monétaires, les parents ayant participé à un groupe de discussion dans les 12 derniers mois ont été exclus.

3.3.4 Recrutement

Le recrutement a été effectué par deux firmes de recherche engagées dans le cadre du projet de recherche plus large de Dre S. Michelle Driedger, soit une à Québec et une à Winnipeg. Un document a été fourni aux firmes afin de les aider à respecter les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les critères de diversification des participants potentiels (comportement vaccinal, nombre d'enfants, âge, revenu, niveau de scolarité)¹². La diversification des parents par rapport à leur comportement vaccinal a été priorisée sur la diversification des critères sociodémographiques. Comme il s'agissait des catégories ayant une plus faible incidence dans la population, les firmes de recherche ont eu comme instruction de recruter de façon préférentielle les parents appartenant aux catégories « parents ayant accepté certains vaccins recommandés pour leur enfant, mais ayant remis à plus tard ou refusé certains autres vaccins » et « parents ayant refusé la plupart ou l'ensemble des vaccins recommandés pour leur enfant ».

La firme de recherche Léger a été retenue pour effectuer le recrutement à Québec. Cette firme possède un panel constitué d'un grand nombre de membres recrutés à l'aide de méthodes probabilistes, ainsi que des membres s'étant inscrits via les réseaux sociaux, via des programmes de recommandation d'un ami ou après avoir entendu parler du panel de Léger (Leger web.com, 2016). La firme Léger a procédé à un recrutement parmi les membres de son panel seulement. Le recrutement s'est déroulé du 8 au 28 février 2017. D'abord, une invitation par courriel a été envoyée aux membres qui étaient des parents d'au moins un enfant de deux ans et moins et qui habitaient la région de Québec, ce qui représentait 1260 personnes. À cette invitation était joint un

¹² Ce document peut être consulté en annexe IV.

sondage dont les questions provenaient du document fourni aux firmes mentionné ci-haut. Suite à la réception de cette invitation, 22 personnes ont refusé de répondre au sondage. Parmi les 1238 répondants, 144 respectaient les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés à la section 3.3.3 et étaient intéressés à participer aux groupes de discussion. Les agents de recrutement de la firme Léger procédaient alors à des appels téléphoniques parmi ces personnes qualifiées, selon l'ordre d'arrivée des réponses d'abord, puis en priorisant les personnes ayant des profils permettant de respecter les différents critères de diversification de l'échantillon. Si un participant potentiel n'était pas rejoint au moment du premier appel téléphonique, il était alors rappelé à plusieurs reprises¹³ et un message sur la boîte vocale était laissé. Les participants recrutés recevaient une confirmation par courriel. Un appel téléphonique était réalisé de 48 à 72 heures avant la tenue du groupe de discussion pour reconfirmer leur présence. À l'issue de ces procédures, 20 parents ont été recrutés, dont 4 s'étant identifiés comme appartenant à la catégorie « parents ayant accepté certains vaccins recommandés pour leur enfant, mais ayant remis à plus tard ou refusé certains autres vaccins » et aucun de la catégorie « parents ayant refusé la plupart ou l'ensemble des vaccins ». Lors de la tenue des groupes de discussion le 1^{er} mars 2017, 15 de ces 20 parents se sont présentés, dont 3 s'étant identifiés dans le sondage comme ayant remis à plus tard ou refusé certains vaccins.

À Winnipeg, la firme de recherche Prairie Research Associates a été embauchée. Cette firme possède également un panel constitué de membres s'y étant inscrits volontairement. Des appels téléphoniques ont été réalisés auprès des membres de ce panel, mais n'ont pas permis de recruter assez de participants. Le recrutement a été complété en procédant par des appels à des numéros générés par composition téléphonique aléatoire et en communiquant avec des personnes référées par d'autres¹⁴. Les appels étaient réalisés de jour et de soir. S'il n'y avait pas de réponse à un numéro contacté, ce numéro était rappelé jusqu'à un maximum de 5 fois. Environ 1450 numéros ont été appelés et environ 740 personnes ont répondu. Parmi ces derniers, 125 ont refusé de répondre aux questions des recruteurs, 563 ne respectaient pas les critères d'inclusion et d'exclusion outre la disponibilité, et environ 35 n'étaient pas disponibles aux dates des groupes de discussion. La firme a cherché à obtenir un minimum de deux parents par groupe n'appartenant pas à la catégorie « parents ayant accepté la plupart ou l'ensemble des vaccins recommandés pour leur enfant ». Le recrutement a débuté le 28 février et a été poursuivi jusqu'au 13 mars 2017, soit la date la plus tardive possible par rapport à la tenue des groupes de discussion, afin de maximiser la diversification selon les critères établis. Toutefois, il a été difficile de respecter les critères de diversification des caractéristiques sociodémographiques dans chaque groupe. En tout, 21 parents ont ainsi été recrutés, incluant 3 parents s'étant identifiés comme ayant retardé ou refusé certains vaccins pour leur enfant. Une personne s'est ensuite désistée. Un courriel de confirmation a été envoyé

¹³ Le nombre maximal d'appels téléphoniques n'a pas pu être obtenu auprès de la firme de recherche Léger.

¹⁴ La firme de recherche Prairie Research Associates n'a pas précisé de qui provenaient ces références.

et un appel téléphonique a été réalisé la veille ou le matin de la tenue du groupe de discussion : à ce moment, 17 personnes ont été rejointes et ont confirmé leur présence. Finalement, 13 parents, incluant les 3 parents s'étant identifiés dans le questionnaire de recrutement comme ayant refusé ou retardé certains vaccins pour leur enfant, se sont présentés aux groupes de discussion ayant eu lieu à Winnipeg les 13 et 15 mars 2017

3.4 Collecte des données

3.4.1 Groupes de discussion

Deux groupes de discussion se sont déroulés en français à Québec, et deux autres se sont déroulés en anglais à Winnipeg en mars 2017. À Québec, l'animation a été réalisée par une agente de recherche de la firme Léger. À Winnipeg, l'animation a été réalisée par la chercheuse principale du projet de recherche plus large dans lequel s'inscrit cette étude, soit Dre S. Michelle Driedger. Un guide d'entretien souple a été rédigé afin de permettre aux animateurs de couvrir tous les sujets nécessaires à la réalisation de cette étude ainsi qu'au projet de recherche plus large de Dre S. Michelle Driedger. L'étudiante-chercheuse à la maîtrise a participé à la rédaction de ce guide d'entretien, qui inclut des questions en lien avec les objectifs du présent projet de recherche ainsi qu'avec les construits du cadre théorique utilisé. Les questions incluses dans le guide, ainsi que les construits du cadre théorique pour lesquels ces questions avaient le potentiel d'apporter un éclairage, peuvent être consultés dans l'annexe V de ce mémoire.

Les activités réalisées lors de la première partie des groupes de discussion permettaient d'évaluer les perceptions des participants sur la vaccination en général et donc de répondre à l'objectif spécifique numéro 1 de ce projet. Ainsi, les participants répondaient d'abord à des questions générales sur la vaccination. Ensuite, en vue d'une phase ultérieure du projet de Dre S. Michelle Driedger, ils répondaient par écrit à des questionnaires afin de les prétester et ainsi déterminer si les questions étaient bien comprises. Certaines discussions suscitées par les réponses à ces questionnaires ont permis de générer des données pour ce mémoire, car elles renseignaient parfois sur l'attitude et les perceptions des participants par rapport à la vaccination.

La deuxième partie des groupes de discussion servait principalement à répondre à l'objectif numéro 2 de ce projet, soit comprendre les perceptions des parents à l'égard des différents messages testés. De plus, cette partie permettait d'en savoir plus sur les perceptions des parents au sujet du vaccin RRO. Les participants procédaient à la lecture des messages développés un à la fois. Les participants étaient alors questionnés sur leurs perceptions à la suite de la lecture de chacun des messages, tant sur le contenu des messages, sur la façon d'amener des informations et sur la personne interviewée. Il leur était également demandé de comparer les messages entre eux. Par ailleurs, afin d'éviter que l'ordre de présentation des messages ait une influence sur les résultats, la séquence de lecture et de discussion des histoires a été variée au sein des groupes de

discussion de chaque ville, en procédant à la lecture des histoires soit de A à D ou de D à A. La durée des groupes de discussion était de deux heures.

L'étudiante-chercheuse a assisté en personne aux groupes de discussion tenus à Québec le 1^{er} mars 2017, derrière une vitre teintée. Une prise de notes personnelles non exhaustive a été réalisée au courant des groupes de discussion afin de s'assurer que tous les objectifs de ce projet de mémoire, ainsi que les construits du cadre théorique, étaient abordés. À plusieurs moments durant les groupes de discussion, l'animatrice est venue consulter l'équipe de recherche se trouvant derrière la vitre teintée. Il a donc été possible de demander à l'animatrice de poser des questions supplémentaires afin d'aborder des sujets du cadre conceptuel qui n'avaient pas été évoqués ou qui n'avaient pas été suffisamment détaillés. De plus, après la tenue du premier groupe de discussion, des questions ont été ajoutées au guide d'entretien. Ces ajouts sont identifiés dans l'annexe V. Il s'agit de questions sur les connaissances de base des participants sur la rougeole et sur le vaccin RRO (avant de procéder à la lecture des messages) ainsi que des questions pour préciser comment les participants jugent la crédibilité des personnes interviewées dans les messages testés.

Pour ce qui est des groupes de discussion réalisés à Winnipeg, l'étudiante-chercheuse y a assisté en direct par appel vidéo. La même procédure de prise de notes non exhaustive a été réalisée, mais les demandes de questions supplémentaires ont été acheminées à l'animatrice par messagerie texte.

Les groupes de discussion réalisés à Québec ont été enregistrés sur support audiovisuel puis retranscrits par la firme de recherche. Cette retranscription n'était pas mot à mot : les transcripateurs avaient tenté de conserver l'idée principale de chaque intervention. Les verbatim ainsi générés ont été révisés par l'étudiante-chercheuse, qui a alors ajusté le sens des interventions si nécessaire et réattribué les interventions aux bons participants lorsqu'il y avait eu erreur.

Les groupes de discussion effectués à Winnipeg ont été enregistrés sur support audio seulement. Une retranscription au mot à mot a été réalisée par des transcripateurs travaillant à l'Université du Manitoba. Un professionnel de recherche sénior de l'équipe de Dre S. Michelle Driedger a procédé à la révision des verbatim afin d'effectuer des corrections et la réattribution des voix aux bons participants si nécessaire.

3.4.2 Questionnaires

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique, développé par l'équipe de Dre S. Michelle Driedger, a été prétesté durant les groupes de discussion. Certaines questions clés de ce questionnaire ont été utilisées dans le cadre de ce mémoire afin de décrire l'échantillon. Parmi les variables utilisées, il y avait d'abord celles correspondant

aux critères de diversification, soit le nombre d'enfants, l'âge, le revenu et le niveau de scolarité. Ces questions permettaient de vérifier si la diversification de l'échantillon a bien été effectuée. D'autres variables sociodémographiques de base ont été retenues, soit le genre du parent, l'origine ethnique et le pays de naissance. Ces variables constituent d'autres marqueurs de la diversité de l'échantillon. Finalement, l'âge du plus jeune enfant a aussi été retenu, afin de situer les parents par rapport au moment où le vaccin RRO leur serait offert pour leur plus jeune enfant. Le questionnaire complet peut être consulté à l'annexe VI.

Questionnaire Parental Attitudes about Childhood Vaccines

Le questionnaire *Parental Attitudes about Childhood Vaccines* (PACV) a également été prétesté lors des groupes de discussion. Il s'agit d'un questionnaire qui a été développé et validé pour l'identification des parents hésitants à la vaccination (Opel, Mangione-Smith, et al., 2011; Opel, Taylor, et al., 2011; Opel et al., 2013). Le PACV est composé de 15 questions portant sur trois domaines, soit la sécurité et l'efficacité des vaccins, l'attitude générale envers les vaccins et les MEV, et le comportement vaccinal (Opel, Taylor, et al., 2011). Les réponses à ce questionnaire devaient permettre de mieux décrire l'attitude des participants sur la vaccination et de mieux identifier ceux qui présentaient de l'hésitation à la vaccination. Ce questionnaire peut être consulté à l'annexe VII.

3.5 Analyse des données

3.5.1 Analyse des données qualitatives

Une analyse de contenu dirigée et orientée vers l'atteinte de chacun des objectifs de recherche tels que décrits à la section 1.3.2 a été réalisée (Hsieh et Shannon, 2005). Le logiciel NVivo 10 a été utilisé pour effectuer les analyses. Les verbatim ont été analysés fragment par fragment afin d'encoder les propos des participants selon différentes catégories traduisant les concepts du cadre théorique décrit au chapitre 2 de ce mémoire (Hsieh et Shannon, 2005). De plus, afin de comparer les messages testés entre eux, une catégorie « perception du contenu (narratif et émotif, ou exposant des faits) » ainsi qu'une catégorie « perception de la source du témoignage et confiance en cette personne » ont été créées. À l'intérieur de ces grandes catégories, les propos des participants ont été analysés afin de déterminer si des sous-catégories pouvaient être créées. Lorsque des sous-catégories étaient créées, elles étaient ensuite réarrangées et regroupées selon leurs caractéristiques et leurs significations de manière à former des concepts plus larges permettant de faire ressortir des thèmes principaux. La création et la modification des catégories conceptuelles ont été effectuées tout au long de la codification, jusqu'à ce que les nouvelles données analysées n'apportent plus d'élément nouveau qui modifie les catégories construites (Grossoehme, 2014).

Étant donné que le nombre de groupes de discussion était fixé à quatre par le projet plus large de Dre S. Michelle Driedger, la saturation des données, soit l'atteinte d'un point à partir duquel aucun nouveau thème ou nouvelle information n'émerge relativement à notre question de recherche (Guest, Bunce et Johnson, 2006), était un enjeu. La saturation des données a été atteinte pour l'objectif principal du projet plus large de Dre S. Michelle Driedger, soit l'appréciation générale des messages testés, permettant ainsi de comparer les messages entre eux selon leur contenu global et la source du témoignage inclus. Toutefois, la saturation des données n'a pas été atteinte pour l'ensemble des construits du modèle des croyances relatives à la santé, en particulier lorsque ces derniers étaient utilisés pour évaluer comment la perception qu'en avaient les participants était influencée par la lecture de chacune des histoires. Cette analyse plus fine ne faisait cependant pas partie des objectifs principaux du présent projet de recherche.

3.5.2 Analyse des données quantitatives (questionnaire PACV)

Les réponses ont été saisies dans une grille Excel et ont été compilées de la manière décrite par Opel, Taylor, et al. (2011). Ainsi, pour chacune des questions, les réponses ont été regroupées en trois catégories, soit : réponse hésitante, valant 2 points; réponse non hésitante, valant 0 point; et réponse incertaine, valant 1 point. Le regroupement des réponses dans chacune de ces catégories est explicité dans l'annexe VII. Le score obtenu était ensuite rapporté sur une échelle de 0 à 100 à l'aide d'une transformation linéaire simple. Globalement, un score plus élevé sur cette échelle a été associé à davantage de retards vaccinaux (Williams et al., 2016). Un seuil a d'ailleurs été établi par Opel et al. : en comparant avec la catégorie de score de 0 à 49, un score de 50 et plus a été associé à un pourcentage plus élevé de jours où l'enfant n'a pas reçu un ou des vaccins alors qu'il aurait dû les recevoir selon le calendrier recommandé (Opel, Taylor, et al., 2011; Opel et al., 2013). Toutefois, comme l'hésitation vaccinale ne résulte pas tout le temps en un retard ou un refus vaccinal (Salmon et al., 2015), nous avons considéré qu'un score de 25 et plus est potentiellement indicateur d'hésitation vaccinale. Un score de 25 et plus a d'ailleurs déjà été utilisé par Williams et collaborateurs (2013) pour s'assurer de capturer tous les parents hésitants potentiels.

3.5.3 Analyse mixte (données qualitatives et quantitatives) : classification de l'attitude générale des participants sur la vaccination

L'attitude vaccinale peut être conceptualisée comme un continuum allant d'une attitude très favorable avec une acceptation confiante de tous les vaccins, passant par différents niveaux d'hésitation vaccinale, jusqu'à une attitude très défavorable avec un refus convaincu de tous les vaccins (Dubé et al., 2013; MacDonald et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). Toutefois, bien que les attitudes des participants auraient pu être placées sur un grand nombre de points différents sur ce continuum, ces dernières ont plutôt été catégorisées selon trois groupes pour faciliter l'analyse. Ces catégories correspondent à celles décrites dans une étude précédente : les parents plutôt favorables à la vaccination, les parents plutôt défavorables à la vaccination, et

entre ces deux extrêmes, les parents hésitants (Dubé, Vivion, et al., 2016). Pour procéder à cette classification, les propos des participants ainsi que les scores obtenus au questionnaire PACV ont été combinés de la manière décrite dans les prochains paragraphes.

D'abord, les verbatim de chacun des participants ont été analysés afin d'en dégager des caractéristiques pouvant indiquer l'appartenance à une des catégories. Ainsi, conformément aux critères utilisés par Dubé, Vivion, et al. (2016) et aux caractéristiques de parents placés dans des catégories semblables selon d'autres classifications des attitudes vaccinales, les parents pouvaient être initialement classés comme étant favorables à la vaccination s'ils exprimaient de la confiance dans la vaccination ou acceptaient les vaccins (ou avaient l'intention de les accepter) avec peu de questions ou d'inquiétudes (Benin et al., 2006; Dubé, Vivion, et al., 2016; Keane et al., 2005; Leask et al., 2012). D'autres indices ont aussi été utilisés : le fait de voir les vaccins comme étant sécuritaires et efficaces, le fait d'avoir confiance dans les professionnels de la santé et dans les autorités de santé publique et le fait d'accepter la vaccination parce qu'il s'agit d'une norme sociale suivie par tous (Benin et al., 2006; Dubé, Vivion, et al., 2016; Keane et al., 2005; Leask et al., 2012; Sobo, 2016).

Pour qu'une attitude soit initialement caractérisée comme défavorable, les critères suivants inspirés de la littérature ont été appliqués : un parent devait exprimer des inquiétudes et des doutes très importants dans la vaccination, notamment au sujet de la sécurité des vaccins, ou avoir refusé (ou avoir l'intention de refuser) plusieurs vaccins pour son enfant (Dubé, Vivion, et al., 2016; Keane et al., 2005). De la méfiance dans les autorités de santé publique ainsi que dans le domaine médical pouvait être un autre indice (Benin et al., 2006; Dubé, Vivion, et al., 2016).

Finalement, la catégorie des hésitants était constituée des attitudes ne pouvant être classées comme étant pleinement favorables ou défavorables. Les critères étaient la présence d'incertitude sur la décision à prendre ou sur une décision déjà prise, de doutes, de questionnements ou de préoccupations significatifs, ainsi que des propos témoignant que le parent n'était pas entièrement convaincu qu'il faille absolument vacciner ou non son enfant (Benin et al., 2006; Dubé, Vivion, et al., 2016; Leask et al., 2012; Rodriguez, 2016). Comme il y a une certaine hétérogénéité dans le concept d'hésitation vaccinale, il a été décidé de regrouper ensemble dans la catégorie « hésitation à la vaccination » des participants présentant un niveau d'hésitation plus faible avec d'autres présentant une hésitation plus soutenue. Aussi, comme il est connu que l'hésitation peut être présente pour certains vaccins seulement, mais pas pour d'autres (Dubé, Vivion, et al., 2016), il a été convenu qu'un participant pouvait être considéré hésitant à la vaccination même si un seul vaccin avait été retardé ou refusé, à l'exception du vaccin contre la grippe. En effet, ce vaccin semble être perçu différemment par la majorité des parents : les couvertures vaccinales contre l'influenza des enfants canadiens de 6 mois à 4 ans n'étaient que de 31 % en 2015-2016 (Agence de la santé publique du Canada, 2017a). De plus, il doit être administré sur une

base annuelle contrairement aux autres vaccins destinés aux enfants. D'autres indices reliés à l'hésitation vaccinale, s'ils étaient présents seuls sans que le participant ne manifeste une hésitation soutenue, pouvaient aussi servir à caractériser l'attitude du parent comme étant hésitante. Ces indices, tirés de la littérature, pouvaient être un discours traduisant le thème de l'importance de faire sa propre recherche sur la vaccination (Leask et al., 2012; Rodriguez, 2016), l'absence d'une satisfaction complète avec sa décision, le désir de recevoir des informations balancées, c'est-à-dire ni trop pour ou contre la vaccination (Dubé, Vivion, et al., 2016; Glanz et al., 2013), et une certaine méfiance envers les recommandations gouvernementales (Dubé, Vivion, et al., 2016).

Une fois la classification des verbatim réalisée, celle-ci a été comparée aux scores obtenus au questionnaire PACV. Tel que déjà mentionné, il a été déterminé pour ce projet de recherche qu'un score de 25 à 50 pouvait correspondre à la possibilité qu'il y ait de l'hésitation à la vaccination. Un score de 50 et plus correspondait à la présence claire d'hésitation, voire d'une attitude défavorable, ce score ayant été validé dans deux études comme étant associé à des retards ou des refus vaccinaux (Opel, Taylor, et al., 2011; Opel et al., 2013). Au moment de l'analyse des verbatim, il avait été plus difficile de statuer pour certains participants dans quelle catégorie ils devraient être placés : le score du questionnaire PACV permettait alors de trancher entre les deux catégories concernées. Pour d'autres participants, il n'y avait pas eu de questionnement lors de la classification des verbatim, mais le score du questionnaire PACV s'est avéré être discordant (par exemple, les propos d'un participant l'avaient amené à être placé dans la catégorie « favorable à la vaccination », mais son score au questionnaire PACV était entre 25 et 50) : la classification des verbatim avait alors préséance sur le score obtenu au questionnaire PACV. Finalement, aucune modification n'a été apportée à la classification des autres participants pour lesquels les verbatim et le score obtenu au questionnaire PACV étaient en accord. Comme il demeurait un élément de subjectivité dans la catégorisation des attitudes des participants, les résultats ont été révisés par la codirectrice de ce projet de recherche, Dre Ève Dubé. Les modifications proposées par cette dernière ont ensuite été discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus sur la classification des attitudes des participants.

3.6 Critères de rigueur

En recherche qualitative, la validité des résultats est évaluée surtout selon des critères de crédibilité, référant au fait que les résultats correspondent à l'expérience des participants, ainsi que de fidélité, référant à la reproductibilité de nos analyses et de nos résultats par un autre chercheur (Foley et Timonen, 2015; Grosseohme, 2014). La répétition de la collecte de données avec plusieurs groupes de discussions a permis de vérifier la convergence des données et ainsi d'augmenter la crédibilité de nos résultats (Patton, 1999). La prise de notes sur toutes les réflexions et décisions prises au sujet des modifications du matériel de recherche (messages testés et guide d'entrevue) et de l'analyse (modification de l'arbre de codes, encodage des verbatim

et classification des attitudes des parents) a permis d'assurer une bonne reproductibilité de nos résultats (Grossoehme, 2014).

De plus, après la codification des deux premiers groupes de discussion, l'arbre des catégories conceptuelles a été évalué par une professionnelle de recherche spécialisée en méthodes qualitatives. Cette dernière a vérifié que les catégories conceptuelles étaient sensées et, pour plusieurs d'entre elles, a vérifié que les propos encodés correspondaient bien au concept évoqué. Cette évaluation, de même que la révision et la discussion de la classification des attitudes des parents ont permis d'obtenir une compréhension commune qui améliore la fidélité des résultats (Creswell, 2007).

3.7 Considérations éthiques

Le protocole du projet plus large de Dre S. Michelle Driedger, incluant la réalisation des groupes de discussion, a été approuvé par le University of Manitoba Health Research Ethics Board. La réalisation des groupes de discussion à Québec a également été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec (numéro d'approbation : 2017-3469). Comme ce projet de mémoire n'utilisait que des données générées dans le cadre du projet de Dre S. Michelle Driedger, une exemption d'évaluation éthique par le comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université Laval a été décernée (courriel daté du 11 avril 2017).

Un formulaire de consentement, rédigé dans le cadre du projet plus large de Dre S. Michelle Driedger, a été signé par les participants avant le début des groupes de discussion¹⁵. Les participants avaient la possibilité de poser des questions sur le formulaire de consentement avant de débiter.

Pour ce qui est de la confidentialité, l'étudiante-chercheuse n'avait pas accès aux données permettant d'identifier les participants (nom complet, adresse, numéro de téléphone). La firme de recherche Léger a une politique de confidentialité limitant la communication de renseignements pouvant permettre l'identification des membres de son panel à des situations bien encadrées. La firme de recherche Prairie Research Associates ne communique aucun renseignement permettant d'identifier les participants recrutés sans leur consentement. Dans le cadre du projet de recherche de Dre S. Michelle Driedger, il est prévu que les données du projet seront détruites après 10 ans.

En accord avec la politique de Léger, un montant de 85\$ a été remis en guise de compensation aux participants qui se sont déplacés pour les groupes de discussion à Québec. À Winnipeg, un honoraire de 60\$ leur a été remis.

¹⁵ Les formulaires de consentement utilisés se trouvent à l'annexe VIII.

Chapitre 4- Résultats

4.1 Portrait sociodémographique des participants

Au total, 28 parents d'enfants de deux ans et moins ont participé aux groupes de discussion, soit 15 à Québec et 13 à Winnipeg. La majorité des participants, soit 21, étaient des femmes (tableau 1). L'âge des parents recrutés était réparti de manière assez égale entre les catégories de 25 à 29 ans, de 30 à 34 ans et de 35 à 39 ans. Le niveau de scolarité le plus élevé par les participants était l'obtention d'un diplôme d'études universitaires pour la plupart (16 personnes), l'obtention d'un diplôme d'études collégiales pour 10 participants, des études collégiales ou universitaires non complétées pour 2 et l'obtention d'un diplôme d'études secondaires pour 2. Le revenu du ménage des participants s'étendait de la catégorie 10 000\$ - 24 999\$ à celle de 150 000 \$ et plus. La catégorie de revenu dans laquelle se situaient le nombre le plus élevé de parents (15 participants) était celle de 75 000 à 99 999\$. La plupart des participants (21 sur 28) avaient plus d'un enfant, dont 14 qui en avaient deux. Pour un peu plus de la moitié, l'enfant le plus jeune avait moins de 12 mois. Pour les autres, l'enfant le plus jeune avait de 12 mois à 2 ans. La grande majorité des participants étaient nés au Canada (25 sur 28) et 6 étaient d'origine ethnique autre que blanche (métis, asiatique, noir, hispanique).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristique sociodémographique	Nombre de participants
Genre	
Homme	7
Femme	21
Âge	
25-29 ans	8
30-34 ans	8
35-39 ans	12
Niveau de scolarité le plus élevé complété	
Diplôme d'études secondaires	2
Cégep, collège ou université non complété	2
Certificat ou diplôme collégial	8
Diplôme universitaire de premier cycle	9
Diplôme universitaire d'études supérieures	7
Revenu du ménage	
10 000 – 24 999\$	1
25 000 – 49 999\$	1
50 000 – 74 999\$	3
75 000 – 99 999\$	15
100 000 – 149 999\$	6
150 000\$ et plus	1
Réponse manquante	1

Nombre d'enfants âgés de moins de 18 ans, incluant une grossesse en cours	
1	7
2	14
3	6
4	1
Âge du plus jeune enfant	
Grossesse	1
0 – 6 mois ¹	5
6 – 11 mois	10
12 – 17 mois	5
18 – 23 mois	3
2 ans	4
Origine ethnique	
Blanc	22
Métis	2
Autre ²	4
Né au Canada	
Oui	25
Non	3

1. Les catégories d'âge n'étaient pas mutuellement exclusives dans le questionnaire utilisé et sont donc présentées comme telles.

2. Asiatique, noir, hispanique et mixte.

4.2 Croyances, perceptions et attitudes des participants sur la vaccination

4.2.1 Attitude générale

Attitude favorable

La majorité des participants (20 sur 28) ont été classés dans la catégorie d'attitude « favorable à la vaccination ». Parmi ceux-ci, 13 avaient des propos suggestifs d'une attitude favorable appuyés par un score au questionnaire PACV de moins de 25. Quatre participants ont obtenu des scores au questionnaire PACV entre 27 et 37, mais comme ils avaient accepté la vaccination de leurs enfants sans vraiment se poser de question ou sans chercher à avoir plus d'information que ce qui leur a été dit par leur médecin, ils ont été considérés comme étant favorables à la vaccination. Le fait d'accepter la vaccination sans s'informer davantage était d'ailleurs un thème retrouvé chez près des deux tiers des parents classés comme favorables. Une participante expliquait bien comment cela pouvait se dérouler :

Avec mon premier enfant, lorsqu'est venu le temps de le faire vacciner, il ne m'est même pas venu l'idée de faire des recherches. C'était juste comme ça que cela devait se passer. C'est comme... tu vas à un rendez-vous et, en tant que nouvelle maman, j'avais l'impression que j'avais déjà beaucoup trop de choses à penser et à faire, alors je me suis dit OK, le médecin me donne un conseil... Elle disait que c'était ce qu'on faisait normalement quand on va à ces rendez-vous... Il reçoit ses vaccins aujourd'hui, d'accord.¹⁶ (participante DP4)

D'ailleurs, une participante qui avait affirmé qu'elle acceptait les recommandations de son médecin sans chercher à aller plus loin a été placée dans la catégorie « favorable à la vaccination » même si elle avait refusé le vaccin contre la varicelle pour sa fille. La raison pour laquelle elle avait refusé le vaccin (sa fille avait déjà fait la varicelle) et son score au PACV peu élevé (10) ont confirmé le classement dans cette catégorie d'attitude.

Un autre thème commun à environ le quart des participants favorables à la vaccination était le fait d'avoir une attitude négative envers les parents refusant la vaccination. Le plus démonstratif à cet égard a raconté un épisode où il a été contrarié par la décision vaccinale de ces parents. Ainsi, pendant qu'il écoutait une émission de radio au cours de laquelle une mère expliquait que son fils avait une contre-indication à la vaccination et que les parents qui refusaient de faire vacciner leurs enfants augmentaient le risque de son fils de contracter une MEV, le participant a rapporté qu'il avait réagi ainsi :

Mais alors, en entendant son histoire et comment cela mettait les autres enfants en danger, ces parents qui décident de ne pas faire vacciner leurs enfants - c'est à ce moment que, au lieu de penser que ces gens sont – comme je disais tantôt, des jobards (*suckers*) pour ne pas avoir fait ça, mais peu importe – j'ai commencé à être un peu plus en colère contre leur décision de ne pas le faire, je suppose.¹⁷ (participant CP1)

Deux participantes ont tenu des propos faisant en sorte qu'il n'était pas tout à fait clair si elles étaient favorables ou faiblement hésitantes. Par exemple, une d'entre elles acceptait les « vieux » vaccins sans se questionner, mais voulait faire ses recherches sur les vaccins plus « nouveaux » (DP6), tels que les vaccins contre les VPH et contre la varicelle. Toutefois, comme leur score au PACV était très faible (10 et 13 respectivement) et qu'elles n'avaient pas refusé ou retardé de vaccins pour leurs enfants au moment du groupe de discussion, elles ont été placées dans la catégorie favorable. Finalement, un participant n'est presque pas intervenu durant les groupes de discussion et il n'était pas possible de bien connaître son attitude à la vaccination. Toutefois, son score au PACV de 23 était suggestif d'une attitude favorable à la vaccination.

¹⁶ Citation en langue originale : « *With my first child, like with getting ... him getting vaccinated, it didn't even dawn on me to do, really, any research. It was just, kind of, like the way it was. Like, you're going for an appointment and being a new mom, like I just felt like I had way too much to think of and do that it was just like okay, the doctor's giving me the advice. She's, like this is what we just normally do when we go to these appointments. Here's ... he's getting his shots today, okay.* »

¹⁷ Citation en langue originale : « *But then hearing her story and how it's putting these other kids in danger, these parents deciding not to vaccinate – that's when I started, instead of just thinking these people are – like I said before, suckers for not doing this, but whatever – I started getting a little bit more angry at their decision not to, I guess.* »

Attitude hésitante

En tout, 7 participants ont été catégorisés comme présentant de l'hésitation à la vaccination. Parmi ceux-ci, 2 manifestaient une hésitation vaccinale franche, car elles avaient des propos très suggestifs d'hésitation ainsi que des scores au PACV de 37 et 47. Notamment, une d'entre elles avait accepté tous les vaccins pour son premier enfant, mais avait beaucoup de questionnements pour son deuxième enfant à naître prochainement. Par exemple, elle cherchait des alternatives au calendrier recommandé :

C'est comme s'il y a ceux qui ne font pas vacciner et ceux qui suivent le calendrier à la lettre. Il y a sûrement des alternatives. Quand je cherchais, ils disaient à certains endroits qu'on pouvait demander que les vaccins ne soient pas tous donnés en même temps et d'avoir des rencontres plus souvent. Mais on n'entend jamais parler de ça. On ne sait pas comment faire. Ça serait quoi un genre de zone grise? [...] (AP7)

Bien que leur niveau d'hésitation vaccinale n'était pas aussi élevé que chez ces deux dernières participantes, 5 autres parents ont été placés dans la catégorie « hésitant à la vaccination ». Deux avaient des propos présentant clairement des caractéristiques d'hésitation en plus d'avoir retardé ou refusé un vaccin, mais avaient un score au PACV inférieur à 25. Le vaccin contre le rotavirus avait été refusé par le premier participant (AP6), tandis que l'autre participante (CP7) avait retardé l'immunisation de son enfant puisque ce dernier avait présenté des convulsions fébriles après l'administration d'un vaccin. Les 3 dernières participantes avaient des scores au PACV dans la zone de 25 à 50, mais leurs propos étaient moins fortement hésitants. Une d'entre elles avait aussi décidé de refuser le vaccin contre la varicelle seulement (DP5).

Un thème davantage présent chez les participants hésitants que chez les favorables était le désir d'avoir accès à des informations neutres, c'est-à-dire non seulement en faveur de la vaccination, mais donnant les « deux côtés » de la vaccination, comme l'a exprimé cette participante : « Je préférerais connaître les deux côtés afin que je puisse prendre ma propre décision. »¹⁸ (DP5) Cette préférence peut être mise en lien avec l'importance que certains de ces parents hésitants accordaient au fait de prendre une décision éclairée sur la vaccination, tel qu'exemplifié par ces propos : « Il me semble que pour la santé, c'est de donner un consentement éclairé. Mais je ne suis pas sûre que ce soit toujours éclairé. On ne peut pas être éclairé si c'est toujours juste un côté qui est présenté. » (AP7) Cette revendication du pouvoir décisionnel est encore plus explicite dans cet échange entre l'animatrice et une participante :

- **Donc si je comprends, pour vous, pour vous convaincre, ça prend les deux côtés de la médaille? Ça prend le côté positif et le côté négatif. (animatrice)**
- Oui, puis laissez-nous décider. Ne nous mettez pas de la pression. Parce que je ne pense pas qu'il y ait une bonne ou une mauvaise décision là-dedans. (AP1)

¹⁸ Citation en langue originale : « *I would prefer to know both sides so I can make my own decision.* »

Attitude défavorable

Une participante (DP3) a été placée dans cette catégorie. Son score au PACV était de 87, de loin le plus élevé parmi tous les parents rencontrés. Elle avait refusé la plupart des vaccins recommandés pour ses enfants. Bien qu'elle ait mentionné se questionner sur toutes les décisions qu'elle avait prises, elle ne semblait pas vouloir revenir sur sa décision de ne pas avoir fait vacciner son fils contre la rougeole même s'il était exposé à ce virus à l'école. Elle se préoccupait cependant des possibles effets secondaires graves des vaccins. Elle avait aussi une certaine méfiance envers les recommandations des médecins sur la vaccination et envers les communications des autorités de santé publique sur ce sujet.

4.2.2 Perceptions et croyances des participants selon les construits du modèle des croyances relatives à la santé

Facteurs modifiants : Connaissances sur les vaccins et sur les maladies évitables par la vaccination dont la rougeole

Globalement, la majorité des participants semblaient avoir peu de connaissances sur les vaccins et sur les MEV en général. Certains participants appartenant à chacune des catégories d'attitude vaccinale avaient tenté de s'informer en posant des questions à leur médecin ou en effectuant leurs propres recherches. Toutefois, cette recherche pouvait être difficile, car des participants trouvaient qu'il y avait trop d'informations disponibles sur internet, autant en faveur qu'en défaveur de la vaccination. De plus, il leur était difficile d'évaluer la crédibilité de ces informations, une participante allant jusqu'à dire qu'il fallait questionner toute information trouvée parce « [qu']on ne peut jamais vraiment en connaître la source. »¹⁹ (DP5, hésitante à la vaccination)

Beaucoup de participants affirmaient qu'ils ne se sentaient pas bien informés sur les MEV ou sur la rougeole quand on les questionnait à cet effet. Bien que quelques participants s'étaient renseignés par le passé, certains avaient oublié le fruit de leurs recherches. Le fait que les MEV n'étaient plus présentes dans la population pouvait expliquer le manque de connaissances ou les oublis de certains participants, comme l'a expliqué cette femme : « Parce que personne ne parle vraiment de ces maladies aujourd'hui, parce que, comme tu l'as dit, tu ne connais personne qui les a eues. »²⁰ (CP6, favorable à la vaccination) Cette méconnaissance des MEV était observable chez des parents favorables à la vaccination tout comme chez des parents hésitants à la vaccination.

Un petit nombre de parents ont démontré qu'ils connaissaient un ou deux symptômes ou complications d'une MEV en particulier, telle que la méningite, la varicelle et les oreillons. Pour ce qui est de la rougeole, deux participants favorables à la vaccination connaissaient un nombre limité de symptômes comme la présence d'une

¹⁹ Citation en langue originale : « [...] you never really know the source. »

²⁰ Citation en langue originale : « Because nobody really talks about those diseases anymore, because like you said – you don't know anybody who's had them. »

éruption cutanée et de fièvre. Une participante disait également déjà connaître plusieurs informations sur la rougeole et sur le vaccin RRO, mais sans spécifier exactement ce qu'elle savait. Toutefois, pour les autres participants, rien n'indiquait qu'ils seraient en mesure de nommer des symptômes ou des complications de cette MEV. Comme l'a dit cette mère: « Par rapport à la rougeole, je n'avais pas tant d'informations sur cette maladie et comment elle peut évoluer. » (AP7, hésitante à la vaccination)

Les connaissances des participants sur les vaccins étaient également faibles en général. Quelques-uns possédaient quelques notions au sujet du calendrier vaccinal, telles que les âges auxquels les enfants étaient vaccinés, le fait que le calendrier avait évolué dans le temps ou qu'il y avait des différences entre les provinces canadiennes. Cependant, cinq parents, tous favorables à la vaccination, n'étaient pas en mesure de répondre lorsqu'il leur était demandé si leur enfant avait reçu le vaccin RRO ou non. En effet, ils devaient demander l'assistance des autres participants pour tenter de déduire si leur enfant avait reçu le vaccin RRO en fonction de l'âge d'administration de ce vaccin.

Les possibles effets secondaires de la vaccination ont été mentionnés par plusieurs participants. Les effets secondaires bénins et fréquents (fièvre, rougeur, œdème) sont ceux qui ont été le plus souvent nommés. Quelques participants avaient des connaissances supplémentaires sur des risques plus graves, mais moins fréquents, soit les convulsions fébriles, les réactions allergiques et le syndrome de Guillain-Barré. La participante défavorable à la vaccination avait lu la notice d'informations pharmaceutiques accompagnant le vaccin RRO et savait que des effets secondaires rares, mais graves y étaient inscrits, mais ne se souvenait pas des détails.

Les propos de quelques parents indiquaient qu'ils avaient déjà des notions d'immunité de groupe. Cependant, l'efficacité du vaccin RRO ne semblait pas connue par les participants questionnés à cet effet. Par exemple, ce participant n'avait aucune idée de l'efficacité de ce vaccin : « [...] est-ce que c'est un peu comme les vaccins contre la grippe qu'une année sur deux ça marche? » (BP4, favorable à la vaccination)

En somme, la plupart des participants n'avaient que peu de connaissances en matière de MEV et de vaccination. Quelques-uns étaient au courant d'un petit nombre d'informations sur un sujet spécifique. Deux participantes semblaient plus informées. L'une (DP6, favorable à la vaccination), après avoir lu les messages testés, disait déjà savoir ce qui y était dit sur la rougeole et sur le vaccin RRO. L'autre participante, défavorable à la vaccination, connaissait certains éléments très spécifiques (par exemple le risque d'infertilité associé aux oreillons chez les garçons plus vieux) et disait avoir beaucoup lu sur la vaccination, notamment des articles scientifiques, des livres et même un ou plusieurs feuillets d'information destinés aux patients fournis par les compagnies pharmaceutiques.

Incitatifs à l'action

Expériences antérieures pouvant influencer la perception de la vaccination

Lorsque questionnés à savoir s'ils avaient eu une MEV ou s'ils avaient connu quelqu'un ayant eu une MEV, peu de participants répondaient par la positive. Les maladies les plus couramment rapportées étaient la méningite et la varicelle. Parmi les personnes atteintes de méningite, qui n'étaient pas proches des participants par ailleurs, deux sur trois sont décédées. Les expériences de varicelle étaient variées : une participante avait été témoin de complications (infection au streptocoque A chez le frère de la participante AP2, favorable à la vaccination), une avait vu une varicelle très symptomatique chez son frère adolescent (DP1, favorable à la vaccination), et plusieurs autres ont seulement mentionné avoir vécu ou vu la varicelle sans donner plus d'explication ou en laissant sous-entendre qu'il s'agissait d'une maladie bénigne. Finalement, une participante (CP7, de Winnipeg, hésitante à la vaccination) avait eu la rougeole étant enfant, mais ne s'en souvenait que comme une maladie lui ayant occasionné une éruption cutanée et des douleurs.

Pour ce qui est du vécu des participants en lien avec l'administration des vaccins, une mère a raconté qu'elle avait subi une mauvaise expérience. En effet, sa fille aurait présenté des convulsions fébriles après l'administration d'un vaccin (CP7, hésitante à la vaccination). Sinon, quelques participants ont mentionné qu'eux-mêmes ou que leur enfant avait été vacciné sans évoquer d'incident particulier, ou en ne rapportant que des effets secondaires mineurs. Une bonne expérience de vaccination pouvait alors être un facteur favorable pour que les parents continuent à faire vacciner leur enfant, comme l'a dit cette mère : « [...] pour moi, ça a toujours bien été, alors ça va m'aider à prendre une décision. » (AP1, hésitante à la vaccination).

Recommandations des professionnels de la santé

Recevoir une recommandation ou une invitation à faire vacciner son enfant de la part d'un médecin ou d'une infirmière paraissait être un facteur important dans la décision des parents. En fait, comme déjà mentionné, la majorité des parents favorables à la vaccination suivaient ce qui était recommandé sans chercher à en savoir davantage que ce que leur professionnel de la santé leur avait dit, comme cette mère dans l'extrait suivant : « Moi, je me dis, si c'est là, ce n'est pas pour rien. Je me dis si le médecin recommande de les donner, j'y vais. Je ne vais pas bien bien plus loin. » (BP6, favorable à la vaccination)

Cependant, deux mères hésitantes à la vaccination semblaient avoir vécu un certain malaise lors d'épisodes où elles ont eu le sentiment qu'elles ne pouvaient réfléchir à leur décision ou en discuter avant d'accepter la vaccination de leur enfant. Malgré ce malaise, elles ont néanmoins accepté la vaccination lorsqu'elles recevaient une recommandation claire d'un professionnel. Voici une situation qui a été rapportée :

- J'ai l'impression qu'on les donne parce que l'infirmière nous appelle. Comme on est enceinte, elle nous dit qu'il y aura des vaccins à prévoir. Mais en fait, on dit oui, mais on ne sait pas trop dans quoi on s'embarque. (AP1, hésitante à la vaccination)

- OK, c'est plus parce que vous vous faites conseiller... (animatrice)

- Oui, elle nous appelle. Ça fait que moi, je me sens quasiment mal de dire non. Elle me dit que le premier vaccin sera à tel moment [...] elle me donne les dates, et là je les marque et je dis OK parfait... mais sans plus... (AP1, hésitante à la vaccination)

Par ailleurs, quelques participants ont noté que certains professionnels de la santé ne donnent que peu de renseignements et n'encouragent pas les parents à discuter des enjeux liés à la vaccination. Comme le disait ce père : « Ils prennent pour acquis que tu vas dire oui et toi-même, aussi. » (BP7, favorable à la vaccination)

Ceci n'encouragerait pas les parents à se questionner davantage selon une mère :

Je pense aussi que le médecin ne te demande pas vraiment ton avis avant de procéder à la vaccination. Donc... si nous avions eu cette option, je pense que j'aurais peut-être fait un peu plus de recherche avant d'aller au rendez-vous chez le médecin, mais c'est juste, comme... c'est comme attendu que c'est comme ça, ce rendez-vous-ci, voici ce qu'ils reçoivent.²¹ (DP4, favorable à la vaccination)

Perception de la vulnérabilité de leurs enfants aux maladies évitables par la vaccination dont la rougeole

Parmi les participants qui ont eu des propos concernant leur perception du risque pour leur enfant de contracter une MEV, il y en avait un peu plus de la moitié qui semblaient percevoir l'existence de ce risque, et ce, davantage chez les parents favorables à la vaccination. Par exemple, dans un contexte d'éclosions en cours, deux mères d'enfants trop jeunes pour être vaccinés étaient très inquiètes que leur enfant attrape la MEV en cause. Une craignait que son enfant ait pu être en contact avec la rougeole via son conjoint dont un collègue était infecté. L'autre, bien qu'elle ne mentionnait pas de contact direct ou indirect avec un cas, s'inquiétait quand même : « Oui, ou vous avez l'épidémie d'oreillons – ma fille est trop jeune, elle n'a pas encore eu son vaccin, donc je m'inquiète beaucoup, je ne la sors pas beaucoup, vous savez, parce que je ne veux pas qu'elle l'attrape, et elle n'est pas encore protégée. »²² (CP4, favorable à la vaccination) Pour une autre mère, même s'il n'y avait pas d'épidémie en cours, elle était devenue nerveuse lorsqu'un rendez-vous de vaccination pour sa fille a dû être reporté à un mois plus tard. D'autres mères, en discutant des enfants qui avaient des contre-indications à la vaccination, s'imaginaient à la place de parents dans cette situation et trouvaient cela angoissant :

- [...] Si vous ne pouvez pas faire vacciner votre enfant, je veux dire, c'est -- (CP4, favorable)

- Épouvanté (CP6, favorable)

²¹ Citation en langue originale : « *I think, too, the doctor doesn't really give you a do you wish to proceed with the vaccination? So if some ... if we had that option I think then maybe I would've done a little bit more research into it before going to the doctor's appointment, but it's just, kind of, like ... kind of expected that okay, this appointment this is what they're getting.* »

²² Citation en langue originale : « *Yeah, or you have the mumps outbreak, right – like my daughter is too young, she hasn't had that yet, so I worry big time, I don't take her out a whole lot, you know, because I don't want her to get it, and she's not protected yet.* »

- Vous avez d'autres choses à penser. (CP2, favorable)
- Oui, exactement, oui. (CP4, favorable)²³

Également, deux participants ont affirmé que les parents qui refusaient de faire vacciner leurs enfants mettaient leurs propres enfants à risque.

Cependant, pour plusieurs participants, il était difficile de distinguer si leurs propos traduisaient leur perception de la vulnérabilité de leur enfant en considérant qu'il était vacciné ou bien leur perception de la vulnérabilité de leur enfant dans un contexte où il ne serait pas vacciné. En effet, le fait que ces parents avaient fait vacciner leurs enfants, de même que le fait de vivre dans un environnement où tous les enfants sont vaccinés, pouvaient rendre leur perception de vulnérabilité à la rougeole plus faible.

En les questionnant davantage, certains de ces parents en sont quand même venus à affirmer qu'ils considéraient que le risque que leur enfant contracte la rougeole s'il n'était pas vacciné serait « modéré » (B3 et B5). Pour une mère hésitante à la vaccination, savoir qu'il y avait des cas de rougeole à l'école de ses enfants la rassurait dans sa décision d'avoir fait vacciner ses enfants. Elle semblait donc percevoir que son enfant serait vulnérable s'il n'avait pas été vacciné, mais ne semblait plus le voir vulnérable étant donné qu'il était immunisé.

Au contraire, certains participants ne semblaient pas percevoir qu'il y avait un risque significatif que leur enfant contracte une MEV et ne semblaient donc pas inquiets. Ainsi, plusieurs MEV étaient vues comme étant très rares : « Ces maladies-là, elles n'existent quasiment plus. » (AP3, hésitante à la vaccination). D'autres parents, bien qu'étant au courant que des éclosons de rougeole ou d'oreillons se produisent encore de temps à autre dans leur province, ne semblaient pas s'en alarmer. Pour certains de ces parents, il ne semblait pas y avoir eu des cas proches de leur milieu de vie, car ils désignaient les endroits où des cas étaient survenus de manière peu précise géographiquement. Ainsi, deux mères ont mentionné qu'il y avait une épidémie d'oreillons en cours « au Manitoba » et une autre a parlé d'éclosons de rougeoles survenues par le passé dans « des régions ». Dans l'extrait qui suit, il semble que cette participante avait la perception que ces épidémies étaient peu importantes : « Il y a eu quelques cas. Mais c'est très ciblé. Ce n'est pas de grosses épidémies » (BP2, hésitante à la vaccination). Pour ce qui est de la mère défavorable à la vaccination, les cas de rougeole tout récemment signalés à l'école de son fils de 6 ans, non vacciné, ne l'inquiétaient pas. Dans ce contexte, elle mentionnait seulement vouloir aller relire sur le sujet. En somme, parmi ceux qui ont eu des propos sous-entendant qu'ils ne

²³ Citation en langue originale :

- [...] *If you can't vaccinate your child, I mean, that's* – (CP4)
- *Scary.* (CP6)
- *You've got other things to worry about.* (CP2)
- *Yeah, exactly, yeah.* (CP4)

percevaient pas qu'il y avait un risque élevé que leur enfant contracte une MEV, il y avait plus de participants hésitants à la vaccination ainsi que la mère défavorable à la vaccination.

Perception de la sévérité des maladies évitables par la vaccination dont la rougeole

Un petit nombre de participants ont eu des propos révélant leur perception de la sévérité de quelques MEV autres que la rougeole. La grippe et la gastro-entérite n'étaient pas perçues comme des maladies graves selon les quelques participants qui en ont discuté (deux hésitants et une favorable à la vaccination). Une mère ne faisait d'ailleurs pas vacciner ses enfants contre l'influenza chaque année comme « les gens attrapent la grippe et ne meurent pas »²⁴ (DP1, favorable à la vaccination). Certains trouvaient que la varicelle est une infection bénigne. Ceci avait amené une mère à refuser de faire vacciner son enfant : « J'ai décidé que je n'allais pas faire vacciner [mes enfants] contre la varicelle parce je me disais, eh bien, nous avons eu la varicelle quand nous étions petits, ce n'est pas grave, ça [...] »²⁵ (DP5, hésitante à la vaccination). Toutefois, d'autres participants considéraient que la varicelle était bénigne si elle était contractée à un jeune âge, mais plus sévère pour l'adolescent et l'adulte. La méningite semblait perçue comme une maladie grave, notamment par une participante hésitante à la vaccination qui considérait qu'elle est plus dangereuse que la rougeole. Finalement, pour une mère favorable à la vaccination, toutes les MEV étaient dangereuses.

Pour ce qui est de la rougeole, les participants d'un groupe de discussion semblaient ne pas savoir quoi en penser : ils n'ont rien répondu lorsqu'il leur a été demandé s'il s'agissait selon eux d'une maladie sérieuse ou présentant un risque pour leurs enfants. Un père faisant partie de ce groupe avait alors expliqué qu'il n'avait pas beaucoup de connaissances sur cette maladie, ce avec quoi plusieurs autres participants étaient d'accord. Dans un autre groupe auquel il a été demandé si la rougeole était dangereuse, quelques participants, tous favorables à la vaccination, se sont avancés même s'ils ne se sentaient pas bien informés au sujet de cette infection. Ainsi, un participant la voyait comme une maladie pouvant être grave, une la voyait comme étant grave seulement pour des gens déjà plus vulnérables et un la voyait comme ennuyante, mais non dangereuse étant donné que les cas plus dramatiques étaient rares selon lui. Cependant, la majorité des participants ne se sont pas prononcés.

Perception des bénéfices de la vaccination des enfants

La protection contre les MEV était le principal bénéfice de la vaccination. Lors d'un exercice où les participants devaient inscrire ce qui leur venait spontanément à l'esprit lorsqu'ils entendaient le mot « vaccin », près des trois quarts ont utilisé des mots en lien avec ce thème, tels que « protection », « prévention » et « anticorps ».

²⁴ Citation en langue originale : « *People get the flu and don't die [...]* »

²⁵ Citation en langue originale : « *I decided that I wasn't going to do the chicken pox one because I felt like well, we had chicken pox when we were little, that's not a big deal [...]* »

Deux participants, soit une mère hésitante et un père favorable à la vaccination, ont cependant mentionné que les vaccins n'étaient pas toujours complètement efficaces. Le vaccin contre la grippe a aussi fait l'objet de propos négatifs de la part de deux participantes. Une avait une expérience lui faisant dire qu'il n'était pas efficace : « Je me suis fait vacciner en me disant "je suis correcte" et finalement c'est l'hiver où j'ai été le plus malade. » (AP4, favorable à la vaccination) Pour l'autre, c'est plutôt son médecin qui lui aurait expliqué que ce vaccin avait une efficacité limitée, influençant négativement cette mère et l'amenant à ne pas faire vacciner son enfant contre la grippe. Au total, quatre participants favorables et une hésitante à la vaccination ont indiqué qu'ils avaient refusé le vaccin contre la grippe pour leur enfant. Cependant, ils n'ont pas tous indiqué la raison de ce refus.

Pour la plupart des participants qui en ont parlé, le vaccin RRO était perçu comme étant efficace. Le fait de ne jamais avoir vu de cas de MEV pouvait constituer une preuve de l'efficacité du vaccin, comme l'a dit cette participante : « Je pense que [le vaccin] doit faire son travail, parce qu'honnêtement, je ne connais personne qui a eu la rougeole, je ne connais personne ayant eu les oreillons ou la rubéole, alors je présume que la plupart des gens de ma génération a été vaccinée, alors... »²⁶ (CP2, favorable à la vaccination). La protection assurée par le vaccin RRO pouvait alors diminuer la perception de vulnérabilité de leur enfant face à la rougeole. L'immunité de groupe, obtenue par la vaccination d'une grande partie de la population, a également été évoquée par quelques participants, notamment dans cet échange au sujet du risque pour les enfants de contracter la rougeole :

- Je me dis qu'en leur donnant le vaccin, ils vont être immunisés. (BP1, favorable)
- Moi, je me dis qu'avec la quantité de vaccins qu'ont les enfants, le risque est minime qu'ils attrapent ça. Peut-être que c'est à cause de ça justement... (BP3, favorable)
- Si la masse est vaccinée aussi... (BP5, favorable)
- Oui c'est ça. (BP3, favorable)

En plus des avantages offerts par l'immunité de groupe à leurs propres enfants, le fait de protéger les autres en faisant vacciner son enfant était un bénéfice considérable pour trois mères hésitantes à la vaccination. Ceci était même un facteur important dans la décision vaccinale de cette participante, comme elle l'a expliqué dans cet extrait :

[...] Le fait de protéger les autres enfants, ça a vraiment eu un impact sur ma décision. Moi dans ma tête, tous les bébés avaient le vaccin à 1 ou 2 mois avant d'entrer à la garderie. Mais ça, c'était avant que je me fasse dire : "bien non, la mère qui ne peut pas garder son bébé de 4 mois à la maison parce qu'elle ne peut pas être en congé n'a pas eu encore à prendre la décision si son enfant sera vacciné ou non". [...] pour le petit bébé qui ne peut pas se faire vacciner encore, je vais le protéger ce bébé-là. (AP1, hésitante à la vaccination)

²⁶Citation en langue originale : « *I think it must be doing its job, because honestly, I don't know anybody that's had measles, I don't know anyone that's had mumps or rubella, so I assume most of my generation got vaccinated, so ...* »

Un bénéfice pour la société entière a aussi été mentionné par quelques participants, soit la diminution et l'éradication de certaines MEV.

Perception des barrières à la vaccination des enfants

La douleur de l'injection ainsi que les effets secondaires bénins de la vaccination, tels que la fièvre et les rougeurs, ont été nommés par plusieurs participants lors des discussions, mais ne semblaient pas susciter d'inquiétudes. La participante AP1 a été la plus explicite à cet égard : « Mais encore là, rougeurs, boutons... Ça ne m'arrêtera pas de donner un vaccin. » (AP1, hésitante à la vaccination)

Les effets secondaires plus graves, mais rares ont été mentionnés par quelques participants. Ces risques ne semblaient pas constituer une barrière significative à la vaccination pour un participant favorable et une hésitante.

Par contre, les risques présentés par les effets secondaires de la vaccination semblaient être plus importants aux yeux de trois parents. Comme il a déjà été mentionné, une mère avait vu sa fille avoir des convulsions fébriles après l'administration d'un vaccin. Le risque de convulsions fébriles l'avait rendue réticente à accepter la vaccination pour son garçon plus jeune :

Et finalement pour notre fils, nous avons décidé de suivre le calendrier. Nous avons beaucoup parlé de cela avec le pédiatre ainsi que des raisons possibles pour faire des convulsions fébriles, et oui, en quelque sorte, nous avons accepté, à contrecœur, je suppose, [de le vacciner en respectant le calendrier vaccinal].²⁷ (CP7, hésitante à la vaccination)

Ensuite, une mère classée comme favorable à la vaccination se questionnait sur la sécurité des vaccins développés plus récemment, croyant qu'un problème encore inconnu pourrait survenir. Ceci l'amenait à vouloir davantage se renseigner, mais elle n'avait pas refusé de vaccins encore. Finalement, la participante défavorable a souvent parlé du fait qu'il y avait des effets secondaires graves, mais rares causés par les vaccins.

L'existence d'un mythe sur la relation entre la vaccination et l'apparition de l'autisme était connue par la majorité des participants, dont deux participantes hésitantes à la vaccination ayant mentionné avoir fait beaucoup de recherches à ce sujet. La grande majorité des participants qui en ont parlé étaient au courant qu'il s'agissait d'un mythe et n'y croyaient pas, quelques-uns se demandaient si cette information était vraie ou fausse, et aucun n'a affirmé que les vaccins causent l'autisme. La mère défavorable à la vaccination ne s'est pas prononcée sur ses croyances à ce sujet, mentionnant simplement qu'une de ses amies avait un enfant autiste

²⁷ Citation en langue originale : « *And ultimately for our son, we did decide to follow the schedule. We talked a lot with the pediatrician about it and the possible reasons for the febrile seizure, and yeah, we reluctantly, I guess, kind of [accepted to vaccinate him according to the schedule].* »

et que cette dernière était persuadée qu'un vaccin était en cause. Pour une participante hésitante à la vaccination, elle avait la perception que, si le risque d'autisme existait, il serait très faible et cela ne semblait pas l'amener à considérer refuser ce vaccin :

Par contre, je pense qu'il y en a un pour lequel ils ont déjà démontré qu'il y avait eu des effets, je ne me souviens plus c'était sur quelle maladie. Je me demande si ce n'était pas sur l'autisme. Mais c'est un cas sur combien de millions? C'est sûr que tu ne veux pas que ton enfant soit le cas sur le million, mais quand même... (AP3, hésitante à la vaccination)

Plusieurs participants connaissaient par contre des personnes dans leur entourage qui adhéraient à la croyance que les vaccins causaient l'autisme ou qui craignaient le mercure ou le thimérosal dans les vaccins. D'autres connaissaient des gens pour qui la volonté de vivre plus « naturellement » était une barrière à la vaccination.

Le vaccin contre la rougeole semblait perçu comme étant sécuritaire en général : il n'y avait donc pas de perception d'un manque de sécurité pouvant constituer une barrière à la recevoir. Seule la participante défavorable l'avait refusé. Bien qu'elle n'ait pas dit spécifiquement pourquoi elle avait refusé ce vaccin, elle semblait préoccupée en général par les risques d'effets secondaires graves pouvant être causés par les vaccins.

4.2.3 Confiance envers les différentes instances impliquées dans la vaccination des enfants

Professionnels de la santé

Tous les participants favorables à la vaccination ainsi que plusieurs participants hésitants à la vaccination ont tenu des propos laissant voir qu'ils avaient confiance en leur médecin. Les médecins étaient vus comme une source d'informations et de recommandations sur lesquelles les participants pouvaient s'appuyer. Cette confiance était assez importante pour que des parents n'ayant que peu de connaissances en matière d'immunisation acceptent de faire vacciner leur enfant, comme ce père l'a expliqué : « Moi, je le voyais aussi que mon intuition c'est de faire confiance au médecin! Un peu dans cette lignée-là... Je pense qu'il me dit la bonne chose donc on y va. Parce qu'on y revient, mais on ne connaît vraiment pas ça. On fait confiance aux spécialistes. » (BP4, favorable à la vaccination) Quelques participants favorables à la vaccination ont aussi mentionné qu'ils faisaient confiance aux informations et aux recommandations des professionnels de la santé en général ou des infirmières.

Un petit nombre de parents ne faisaient pas entièrement confiance à leurs professionnels de la santé. Une participante voyait une influence des compagnies pharmaceutiques derrière certains vaccins prescrits et a déclaré ceci : « Avant je me fiais au médecin, mais de plus en plus, je commence à avoir un peu de recul. » (BP2, hésitante à la vaccination). Une autre avait de la difficulté à faire entièrement confiance aux médecins

comme elle avait vu certaines recommandations changer avec le temps. Bien qu'elle était consciente que ces modifications étaient le résultat d'avancées scientifiques, la mutabilité des recommandations semblait l'empêcher de pouvoir faire entièrement confiance aux médecins :

Je vois [les professionnels de la santé] comme plus éduqués, donc je suis plus susceptible de suivre leurs conseils médicaux, mais avec la disponibilité de l'information à notre époque, je pense que les gens ont accès à beaucoup des mêmes informations et je crois que parfois il est difficile de faire confiance aux professionnels de la santé parce qu'ils vont juste se référer aux plus récentes études eux aussi, et je pense que tout au long de ma vie, j'ai vu tant de choses changer dans la profession médicale, comme ... tu sais, ils vont nous dire qu'une chose n'est pas bonne pour la santé une année et puis l'année suivante c'est quelque chose d'autre et la première chose n'était pas si mauvaise après tout. Donc c'est dur, tu sais ? Tu veux faire confiance à un professionnel de la santé, mais tu comprends aussi qu'ils ne savent en fait que ce que la recherche démontre pour le moment.²⁸ (DP2, favorable à la vaccination)

Une mère favorable et une mère hésitante à la vaccination n'avaient pas confiance dans la capacité des infirmières à répondre à leurs questions en matière de vaccination. En fait, elles avaient la perception que les infirmières n'en savaient pas beaucoup plus qu'elles. Finalement, une mère, favorable à la vaccination, a été explicite dans le fait qu'elle ne voulait pas prendre une décision basée uniquement sur les informations fournies par son médecin, mais qu'elle avait besoin de faire ses propres recherches en plus.

La participante défavorable à la vaccination ne faisait pas confiance aux recommandations des médecins au sujet de la vaccination. En effet, en ce qui a trait à la vaccination, elle avait le sentiment que les pédiatres n'ont pas à cœur les intérêts de ses enfants, car ils pensent en termes d'immunité collective plutôt qu'aux effets de la vaccination sur un individu en particulier. Également, elle affirmait que les médecins pensent surtout au calendrier vaccinal recommandé par la province et « font ce qu'il leur est dit de faire »²⁹ (DP3). Quelques autres participants avaient aussi la perception que certains parents défavorables à la vaccination ne feraient pas confiance aux médecins.

Autorités de santé publique et décideurs

Plusieurs parents, favorables comme hésitants à la vaccination, ont parlé favorablement des autorités de santé publique et leur faisaient confiance. Ces parents trouvaient que les renseignements fournis ainsi que les recommandations de la santé publique étaient fiables. Par ailleurs, Santé Canada était en général vu comme

²⁸ Citation en langue originale : « I see [health professionals] as more educated so I'm more likely to take their advice in terms of medical things, but with the availability of information these days I think people can access much of the same information and I think sometimes it's hard to trust medical professionals because they're just going with the most recent studies as well and I think just, over my lifetime, I've seen so many things in the medical profession change, like ... you know, they'll tell us one thing isn't healthy one year and then the next year it's something else and the other thing wasn't so bad after all. So it's hard, you know? You want to trust a medical professional but you also understand that they really only know as much as the research knows right now. »

²⁹ Citation en langue originale : « they do what they are told to do »

une institution digne de confiance. Le caractère public des institutions et le fait qu'elles n'essaient pas d'avoir un gain monétaire, contrairement aux industries pharmaceutiques par exemple, ont été relevés comme étant des raisons d'avoir confiance dans les autorités de santé publique. Deux parents croyaient cependant que des enjeux bureaucratiques pourraient limiter leur capacité à admettre des erreurs ou à changer des façons de faire. Pour deux mères hésitantes et un père favorable à la vaccination, l'absence d'uniformité entre les calendriers vaccinaux des différentes provinces canadiennes ainsi que la décision de ne pas inclure le vaccin contre le méningocoque du groupe B dans le calendrier vaccinal québécois soulevaient des questions sur les facteurs considérés dans les décisions. Ainsi, un père soulevait que la santé de leurs enfants ne serait pas le seul facteur pris en compte.

Finalement, tel que déjà mentionné, la participante défavorable avait une certaine méfiance envers les communications provenant d'autorités en santé. Ainsi, dans ces trois extraits, on comprend qu'elle a l'impression que certains effets secondaires rares sont cachés, ce qui la rend un peu méfiante :

Je reviens toujours en arrière et je pense à, par exemple la notice d'informations pharmaceutiques des vaccins : même la notice d'informations pharmaceutiques pour le vaccin RRO parle des effets secondaires possibles. [...] Donc je trouve toujours ça bizarre quand ils donnent l'impression que c'est complètement sûr et efficace et qu'ils ne parlent pas du fait qu'il pourrait y avoir des effets secondaires, bien qu'ils soient très rares. Tu sais, par exemple il y en a un d'affecté sur on ne sait combien.³⁰ (AP3)

J'ai l'impression que c'est juste... juste ignoré, en quelque sorte, ou comme caché de façon délibérée.³¹ (AP3)

[...], mais je remets toujours en question [le fait qu'ils ne parlent pas des effets secondaires] et cela me fait remettre en question l'entièreté de l'article. (AP3)

Un participant avait aussi l'impression que les parents refusant la vaccination ne font pas confiance à « l'establishment » (CP1, favorable à la vaccination) dans le domaine de la santé.

Industrie pharmaceutique

Peu importe leur attitude envers la vaccination, les participants qui ont discuté des compagnies pharmaceutiques tenaient des propos plutôt péjoratifs en général. Une mère hésitante à la vaccination doutait de l'utilité de certains vaccins inclus dans les vaccins combinés, y voyant une influence des lobbys des

³⁰ Citation en langue originale : « [...] I always go back and I think about, like the insert of the vaccines and even, like the insert of the vaccine for the MMR talks about, like the possible side effects. [...] So I always find it weird when they make it seem like it's completely safe and effective and they don't talk about, like there could be side effects, but they are very rare. You know, there's like one in who knows how many like that. [...] »

³¹ Citation en langue originale : « I feel like it's just ... like, it's just kind of ignored or, like hidden, purposely. »

Citation en langue originale: « [...] but I always question [the fact that they don't talk about the side effects] and it makes me question the whole ... you know, the whole article. »

compagnies pharmaceutiques. Plusieurs autres ont indiqué que, si un message de promotion d'un vaccin était produit par le fabricant, ils douteraient des informations fournies. Une mère a bien expliqué son attitude ambivalente envers l'industrie pharmaceutique :

Et je ne dis pas que je ne fais pas confiance aux compagnies pharmaceutiques, car évidemment - non, j'ai un enfant qui prend des médicaments tous les jours, et je suis très reconnaissante qu'ils aient fait des recherches pour les développer. Mais en même temps, il y aura toujours un doute quand ils publient des informations, parce que leur entreprise est [à but lucratif], pas publique.³² (CP6, favorable à la vaccination)

4.2.4 Norme subjective

Plusieurs participants semblaient avoir l'impression que la plupart des parents faisaient vacciner leurs enfants. Un père a d'ailleurs précisé qu'il pensait que « c'est probablement la majorité du monde qui donnait [le vaccin RRO] à leurs enfants. » (BP3, favorable à la vaccination) Pour un participant, la perception que la majorité des parents font vacciner leurs enfants avait même eu une influence directe sur la décision de faire vacciner ses enfants : « On le fait parce que tout le monde le fait. » (AP5, favorable à la vaccination) Le caractère normatif de la vaccination pouvait être vu également quand deux participantes ont raconté que leur école ou leur garderie demandait que les enfants soient vaccinés.

Les participants ont cependant davantage parlé des quelques personnes de leur entourage qui avaient une opinion défavorable sur la vaccination. Par contre, l'attitude négative des proches ne semblait pas avoir eu d'influence sur la décision vaccinale des participants favorables et hésitants à la vaccination. Effectivement, la plupart de ces participants n'avaient refusé aucun vaccin et ceux qui ont dit en avoir refusé semblaient l'avoir fait pour d'autres raisons que les croyances sous-jacentes à l'attitude négative de leurs proches. Cependant, pour une participante hésitante à la vaccination, les allégations de sa belle-mère lui disant que son fils allait devenir autiste s'il se faisait vacciner l'ont amenée à effectuer des recherches sur le sujet. Toutefois, cette mère a été rassurée par les informations qu'elle a trouvées et est allée de l'avant avec l'immunisation. D'autres participants ont aussi parlé qu'ils avaient connaissance que certaines personnes étaient contre la vaccination, mais ce, parce qu'ils en avaient entendu parler dans les médias. Ceci ne semblait pas avoir eu d'influence sur leurs décisions non plus.

³² Citation en langue originale : « *And I'm not saying that I don't trust pharmaceutical companies, because obviously – no, I have a child who takes medication on a daily basis, and I am very thankful that they did the research to develop that. But at the same time, there is always going to be a doubt when they're putting forth information, because their company is [profit-based], not public.* »

Pour la mère défavorable à la vaccination, il semblait y avoir plusieurs personnes ne faisant pas confiance à leur médecin en ce qui a trait à la vaccination. En effet, elle a affirmé qu'elle ne « connai[ssait] pas beaucoup de gens qui pourraient dire [que leur pédiatre a à cœur les intérêts de leur bébé] » (DP3).

À l'inverse, un petit nombre de participants favorables à la vaccination ont affirmé n'avoir personne dans leur entourage qui était contre la vaccination. Une mère favorable à la vaccination n'avait même jamais entendu parler du fait que certaines personnes croient que les vaccins causent l'autisme, et une autre pensait que ce mythe était « dépassé » (BP1) et que plus personne n'y croyait.

Il a été demandé dans deux groupes de discussion si l'opinion de l'entourage pouvait avoir une influence sur leurs décisions vaccinales. Dans un groupe, les participants reconnaissent que cela pouvait avoir une influence ou les amener à se questionner sur le sujet, tandis que dans l'autre, les participants ne croyaient pas que cela pouvait les influencer.

4.3 Perception des messages de promotion de la vaccination contre la rougeole

Dans cette section, les réactions des parents aux différents messages testés sont décrites. Pour chaque message, un bref rappel du contenu de l'histoire testée ainsi que des modifications apportées entre la tenue des différents groupes de discussion est effectué. Puis, une analyse de la perception du personnage de l'histoire (mère ou médecin) et du contenu (narratif et émotif ou factuel) est ensuite présentée. L'impact global du message est ensuite exposé. Par la suite, les effets des différents messages sur les quatre concepts au cœur du modèle des croyances relatives à la santé sont mis en parallèle. Des comparaisons que les participants ont faites entre ces histoires complètent cette section.

4.3.1 Histoire A : message narratif et émotif dans lequel une mère témoigne

Dans cette nouvelle portant sur une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole, une mère raconte comment son fils, non vacciné car elle craignait l'autisme, a été hospitalisé pour la rougeole. Elle veut maintenant sensibiliser les parents sur l'importance de faire vacciner leurs enfants.³³ En général, cette histoire semblait appréciée par les participants. Le message principal à retenir de cette histoire semblait clair et bien compris : les participants comprenaient qu'il était important de faire vacciner leurs enfants, notamment pour protéger ceux qui ne peuvent pas être vaccinés. Cette histoire n'a donc subi que des changements mineurs

³³ La première version des messages testés peut être consultée dans l'annexe II.

entre la tenue des groupes de discussion afin d'harmoniser les renseignements contenus dans les différents messages testés³⁴.

Perception de la mère

Globalement, les participants avaient une perception positive de la personne qui témoignait dans ce message. Ceux-ci semblaient faire confiance à ce qu'elle disait, plusieurs participants ayant affirmé qu'ils trouvaient son histoire crédible. Pour certains participants, c'était le fait que cette mère partage son expérience qui lui donnait de la crédibilité. Une participante a d'ailleurs expliqué que ce vécu rendait cette mère plus convaincante: « C'est sûr, que s'il y a quelqu'un qui va plus me convaincre, ça va être la mère parce qu'elle l'a vécu. C'est une autre mère qui voulait le bien de son enfant, elle a fait une erreur. Je ne veux pas que ça m'arrive. C'est dans ce sens-là que je me rapproche. » (AP4, favorable à la vaccination) Deux participantes ont aussi mentionné que le changement d'opinion de la mère dans l'histoire A, d'une position contre le vaccin RRO à une position en faveur de ce vaccin, rendait son message plus persuasif. Voici comment une d'entre elles s'est exprimée :

Puis tu as le mea culpa de la mère qui ne voulait pas avoir de vaccins, qui dit qu'elle aurait dû le faire. Mais elle aurait pu aussi dire que si elle l'avait fait vacciner, ça aurait pu arriver aussi. Il aurait pu faire partie des 7 % que ça ne fonctionne pas. Mais là, elle fait vraiment un mea culpa qu'elle aurait dû le faire. Cela fait que ça vient appuyer encore plus. (BP5, favorable à la vaccination)

Également, le simple fait qu'il s'agissait d'une mère pouvait amener une forme d'identification et un sentiment de proximité chez plusieurs participantes, dont la mère défavorable à la vaccination. Le fait que ce soit une mère qui témoigne pouvait également contribuer à rendre le message plus persuasif selon deux participantes favorables à la vaccination.

Perception du contenu

Contenu narratif

Plusieurs participants favorables à la vaccination ont apprécié le fait que ce message contienne une histoire vraie, racontée par la personne qui l'a vécue. Pour certains participants, ce type de message était plus facile à lire, notamment en le comparant à la lecture d'études scientifiques selon une participante hésitante à la vaccination. La mère défavorable à la vaccination trouvait aussi qu'imaginer, se reconnaître et se sentir concernée était plus facile en lisant cette histoire racontée par une mère au sujet de son enfant qu'en lisant le

³⁴ Les modifications effectuées peuvent être retrouvées dans l'annexe III.

point de vue médical tel que l'importance de « vacciner pour l'immunité collective »³⁵ (DP3). L'utilisation d'une histoire pouvait aussi rendre le message plus concret selon les dires de trois mères favorables à la vaccination.

Cependant, sept participants, dont cinq hésitants à la vaccination, voyaient des limites à ne présenter qu'une histoire anecdotique. Certains ont précisé que les expériences personnelles peuvent être très variables. Comme l'a souligné une mère, « [...] ça aurait pu être un autre cas à l'inverse. » (AP1, hésitante à la vaccination). Plusieurs de ces participants trouvaient donc qu'il manquait de faits ou de statistiques dans cette histoire. Il est à noter que, même s'ils n'ont pas parlé des limites d'une anecdote, plusieurs autres participants pensaient quand même qu'il serait judicieux de combiner le témoignage d'une expérience personnelle avec des « éléments factuels scientifiques » (BP5, favorable à la vaccination).

Émotions évoquées

Cette histoire suscitait plusieurs émotions chez les participants. Beaucoup de parents, qu'ils soient favorables ou hésitants à la vaccination, trouvaient cette histoire touchante. Ces deux mères ont bien exprimé l'effet émotif du message :

Ça fait vibrer la corde sensible du parent autant avec le témoignage qu'avec les images de l'enfant qui a souffert. (BP8, favorable à la vaccination)

Mais c'est sûr que là, c'est le cas parfait pour faire pleurer dans cette histoire, le bébé tout mignon qui est en train de mourir. Mais en même temps, c'est comme les accidents, les annonces de la SAAQ, quand ils ont commencé à montrer du sang puis des morts, ça a commencé à puncher... (AP3, hésitante à la vaccination)

Également, quelques participants voyaient que le message pouvait avoir un impact sur le regret anticipé, c'est-à-dire le regret qu'ils auraient si leur enfant attrapait la rougeole alors qu'ils ne l'avaient pas fait vacciner. Cette mère l'a formulé assez clairement : « [...] vous lisez ceci et vous avez juste cette culpabilité parentale comme quoi ça pourrait être mon enfant si je ne le vaccine pas... »³⁶ (CP4, favorable à la vaccination)

Finalement, tel que déjà évoqué, un père hésitant à la vaccination et une mère favorable à la vaccination n'appréciaient pas du tout le caractère émotif de cette histoire, qui pouvait être vu comme du sensationnalisme. Tous deux trouvaient qu'un message aussi émotif avait pour objectif de les manipuler, ce qui les rebutait particulièrement. Voici un exemple de ce que la mère a déclaré à cet égard :

[...] Je n'aime vraiment pas être manipulée - quand je sais exactement ce qui se passe, c'est-à-dire que tu peux lire ça et deviner où ils veulent t'amener, tu sais qu'ils essaient de faire vibrer ta

³⁵ Citation en langue originale: « *I think anything that comes to me, like from a mom's perspective. It has a little bit... You know, I can imagine that a little bit easier than at the doctor's point of view or, you know, like somebody telling you a story about, like their child, sits ... like, I can relate more to that than saying vaccinate because of like herd immunity* »

³⁶ Citation en langue originale « [...] *you read this and you just like have that parent guilt of like, that could be my child if I don't vaccinate...* »

corde sensible à cet endroit-ci, de mettre un petit peu d'information à cet endroit-là, de l'atteindre avec le côté maternel et la culpabilité, le "oh, j'aurais dû en faire plus". Et c'est comme, ok, je décroche [...]»³⁷ (CP2, favorable à la vaccination)

Le père hésitant à la vaccination semblait même irrité dans cet extrait : « Parce que moi, tout ce qui s'appelle sensationnalisme, les choses qu'on voit à TVA, le diffuseur d'émotions, ça m'énerve vraiment... » (AP3)

Impact global de l'histoire sur la décision de faire vacciner son enfant

Environ la moitié des parents qui étaient favorables à la vaccination ont verbalisé que cette histoire avait un effet positif sur leur décision de faire vacciner leur enfant. En effet, pour la plupart, cette histoire les confortait dans leur décision. Pour une des mères, l'impact du message s'expliquait par le regret anticipé qu'il lui faisait vivre. Une autre mère était particulièrement convaincue par l'histoire A : « Moi, je lis ça puis je ne me pose pas de questions. Je la fais vacciner. » (AP4, favorable à la vaccination)

Plusieurs participants favorables ainsi qu'une mère hésitante à la vaccination avaient également l'impression que ce genre de message pourrait davantage influencer les gens qui sont défavorables à la vaccination. Par exemple, une participante, remarquant que ses amis anti-vaccinalistes se référaient beaucoup à des histoires anecdotiques, croyait que l'histoire A pouvait contrebalancer ceci. De plus, même si certains n'appréciaient pas l'histoire A personnellement, un peu plus du tiers des participants avaient l'impression que pareil message aurait un impact positif sur le grand public afin d'amener plus de parents à faire vacciner leurs enfants. Voici un exemple de participant ayant cette opinion : « [...] si c'est une campagne de publicité et que je veux faire de la vaccination, dans un monde où on est avec les nouvelles Facebook puis les télé-réalités, ce serait plus l'histoire A [qu'il faudrait utiliser]. » (AP5, favorable à la vaccination)

Certains participants favorables et une hésitante à la vaccination ne se sont pas prononcés à savoir si cette histoire aurait pu avoir un impact sur leur propre décision, mais ont indiqué qu'il s'agissait de leur histoire préférée. Par exemple, une participante hésitante à la vaccination trouvait que, bien qu'un peu de faits scientifiques devraient y être ajoutés, l'histoire A était la plus convaincante.

La mère défavorable à la vaccination préférait également cette histoire aux autres. Toutefois, à la fin du groupe de discussion, elle a indiqué qu'aucune histoire ne l'avait influencée ou rassurée au sujet du vaccin RRO.

Également, quatre mères hésitantes à la vaccination ont affirmé que cette histoire ne les aurait pas convaincues de faire vacciner leurs enfants. Une d'entre elles (C7) a précisé que c'était parce qu'il ne s'agissait que d'une

³⁷ Citation en langue originale : « [...] I distinctly do not like being manipulated by – when I know exactly what's going on, like you can read it and you know where they're leading you, you know they're trying to tug your heartstrings at this point, put in a little information at that point, but hit you from the mum side and the guilt – oh, I wish I had done more. And you're like, okay, I'm out. [...] »

histoire et qu'elle devrait faire ses propres recherches, et une autre (D5) trouvait que l'histoire ne contenait pas assez de données factuelles. Les deux autres n'ont pas expliqué pourquoi cette histoire ne les convainquait pas, mais une (AP1) a souvent dit qu'elle aurait aimé que des statistiques soient aussi présentes. Pour la dernière, bien qu'elle ait affirmé qu'elle n'aimait pas l'histoire A, elle trouvait qu'il s'agissait du message qui la rejoignait le plus, parce qu'il « punche » plus et que « tu ne peux pas l'oublier » (AP3, hésitante à la vaccination).

4.3.2 Histoire B : message narratif et émotif dans lequel un médecin témoigne

Dans cette histoire, un pédiatre raconte qu'un de ses jeunes patients, pour lequel les parents ont refusé la vaccination, a attrapé la rougeole. Le médecin veut maintenant en faire davantage pour promouvoir la vaccination.³⁸ Cette histoire a initialement suscité beaucoup de réponses négatives et a été modifiée de façon substantielle entre les groupes de discussion, entre autres afin de la rendre moins dramatique et moins culpabilisante.³⁹ Le message principal de cette histoire, soit d'inciter à faire vacciner son enfant, semblait avoir été bien capté par les participants.

Perception du médecin

Globalement, le médecin de cette histoire semblait avoir été perçu plutôt négativement. Bien que quelques participants lui accordaient une certaine crédibilité, plusieurs autres la mettaient plutôt en doute. Ainsi, deux participants ont affirmé qu'ils trouvaient que l'histoire racontée était crédible et une mère semblait faire confiance à son statut « d'expert » (DP2, favorable à la vaccination). À l'inverse, deux participants semblaient voir les propos du médecin comme une opinion et non comme des faits. Un père l'exprimait ainsi :

Je compare ça un petit peu à une annonce à la TV où ils vont mettre un produit sur une voiture. Ils mettent un sarrau blanc parce que ça a l'air crédible, le monde a confiance. Ici, c'est un peu le même principe. C'est une personne de la santé qui va parler du message. L'impact est sûrement plus important. Mais, c'est juste un médecin parmi plein d'autres. Et il y en a plein d'autres, et pleins d'autres études. Moi, je trouve que c'est l'image que ça donne. (AP6, hésitant à la vaccination)

La crédibilité du médecin semblait aussi mise à mal lorsque des participants trouvaient qu'il dramatisait ou exagérait au sujet de la sévérité de la maladie, de sa responsabilité dans la prévention de la rougeole de son patient et de l'éclosion qui a suivi, ainsi que lorsqu'il disait vouloir mettre tout en œuvre pour convaincre des parents refusant ce vaccin de changer d'avis. Ainsi, un participant a comparé le médecin à un « médecin de *soap opera* » (CP1, favorable à la vaccination). Voici également un exemple d'échange survenu en réaction au passage où il est écrit que, au courant de sa carrière, le médecin avait diagnostiqué et annoncé plusieurs

³⁸ La première version des messages testés peut être consultée dans l'annexe II.

³⁹ Les modifications effectuées peuvent être retrouvées dans l'annexe III.

maladies graves chez des enfants, mais que le jour où il a annoncé un diagnostic de rougeole chez un enfant le hantait encore :

- Au début, il a dit que cette maladie-là aurait pu être évitée... (AP3, hésitante à la vaccination)
- OUI! Il diagnostique des cancers, mais ça là... (AP2, favorable à la vaccination)
- ...mais combien de fois on met notre nez où on n'a pas d'affaire et ça finit à l'hôpital... surtout des enfants, on en a toutes. Tu dis : « tout le reste c'est correct, qu'il se casse la gueule et qu'il se mette les pieds où il n'a pas d'affaire, c'est correct, mais ça là, c'est la fin du monde ». Ce côté-là m'accroche un peu, je me dis attends un peu, c'est une maladie parmi tant d'autres. (AP3, hésitante à la vaccination)

Bien que le message ait ensuite été modifié pour que le diagnostic de rougeole soit annoncé pour un enfant et son frère plutôt que pour un enfant seulement, des participants du groupe exposé à cette version ont réagi de la même façon que précédemment. Certains participants avaient également l'impression que le médecin voulait en faire trop lorsqu'il disait qu'il mettrait tout en œuvre pour essayer de convaincre des parents, un père y voyant même un côté « moralisateur » (BP1, favorable à la vaccination). Bien qu'elle comprenait pourquoi le médecin voulait agir ainsi, une mère hésitante à la vaccination avait aussi une réaction négative à ce message :

Je pense que je ferais la même chose que le médecin. Je comprends que si ça t'arrive comme médecin, tu vas aller vers ça pour ne plus jamais que ça n'arrive. En même temps, l'effet que le message a sur moi, on dirait qu'on veut me rentrer un message dans la gorge. Et quand j'ai cette impression, on dirait tout de suite que je me mets un peu sur la défensive. Je n'aime pas ça. (AP7, hésitante à la vaccination)

Après avoir atténué les propos du médecin dans le texte, la perception que le médecin exagérait sur différents plans ne semblait plus présente dans le ou les groupes de discussion exposés à ces versions.

Finalement, une participante faisait moins confiance à un médecin qu'à une mère dans le contexte d'un message de promotion de la vaccination. Elle le justifiait ainsi : « parce que je me suis dit, vous êtes médecin, donc bien sûr que vous allez être pro-vaccination, tu sais. »⁴⁰ (CP6, favorable à la vaccination)

Perception du contenu

Contenu narratif

Plusieurs participants étaient critiques de l'aspect narratif de cette histoire. Par exemple, un père n'appréciait pas que le médecin raconte comment il a réagi au fait qu'un de ses patients ait contracté la rougeole, trouvant que cette histoire était « trop comme une biographie » avec un côté « sentimental » (BP7, favorable à la vaccination). De plus, quelques participants ont évoqué qu'une histoire, ou une anecdote, était insuffisante pour

⁴⁰ Citation en langue originale : « *because I thought, you're a doctor, of course you're going to be pro-vaccination, you know.* »

les convaincre. Voici ce qu'une participante, qui souhaitait d'ailleurs que les messages présentent davantage de statistiques, disait à cet effet :

Moi, je lis ça et je dirais : "prouvez-moi, tu sais vous faites juste me raconter une histoire, prouvez-moi que ça vaut la peine de le faire vacciner." Parce que là, il va essayer de me conter cette histoire-là... là encore, je reviens sur mes statistiques. Je comprends que c'est un professionnel qui a vécu une mauvaise expérience, mais il y en a aussi à l'envers... (AP1, hésitante à la vaccination)

Malgré tout, deux participantes exposées à la dernière version de l'histoire ont semblé apprécier son contenu narratif. Une de ces mères, pour qui il s'agissait d'ailleurs de l'histoire préférée, y voyait « une bonne combinaison d'un récit dans qui la concernait, mais qui vient aussi d'un expert »⁴¹ (DP2, favorable à la vaccination). L'autre appréciait les détails donnés sur le cas de rougeole décrit (DP1, favorable à la vaccination).

Plusieurs participants semblaient aimer davantage les portions factuelles qui se trouvaient dans ce message.⁴² Ainsi, un peu plus du tiers des participants, dont trois parents hésitants à la vaccination, ont indiqué qu'ils aimeraient lire ces informations. De plus, quelques participants disaient préférer cette histoire à l'histoire A, car ils y trouvaient plus d'information que dans une histoire anecdotique, comme on peut le voir dans cet extrait : « Je préfère l'histoire B parce que ce n'est pas seulement basé sur l'expérience personnelle, au moins il y a des faits qui viennent du médecin, alors au moins, il y a eu beaucoup d'études de faites avant de publier cette information. »⁴³ (CP3, favorable à la vaccination)

Émotions évoquées

Plusieurs participants semblaient avoir diverses réactions émotives à ce message. Ainsi, deux participants trouvaient cette histoire sensationnaliste. Deux mères trouvaient que le récit de l'enfant relaté dans cette histoire les touchait. Cet élément du message pouvait également amener du regret anticipé, comme chez cette participante :

[...] si tu avais décidé de ne pas faire vacciner tes enfants et que finalement, ils attrapent la rougeole et quelque chose d'horrible arrive, alors tu y repenserais et tu serais, comme ... tu te sentirais horriblement coupable, et je ne pense pas que cela serait nécessairement utile à ce moment-là de toute façon, alors je ne sais pas.⁴⁴ (DP6, favorable à la vaccination)

⁴¹ Citation en langue originale : « *a good combination of a relatable story but also coming from an expert* »

⁴² En effet, on retrouvait dans l'histoire B des informations sur la rougeole qui ne se trouvaient pas dans les autres histoires : une phrase décrivait la transmission aérienne du virus de la rougeole et deux phrases contenaient des statistiques d'efficacité sur le vaccin RRO. Également, outre pour le dernier groupe de discussion pour lequel cela avait été harmonisé, il y avait une phrase sur les complications possibles dans toutes les histoires sauf la A qui n'illustrait les effets de la rougeole qu'avec le cas de l'enfant qui est décrit.

⁴³ Citation en langue originale : « *I prefer the story B because it's not just based on personal experience, at least it has some facts from the doctor so at least it's gone through a lot of study before they release that information.* »

⁴⁴ Citation en langue originale : « *[...] if you did decide to not get your kids vaccinated and heaven forbid they came down with the measles and something horrible happened, then you think back to that and you'd be, like ... you would feel horribly guilty, and I don't think that that would be, necessarily, helpful, anyway at that point in time, so I don't know.* »

En fait, un effet culpabilisant était ce qui était le plus souvent noté par les participants. Ainsi, la première réaction d'une mère après avoir lu l'histoire B était : « C'est un *guilt-trip* sur papier » (CP4, favorable à la vaccination). Près de la moitié des participants trouvaient que le médecin culpabilisait les parents qui avaient refusé la vaccination contre la rougeole pour leur enfant dans cette histoire et la presque totalité d'entre eux semblaient percevoir cela négativement.⁴⁵ On retrouvait parmi ces participants la mère défavorable à la vaccination, deux mères hésitantes à la vaccination et plusieurs parents favorables à la vaccination. Voici un exemple de réaction à la culpabilisation par le médecin : « [...] c'est malpoli. Je fais vacciner mes enfants, mais ces propos m'offusquent quand même. »⁴⁶ (DP1, favorable à la vaccination) Finalement, il y a eu un échange où deux parents se questionnaient sur l'influence du médecin en comparaison avec un autre parent dans la culpabilité induite:

- Après ça, ces parents doivent être assez démolis. Imagine, s'il fallait qu'ils voient le témoignage du médecin à la TV, ils vont culpabiliser longtemps. (AP5, favorable à la vaccination)
- C'est peut-être pire que la mère parce qu'il a son statut de médecin en plus. (AP7, hésitante à la vaccination)
- Oui, c'est ça. Il a du pouvoir. (AP5)
- On a déjà tendance à penser qu'il sait des choses que je ne sais pas. Mais on dirait que dans l'histoire A, c'est mère à mère, ou parents à parents. On va peut-être plus [se comprendre entre nous]. Mais là, c'est un expert qui nous dit qu'on n'aurait vraiment pas dû le faire. On dirait que ça joue encore plus. (AP7)

Impact global de l'histoire sur la décision de faire vacciner son enfant

Aucun participant n'a spontanément affirmé que cette histoire avait une influence sur sa décision vaccinale. Trois mères hésitantes à la vaccination ont déclaré que l'histoire B ne les aurait pas convaincues de faire vacciner leurs enfants. À l'inverse, une mère ayant lu la dernière version de l'histoire B trouvait que, en montrant les possibles conséquences de ne pas faire vacciner son enfant, ce message était en quelque sorte convaincant. Aussi, bien qu'ils n'aient pas indiqué si ce message aurait eu un impact sur leur décision, il s'agissait de l'histoire préférée pour une minorité de participants, soit trois parents favorables et une seule mère hésitante à la vaccination. Deux de ces participants avaient été exposés à la deuxième version de l'histoire B et les deux autres, à la dernière version.

⁴⁵ Voici le passage de l'histoire B qui semblait causer cette perception : « En tant que médecin, vous avez l'habitude d'annoncer un diagnostic en disant quelque chose comme: 'Ce n'est pas votre faute', ou 'Les enfants ont des accidents, ça arrive. C'est normal,' » explique le docteur Tremblay. « Mais la rougeole de William, c'était évitable. William n'aurait pas été hospitalisé s'il avait été vacciné. »

⁴⁶ Citation en langue originale : « [...] *it's rude. I vaccinate my kids but I still take offence to that.* »

4.3.3 Histoire C : message exposant des faits dans lequel une mère témoigne

Dans cet article de journal, une mère consulte du matériel produit pour une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole alors qu'elle attend chez son médecin pour son rendez-vous obstétrical. Des exemples d'informations contenues dans ce matériel sont fournis.⁴⁷ Cette histoire était moins appréciée par plusieurs participants et les interpellait peu en général. De plus, contrairement aux histoires précédentes, le message à retenir de celle-ci, soit l'importance de faire vacciner son enfant, ne semblait pas avoir été capté par les participants. Par exemple, certains percevaient que le message principal était qu'on leur annonçait que les autorités locales de santé publique investissaient dans une campagne de promotion. En fait, les participants semblaient distraits par les détails de la campagne de promotion décrite dans l'article. Ainsi, ils avaient tendance à critiquer la campagne de promotion décrite plutôt que de critiquer l'histoire C. Par exemple, plusieurs participants se montraient dubitatifs à l'idée que les affiches et les dépliants décrits puissent être efficaces. Deux participantes étaient également distraites par différentes descriptions, comme cet extrait peut le démontrer :

Pendant que je lisais l'histoire, j'ai comme perdu le fil, à cause des différentes informations qui y figuraient, par exemple, elle est assise dans la salle d'attente du bureau de son pédiatre, sur l'avenue Clearly, c'est exactement là où elle est. Et puis toutes ces choses sur les murs et tout ça, et c'est juste comme - il y a beaucoup de description là-dedans et je suis juste un peu comme, d'accord, quel est le message?⁴⁸ (CP6, favorable à la vaccination)

L'histoire C a donc subi plusieurs modifications afin de la rendre plus attrayante et moins distrayante.⁴⁹

Perception de la mère

La crédibilité de la mère dans l'histoire C a été mise en doute par plusieurs participants d'un même groupe de discussion ainsi qu'une participante d'un autre groupe. Cette dernière, avec deux autres participantes, trouvaient que l'avis d'un expert aurait été plus crédible que l'opinion de cette mère, comme l'évoque cette participante : « On parle de santé, donc on veut des experts en santé et non monsieur, madame Tout-le-monde. » (BP5, favorable à la vaccination) Pour un participant, ce n'était pas son statut qui minait sa crédibilité, mais plutôt le fait qu'elle n'argumentait pas bien son opinion : « [...] Elle aurait pu avoir un discours un peu plus structuré, un peu plus intelligent, désolé du terme, que juste ce qu'elle a dit là. Le fait que ce soit une mère de famille, je n'ai rien contre ça. Mais c'est le discours qu'elle dit qui est faible. » (BP7, favorable à la vaccination) D'ailleurs, deux participantes percevaient qu'il n'aurait pas été nécessaire d'inclure l'opinion de cette mère dans le texte. Après

⁴⁷ La première version des messages testés peut être consultée dans l'annexe II.

⁴⁸ Citation en langue originale : « *When I was reading this, I kind of got side-tracked when I was reading it, because of different information included in it, right, because she's sitting in a waiting room of her pediatrician's office, on Clearly Avenue, like that's exactly where she is. And then all this stuff on the walls and everything, and it's just like – there's a lot of description in here and I'm just kind of like, okay, what's the message?* »

⁴⁹ Les modifications effectuées peuvent être retrouvées dans l'annexe III.

ces différents commentaires, des modifications ont été apportées à ce message afin que la mère donne un peu plus de détails sur ce qu'elle pense.

Malgré tout, une mère et un père semblaient se reconnaître d'une certaine façon dans cette mère. Toutefois, bien que cela faisait en sorte que la mère se disait plus encline à lire ce texte, cette dernière le trouvait quand même peu convaincant. Deux participantes avaient l'impression que l'objectif d'inclure le témoignage d'une mère dans cette histoire était de faire en sorte que le lecteur puisse s'identifier à ce message. Cependant, une d'entre elles a indiqué plutôt clairement que cela ne l'a pas influencée : « Je ne les trouve pas plus crédibles parce que Madame Girard va sûrement faire vacciner son enfant quand il va être né. Je m'en sacre[sic] un peu plus d'elle et de son enfant. Le lien entre l'information et le cas, je ne trouve pas ça nécessaire. Ça ne m'attendrit pas. Je ne fais pas comme "Ah! Oui." » (BP8, favorable à la vaccination)

Plusieurs autres membres du même groupe de discussion ne semblaient pas s'identifier à la mère présente dans cette histoire non plus. Voici un extrait dans lequel les appellations données à cette mère suggèrent que les participants ne se sentent pas proches d'elle :

- C'e n'est pas une personne de notre entourage...c'est une madame du coin de la rue pratiquement, ça n'a pas beaucoup d'influence sur nous, on va dire. (BP4, favorable à la vaccination)
- Si c'était une infirmière, une enseignante, est-ce qu'on lui donnerait plus de la valeur? Peut-être plus qu'à la madame "no name"... (BP7, favorable à la vaccination)

Perception du contenu

Quelques participants ont indiqué qu'ils appréciaient les données factuelles sur la rougeole et sur le vaccin RRO qu'ils retrouvaient dans l'histoire. En fait, pour un père hésitant à la vaccination, il s'agissait des seuls passages qui l'intéressaient, peu importe le message testé. Ce dernier ainsi qu'une autre participante hésitante à la vaccination souhaitaient d'ailleurs que le message contienne des statistiques.

Un participant trouvait que cette histoire était réaliste : « Ça fait plus vie réelle. Ça fait plus histoire de tous les jours [...] » (AP5, favorable à la vaccination). De plus, trois mères ont dit qu'elles trouvaient que cette histoire était crédible. Toutefois, ces dernières ainsi que quelques autres participants ont indiqué qu'ils n'avaient pas été interpellés par ce message. Voici un exemple de réaction à l'histoire C: « C'est le petit punch qui manque, quelque chose pour nous accrocher au texte. Je pense que ce texte-là dans trois minutes, on va l'avoir tous oublié. On dirait qu'il manque de quoi. » (AP4, favorable à la vaccination) Cette participante de même que deux

autres parents semblaient percevoir que ce message cherchait moins à convaincre, en le qualifiant de « moins agressif » (AP4) ou en disant qu'il « prêchait moins »⁵⁰ (DP1, favorable à la vaccination).

Impact global de l'histoire sur la décision de faire vacciner son enfant

En général, les participants semblaient trouver cette histoire peu convaincante. Par exemple, deux mères affirmaient que l'histoire C n'avait pas d'impact sur leur décision, trouvant qu'il s'agissait simplement d'un article rapportant comment s'était déroulée une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole. Une d'entre elles a d'ailleurs comparé cette histoire à « un article de journal de quartier » (AP4, favorable à la vaccination). Trois participants d'un même groupe de discussion ont également précisé qu'ils trouvaient que le message était peu convaincant quand la mère dans l'histoire concluait qu'elle allait « probablement », et non définitivement, faire vacciner son enfant. De plus, aucun participant n'a indiqué que cette histoire était sa préférée parmi celles testées.

4.3.4 Histoire D : message exposant des faits dans lequel un médecin témoigne

Dans cette nouvelle rédigée dans le cadre d'une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole, un médecin explique que des parents sont moins convaincus de faire vacciner leurs enfants. Des informations sont également données sur la rougeole et sur la vaccination⁵¹. L'histoire D semblait appréciée par plusieurs participants et n'a pas été modifiée significativement entre les différents groupes de discussion⁵². Le message principal de cette histoire semblait clair : en général, les parents comprenaient qu'on les encourageait à faire vacciner leurs enfants.

Perception du médecin

Plusieurs participants ont indiqué qu'ils trouvaient que le médecin dans l'histoire était crédible. Quelques participants expliquaient sa crédibilité par son statut de médecin et d'expert en santé. D'autres se fiaient à son discours. Ainsi, pour un participant, ce médecin était crédible parce qu'il présentait des données factuelles et ne versait pas dans la sentimentalité. Pour un autre, sa crédibilité était aussi attribuable au fait qu'il ne s'en tenait pas simplement à conseiller de vacciner, mais était prêt à donner des arguments à cet effet. Ainsi, selon lui, le médecin interviewé dans l'histoire D « amenait de la viande autour de l'os. » (BP4, favorable à la vaccination)

⁵⁰ Citation en langue originale : « less preachy »

⁵¹ La première version des messages testés peut être consultée dans l'annexe II.

⁵² Les modifications effectuées peuvent être retrouvées dans l'annexe III.

Perception du contenu

Plusieurs participants trouvaient que ce message était instructif. Ceci semblait apprécié par certains participants, comme celle-ci : « J'aimais aussi les faits rapportés dans l'histoire avec le médecin, comme les pourcentages. J'aime les pourcentages. »⁵³ (DP1, favorable à la vaccination) Une mère hésitante à la vaccination et deux parents favorables à la vaccination trouvaient qu'il manquait encore de l'information, notamment pour mieux réfuter les fausses rumeurs nommées dans l'article. D'autres membres du groupe de discussion trouvaient cependant que ce n'était pas réaliste d'ajouter beaucoup d'informations dans cet article, qui pourrait plutôt être vu comme une invitation à aller s'informer davantage.

Plusieurs participants avaient l'impression que le ton de cette histoire était plus neutre et non émotif. Ceci était particulièrement apprécié par deux participants hésitants à la vaccination. Par exemple, une mère hésitante à la vaccination notait que l'histoire D était moins sensationnaliste et qu'elle se rapprochait « d'un ton qui est neutre et moins culpabilisant » (AP7). Un père avait même l'impression que le message ne cherchait pas à le convaincre de faire vacciner ses enfants, mais à prendre une décision éclairée. Voici comment il l'a présenté : « Moi, je l'aime cette histoire. Je ne sens pas qu'on me dit : « Fais vacciner ton enfant. » Je sens qu'on me dit : "Ça existe. Les gens ont oublié l'effet de la rougeole. Les gens sont mal informés. Ça existe, c'est là. Il y a eu un cas. Il y a une campagne. Prends ta décision à partir de là et va t'informer." » (AP6, hésitant à la vaccination)

Cette vision de neutralité n'était cependant pas partagée par les membres d'un autre groupe de discussion ayant lu cette histoire en premier. Par exemple, une participante de ce groupe trouvait que le « langage utilisé à propos de l'anti-vaccination était un peu condescendant »⁵⁴ (DP2, favorable à la vaccination) lorsque le terme « mythe » était utilisé pour désigner certaines croyances anti-vaccination.

Quelques participants d'un groupe de discussion trouvaient que cette histoire les interpellait. Notamment, une mère hésitante à la vaccination disait qu'elle se reconnaissait dans cette histoire et émettait l'hypothèse qu'il en était ainsi parce le même genre de questionnements qu'elle avait y était présenté. Toutefois, d'autres participants trouvaient que ce message ne les rejoignait pas autant que d'autres. Par exemple, une mère trouvait qu'il manquait le « hé, il faut vraiment que tu écoutes ça. »⁵⁵ (CP5, favorable à la vaccination)

⁵³ Citation en langue originale : « *I also like the facts, like the more factual thing in the doctor's story with the percentages and things. I like percentages.* »

⁵⁴ Citation en langue originale : « *language about anti-vaccination was a little condescending* »

⁵⁵ Citation en langue originale : « *hey, you really need to listen to this.* »

Impact global de l'histoire sur la décision de faire vacciner son enfant

Plusieurs participants, dont une mère hésitante à la vaccination, étaient confortés dans leur décision d'avoir fait vacciner leurs enfants. Une autre mère hésitante à la vaccination ainsi que plusieurs autres participants favorables à la vaccination trouvaient ce message convaincant. Une participante semblait d'ailleurs très convaincue par ce message : « Oui, je le trouve informatif et je le trouve intéressant. Et puis il me donne le goût aussi d'aller faire vacciner mon enfant. » (AP4, favorable à la vaccination) Bien qu'ils n'aient pas indiqué si cette histoire était convaincante pour eux, il s'agissait du message préféré de quelques autres participants, dont deux autres parents hésitants à la vaccination. Ainsi, globalement, cette histoire semblait être celle ayant été préférée ou ayant eu une influence positive sur le plus grand nombre de participants hésitants à la vaccination (4 sur 7). Toutefois, quelques parents avaient l'impression que cette histoire ne serait pas la plus efficace pour rejoindre le grand public, et ce, même s'il s'agissait de l'histoire préférée de certains d'entre eux.

4.3.5 Comparaison de l'influence des histoires sur les construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé

Différents éléments des messages testés ont influencé les perceptions des participants par rapport aux principaux concepts du modèle des croyances relatives à la santé (voir la figure 1 au chapitre 2), soit la perception de la sévérité de la rougeole, de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole, des bénéfices du vaccin RRO et des barrières au vaccin RRO. Le tableau 2 résume les perceptions selon ces construits suite à la lecture de chacune des histoires et présente quelques citations des participants.

Perception de la sévérité de la rougeole et de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole

D'abord, les histoires pouvaient avoir une influence sur la perception de la sévérité de la maladie. La lecture d'une histoire narrative décrivant un cas de rougeole compliquée amenait des participants à percevoir qu'il s'agissait d'une maladie pouvant être sévère. Notamment, une participante pensait que l'histoire A, qui rapportait des détails visuels sur les effets de la maladie ainsi que les craintes des parents, « attirait l'attention » (CP6, favorable) et une autre trouvait que voir un cas compliqué dans les histoires A et B « punchait » (AP3, hésitante). L'histoire A a également amené deux participantes à considérer que les risques posés par la rougeole étaient plus grands que ceux posés par le vaccin RRO : « Ça parle de la réalisation d'à quel point tu mets les autres en danger, donc ... Pour la vaccination, on ne dit pas généralement que les effets secondaires vont tuer quelqu'un, mais la rougeole le peut. Ça t'ouvre les yeux. »⁵⁶ (DP1, favorable)

⁵⁶ Citation en langue originale : « It says ... talking about realising how much you're putting others at risk and so, you know ... I mean, vaccinations generally don't say that the side effects are going to kill anyone but measles could. So that's kind of eye-opening. »

Les participants trouvaient cependant qu'il était exagéré de comparer cette maladie à d'autres maladies graves (exemple : leucémie, perte de la capacité de marcher) comme il a été fait dans l'histoire B. Lorsqu'ils ont été questionnés sur quelle histoire a davantage influencé leur perception du risque de la rougeole, deux participants hésitants à la vaccination ont parlé de l'histoire D, car elle leur a appris l'éventail de complications possibles de la rougeole. Bien que ces mêmes informations étaient contenues dans l'histoire C, aucun participant n'en a parlé. Des participants favorables à la vaccination ont quant à eux été conscientisés sur la sévérité de la maladie par le passage de l'histoire D rappelant que ce n'est pas parce que la population a oublié les effets de la rougeole qu'il s'agit d'une maladie bénigne.

Pour ce qui est de la perception de la vulnérabilité de leur enfant, quelques mères, dont une hésitante à la vaccination, se sont dit que ce qui est arrivé à l'enfant décrit dans l'histoire A pourrait arriver à leur propre enfant également. Une mère semblait en être particulièrement affectée : « C'est sûr que pour moi, voir l'image du petit bonhomme dans le lit d'hôpital, ça vient m'habiter! C'est sûr que je me fais vite mon petit scénario... Si c'était ma puce qui était là... » (AP4, favorable à la vaccination) De plus, lire qu'un bébé trop jeune pour être vacciné avait contracté la rougeole dans l'éclosion qui a suivi a sensibilisé des parents sur la vulnérabilité des jeunes nourrissons, notamment une mère dont l'enfant était dans ce groupe d'âge. Dans le cas de l'histoire B, c'est plutôt l'information factuelle donnée sur la contagiosité de la rougeole qui a été retenue par les participants, comme celle-ci l'exprime : « J'ai trouvé ça marquant de savoir que le virus peut rester deux heures dans la pièce après qu'on ait toussé dedans. J'ai trouvé ça frappant pour l'imaginaire. » (BP8, favorable à la vaccination) L'histoire C n'a pas suscité de commentaires. L'histoire D, quant à elle, interpellait certains participants lorsqu'il était expliqué que le risque d'épidémie augmente si les taux de couverture vaccinale diminuent. De plus, une mère constatait la contagiosité élevée de la rougeole en apprenant le nombre de cas impliqués dans l'éclosion. À l'inverse, la mère défavorable n'était pas influencée, affirmant plutôt ceci : « [...] ils parlent de ces enfants qui attrapent la rougeole ou qui meurent, mais ça n'est pas très commun non plus, pas vrai? »⁵⁷ (DP3, défavorable à la vaccination)

Par ailleurs, certains participants ont affirmé que l'histoire A inquiétait ou faisait peur au sujet de la rougeole. Deux mères avaient également été inquiétées à la lecture de l'histoire B étant donné qu'elle combinait l'histoire d'un cas de rougeole compliquée avec des données sur le niveau élevé de contagiosité de ce virus.

Par contre, la lecture des histoires amenait quelques participants à se questionner sur la menace que présente la rougeole. Après avoir lu les histoires A et B ou A, B et C, des participants hésitants à la vaccination ainsi qu'une mère favorable d'un même groupe de discussion se sont mis à se questionner sur la fréquence à laquelle

⁵⁷ Citation en langue originale : « [...] they're talking about, like these rare cases also, of these kids getting measles or dying, but that's also not very common, right? »

cette infection occasionnait des complications : « Là, ce qu'on voit, ce sont des cas qui ne semblent pas avoir bien été; quoique les enfants sont vivants. Mais dans combien de cas ça dégénère comme ça et ça ne va pas bien? » (AP7, hésitante à la vaccination) Certains d'entre eux voulaient également des statistiques locales sur le risque d'attraper la rougeole au Québec. En lisant l'histoire D, un participant favorable à la vaccination se demandait aussi si la rougeole était réellement aussi grave que ce qui était décrit dans l'histoire.

Perception des bénéfices et des barrières à la vaccination

Les histoires ont également eu un effet sur la perception des bénéfices du vaccin RRO. L'histoire A a surtout amené des participants à considérer les bénéfices de la protection collective, notamment pour protéger les enfants trop jeunes pour être vaccinés. Cependant, une mère hésitante à la vaccination était ambivalente face à l'utilisation de cet argument dans un message de promotion de la vaccination : « Moi aussi, j'adore l'argument qu'il faut protéger les autres. Et en même temps, je lisais ça puis je trouve que c'est l'argument numéro 1 pour jouer sur la culpabilité. » (AP7, hésitante) Les bénéfices de l'immunité collective ont également été évoqués par quelques participants ayant lu l'histoire D. D'ailleurs, une mère trouvait que l'histoire D, où il était affirmé que la décision de refuser un vaccin affectait la communauté, était celle qui attirait le plus l'attention sur ce point. À l'inverse, une autre participante trouvait que la description de l'écllosion survenue dans l'histoire A, avec le bébé infecté qui n'avait pu être vacciné en raison de son âge, rendait l'argument de vacciner pour protéger les autres plus évident que de parler du concept de l'immunité collective. Pour ce qui est de l'histoire B, une mère voyait que le message à retenir était de vacciner pour le bien individuel de son enfant, une autre précisant que c'était pour prévenir les complications présentées. De plus, quelques participants ont apprécié les statistiques d'efficacité vaccinale fournies dans cette histoire. Un père réagissait cependant à ces statistiques qui ne sont pas de 100 % en notant que « ce n'est pas parce que tu as le vaccin, que tu ne l'attraperas pas. » (BP3, favorable à la vaccination). À la lecture de l'histoire D, une participante favorable à la vaccination semblait également mettre en doute l'efficacité vaccinale comme il n'était pas mentionné dans le texte si les 12 cas de l'écllosion étaient vaccinés ou non. L'histoire C n'a pas été commentée.

En ce qui a trait aux barrières à la vaccination, chacune des histoires a été critiquée par des participants qui considéraient que les effets secondaires de la vaccination n'étaient pas assez présentés. Parmi ces participants, il y avait surtout des parents hésitants à la vaccination ainsi que la mère défavorable à la vaccination. Selon une participante hésitante à la vaccination, présenter davantage les effets secondaires permettrait d'améliorer la crédibilité des histoires. De plus, après avoir lu les histoires B et D, la mère défavorable à la vaccination se demandait pourquoi les possibles effets secondaires graves du vaccin RRO n'étaient pas présentés. Ceci pouvait l'amener à remettre en question l'histoire qu'elle lisait. Quelques participants trouvaient que les histoires C et D étaient plus équilibrées sur la présentation des bénéfices et des barrières du vaccin en comparaison aux

histoires A et B. Par contre, pour une participante hésitante, mentionner les effets secondaires bénins seulement, comme dans l'histoire C, ne semblait pas suffisant : « Mais, il ne faut pas que les points négatifs soient juste rougeur, douleur, enflure [...] Voilà ci qui a été prouvé, voilà ça qui n'a pas encore été prouvé. Ça, je le lirais. » (AP1, hésitante) Une autre participante qui avait lu la dernière version de l'histoire C trouvait également que les effets secondaires n'étaient pas assez présentés, mais elle avait l'impression que l'histoire était moins biaisée en faveur de la vaccination que l'histoire D. Certains participants ont aussi remarqué que, dans les histoires A et D, certaines fausses croyances que pouvaient avoir des parents étaient mentionnées, mais n'étaient pas suffisamment démenties selon eux. Certaines participantes ont d'ailleurs bien mis en évidence qu'il y avait un risque à énoncer ces fausses croyances sans les réfuter adéquatement. Ainsi, en lisant l'histoire A, une mère favorable s'est mise à se demander quel était le plus grand risque entre la rougeole et l'autisme. En effet, dans l'histoire A, il était dit que la mère n'avait pas fait vacciner son enfant parce qu'elle croyait que le vaccin pouvait causer des troubles de développement, mais cette croyance n'était pas réfutée. Une autre, en apprenant certaines préoccupations qu'ont des parents refusant les vaccins, voulait aller s'informer sur ces sujets.

Tableau 2 : Impact des différents messages sur les construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé (Janz et Becker, 1984)

	Perception de la sévérité de la rougeole	Perception de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole	Perception des bénéfices du vaccin RRO	Perception des barrières au vaccin RRO
Histoire A	<p>Voir un cas de rougeole compliquée amenait plusieurs participants à percevoir que la rougeole peut être sévère.</p> <p>Ce sont des histoires qui disent qu'il est tombé malade, il est allé à l'hôpital, sur le bord de mourir. Ça, ça t'amène plus les risques. (AP5, favorable)</p> <p>Cette histoire amenait 2 participantes à considérer que les risques posés par la rougeole étaient plus grands que ceux posés par le vaccin RRO.</p> <p>Ça parle de la réalisation d'à quel point tu mets les autres en danger, donc... Pour la vaccination, on ne dit pas généralement que les effets secondaires vont tuer quelqu'un, mais la rougeole le peut. Ça t'ouvre les yeux. (DP1, favorable)</p>	<p>En lisant ce qui est arrivé à l'enfant dans l'histoire, quelques mères se sont dit que cela pourrait arriver à leur propre enfant.</p> <p>[...] voir l'image du petit bonhomme dans le lit d'hôpital, ça vient m'habiter! [...] je me fais vite mon petit scénario... Si c'était ma puce qui était là... (AP4, favorable)</p> <p>Pour quelques participantes, le message avait eu davantage d'impact sur leur perception de la vulnérabilité des enfants trop jeunes pour être vaccinés (dans l'histoire, un bébé trop jeune pour être vacciné avait contracté la rougeole dans l'éclosion qui a suivi le cas décrit).</p> <p>Et moi je n'avais pas pensé que dans le fond, un jeune bébé avant l'âge de la vaccination pouvait l'avoir. [...] ça rend plus concret. Puis en même temps, je fais : Ah! Mon Dieu. Parce que mon bébé, il est trop jeune pour se faire vacciner. (AP8, favorable)</p>	<p>Plus du tiers des participants, incluant 3 mères hésitantes, ont parlé de l'importance de la protection des membres de la collectivité ne pouvant pas être vaccinés.</p> <p>Une mère hésitante à la vaccination était ambivalente face à l'argument de la protection des autres.</p> <p>Moi aussi, j'adore l'argument qu'il faut protéger les autres. Et en même temps, je lisais ça puis je trouve que c'est l'argument numéro 1 pour jouer sur la culpabilité. (AP7, hésitante)</p>	<p>Le mythe sur la relation vaccin-autisme n'était pas assez réfuté selon deux participantes favorables. Une mère favorable s'est d'ailleurs demandé quel était le plus grand risque entre la rougeole et l'autisme en lisant ce message.</p> <p>Commentaires communs aux histoires A et B : Le message ne parlait pas assez des effets secondaires selon deux participantes hésitantes et un participant favorable. Les présenter augmenterait la crédibilité du message selon une des hésitantes.</p> <p>Un participant favorable trouvait ces histoires « alarmistes » au niveau de la sécurité du vaccin.</p> <p>La participante défavorable à la vaccination était critique à l'effet que ce message ne reconnaissait pas les possibles effets secondaires graves du vaccin RRO. Ceci l'amenait à remettre en question l'article.</p>
Histoire B	<p>Voir un cas de rougeole compliquée amenait plusieurs participants à percevoir que la rougeole peut être sévère.</p> <p>Le passage où la rougeole était comparée à d'autres maladies graves et où le médecin insinuait qu'il s'agissait d'un des pires diagnostics qu'il ait dû annoncer amenait un père à trouver que la dangerosité de cette infection était bien mise en évidence, mais plusieurs participants trouvaient que ce passage exagérait la sévérité de la rougeole.</p>	<p>Une information au sujet de la contagiosité de la rougeole a impressionné quelques participantes.</p> <p>J'ai trouvé ça marquant de savoir que le virus peut rester deux heures dans la pièce après qu'on ait toussé dedans. J'ai trouvé ça frappant pour l'imaginaire. (BP8, favorable)</p> <p>Cette information semblait contribuer à inquiéter une participante dont l'enfant était encore trop jeune pour être vacciné.</p> <p>Deux mères étaient inquiètes à cause de la combinaison de l'histoire d'un cas compliqué de rougeole avec des données sur sa contagiosité.</p>	<p>Quelques participants ont apprécié les statistiques d'efficacité vaccinale, mais un père réagissait au fait que ce n'est pas 100 %.</p> <p>[...] ce n'est pas parce que tu as le vaccin que tu ne l'attraperas pas. (BP3, favorable)</p> <p>Une mère voyait que le message à retenir était de vacciner pour le bien individuel de son enfant, une autre précisant que c'était pour prévenir les complications présentées.</p>	

<p>Histoire C</p>	<p>Ce message ne semble pas avoir suscité à lui seul une discussion au sujet de la sévérité de la rougeole.</p>	<p>Ce message ne semble pas avoir suscité à lui seul une discussion au sujet de la vulnérabilité des enfants à rougeole.</p>	<p>L'histoire C n'a pas suscité de discussion au sujet des bénéfices du vaccin RRO.</p>	<p>Quelques participantes percevaient que des effets négatifs des vaccins étaient présentés.</p> <p>Pour une favorable et une hésitante, mentionner les effets secondaires bénins ne semblait pas suffisant.</p> <p>Mais, il ne faut pas que les points négatifs soient juste rougeur, douleur, enflure [...] Voilà ci qui a été prouvé, voilà ça qui n'a pas encore été prouvé. Ça, je le lirais. (AP1, hésitante)</p> <p>Cette mère voulait aussi qu'on explique pourquoi le vaccin ne cause pas l'autisme.</p>
<p>Histoire D</p>	<p>Quelques participants semblaient en apprendre sur les différentes complications de la rougeole.</p> <p>Deux notaient que, même si on ne voit pas de cas de rougeole, cette maladie présente quand même un risque.</p> <p>[Puisqu'ils] expliquent effectivement que vu qu'il y avait de moins en moins de monde qui est au courant des conséquences, ça conscientise à ce niveau-là, je trouve. C'est ce que j'aime le plus dans cette histoire-là. Parce qu'on a oublié que c'était là et que ça peut être grave. (AP5, favorable)</p> <p>Deux participantes considéraient déjà la rougeole comme étant dangereuse et se disaient non influencées par le message.</p>	<p>Plusieurs participants favorables à la vaccination semblaient interpellés par le passage de cet article expliquant le risque d'épidémie si les taux de couverture vaccinale diminuent.</p> <p>Ce message a amené une mère à constater que la rougeole est très contagieuse :</p> <p>Suite à un cas, il y a quand même 12 autres cas rattachés à cet enfant-là. Donc ça se propage assez rapidement et facilement. (BP5, favorable)</p> <p>La perception de vulnérabilité et de sévérité de la participante défavorable n'était pas influencée.</p> <p>[...] ils parlent de tous ces cas rares aussi, de ces enfants qui attrapent la rougeole ou qui décèdent, mais ce n'est pas très commun non plus, pas vrai? (DP3, défavorable)</p>	<p>Quelques participants ont évoqué les bénéfices de l'immunité collective pour la prévention des épidémies.</p> <p>Une participante favorable semblait par contre mettre en doute l'efficacité vaccinale comme il n'était pas mentionné dans le texte si les 12 cas de l'éclosion étaient vaccinés ou non.</p>	<p>Bien qu'ils appréciaient que des fausses croyances sur des effets nocifs du vaccin soient présentées, certains participants trouvaient qu'il aurait fallu expliquer pourquoi ces croyances étaient fausses. D'ailleurs, après avoir appris l'existence de ces croyances, une mère favorable voulait aller s'informer sur ces sujets.</p> <p>Les possibles effets secondaires négatifs de la vaccination n'étaient pas assez présentés selon certaines participantes, dont la mère défavorable.</p>

4.3.6 Autres comparaisons

Certains participants ont comparé directement l'effet qu'ont un médecin et une mère sur l'émotivité et le caractère factuel d'un message. Ainsi, alors que les histoires A et B se voulaient toutes deux émotives, l'histoire B, dans laquelle un médecin témoignait, était plutôt vue comme étant peu sentimentale par quelques participants. Ainsi, une participante se « sentait moins proche de [ses] sentiments » (AP4, favorable à la vaccination) et une autre avait l'impression que l'histoire B était « moins agressive » et « moins intense » (AP6, hésitant à la vaccination). De même, alors que les histoires C et D n'étaient pas conçues pour être émotives, une participante trouvait quand même que l'histoire C, dans laquelle témoignait une mère, était plus sentimentale que l'histoire D. Ainsi, après avoir lu les histoires A et B, un participant voyait une certaine complémentarité de ces deux personnes : « L'histoire du docteur est meilleure pour transmettre des faits. La maman est plus du côté émotionnel, mais si elle commençait à expliquer des faits, ce ne serait pas aussi efficace que le médecin. Donc, ils vont bien ensemble, je suppose. »⁵⁸ (CP1, favorable à la vaccination)

Dans ce même esprit de complémentarité, plusieurs parents favorables et deux mères hésitantes à la vaccination croyaient qu'un message idéal serait en fait une combinaison de l'histoire A avec l'histoire D ou d'autres éléments plus rationnels et scientifiques.

⁵⁸ Citation en langue originale : « *The doctor's story is better at conveying facts. Like the mum is more of the emotional side, but if the mum started saying facts, it wouldn't be as effective as the doctor. So they go good in tandem with each other, I guess.* »

Chapitre 5- Interprétation et discussion

Dans ce projet de recherche, des parents de jeunes enfants ayant des attitudes diversifiées au sujet de la vaccination ont été recrutés à Québec et à Winnipeg. L'attitude la plus commune était celle favorable à la vaccination, suivie de l'hésitation à la vaccination et finalement l'attitude défavorable présente chez une mère. La classification des parents dans ces trois catégories a cependant soulevé des questionnements qui sont présentés dans la section 5.1.1. Malgré tout, ces catégories ont aidé à faire ressortir deux facteurs qui semblaient très importants dans les processus décisionnels de différents parents. Le premier est l'*empowerment*, qui semblait valorisé par davantage de parents hésitants à la vaccination. L'autre est le fait d'avoir un niveau de confiance très élevé en son médecin en matière de vaccination, ce qui caractérisait le processus décisionnel de nombreux parents favorables à la vaccination. Ces concepts sont discutés plus en détail dans la section 5.1.2.

Ensuite, en utilisant le modèle des croyances relatives à la santé, il a été possible de répertorier plusieurs croyances et perceptions des participants qui correspondent à ce qui a déjà été trouvé dans la littérature. Ces résultats sont discutés à la section 5.1.3. Il a été particulièrement intéressant de noter que le bénéfice des vaccins pour la protection des autres était un motivateur à la vaccination important pour quelques mères hésitantes à la vaccination. La section 5.1.4 porte sur la norme subjective, soit le dernier construit du cadre conceptuel utilisé.

Par la suite, les effets des messages testés sur les perceptions et attitudes des participants sont discutés. À la section 5.2.1, les messages narratifs et émotifs sont d'abord mis en lien avec des processus suggérés par la littérature qui pourraient expliquer l'efficacité plus grande de l'histoire dans laquelle une mère témoigne. En 5.2.2, des pistes d'explication à l'efficacité différente des deux messages factuels sont présentées. Puis, en 5.2.3, les effets des deux messages les plus efficaces, soit l'histoire narrative impliquant une mère et l'histoire factuelle dans laquelle témoigne un médecin, sont comparés et discutés.

Finalement, les limites et les forces de cette étude sont analysées au point 5.3 et les différentes implications des résultats pour la recherche et la santé publique sont évoquées en 5.4.

5.1 Discussion sur les croyances, perceptions et attitudes sur la vaccination

5.1.1 Considérations sur la catégorisation de l'attitude sur les vaccins en général

Depuis plusieurs années, la littérature indique que la caractérisation de l'attitude vaccinale des parents ne peut être réduite à une classification dichotomique entre un groupe en faveur de la vaccination et l'autre contre la

vaccination (Gust et al., 2005). Tout en admettant que l'attitude vaccinale d'un individu peut être placée sur un continuum allant de la demande active des vaccins jusqu'au refus complet des vaccins (Dubé et al., 2013), il semblait plus utile dans le cadre de ce projet de regrouper les participants en certaines catégories d'attitude afin de pouvoir les comparer et possiblement extrapoler les résultats à des groupes semblables dans la population. Toutefois, malgré le fait que les trois catégories choisies aient été délimitées à l'aide de caractéristiques retrouvées dans la littérature et que les résultats au questionnaire PACV aient été utilisés, il n'était pas toujours évident à première vue dans quelle catégorie certains participants devaient être placés.

Seuils du questionnaire PACV

L'utilisation des résultats au questionnaire PACV devait permettre de faciliter ce processus en confirmant certains classements réalisés à l'aide de l'analyse des verbatim et en amenant un questionnement sur certains autres. Certes, deux des questions du questionnaire PACV distribué dans cette étude n'employaient pas exactement la même échelle que dans celui qui a été validé (échelle de Likert à 10 points plutôt que 11) (Opel, Taylor, et al., 2011; Opel et al., 2013). Toutefois, avec l'ajustement réalisé⁵⁹, il nous semble peu probable que cela ait eu un impact significatif sur les scores obtenus par les participants. En fait, à la lumière de la comparaison des propos des participants avec leur score au questionnaire PACV, ce sont plutôt les scores seuils pour les différentes catégories d'attitude qui ont suscité la réflexion. En effet, lors de la validation de ce questionnaire, Opel et al. ont démontré qu'un résultat de 50 et plus est associé à une augmentation des retards vaccinaux et permettrait ainsi d'identifier les parents hésitants à la vaccination (Opel, Taylor, et al., 2011; Opel et al., 2013). Or, une personne peut présenter de l'hésitation vaccinale sans nécessairement avoir déjà refusé ou retardé l'administration de vaccins (Salmon et al., 2015). C'est pourquoi il avait été anticipé dans le cadre de ce projet de recherche que des participants ayant des scores de moins de 50 pourraient être catégorisés comme ayant une attitude d'hésitation vaccinale. Ainsi, une seule participante, qui a d'ailleurs été considérée comme défavorable à la vaccination, a obtenu un score supérieur à 50. La majorité des participants (5 sur 7) classés comme hésitants à la vaccination avaient des scores se situant entre 25 et 50, les 2 autres ayant obtenu des scores plus faibles que 25.

Ainsi, si ce questionnaire est utilisé en clinique pour dépister l'hésitation vaccinale, il ne faudrait pas négliger de donner des informations et de discuter de la vaccination avec les parents qui obtiennent un score de moins de 50. D'une part, un score peu élevé ne semble pas garantir que ces parents sont exempts d'hésitation vaccinale. D'autre part, même s'ils ne présentent pas d'hésitation vaccinale, il semble important de donner des informations au sujet de la vaccination à tous les parents. En effet, comme il a été retrouvé dans les résultats de ce projet de

⁵⁹ Voir les notes de bas de page de l'annexe VII pour les détails sur l'ajustement réalisé.

recherche, une revue de littérature systématique a démontré que les parents trouvent en général qu'ils ne reçoivent pas assez d'information sur la vaccination (Ames, Glenton et Lewin, 2017).

Dans un autre ordre d'idées, si ce questionnaire est utilisé pour recruter des participants hésitants à la vaccination dans le cadre d'un projet de recherche, il serait peut-être judicieux d'utiliser un seuil plus bas que 50. Ceci ferait en sorte que le questionnaire soit plus sensible et permette de recruter davantage de participants. Williams et al. (2013) ont d'ailleurs utilisé un score de 25 afin de recruter des parents hésitants à la vaccination. En contrepartie, l'utilisation d'un seuil plus bas rendrait le questionnaire moins spécifique. Ainsi, il pourrait y avoir plus de participants favorables à la vaccination recrutés en utilisant ce seuil, comme dans ce projet de recherche dans lequel 4 participants favorables à la vaccination avaient un score plus élevé que 25.

Réflexions sur les catégories d'attitude générale à la vaccination

Lors de l'analyse des discours, certains éléments pouvaient rendre la tâche de départager l'attitude des parents plus difficile. Ainsi, certains parents pouvaient présenter des caractéristiques relevant de deux catégories, soit celles « favorable à la vaccination » et « hésitant à la vaccination ».

D'abord, il pouvait être difficile de qualifier l'attitude générale des parents envers la vaccination parce que, tel que déjà noté dans la littérature (Dubé et al., 2013; Peretti-Watel et al., 2015), l'attitude de certains participants différait selon le vaccin considéré. Par exemple, certains participants pouvaient exprimer une vision très favorable de tous les vaccins, à l'exception du vaccin contre l'influenza qui pouvait même avoir été refusé. La perception du vaccin contre l'influenza par le public semble effectivement différente des autres vaccins : en 2014, il est estimé que seulement 24 % des enfants québécois de 15 mois avaient reçu une dose de vaccin contre l'influenza alors que 96 % et 98 % avaient reçu trois doses des vaccins antipneumococcique et diphtérie-coqueluche-tétanos-poliomyélite respectivement (Boulianne et al., 2015). C'est pourquoi le refus de ce vaccin n'avait pas été considéré pour classer les participants. Toutefois, des situations où un seul vaccin (autre celui contre l'influenza) avait été refusé, alors que tous les autres avaient été acceptés, sont survenues pour certains participants. On peut donc se questionner s'il serait préférable d'appliquer les différentes catégories d'attitude à chaque vaccin plutôt qu'à la vaccination en général. Ces approches pourraient cependant être complémentaires.

Ensuite, l'attitude de certains participants n'était pas statique : leur perception de la vaccination avait évolué au fil du temps. Par exemple, deux participantes qui ont été classées dans le groupe « hésitant à la vaccination » avaient des propos laissant croire qu'elles avaient été davantage hésitantes par le passé, mais qu'une partie de cette hésitation était résolue lors de la tenue des groupes de discussion. Ceci rejoint peut-être les résultats de l'étude de Henrikson et al. (2017) dans laquelle une cohorte de mères a été suivie, de la naissance de leur enfant jusqu'à ce que ce dernier ait atteint 24 mois. Cette équipe a observé une diminution du nombre de mères

pouvant être considérées hésitantes à la vaccination, ce qui suggérerait que l'hésitation vaccinale maternelle pourrait être amenée à diminuer à mesure que les mères acquièrent de l'expérience en lien avec la vaccination (Henrikson et al., 2017). Bien sûr, les expériences avec la vaccination doivent être positives car, à l'inverse, l'expérience d'un effet secondaire suivant l'administration d'un vaccin semble avoir contribué à l'hésitation vaccinale d'une autre participante. Dans la littérature, l'expérience d'effets secondaires peut même amener des parents à cesser de faire vacciner leurs enfants (Harmsen et al., 2013). Ces exemples démontrent que l'attitude vaccinale n'est pas fixe dans le temps et qu'il pourrait être intéressant de tenir compte de ce caractère dynamique lors de la caractérisation des attitudes.

En dernier lieu, les participants de la catégorie « hésitant à la vaccination » ne semblaient pas tous autant critiques envers les vaccins. De même, les facteurs ayant contribué à leur hésitation pouvaient être différents. Il pouvait alors paraître plus ou moins instinctif de placer certains participants dans une seule et même catégorie. Ceci reflète néanmoins la définition du concept de l'hésitation vaccinale comme un spectre d'attitudes entre les extrêmes « pro » et « anti » vaccins, réunissant de ce fait un groupe hétérogène d'individus (Dubé et al., 2013). L'utilisation d'un concept aussi large peut cependant être critiquée : Peretti-Watel et al. (2015) ont même affirmé que l'hésitation vaccinale n'était pas un concept, mais « *a catchall category* (une catégorie fourre-tout) » (p.3, traduction libre). En effet, à la lumière des différents questionnements qui sont survenus lors de la classification des attitudes des participants, il serait peut-être pertinent de raffiner le concept d'hésitation vaccinale en distinguant quelques sous-catégories. Par exemple, la classification de Leask et al. (2012) utilise 5 catégories qui peuvent être distinguées par des attitudes vaccinales ou des comportements vaccinaux différents. D'un point de vue de santé publique, il serait probablement plus intéressant par contre d'établir des sous-catégories d'hésitation vaccinale qui puissent indiquer le type d'interventions le plus susceptible d'être efficace pour augmenter l'acceptation vaccinale chez ces parents.

5.1.2 Dualité entre l'*empowerment* et la confiance

Deux concepts semblaient importants pour distinguer les différentes attitudes vaccinales des participants : l'*empowerment* et la confiance. Ces deux construits sont également à la base du cadre théorique proposé par Peretti-Watel et al. (2015) afin d'aborder le concept d'hésitation vaccinale. En effet, plutôt que de considérer l'hésitation vaccinale comme une attitude, ces derniers proposent de la définir comme un processus décisionnel déterminé en grande partie par le positionnement des parents sur deux axes. Le premier axe réfère au niveau d'adhésion à une culture encourageant les individus à se préoccuper des risques à la santé et à prendre en charge leur santé. Le second axe correspond au niveau de confiance dans les autorités de santé.

Empowerment

Dans ce projet de recherche, l'*empowerment* semblait important pour une proportion plus grande de participants hésitants que de participants favorables à la vaccination. Les propos de différents parents hésitants à la vaccination laissaient voir que la prise d'une décision éclairée était un principe qui leur était cher. Par exemple, plusieurs souhaitaient recevoir des informations neutres, présentant les pour et les contre de la vaccination. Chez des parents présentant de l'hésitation vaccinale, ce désir d'avoir accès à des informations balancées et non polarisées a déjà été observé dans d'autres études (Dubé, Vivion, et al., 2016; Glanz et al., 2013; Sobo, Huhn, Sannwald et Thurman, 2016).

Il est à noter cependant que quelques participants favorables à la vaccination semblaient aussi valoriser la prise de décision éclairée et l'accès à des informations présentant les pour et les contre de la vaccination. Ainsi, une revue Cochrane, qui a fait une synthèse des données probantes qualitatives portant sur l'expérience qu'ont les parents des communications en matière de vaccination infantile, a trouvé avec un niveau de certitude élevé que les parents désiraient avoir des informations balancées sur les bénéfices et les risques des vaccins destinés aux enfants (Ames et al., 2017). Considérant que, dans le domaine de la santé, le consentement éclairé ainsi que l'*empowerment* sont encouragés (Dubé et al., 2013; Peretti-Watel et al., 2015), il n'est pas étonnant que différents parents souhaitent être davantage informés.

Dans leur modèle, Peretti-Watel et al. (2015) distinguent une autre catégorie de parents hésitants à la vaccination qui ne seraient pas vraiment intéressés à s'autonomiser. Leurs enfants auraient des retards vaccinaux pour des raisons de l'ordre de la complaisance (par exemple, parce qu'ils n'auraient pas eu le temps d'aller au rendez-vous) ou n'auraient pas eu un processus de réflexion avant de refuser un vaccin (par exemple, en se fiant simplement à des rumeurs ou à leurs émotions). Toutefois, aucun parent correspondant à ce profil n'a été retrouvé parmi les participants à ce projet de recherche.

Confiance

Le niveau de confiance que les participants avaient envers les autorités de santé semblait être un autre élément important qui distinguait les différents groupes d'attitude vaccinale. Les parents qui étaient favorables à la vaccination semblaient avoir un niveau de confiance élevé dans les recommandations de leur médecin. De plus, alors que la grande majorité des participants n'avaient que peu de connaissances au sujet des MEV et de la vaccination, environ les deux tiers des parents favorables à la vaccination suivaient les recommandations de leur médecin sans chercher à avoir davantage d'information sur la vaccination. Ainsi, plutôt que de chercher à s'autonomiser en allant s'informer, ces parents semblaient s'en remettre à ce que leur médecin leur disait et à ce qui était recommandé par les autorités de santé publique. Certaines études ont d'ailleurs identifié que le fait

de faire confiance à son médecin ou aux autorités sanitaires serait un déterminant important de l'acceptation vaccinale des parents (Austvoll-Dahlgren et Helseth, 2010; Benin et al., 2006). Les résultats du présent projet de recherche réitèrent donc l'importance des recommandations des professionnels de la santé pour promouvoir la vaccination, ainsi que leur importance en tant que source d'informations pour de nombreux parents, tel qu'il l'est souvent relevé dans la littérature (Benin et al., 2006; Dubé et al., 2013; Gust et al., 2008; Yaqub et al., 2014).

À l'inverse, quelques parents avaient des réserves par rapport aux recommandations des médecins et des autorités de santé publique. À un extrême, la mère défavorable à la vaccination ne croyait pas que son pédiatre avait les intérêts individuels de son enfant à cœur en matière de vaccination comme il se préoccuperait davantage de l'immunité collective selon elle. La croyance que son médecin n'a pas les meilleurs intérêts de son enfant à cœur a d'ailleurs déjà été associée à une plus grande hésitation vaccinale dans une étude (Smith et al., 2011). De plus, une mère hésitante à la vaccination voyait une influence des compagnies pharmaceutiques sur les recommandations en matière de vaccination. Cette dernière croyance peut d'ailleurs être retrouvée fréquemment sur les sites anti-vaccinaux (Kata, 2010). Bien que l'industrie pharmaceutique semblait globalement mal perçue par les participants de ce projet de recherche, aucun autre parent n'a exprimé qu'il croyait possible que les autorités de santé soient manipulées par l'industrie pharmaceutique.

D'autres parents exprimaient aussi un manque de confiance, mais de manière moins marquée que chez les participantes précédemment mentionnées. Par exemple, une femme favorable à la vaccination semblait avoir de la difficulté à faire complètement confiance aux recommandations basées sur la science étant donné que certaines recommandations changent avec l'avancement des connaissances. De même, bien que quelques parents (dont plusieurs étant hésitants à la vaccination) semblaient voir les médecins comme une bonne source d'informations, certains ne paraissaient pas pouvoir s'en remettre aux informations fournies et allaient également s'informer ailleurs. Sachant que l'époque actuelle favoriserait la remise en question des autorités médicales et scientifiques tout en encourageant à s'informer (Kata, 2010), on peut y voir là une certaine dualité entre la confiance dans les autorités de santé (dont les médecins) et l'appropriation du pouvoir décisionnel par les parents. Une revue Cochrane a trouvé, avec un niveau de certitude élevé, qu'il y aurait un lien entre le niveau de confiance dans une source d'informations et à quel point un parent continuerait à chercher encore d'autres informations ailleurs (Ames et al., 2017). De ce fait, si un parent fait moins confiance à la source, il aurait moins tendance à accepter les informations données par cette source et serait plus porté à poursuivre ses recherches plutôt que de s'arrêter là (Ames et al., 2017).

Par ailleurs, certaines caractéristiques des communications en matière de vaccination pourraient contribuer à encourager les parents à rechercher de l'information ailleurs. En effet, dans le cadre de ce projet de recherche,

une mère hésitante et la mère défavorable à la vaccination étaient explicites à l'effet que leur perception de la crédibilité d'un message serait liée au fait qu'il contienne des informations balancées ou non. Ceci rejoint d'autres études dans lesquelles des parents, à l'instar de la mère défavorable à la vaccination dans ce projet, avaient l'impression que seuls les bénéfices à la vaccination étaient présentés par les sources d'information gouvernementales ou du système de santé alors que les informations sur les risques seraient cachées (Ames et al., 2017). De même, Sobo et al. (2016) ont conclu qu'un message seulement pro-vaccination peut être suspect pour certains parents.

Or, comme l'ont remarqué certains participants de ce projet de mémoire ainsi que des parents dans d'autres études, la recherche d'informations peut être ardue en raison de la quantité d'informations et de la difficulté à savoir quelles sources d'informations sont dignes de confiance (Ames et al., 2017; Harmsen et al., 2013). Il peut également être inquiétant de savoir que de nombreux sites web anti-vaccinaux font la promotion du choix informé, tout en ayant tendance à présenter de l'information davantage en défaveur de la vaccination (Kata, 2010). Peretti-Watel et al. (2015) font donc une mise en garde au sujet des interventions de promotion de la santé encourageant l'*empowerment* des parents : à moins que les parents hésitants à la vaccination aient confiance dans les autorités sanitaires, il y aurait un risque que ces derniers deviennent moins favorables à la vaccination. En effet, si d'une part les parents sont encouragés à prendre des décisions éclairées et souhaitent s'informer, et que d'autre part ils ne font pas totalement confiance aux informations fournies par les autorités de santé (par exemple parce qu'elles ne sont pas balancées), il y a un risque qu'ils aillent consulter d'autres sources d'information encourageant à ne pas se faire vacciner. Il semble donc important de prendre au sérieux la critique que plusieurs participants de ce projet de recherche ont faite à l'effet que certains messages testés ne parlaient pas assez des risques de la vaccination.

Finalement, le niveau de confiance dans d'autres intervenants impliqués dans l'immunisation a aussi pu être brièvement évalué dans ce projet de recherche. Ainsi, bien que quelques parents faisaient confiance aux infirmières, leur capacité à répondre à leurs questions au sujet de la vaccination a été mise en doute par deux mères du Québec. Bien qu'il n'ait pas été clarifié avec ces dernières si leur perception négative était née de mauvaises expériences à cet effet, ceci soulève quand même un questionnement à savoir si les infirmières vaccinatrices disposent de bons outils pour les aider à répondre aux parents. Par ailleurs, il était rassurant de voir que plusieurs participants faisaient confiance aux autorités de santé publique. Par contre, deux enjeux potentiellement modifiables qui pourraient limiter la confiance accordée à la santé publique ont été soulevés. Il y avait d'abord le fait que les calendriers vaccinaux n'étaient pas uniformes entre les provinces et territoires du Canada. Ensuite, il y avait cette impression de manque de transparence chez la participante défavorable, qui percevait que les effets secondaires rares, mais graves, n'étaient pas mentionnés dans les communications des autorités de santé.

5.1.3 Utilité des concepts au cœur du modèle des croyances relatives à la santé

L'utilisation du modèle des croyances relatives à la santé a permis de répertorier certaines perceptions et croyances en ce qui a trait à la vaccination des enfants. De plus, il a permis de dégager des différences dans les croyances et perceptions des participants entre les différentes catégories d'attitude vaccinale.

D'abord, la perception de la menace des MEV présentait certaines différences selon la catégorie d'attitude et selon le vaccin considéré. Ainsi, certaines MEV étaient perçues comme non sévères, ce qui pouvait amener certains parents hésitants à la vaccination à refuser le vaccin concerné. Dans la littérature, la perception que les MEV seraient peu sévères était déjà connue comme étant associée à l'hésitation vaccinale et aux refus vaccinaux (Harmsen et al., 2013; Williams, 2014; Yaqub et al., 2014). Ainsi, dans le cadre du présent projet de recherche, les vaccins contre la varicelle et contre la gastro-entérite à rotavirus ont été refusés par des parents hésitants à la vaccination malgré l'acceptation de tous les autres vaccins recommandés. En effet, ces deux MEV semblaient être perçues comme étant moins sévères que d'autres MEV, ce qui s'aligne avec des données de la littérature. À la lumière de sa revue de littérature, Velan (2011) a noté que l'hésitation envers le vaccin contre la varicelle semble globalement plus importante qu'envers d'autres vaccins et attribue ceci au fait que le public voit la varicelle comme une maladie bénigne. Au Québec, il a d'ailleurs été noté que les vaccins contre l'influenza, la varicelle et le rotavirus étaient ceux, avec le vaccin contre les VPH, qui susciteraient de l'hésitation chez le plus grand nombre de parents (Dubé, Gagnon, Zhou et Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 2015).

Dans l'échantillon étudié dans le présent projet de recherche, même si la perception qu'une MEV est bénigne pouvait être associée à un refus vaccinal, il n'était pas clair si la perception qu'une MEV est sévère était un motivateur important pour la vaccination. En effet, à quelques exceptions près, la sévérité des MEV était peu discutée. En particulier, en ce qui a trait à la rougeole, c'était plutôt un manque de connaissances des parents au sujet des symptômes et complications de cette maladie qui se dégageait des données. Plusieurs participants avaient accepté le vaccin RRO alors qu'ils ne savaient pratiquement rien sur cette maladie et ne savaient pas vraiment si elle pouvait présenter un danger sérieux pour leur enfant. Dans leur étude qualitative réalisée avec 33 mères en postpartum du Connecticut, Benin et al. (2006) avaient également trouvé que la perception qu'une MEV était peu sévère pouvait être une barrière à la vaccination, tandis que la perception inverse ne faisait pas partie des promoteurs importants de la vaccination.

Pour ce qui est de la perception de la probabilité que leur enfant contracte une MEV, l'analyse des verbatim des parents a été compliquée par la difficulté à distinguer s'ils parlaient de leurs perceptions en considérant que leur enfant est vacciné ou non. Il s'agirait d'ailleurs d'une limite méthodologique pour de nombreuses études ayant voulu évaluer la perception du risque des MEV (Brewer et al., 2007). En fait, seule la participante défavorable à

la vaccination affirmait ne pas s'inquiéter pour son enfant non vacciné malgré qu'il y ait une éclosion de rougeole à son école. Malgré tout, pour quelques parents favorables à la vaccination, il semblait y avoir une réelle préoccupation concernant la vulnérabilité de leur enfant alors qu'il était trop jeune pour être vacciné, avait un retard vaccinal ou en s'imaginant qu'il ne pourrait pas être vacciné. La perception de la vulnérabilité de son enfant a déjà été associée avec la couverture vaccinale dans la littérature. Par exemple, une étude ayant utilisé les données concernant plus de 10 000 enfants de 24 à 35 mois inclus dans le National Immunization Survey de 2009 aux États-Unis a trouvé que, après ajustement pour les variables sociodémographiques, ne pas être d'accord avec l'énoncé selon lequel « si je ne vaccine pas mon enfant, il pourrait contracter une maladie comme la rougeole et la transmettre à d'autres personnes » est associé à une couverture vaccinale pour le vaccin RRO de 12,3 % plus faible (+/- 3,8 % à un niveau de confiance de 95 %) (Smith et al., 2011, p. 142). De plus, dans la revue de Yaqub et al. (2014), la perception que le risque de contracter une MEV est faible était la deuxième raison la plus souvent citée dans les études ayant évalué les attitudes vaccinales de diverses populations européennes.

En ce qui a trait aux barrières et facteurs facilitant l'acceptation de la vaccination, la plupart des participants, peu importe leur attitude vaccinale, semblaient percevoir la protection contre les MEV que les vaccins peuvent apporter. Seule l'efficacité du vaccin contre l'influenza a été explicitement remise en question. Dans une enquête québécoise réalisée en 2012, les doutes sur l'efficacité de ce vaccin faisaient partie des principales raisons invoquées pour ne pas être vacciné (Dubé, Defay et Kiely, 2012). La protection des autres semblait aussi être un motivateur pour quelques mères hésitantes à la vaccination. Dans la littérature, bien que ce motivateur à la vaccination pour la population en général était déjà connu, son rôle auprès des parents hésitants restait à éclaircir (Quadri-Sheriff et al., 2012). De plus, considérant que certaines études décrivent l'hésitation vaccinale comme s'inscrivant dans un contexte individualiste (Sobo et al., 2016), il était intéressant de voir dans les résultats de ce mémoire que des raisons altruistes de vacciner rejoignaient certaines mères hésitantes à la vaccination.

Ensuite, la plupart des participants voyaient quand même les vaccins comme étant sécuritaires, à l'exception de la participante défavorable. En effet, tel que déjà mentionné, les craintes sur la sécurité et les effets secondaires des vaccins sont parmi les raisons les plus fréquentes pour refuser ou retarder volontairement l'administration de vaccins (Smith et al., 2010). Bien qu'aucun participant dans ce projet de recherche n'ait affirmé de manière convaincue que les vaccins pouvaient causer l'autisme, quelques-uns avaient quand même des personnes dans leur entourage qui le croyaient. Un petit nombre de participants semblaient cependant se questionner à savoir si le vaccin pouvait causer l'autisme ou non. En fait, un sondage pancanadien réalisé en 2015 a révélé que 14 % des parents croyaient que les vaccins causaient l'autisme et qu'un autre 14 % étaient

incertains sur le sujet (Greenberg, Dubé et Driedger, 2017). Il semble donc assez certain que ce mythe circule encore dans la population canadienne.

Finalement, rappelons que le modèle des croyances relatives à la santé comprend également le concept des incitatifs à l'action (Janz et Becker, 1984). Or, tel que déjà discuté, les résultats du présent projet de recherche suggéraient que les recommandations d'un professionnel de la santé constituaient un incitatif à l'action très important pour les parents favorables à la vaccination.

5.1.4 Norme subjective

Faire vacciner les enfants semblait être la norme sociale perçue par les participants en général. Brunson (2013a) avait aussi dégagé ce constat en analysant les entrevues réalisées avec des parents américains de l'État de Washington⁶⁰. Brunson a aussi soulevé qu'il y avait une forme de « *social punishments* (punition sociale) » (2013a, p. 5467, traduction libre) à l'endroit des parents ayant refusé un ou des vaccins. Ceci avait également été noté chez certains participants du présent projet de recherche qui avaient des propos négatifs à l'endroit des parents refusant la vaccination.

Également, le réseau social des participants de ce projet de recherche semblait différent selon leur attitude vaccinale. Ainsi, un petit nombre de participants favorables à la vaccination ne connaissaient personnellement aucun individu qui soit en défaveur de la vaccination. Quelques autres participants comptaient quand même dans leur réseau social des individus ayant une perception négative de la vaccination. Cependant, ces individus semblaient avoir été mentionnés en guise d'exceptions notables dans leur réseau social. À l'inverse, la participante défavorable dans ce projet de recherche semblait avoir un réseau social plus critique à l'égard de la vaccination. Les différences de réseau social selon la décision vaccinale ont d'ailleurs aussi été étudiées par Brunson (2013b). Cette dernière a trouvé que les parents ayant retardé ou refusé des vaccins étaient entourés par davantage de personnes d'influence leur recommandant de ne pas se conformer au calendrier vaccinal comparé aux parents ayant suivi les recommandations vaccinales. De plus, en comparant différents modèles de régression logistique, Brunson (2013b) a trouvé que celui constitué des variables relatives au réseau social des parents, notamment la proportion de membres de ce réseau qui recommandent de ne pas se faire vacciner, était un meilleur prédicteur de la décision vaccinale qu'un modèle tenant compte des caractéristiques personnelles des parents, telles que leurs perceptions de la vaccination et leurs caractéristiques sociodémographiques.

⁶⁰ Brunson (2013a) a procédé à son recrutement en diversifiant l'échantillon d'abord, puis en recrutant des parents qui seraient en mesure d'amener un éclairage sur des questions émergent de leur analyse.

5.2 Discussion sur la perception des messages de promotion de la vaccination contre la rougeole

À partir des résultats obtenus dans le présent projet au sujet de la perception des messages de promotion de la vaccination contre la rougeole, il n'est pas possible de statuer qu'un type de message (plutôt narratif et faisant appel aux émotions vs exposant des faits) était nécessairement supérieur à un autre pour convaincre des parents de jeunes enfants de faire vacciner leur enfant contre la rougeole. De même, il n'est pas possible de statuer s'il est préférable qu'un médecin ou qu'un parent témoigne dans un message. En fait, il semblait y avoir interaction entre le type de message et le messenger. Ainsi, un message plutôt narratif et émotif dans lequel une mère témoigne (histoire A) ainsi qu'un message plus factuel avec un médecin y témoignant (histoire D) avaient tous deux une influence beaucoup plus positive sur les participants en comparaison avec le message narratif impliquant un médecin (histoire B) ainsi que le message factuel dans lequel une mère témoigne (histoire C).

5.2.1 Efficacité des messages narratifs et émotifs

Les résultats suggèrent que l'efficacité d'un message narratif pour influencer les perceptions du lecteur pourrait varier selon le personnage principal impliqué dans l'histoire racontée ainsi que selon son discours. Toutefois, des éléments dans le style d'écriture de l'histoire B (tels que les exagérations qui diminuaient la crédibilité du médecin) ainsi que le fait que ce message ait été modifié entre les groupes de discussion limitent la portée des conclusions qui peuvent être tirées des différences observées. Malgré tout, en comparaison avec l'histoire B, l'histoire A semblait davantage mobiliser des mécanismes déjà documentés dans la littérature pour expliquer l'effet des messages narratifs. Ces différents processus expliquent peut-être aussi le fait que l'histoire A avait plus d'impact positif sur la décision vaccinale de plusieurs participants en comparaison avec les messages factuels.

Identification avec le personnage

D'abord, le fait de s'identifier ou non avec le personnage pourrait expliquer la différence dans l'effet des histoires A et B. En effet, dans l'histoire A, plusieurs participantes semblaient s'identifier ou se reconnaître dans la mère y témoignant, tandis que les participants ne semblaient pas s'identifier au médecin dans l'histoire B. Une certaine forme d'identification ou de reconnaissance dans une mère racontant l'histoire de son enfant semblait d'ailleurs être un élément important pour que la participante défavorable à la vaccination préfère ce message. Or, dans la littérature, l'identification avec les personnages d'une histoire fait partie intégrante de différentes théories expliquant comment les messages narratifs peuvent exercer leur influence persuasive (Green, 2006; Moyer-Gusé, 2008). De même, dans une étude empirique, l'identification avec un personnage contractant une infection était associée avec la perception d'une plus grande vulnérabilité à cette infection (Frank et al., 2015).

Une différence dans le processus d'identification peut également expliquer pourquoi la mère de l'histoire C était moins bien perçue que la mère de l'histoire A. Le fait que le récit de la mère dans l'histoire C ne semblait pas évoquer de réaction émotive chez les participants, contrairement à la mère de l'histoire A, pouvait contribuer à cela. En effet, rappelons que la simple existence d'une similarité avec un personnage ne mènerait pas nécessairement à un processus d'identification : entre autres, le fait de ressentir les émotions du personnage serait une composante essentielle de l'identification (Moyer-Gusé, 2008). De plus, une revue critique de la littérature sur les attitudes vaccinales a trouvé que le fait que des proches approuvent la vaccination était une raison retrouvée fréquemment dans la littérature pour expliquer le fait qu'un individu soit en faveur de la vaccination (Yaqub et al., 2014). Or, en l'absence de rapprochement et d'identification avec la mère dans l'histoire C, celle-ci n'était probablement pas considérée comme une personne importante pour les participants. Son opinion n'affectait donc pas leur perception de la norme subjective.

Images évoquées

Ensuite, il est possible que l'histoire A était plus efficace que les autres histoires pour certains participants parce qu'elle évoquait plus d'images. En effet, l'histoire A comportait une description visuelle d'un enfant hospitalisé pour une rougeole compliquée. Ces images avaient marqué quelques participantes, dont une mère qui avait même indiqué clairement qu'elle s'imaginait un scénario dans lequel c'était sa propre fille qui était hospitalisée à la place de l'enfant de l'histoire. Or, le fait de pouvoir se faire des images mentales lors de la lecture d'une histoire fait partie du processus de transportation, soit un mécanisme à la base d'une des théories pour expliquer l'efficacité persuasive des messages narratifs (Green, 2006; Green et Brock, 2000). De plus, une étude ayant évalué un message narratif, dans lequel une femme fréquentant les salons de bronzage développe un cancer de la peau, a trouvé que les participantes exposées à ce dernier pouvaient s'imaginer plus facilement développer ce cancer et avaient une plus grande perception du risque en comparaison avec des participantes exposées à des messages non narratifs (Janssen, van Osch, de Vries et Lechner, 2013). À l'aide d'analyses de médiation, les auteurs ont également obtenu des résultats suggérant que l'influence sur la perception du risque était médiée par la facilité à s'imaginer avoir cette maladie (Janssen et al., 2013). Ainsi, ces mécanismes étaient peut-être présents dans le cadre du présent projet de recherche également.

Émotions évoquées par les messages narratifs

Un autre facteur pouvant expliquer que l'histoire A était préférée ou avait une influence positive sur la décision vaccinale de plusieurs participants contrairement aux autres histoires réside dans les émotions qu'elle suscitait. En effet, davantage de parents semblaient trouver que l'histoire A était touchante en comparaison aux autres histoires. Or, tel que déjà mentionné, selon certaines théories, l'implication émotive jouerait un rôle pour expliquer l'effet persuasif des messages narratifs (Green, 2006; Green et Brock, 2000; Moyer-Gusé, 2008).

Également, dans une revue systématique sur l'intégration de témoignages de personnes prenant une décision en lien avec leur santé à des outils d'aide à la décision, les auteurs ont trouvé certaines évidences que ces histoires personnelles influenceraient des aspects émotifs et/ou de motivation qui seraient associés avec le fait de porter attention à une information et de s'en souvenir (Bekker et al., 2013). Une autre revue de littérature systématique sur les interventions en santé utilisant des messages narratifs avait aussi identifié que les messages plus émotifs et décrivant l'expérience émotive du personnage seraient peut-être plus efficaces (Graaf et al., 2016). Ainsi, à la lumière de la littérature révisée, l'influence plus positive de l'histoire narrative A peut s'expliquer en partie par le fait que les participants du présent projet de recherche percevaient que l'histoire A était plus émotive et leur faisait vivre plus d'émotions par rapport aux autres.

À l'inverse, l'histoire B avait été rédigée afin d'être émotive également, mais cela ne semblait pas apprécié. Or, les résultats d'une étude ayant testé une vidéo narrative faisant la promotion du test de dépistage contre les VPH suggèrent que la relation entre les émotions et les effets des messages narratifs serait probablement complexe (Murphy et al., 2013). Dans cette dernière étude, les auteurs rapportent que des niveaux plus élevés d'émotions (positives ou négatives) vécues par leurs participants étaient associés à une moins bonne attitude envers le comportement promu (Murphy et al., 2013). Ces auteurs invitaient donc à faire preuve de prudence lors de l'utilisation de messages narratifs qui font vivre des émotions au destinataire, car certaines émotions spécifiques n'ont peut-être pas l'effet souhaité sur le comportement promu (Murphy et al., 2013). Les résultats du présent projet de recherche illustrent bien la justesse de cette mise en garde.

En effet, les résultats de ce projet suggèrent que la culpabilité serait une émotion délicate à utiliser. Ainsi, beaucoup de participants trouvaient que le médecin de l'histoire B culpabilisait les parents n'ayant pas fait vacciner leur enfant et cela rebutait des parents, peu importe leur attitude vaccinale. Cet effet de la culpabilisation des parents fait peut-être écho aux résultats d'un sondage pancanadien de 2015 réalisé sur un échantillon de parents recrutés dans un panel représentatif de la population canadienne (Greenberg et al., 2017). Dans ce sondage, une question demandait si les messages de promotion de la vaccination devraient utiliser des techniques pour amener un sentiment de honte (un sentiment semblable à la culpabilité) chez des parents afin de les persuader qu'ils ont un devoir moral de faire vacciner leurs enfants et protéger leur communauté. La majorité des participants, incluant des parents faisant vacciner leurs enfants, ont répondu qu'ils ne croyaient pas que cela serait efficace (peu probable de fonctionner : 31,5 % des réponses; pas du tout probable de fonctionner : 32,5 %) (Greenberg et al., 2017). Une étude ayant évalué l'effet de messages narratifs portant sur le don d'organe a aussi trouvé que la culpabilité était une émotion risquée à évoquer (Quick, Kam, Morgan, Montero Liberona et Smith, 2015). Dans cette étude, un message présentant les effets négatifs à ne pas s'enregistrer sur une liste de donneurs d'organes, soit à ne pas prendre l'action promue dans le message, était associé à un sentiment de culpabilité, et ce, même chez les participants déjà inscrits sur la liste de donneurs

(Quick et al., 2015). Ce sentiment de culpabilité était associé à une perception de menace à la liberté de choix et à de la réactance psychologique (Quick et al., 2015), soit la résistance que les messages narratifs sont censés surmonter pour exercer leur effet persuasif (Moyer-Gusé, 2008). Ce mécanisme pourrait peut-être expliquer en partie pourquoi, dans le présent projet de recherche sur la promotion du vaccin RRO, l'histoire B rebutait des participants.

Pourtant, une méta-analyse a bien établi que le regret anticipé de ne pas adopter un comportement dans le domaine de la santé est associé à l'intention d'adopter et à l'adoption elle-même de ce comportement (Brewer, DeFrank et Gilkey, 2016). Il y aurait donc possiblement un équilibre délicat à trouver dans l'utilisation de la culpabilité comme émotion évoquée dans un message narratif, en amenant les destinataires à vivre du regret anticipé, mais sans qu'ils se sentent trop culpabilisés et que cela éveille leur réactance psychologique qui peut les amener à rejeter le message.

5.2.2 Efficacité des messages factuels

Parmi les deux messages plus factuels, l'histoire D, dans laquelle un médecin témoignait, semblait avoir été préférée par davantage de participants que l'histoire C, suggérant que l'efficacité de ces messages dépendait aussi de la personne qui y témoignait. Toutefois, plusieurs différences autres que le personnage impliqué doivent être considérées. D'abord, l'histoire C a dû être modifiée entre la tenue de groupes de discussion, car le message de promotion de la vaccination ne semblait pas bien capté initialement et parce que le témoignage de la mère était très court et avait peu de contenu. Cependant, la différence principale réside probablement dans le fait qu'il semblait y avoir un déséquilibre entre les deux histoires au niveau de la quantité d'informations incluses se rapportant aux construits principaux du modèle des croyances relatives à la santé. Ainsi, il semblait y avoir davantage de données factuelles au sujet du vaccin RRO et de la rougeole dans l'histoire D⁶¹, ce qui peut expliquer que des participants préféraient l'histoire D à l'autre message plus factuel. De même, ce contenu plus dense en informations pouvait expliquer pourquoi certains participants préféraient l'histoire D à toutes les autres. Malgré cela, les propos des participants ont permis de comprendre certains aspects qui pouvaient influencer comment ils percevaient les sources de témoignages dans les différentes histoires et donc pourquoi l'utilisation d'un médecin était préférable dans le message plus factuel.

Crédibilité du personnage

La préférence de l'histoire factuelle D par rapport à l'histoire C semble être expliquée en partie par le fait que certains participants ont indiqué qu'ils préféraient que ce soit un expert qui présente des données factuelles et scientifiques au sujet de la vaccination. Ainsi, le médecin de l'histoire D, qui donnait des informations factuelles

⁶¹ Voir l'annexe III pour plus de détail.

sur la maladie et sur le vaccin, était perçu comme étant crédible et semblait apprécié par la majorité des participants. Ceci semble en accord avec le fait que les participants en général faisaient confiance aux médecins ainsi qu'en leur expertise en général, ce qui a déjà été discuté dans la section 5.1.2.

Cependant, la participante défavorable à la vaccination accordait plus de crédibilité à une mère qui racontait son expérience qu'à un médecin, qu'elle voyait comme possiblement biaisé. Tel que déjà mentionné, le manque de confiance des personnes défavorables à la vaccination envers les experts médicaux est une caractéristique retrouvée souvent dans la littérature (Benin et al., 2006; Glanz et al., 2013). Il n'est donc pas étonnant que cette mère faisait davantage confiance à une autre mère. En fait, dans une revue de littérature de Cochrane, les auteurs ont relevé que certains parents considéraient que les témoignages d'autres parents constituaient la source d'information la plus digne de confiance et la plus impartiale (Ames et al., 2017).

Il faut noter par ailleurs que les participants appréciaient beaucoup plus le médecin dans l'histoire D en comparaison avec celui dans l'histoire B qui parlait de son vécu et de ses émotions. Certains participants avaient même trouvé que le médecin de l'histoire B exagérait la sévérité de la rougeole ainsi que sa part de responsabilité dans la prévention de cette maladie. Cela suggère que, même chez des parents qui font confiance aux médecins en général, le fait qu'un médecin évoque qu'il éprouve de la culpabilité par rapport au fait qu'il n'a pas réussi à convaincre des parents à faire vacciner leur enfant pourrait ne pas être bien reçu, être vu comme une exagération et cela pourrait même miner sa crédibilité. Toutefois, ces constatations sont issues du contexte bien spécifique d'une communication de type « article de journal » et il n'est pas possible de savoir si la perception des parents serait différente si c'était leur médecin personnel qui leur racontait cela. Les commentaires des participants ont quand même permis de voir que l'emploi d'un vocabulaire plus neutre et moins dramatique était nécessaire pour le médecin qui s'exprime dans un contexte public. Finalement, la perception plus négative du médecin dans l'histoire B en comparaison à celui de l'histoire D est peut-être aussi en lien avec le fait que les participants percevaient que le premier culpabilisait des parents, comme il a été discuté dans la section 5.2.1.

5.2.3 Comparaison des deux messages les plus efficaces : un message narratif dans lequel une mère témoigne vs un message factuel dans lequel un médecin témoigne

Finalement, en comparant l'efficacité du meilleur message de type narratif (histoire A) avec le meilleur message de type factuel (histoire D), il en ressort qu'il y avait des différences dans les attitudes vaccinales des participants ayant préféré chacune de ces histoires. En effet, des participants favorables à la vaccination étaient convaincus par les deux histoires, mais davantage de parents hésitants à la vaccination préféraient l'histoire D

comparativement à seulement deux qui préféraient l'histoire A. La participante défavorable à la vaccination, quant à elle, préférait l'histoire A.

L'absence d'une tendance claire pour l'ensemble des parents pris ensemble reflète peut-être la littérature qui n'a pas permis de statuer définitivement sur le fait qu'un de ces types de messages (narratif ou didactique) est plus persuasif qu'un autre (Prati et al., 2012; Winterbottom et al., 2008; Zebregs et al., 2015). Dans ce projet de mémoire, des différences autres que le type de message (témoignage d'une mère ou d'un médecin, informations communiquées dans le message différentes) pouvait aussi influencer les effets des communications testées, de sorte qu'il est difficile d'isoler l'effet du type de message. De plus, en raison du petit nombre de participants hésitants et défavorable à la vaccination, il n'est pas possible d'affirmer que l'histoire D ou l'histoire A est nécessairement préférable pour un de ces groupes. Toutefois, comme il s'agissait d'une étude exploratoire descriptive, l'objectif n'était pas de se prononcer définitivement à cet effet. Les résultats ont quand même révélé des tendances qui méritent de plus amples recherches.

La préférence de plusieurs participants pour l'histoire A est en accord avec d'autres études qui ont observé une plus grande efficacité des messages narratifs (de Wit et al., 2008; Shen et al., 2015; Zebregs et al., 2015) et peut être expliquée par les différents mécanismes détaillés à la section 5.2.1. De plus, l'analyse des données à l'aide du modèle des croyances relatives à la santé a révélé que l'histoire A et l'histoire D ont eu un effet sur la perception de la menace que présente la rougeole, mais que cette influence semblait un peu plus grande suite à la lecture du message A en comparaison à l'histoire D. Également, l'histoire A semblait avoir influencé la perception des bénéfices de l'immunité collective chez davantage de participants que l'histoire D. Dans la littérature, aucune étude relevée évaluant les messages narratifs en santé n'avait utilisé l'ensemble des quatre construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé dans leur analyse. L'effet différentiel de messages narratifs en comparaison avec des messages factuels sur ces construits serait donc à valider.

Par ailleurs, certains participants percevaient qu'une anecdote constituait une information limitée par rapport à des statistiques. Cependant, l'histoire A avait quand même un impact pour d'autres parents, dont deux mères hésitantes à la vaccination ainsi que la mère défavorable à la vaccination. Le fait que cette dernière préférait l'histoire A rappelle aussi une étude dans laquelle les participants qui étaient initialement les plus défavorables à un message de promotion d'un comportement répondaient plus positivement à une anecdote qu'à des statistiques (Slater et Rouner, 2002).

Par contre, le fait que le caractère émotif de l'histoire A ait rebuté une mère favorable à la vaccination et un père hésitant constitue un appel à la prudence. Alors que plusieurs théories sur le fonctionnement des messages narratifs s'appuient sur le fait que ces derniers ont la capacité de ne pas être vus comme des messages persuasifs et ainsi de ne pas éveiller autant de résistance qu'un message persuasif traditionnel (Moyer-Gusé,

2008), ces participants percevaient plutôt qu'une histoire émotive était manipulatrice. En effet, afin de conserver leur indépendance de choisir leurs attitudes et comportements, les individus peuvent résister et même rejeter les communications persuasives comme ces dernières peuvent être perçues comme une menace à leur indépendance (Moyer-Gusé, 2008). D'ailleurs, une étude ayant procédé à une analyse de médiation sur les effets d'un message narratif a trouvé que la perception d'une menace à la liberté de choix était associée à une moins bonne attitude envers le comportement promu (Quick et al., 2015). Ainsi, peut-être que l'objectif de persuasion de l'histoire A n'était pas assez dissimulé. Malgré cela, la réaction de ces participants semble indiquer que, si des intervenants de santé publique souhaitent utiliser des messages narratifs et émotifs pour faire la promotion de la vaccination, ceux-ci devront être testés rigoureusement avant d'être diffusés au grand public. Une grande prudence serait nécessaire.

En revanche, la préférence de plusieurs participants hésitants pour l'histoire D, qui était plus factuelle et présentait davantage d'information, s'inscrivait probablement dans leur volonté de prendre une décision éclairée. Cette même optique explique probablement pourquoi certains d'entre eux ont critiqué le fait que les effets secondaires de la vaccination n'étaient pas assez présentés. Dans la littérature anthropologique sur l'hésitation vaccinale, Sobo et al. (2016) ont déterminé que ces parents valorisent la multiplication des perspectives au sujet de la vaccination dans leur recherche d'information. Ceci peut aussi expliquer, dans le présent projet de recherche, l'importance qu'accordaient les participants hésitants à la vaccination au fait de retrouver les différents côtés de la vaccination dans les messages lus. Cependant, il faut bien noter que, bien que ces parents préféraient l'histoire D qui contenait plus d'information, cela ne signifie pas nécessairement que cette histoire aurait réellement un impact sur leur décision vaccinale. En effet, selon la même étude anthropologique, la recherche et l'évaluation des informations au sujet de la vaccination peuvent être un processus sans fin pour ces parents (Sobo et al., 2016). Dans un contexte de surabondance d'informations qui se renouvellent constamment, et habitués à rechercher par eux-mêmes toutes sortes d'informations sur le web, le processus de recherche et d'évaluation des différentes perspectives au sujet de la vaccination peut être plus valorisé que le fait d'arriver à une décision définitive (Sobo et al., 2016).

Par ailleurs, il est important de rappeler que les résultats du présent projet ont illustré que, dans un message de promotion de la vaccination, il peut être risqué de nommer différentes fausses croyances au sujet de la vaccination sans en dire plus que le fait qu'elles sont fausses. En effet, certains participants favorables à la vaccination ont appris l'existence de ces fausses croyances au sujet de la sécurité du vaccin RRO et une mère souhaitait aller faire des recherches afin de savoir pourquoi on pouvait croire cela. Il y avait donc un risque qu'elle s'expose à différentes informations sur le web qui pourraient lui faire douter de la sécurité des vaccins.

Pour terminer, certains participants voulaient combiner l'histoire A avec l'histoire D, ou l'histoire A avec des éléments factuels. Des études ont d'ailleurs suggéré que la combinaison d'un témoignage impliquant un pair et un expert dans une vidéo narrative (Hopfer, 2012) et que la combinaison d'un message narratif avec des informations factuelles statistiques était supérieures à des messages non combinés (Betsch et al., 2013; Nan et al., 2015). Il pourrait donc être intéressant de combiner ces deux approches afin de réaliser une intervention qui aurait le potentiel d'être plus efficace.

5.3 Limites et forces

Ce projet de recherche présente des faiblesses dont il faut tenir compte pour évaluer la portée des résultats, mais également des forces. Les limites sont d'abord discutées dans la section 5.3.1, puis les forces sont présentées en 5.3.2.

5.3.1 Limites

D'abord, comme ce projet de mémoire s'insérait dans un projet de recherche plus large, certains éléments du devis échappaient au contrôle de l'étudiante chercheuse, ce qui constitue une limite.

Notamment, il n'a pas été possible de participer au processus de rédaction des premières histoires testées. Ainsi, l'équipe du projet de recherche plus large de Dre S. M. Driedger a choisi de rédiger les messages sous la forme de nouvelles de journal, avec un nombre de mots limités et incluant des détails sur une hypothétique campagne de promotion de la vaccination afin de correspondre aux pratiques habituelles en journalisme. Or, le format journalistique ne serait possiblement pas celui qui serait choisi par les intervenants de santé publique afin de produire de la documentation destinée aux parents. De plus, tout en considérant qu'il n'y a pas de définition universelle des messages narratifs (Hinyard et Kreuter, 2007), un article de journal ne constitue peut-être pas une histoire de manière aussi pure qu'un récit plus long possédant des qualités littéraires. En effet, peu d'événements sont rapportés dans les histoires A et B et leur séquence, qui constitue un élément central dans certaines définitions des messages narratifs (Hinyard et Kreuter, 2007; Kreuter et al., 2007), ne ressortait peut-être pas assez clairement. Malgré tout, les histoires A et B du présent projet comportaient quand même les éléments identifiés comme étant à la base des messages narratifs, soit une séquence d'événements liés par des liens de cause à effet, affectant un personnage et étant limitée dans le temps (Dahlstrom, 2014). D'autre part, l'histoire C énonce des faits, notamment en citant le contenu d'un dépliant faisant la promotion du vaccin RRO, mais inclut aussi la description d'une « scène » dans laquelle une mère consulte du matériel de promotion de la vaccination et y réagit, ce qui pourrait ressembler légèrement à un message narratif. Ainsi, il est possible que des différences encore plus marquées entre les effets des messages sur les perceptions des parents auraient pu être trouvées si un autre style de rédaction, plus purement narratif ou didactique, avait été utilisé.

Également, comme l'objectif du projet plus large de Dre. S. M. Driedger était de prétester ces messages et de les améliorer afin qu'ils puissent être utilisés dans le cadre d'un sondage pancanadien dans une phase ultérieure, certains aspects des messages ont dû être modifiés entre la tenue des groupes de discussion. Ceci a fait en sorte qu'il y avait peu de données disponibles concernant certains aspects modifiés. De plus, tel que déjà évoqué dans la discussion, les informations contenues en regard des construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé n'étaient pas homogènes entre les messages. Entre autres, dans un message, la contagiosité de la rougeole était évoquée en parlant du nombre de cas secondaires infectés, tandis que dans un autre, la durée de survie du virus dans l'air était aussi présentée. Il est possible que ces débalancements aient pu confondre en partie l'influence des types de messages et des personnages sur les perceptions des participants.

Sur le plan de la crédibilité des résultats, il est également possible que l'ordre de présentation des messages ait pu légèrement influencer les résultats. En effet, il semblait y avoir une légère tendance dans les groupes à ce qu'il y ait davantage de personnes qui préfèrent la dernière histoire lue. Tout de même, des mesures de mitigation de cet effet avaient été prises au préalable : l'ordre de présentation des histoires variait entre les deux groupes de discussion dans chaque ville, bien que seulement deux séquences (de A à D et de D à A) ont été utilisées.

Une autre limite est le fait que la méthode des groupes de discussion a limité l'approfondissement de certains aspects et ne permettait pas toujours de préciser ou de clarifier les propos des participants quand la discussion progressait vers un autre sujet. L'interaction entre les participants a quand même pu mitiger ces effets, en stimulant parfois la clarification de certaines positions adoptées par des membres du groupe. Par contre, il est possible que quelques participants se soient retenus de faire certains commentaires s'ils percevaient que l'opinion dominante dans leur groupe allait dans le sens contraire à leur opinion personnelle. Certains participants ont d'ailleurs peu contribué aux discussions.

Rappelons aussi que la saturation des données n'a pas été atteinte pour l'ensemble des concepts utilisés pour procéder à l'analyse, notamment sur comment les perceptions des différents construits du modèle des croyances relatives à la santé étaient influencées lors de la lecture des différentes histoires. Toutefois, ceci ne constituait pas un des principaux objectifs du projet. D'ailleurs, nous considérons que la saturation a été atteinte pour l'appréciation générale des messages testés. Étant donné les modifications apportées aux histoires, il aurait quand même été préférable de poursuivre quelque peu la collecte de données afin de s'assurer que certains aspects des histoires plus harmonisées demeuraient perçus de la même manière, mais cela n'était pas possible étant donné que le nombre de groupes de discussion était fixé pour répondre aux objectifs et aux contraintes du projet de recherche plus large de Dre S. M. Driedger.

De plus, il a été quelque peu difficile de recruter des participants avec des caractéristiques sociodémographiques diversifiées à Winnipeg, donnant lieu à un groupe de discussion plus homogène sur ce plan. Davantage de variation dans ces caractéristiques aurait peut-être permis d'obtenir des données un peu plus riches provenant de ce groupe (Aubin-Auger et al., 2008).

Une limite inhérente à toute recherche est le biais de volontariat. En effet, les participants à ce projet de recherche étaient probablement plus intéressés par la vaccination que la population en général, ce qui peut limiter la transférabilité des résultats. Également, il est possible que certaines perceptions soient différentes pour des parents qui sont dans un processus de décision au sujet de la vaccination en comparaison à des parents qui ont déjà pris leurs décisions. Toutefois, il y avait quand même plusieurs parents dont les enfants, en raison de leur âge, n'avaient sûrement pas encore reçu le vaccin RRO. De plus, les parents ayant déjà pris une décision au sujet du vaccin RRO pour leur enfant pourraient encore avoir des enfants dans le futur. Il était donc pertinent de tester le message auprès de ces parents également.

Finalement, il faut considérer que les résultats se rapportant aux différents messages constituaient les perceptions immédiates des participants après leur lecture. Il n'est donc pas possible de savoir si les messages testés peuvent avoir un effet à long terme ou si l'exposition à ces messages devrait être répétée pour avoir un effet prolongé.

5.3.2 Forces

D'abord, l'utilisation d'un devis qualitatif afin d'évaluer des messages narratifs pour promouvoir la vaccination représente une force. D'une part, cette méthodologie a permis d'explorer et de tenter de comprendre de nombreux facteurs et processus pouvant expliquer les perceptions des participants sur les MEV, la vaccination et les messages testés. D'autre part, il s'agit d'un devis plutôt unique, puisqu'il semble que les méthodes qualitatives n'ont pas souvent été exploitées pour étudier les messages narratifs en santé. En effet, seulement deux études utilisant des méthodes qualitatives pour évaluer l'influence de messages narratifs dans le domaine de la santé ont pu être répertoriées dans le cadre de ce mémoire, mais ces dernières ont été réalisées dans des domaines plutôt éloignés de la vaccination et ne comparaient pas différents types de message (Goddu et al., 2015; Smith et al., 2015).

Ensuite, le fait d'avoir réussi à recruter plusieurs parents hésitants ainsi qu'une participante défavorable à la vaccination constitue une force du projet. En effet, les critères de recrutement ciblaient un groupe d'individus déjà restreint, soit les parents de jeunes enfants, parmi lesquels ceux ayant une attitude vaccinale autre que favorable représentent une minorité. Également, il restait important que les messages soient testés auprès de

parents favorables à la vaccination afin de s'assurer qu'ils n'induisent pas de doutes ou de regrets et que l'acceptation vaccinale de ces parents soit maintenue.

De plus, le fait d'avoir répété la collecte de données auprès de quatre groupes de discussion est une force et a permis de constater la convergence des résultats en général, en ce qui a trait aux croyances, perceptions et attitudes vaccinales ainsi qu'en ce qui a trait à l'appréciation globale des histoires testées. Certes, il y avait probablement un certain effet d'entraînement dans quelques groupes : les participants d'un même groupe avaient parfois tendance à préférer un même message. Malgré tout, il apparaissait clairement que les histoires A et D étaient celles qui étaient les plus appréciées et la perception globale des histoires ainsi que des personnes qui y témoignaient semblait bien converger.

Lors de l'analyse, une prise de notes détaillées au sujet des décisions prises a permis d'assurer que l'analyse puisse être reproduite. Certes, il est vrai qu'une codification réalisée par deux personnes indépendantes aurait permis d'assurer une plus grande reproductibilité des résultats. Malgré tout, avec les ressources disponibles pour réaliser ce projet, il a quand même pu y avoir révision de la structure de l'arbre de codes, des concepts qui s'y trouvaient ainsi que de différents éléments encodés sous quelques codes par une professionnelle de recherche expérimentée dans le domaine des attitudes vaccinales.

Pour ce qui est de la classification des attitudes vaccinales, l'analyse réalisée nous apparaît valide en vertu des définitions utilisées. En effet, la combinaison du score au PACV et de l'analyse de contenu des verbatim devrait avoir permis de pallier en quelque sorte aux limites de chacune de ces méthodes discutées dans la section 5.1.1. De plus, la classification a fait l'objet de discussions et d'un consensus avec la codirectrice de ce projet qui est d'ailleurs membre du SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy de l'OMS.

Finalement, le fait que de nombreux résultats obtenus rejoignaient des données de la littérature est rassurant en ce qui a trait à la transférabilité des résultats.

5.4 Implication des résultats pour la santé publique et pour la recherche

Cette étude exploratoire a permis d'évoquer de nombreuses pistes intéressantes méritant d'être approfondies ainsi que de soulever différentes précautions à prendre lors de la rédaction de messages de promotion de la vaccination.

D'abord, la catégorisation des attitudes vaccinales réalisée suggère qu'il faut faire preuve de prudence dans la façon d'utiliser le questionnaire PACV et d'en interpréter les résultats. Il s'agit certainement d'un outil intéressant qui a même été validé prospectivement, l'obtention d'un score de 50 et plus par des parents d'enfants de deux

mois ou moins étant associé à davantage de retards vaccinaux lorsque leurs enfants avaient atteint 19 mois (Opel et al., 2013). Toutefois, les résultats de ce projet de recherche laissent croire que des parents peuvent présenter une attitude d'hésitation vaccinale même s'ils ont un résultat en deçà de 50.

Aussi, il a été constaté que le concept d'hésitation vaccinale pourrait encore être retravaillé afin de mieux traduire, tout en étant relativement synthétique, les différents profils d'hésitation vaccinale. Les résultats ont également réitéré que l'*empowerment* et la confiance sont des dimensions importantes des décisions vaccinales des parents. Les interventions de santé publique doivent avoir comme objectif de maintenir ou d'augmenter la confiance des parents envers les experts en vaccination.

Ensuite, ce projet a permis d'apprécier l'utilité du modèle des croyances relatives à la santé pour générer et analyser des données au sujet de la vaccination. Il était d'ailleurs intéressant de noter que quelques mères hésitantes à la vaccination étaient sensibles à l'argument en faveur de la vaccination selon lequel la vaccination de son enfant amène une protection aux personnes plus vulnérables. Toutefois, chez les personnes favorables à la vaccination, les concepts de ce modèle ne semblaient pas être le principal moteur à l'acceptation vaccinale, celle-ci s'inscrivant davantage dans une perspective de confiance envers son médecin et envers les autorités médicales. Ce modèle a aussi été utile pour comparer les effets des messages entre eux. D'autres études pourraient utiliser ce modèle afin de préciser si différents types de messages ont réellement une influence différente sur ces construits.

En ce qui a trait aux messages de promotion de la vaccination contre la rougeole testés, la principale leçon à tirer de ce projet de recherche consiste en l'importance de prétester le matériel avant de le diffuser à la population. En effet, bien que des spécialistes en communication étaient impliqués dans la rédaction des messages, les groupes de discussion ont permis de révéler que certains aspects des messages pouvaient être problématiques. Notamment, le fait que le médecin dans une des histoires semblait culpabiliser les parents n'ayant pas fait vacciner leur enfant était mal perçu par la majorité des parents. Ceci a permis de constater que la culpabilité était une émotion très délicate à utiliser dans un message de promotion de la vaccination.

Aussi, malgré les limites quant aux modifications des histoires ainsi qu'aux différences en termes d'informations contenues, les résultats suggèrent quand même qu'il pourrait y avoir une forme d'interaction entre le type de contenu (narratif ou didactique) et la personne offrant un témoignage. Un message narratif dans lequel une mère témoigne ainsi qu'un message plus factuel dans lequel un médecin témoigne seraient des combinaisons plus gagnantes.

Pour ce qui est de l'émotivité d'un message narratif, une mise en garde importante est à considérer. En effet, 2 participants sur 28 ont été rebutés par le message narratif qui était le plus apprécié en général (l'histoire A dans

laquelle une mère témoignait). À l'échelle de la population, il est donc possible que de nombreux parents soient rebutés par un message narratif qui serait aussi émotif. Ceci constitue un appel à la prudence dans l'utilisation de ce type de message. Davantage de recherches seraient nécessaires afin de mieux comprendre l'effet de la communication narrative dans le contexte de la promotion de la vaccination. D'ailleurs, il ne s'agissait pas du message préféré par la majorité des participants hésitants à la vaccination, soit la population clé à cibler. Ces derniers semblaient préférer l'approche factuelle, avec une présentation exhaustive de données présentant les arguments en faveur et en défaveur de la vaccination. En conclusion, si des intervenants de santé publique souhaitent utiliser la communication narrative et émotive, il sera d'autant plus important d'évaluer le message développé avant un déploiement à large échelle.

Conclusion

Ce mémoire portait sur l'utilisation de messages narratifs afin de promouvoir la vaccination contre la rougeole auprès de parents canadiens. Une étude qualitative exploratoire a été réalisée afin d'évaluer les effets de quatre communications écrites, rédigées dans un format journalistique et incluant un témoignage. Ces messages variaient selon leur nature (plutôt narratif et faisant appel aux émotions vs exposant des faits) ainsi que selon la personne témoignant dans l'histoire (parent vs médecin). Ces messages ont été évalués lors de quatre groupes de discussion réunissant 28 parents d'enfants de deux ans et moins.

Les perceptions générales des parents à l'égard de la vaccination et des MEV correspondaient à ce qui est retrouvé dans la littérature en général. Notamment, la majorité des parents étaient favorables à la vaccination et ces derniers avaient en général peu de connaissances sur la vaccination et percevaient que les vaccins étaient sécuritaires. Leurs décisions vaccinales étaient fondées principalement sur leur confiance envers les autorités médicales. À l'inverse, la participante défavorable, qui avait refusé presque tous les vaccins pour ses enfants, avait plus de connaissances sur les vaccins et les MEV, ne faisait pas confiance à son pédiatre en matière de vaccination, et craignait des effets secondaires graves causés par les vaccins. Finalement, les parents hésitants à la vaccination formaient un groupe plus hétérogène, certains étant plus hésitants que d'autres, quelques-uns ayant refusé un vaccin autre que le vaccin de la grippe, d'autres les ayant tous acceptés. Leur niveau de connaissances et leur confiance envers les autorités médicales variaient d'une personne à l'autre également. Plusieurs d'entre eux semblaient accorder beaucoup d'importance au consentement éclairé et à l'accès à des informations neutres et équilibrées.

L'évaluation des perceptions des participants à l'endroit des messages testés a révélé que deux histoires étaient beaucoup plus appréciées et avaient le potentiel d'avoir plus d'impact sur la décision vaccinale des parents. Il semblait y avoir une interaction entre le type de message et la personne y témoignant. D'abord, une histoire narrative et émotive, qui comprenait le témoignage d'une mère en lien avec l'hospitalisation de son enfant non vacciné pour la rougeole, avait des impacts positifs sur la décision d'une majorité de parents favorables à la vaccination, était perçue comme étant convaincante par deux mères hésitantes et était le message préféré par la mère défavorable à la vaccination. Une histoire plus factuelle, qui incluait le témoignage d'un médecin dans le cadre d'une campagne de promotion de la vaccination contre la rougeole, était également appréciée en général. Il s'agissait de l'histoire préférée de davantage de parents hésitants à la vaccination (soit 4 sur 7) et elle performait bien également chez les parents favorables à la vaccination. Le fait qu'elle contenait davantage d'information semblait être important pour son efficacité. Par contre, plusieurs participants avaient l'impression que cette histoire n'était pas assez accrocheuse en comparaison avec l'histoire A et risquait d'être moins efficace auprès de la population en général.

Dans le cadre de cette étude exploratoire, les résultats positifs pour l'utilisation de l'histoire narrative et émotive, dans laquelle une mère témoigne au sujet de la MEV de son fils, ainsi que de l'histoire factuelle, dans laquelle un médecin témoigne, sont encourageants. D'autres études devraient cependant être réalisées afin de déterminer laquelle de ces variations est plus efficace, ainsi que les conditions modulant cette efficacité. Le fait que deux participants aient été rebutés par l'histoire narrative et émotive impliquant une mère constitue cependant un appel à la prudence. Avant de diffuser des messages narratifs et émotifs, il serait judicieux d'évaluer si cet effet peut être évité. De même, cette étude a révélé qu'il peut être bien délicat d'évoquer un sentiment de culpabilité dans le cadre d'un message de promotion de la vaccination. Tout ceci rappelle qu'il est extrêmement important de prétester des messages de promotion de la vaccination avant de les diffuser à la population générale.

Bibliographie

- A. A. P. Committee on Infectious Diseases. (2012). *Red Book, 29th Edition (2012)*: American Academy of Pediatrics.
- Agence de la santé publique du Canada. (2017a). La vaccination antigrippale au Canada : résultats de l'Enquête nationale sur la couverture vaccinale contre la grippe de 2015-2016. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/reception-vaccin-resultats-2015-16-enquete-nationale-couverture-vaccinale-grippe.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017b, 2017-02-28). Programmes de vaccination systématique (et de rattrapage) des provinces et des territoires pour les nourrissons et les enfants au Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/renseignements-immunisation-provinces-et-territoires/programmes-vaccination-systematique-provinces-territoires-nourrissons-enfants.html>
- Agence de la santé publique du Canada. (s.d., 2017-10-20). Guide canadien d'immunisation : Partie 4 - Agents d'immunisation active. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-partie-4-agents-immunisation-active/page-12-vaccin-rougeole.html>
- Ames, H. M., Glenton, C. et Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, Cd011787. doi:10.1002/14651858.CD011787.pub2
- Andre, F. E., Booy, R., Bock, H. L., Clemens, J., Datta, S. K., John, T. J., . . . Schmitt, H. J. (2008). Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(2), 140-146.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P. et Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84(19), 142-145.
- Austvoll-Dahlgren, A. et Helseth, S. (2010). What informs parents' decision-making about childhood vaccinations? *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2421-2430. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05403.x
- BC Center for Disease Control. (s.d.). Immunization Coverage. Repéré à <http://www.bccdc.ca/health-info/immunization-vaccines/immunization-coverage>
- Bekker, H. L., Winterbottom, A. E., Butow, P., Dillard, A. J., Feldman-Stewart, D., Fowler, F. J., . . . Volk, R. J. (2013). Do personal stories make patient decision aids more effective? A critical review of theory and evidence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13 Suppl 2, S9. doi:10.1186/1472-6947-13-s2-s9
- Benin, A. L., Wisler-Scher, D. J., Colson, E., Shapiro, E. D. et Holmboe, E. S. (2006). Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics*, 117(5), 1532-1541. doi:10.1542/peds.2005-1728
- Betsch, C., Renkewitz, F. et Haase, N. (2013). Effect of narrative reports about vaccine adverse events and bias-awareness disclaimers on vaccine decisions: a simulation of an online patient social network. *Medical Decision Making*, 33(1), 14-25. doi:10.1177/0272989x12452342
- Betsch, C., Ulshofer, C., Renkewitz, F. et Betsch, T. (2011). The influence of narrative v. statistical information on perceiving vaccination risks. *Medical Decision Making*, 31(5), 742-753. doi:10.1177/0272989x11400419
- Boulianne, N., Audet, D. et Ouakki, M. (2015). Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014 (pp. v, 151). [Québec (Province)]: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D. et Weinstein, N. D. (2007). Meta-Analysis of the Relationship Between Risk Perception and Health Behavior: The Example of Vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145. doi:10.1037/0278-6133.26.2.136

- Brewer, N. T., DeFrank, J. T. et Gilkey, M. B. (2016). Anticipated Regret and Health Behavior: A Meta-Analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 35(11), 1264-1275. doi:10.1037/hea0000294
- Brunson, E. K. (2013a). How parents make decisions about their children's vaccinations. *Vaccine*, 31(46), 5466-5470. doi:10.1016/j.vaccine.2013.08.104
- Brunson, E. K. (2013b). The impact of social networks on parents' vaccination decisions. *Pediatrics*, 131(5), e1397-1404. doi:10.1542/peds.2012-2452
- Cassell, J. A., Leach, M., Poltorak, M. S., Mercer, C. H., Iversen, A. et Fairhead, J. R. (2006). Is the cultural context of MMR rejection a key to an effective public health discourse? *Public Health*, 120(9), 783-794. doi:10.1016/j.puhe.2006.03.011
- Cawkwell, P. B. et Oshinsky, D. (2016). Storytelling in the context of vaccine refusal: a strategy to improve communication and immunisation. *Medical Humanities*, 42(1), 31-35. doi:10.1136/medhum-2015-010761
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017, 03-03-2017). Transmission of Measles. *Measles (Rubeola)*. Repéré à <https://www.cdc.gov/measles/about/transmission.html>
- Champion, V. L. et Sugg Skinner, C. (2008). Chapter 3 : The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer et K. Wiswanath (Eds.), *Health Behavior and Health Education ; Theory, Research and Practice* (4e édition ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Chan, A., Brown, B., Sepulveda, E. et Teran-Clayton, L. (2015). Evaluation of fotonovela to increase human papillomavirus vaccine knowledge, attitudes, and intentions in a low-income Hispanic community. *BMC Research Notes*, 8, 615. doi:10.1186/s13104-015-1609-7
- Clemmons, N. S., Gastanaduy, P. A., Parker Fiebelkorn, A., Redd, S. B., Wallace, G. S. et Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Measles — United States, January 4–April 2, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 64(14), 373-376.
- Comité consultatif national de l'immunisation. (2006). Vaccin contre la rougeole *Guide canadien d'immunisation, septième édition*: Agence de santé publique du Canada, Direction générale des maladies infectieuses et des mesures d'urgence, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses.
- Coughlin, M., Beck, A., Bankamp, B. et Rota, P. (2017). Perspective on Global Measles Epidemiology and Control and the Role of Novel Vaccination Strategies. *Viruses*, 9(1), 11.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (2nd ed ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cunningham, R. M. et Boom, J. A. (2013). Telling stories of vaccine-preventable diseases: why it works. *South Dakota Medicine, Spec no*, 21-26.
- Dahlstrom, M. F. (2014). Using narratives and storytelling to communicate science with nonexpert audiences. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111 Suppl 4, 13614-13620. doi:10.1073/pnas.1320645111
- De Serres, G., Desai, S., Shane, A., Hiebert, J., Ouakki, M. et Severini, A. (2015). Measles in Canada Between 2002 and 2013. *Open Forum Infectious Diseases*, 2(2), ofv048. doi:10.1093/ofid/ofv048
- de Wit, J. B., Das, E. et Vet, R. (2008). What works best: objective statistics or a personal testimonial? An assessment of the persuasive effects of different types of message evidence on risk perception. *Health Psychology*, 27(1), 110-115. doi:10.1037/0278-6133.27.1.110
- Donadiki, E. M., Jimenez-Garcia, R., Hernandez-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., Lopez de Andres, A., . . . Velonakis, E. G. (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students. *Public Health*, 128(3), 268-273. doi:10.1016/j.puhe.2013.12.004
- Driedger, S. M. (2016). Developing and evaluating public health messages to address vaccine hesitancy [Protocole].
- Dubé, È., Defay, F. et Kiely, M. (2012). *Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière, le pneumocoque et la rougeole : rapport d'enquête*. [Québec]: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.

- Dubé, E., Gagnon, D., MacDonald, N. E. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*, 33(34), 4191-4203. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.041
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Guay, M., Halperin, S., . . . MacDougall, H. (2016). Understanding Vaccine Hesitancy in Canada: Results of a Consultation Study by the Canadian Immunization Research Network. *PloS One*, 11(6), e0156118. doi:10.1371/journal.pone.0156118
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M. et Direction des risques biologiques et de la santé au travail - Institut national de santé publique du Québec. (2016). Attitudes et croyances des parents québécois sur la vaccination – Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014. In I. n. d. s. p. d. Québec (Ed.), *Enquête sur la couverture vaccinale des enfants de 1 an et 2 ans au Québec en 2014* (pp. v, 48). [Québec (Province)]: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec.
- Dubé, E., Gagnon, D., Zhou, Z. et Direction des risques biologiques et de la santé au travail. (2015). Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe saisonnière et le pneumocoque : 2014 : rapport d'enquête. [Québec (Province)]: Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique Québec.
- Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R. et Bettinger, J. (2013). Vaccine hesitancy: an overview. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773. doi:10.4161/hv.24657
- Dubé, E., Vivion, M., Sauvageau, C., Gagneur, A., Gagnon, R. et Guay, M. (2016). "Nature Does Things Well, Why Should We Interfere?": Vaccine Hesitancy Among Mothers. *Qualitative Health Research*, 26(3), 411-425. doi:10.1177/1049732315573207
- Earle, T., Siegrist, M. et Gutscher, H. (2010). Trust, risk perception and the TCC model of cooperation. *Trust in risk management: Uncertainty and scepticism in the public mind*, 1-50.
- Foley, G. et Timonen, V. (2015). Using grounded theory method to capture and analyze health care experiences. *Health Services Research*, 50(4), 1195-1210.
- Frank, L. B., Murphy, S. T., Chatterjee, J. S., Moran, M. B. et Baezconde-Garbanati, L. (2015). Telling Stories, Saving Lives: Creating Narrative Health Messages. *Health Communication*, 30(2), 154-163. doi:10.1080/10410236.2014.974126
- Fu, L. Y., Bonhomme, L. A., Cooper, S. C., Joseph, J. G. et Zimet, G. D. (2014). Educational interventions to increase HPV vaccination acceptance: a systematic review. *Vaccine*, 32(17), 1901-1920. doi:10.1016/j.vaccine.2014.01.091
- Gastañaduy, P. A. et Goodson, J. L. (2017). Chapter 3 Infectious Diseases Related to Travel; Measles (Rubeola). In C. f. D. C. a. P. C. a. E. i. C. G. W. Brunette (Ed.), *CDC Health Information for International Travel 2018 (Yellow Book)*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, N. L., Gilmour, H., Wilson, S. E. et Cantin, L. (2017). Determinants of non-vaccination and incomplete vaccination in Canadian toddlers. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 13(6), 1-7. doi:10.1080/21645515.2016.1277847
- Glanz, J. M., Wagner, N. M., Narwaney, K. J., Shoup, J. A., McClure, D. L., McCormick, E. V. et Daley, M. F. (2013). A mixed methods study of parental vaccine decision making and parent-provider trust. *Academic Pediatrics*, 13(5), 481-488. doi:10.1016/j.acap.2013.05.030
- Goddu, A. P., Raffel, K. E. et Peek, M. E. (2015). A story of change: The influence of narrative on African-Americans with diabetes. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 1017-1024. doi:10.1016/j.pec.2015.03.022
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Graaf, A. d., Sanders, J. et Hoeken, H. (2016). Characteristics of narrative interventions and health effects: A review of the content, form, and context of narratives in health-related narrative persuasion research. *Review of Communication Research*, 4, 88-131.
- Green, M. C. (2006). Narratives and Cancer Communication. *Journal of Communication*, 56((Supp.)), S163-S183. doi:10.1111/j.1460-2466.2006.00288.x

- Green, M. C. et Brock, T. C. (2000). The role of transportation in the persuasiveness of public narratives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(5), 701-721.
- Greenberg, J., Dubé, E. et Driedger, M. (2017). Vaccine Hesitancy: In Search of the Risk Communication Comfort Zone. *PLoS Curr*, 9. doi:10.1371/currents.outbreaks.0561a011117a1d1f9596e24949e8690b
- Grossoehme, D. H. (2014). Overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 109-122. doi:10.1080/08854726.2014.925660
- Guerra, F. M., Bolotin, S., Lim, G., Heffernan, J., Deeks, S. L., Li, Y. et Crowcroft, N. S. (2017). The basic reproduction number (R0) of measles: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*. doi:10.1016/s1473-3099(17)30307-9
- Guest, G., Bunce, A. et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *FIELD METHODS*, 18(1), 59-82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Gust, D., Brown, C., Sheedy, K., Hibbs, B., Weaver, D. et Nowak, G. (2005). Immunization attitudes and beliefs among parents: beyond a dichotomous perspective. *American Journal of Health Behavior*, 29(1), 81. doi:10.5993/AJHB.29.1.7
- Gust, D. A., Darling, N., Kennedy, A. et Schwartz, B. (2008). Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics*, 122(4), 718-725. doi:10.1542/peds.2007-0538
- Haase, N., Betsch, C. et Renkewitz, F. (2015). Source Credibility and the Biasing Effect of Narrative Information on the Perception of Vaccination Risks. *J Health Commun*, 20(8), 920-929. doi:10.1080/10810730.2015.1018605
- Harmsen, I. A., Mollema, L., Ruiters, R. A., Paulussen, T. G., de Melker, H. E. et Kok, G. (2013). Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC Public Health*, 13, 1183. doi:10.1186/1471-2458-13-1183
- Henrikson, N. B., Anderson, M. L., Opel, D. J., Dunn, J., Marcuse, E. K. et Grossman, D. C. (2017). Longitudinal Trends in Vaccine Hesitancy in a Cohort of Mothers Surveyed in Washington State, 2013-2015. *Public Health Reports*, 132(4), 451-454. doi:10.1177/0033354917711175
- Hinyard, L. J. et Kreuter, M. W. (2007). Using narrative communication as a tool for health behavior change: a conceptual, theoretical, and empirical overview. *Health Education and Behavior*, 34(5), 777-792. doi:10.1177/1090198106291963
- Hopfer, S. (2012). Effects of a Narrative HPV Vaccination Intervention Aimed at Reaching College Women: A Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 13(2), 173-182. doi:10.1007/s11121-011-0254-1
- Hsieh, H.-F. et Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Janssen, E., van Osch, L., de Vries, H. et Lechner, L. (2013). The influence of narrative risk communication on feelings of cancer risk. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 407-419. doi:10.1111/j.2044-8287.2012.02098.x
- Janz, N. K. et Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jarrett, C., Wilson, R., O'leary, M., Eckersberger, E. et Larson, H. J. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.040
- Kata, A. (2010). A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine*, 28(7), 1709-1716. doi:10.1016/j.vaccine.2009.12.022
- Katz, S. et Hinman, A. (2004). Summary and conclusions: Measles elimination meeting, 16-17 March 2000. *Journal of Infectious Diseases*, 189, S43-S47.
- Katz, S. L., King, K., Varughese, P., De Serres, G., Tipples, G. et Waters, J. (2004). Measles Elimination in Canada. *The Journal of Infectious Diseases*, 189(Supplement_1), S236-S242. doi:10.1086/378499
- Kaufman, J., Synnot, A., Ryan, R., Hill, S., Horey, D., Willis, N., . . . Robinson, P. (2013). Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev*(5), Cd010038. doi:10.1002/14651858.CD010038.pub2
- Keane, M. T., Walter, M. V., Patel, B. I., Moorthy, S., Stevens, R. B., Bradley, K. M., . . . Vernon, T. M. (2005). Confidence in vaccination: a parent model. *Vaccine*, 23(19), 2486-2493. doi:10.1016/j.vaccine.2004.10.026

- Kennedy, A., Lavail, K., Nowak, G., Basket, M. et Landry, S. (2011). Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Aff (Millwood)*, 30(6), 1151-1159. doi:10.1377/hlthaff.2011.0396
- Kepka, D., Coronado, G. D., Rodriguez, H. P. et Thompson, B. (2011). Evaluation of a radionovela to promote HPV vaccine awareness and knowledge among Hispanic parents. *Journal of Community Health*, 36(6), 957-965. doi:10.1007/s10900-011-9395-1
- Krawczyk, A., Knäuper, B., Gilca, V., Dubé, E., Perez, S., Joyal-Desmarais, K. et Rosberger, Z. (2015). Parents' decision-making about the human papillomavirus vaccine for their daughters: I. Quantitative results. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 00-00. doi:10.1080/21645515.2014.1004030
- Kreuter, M. W., Green, M. C., Cappella, J. N., Slater, M. D., Wise, M. E., Storey, D., . . . Woolley, S. (2007). Narrative communication in cancer prevention and control: a framework to guide research and application. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 221-235. doi:10.1080/08836610701357922
- Leask, J. (2011). Target the fence-sitters. *Nature*, 473(7348), 443-445. doi:10.1038/473443a
- Leask, J., Kinnersley, P., Jackson, C., Cheater, F., Bedford, H. et Rowles, G. (2012). Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics*, 12, 154. doi:10.1186/1471-2431-12-154
- Leger web.com. (2016). Bâti pour la recherche - Collecte de données 360. Repéré à http://leger360.com/admin/legerweb/PanelBook_Canada_FR_2016.pdf
- MacDonald, N. E. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.036
- Maglione, M. A., Das, L., Raaen, L., Smith, A., Chari, R., Newberry, S., . . . Gidengil, C. (2014). Safety of Vaccines Used for Routine Immunization of US Children: A Systematic Review. *Pediatrics*, 134(2), 325.
- McHale, P., Keenan, A. et Ghebrehewet, S. (2016). Reasons for measles cases not being vaccinated with MMR: investigation into parents' and carers' views following a large measles outbreak. *144(4)*, 870-875. doi:10.1017/S0950268815001909
- Moyer-Gusé, E. (2008). Toward a Theory of Entertainment Persuasion: Explaining the Persuasive Effects of Entertainment-Education Messages. *COMMUNICATION THEORY*, 18(3), 407-425. doi:10.1111/j.1468-2885.2008.00328.x
- Murphy, S. T., Frank, L. B., Chatterjee, J. S. et Baezconde-Garbanati, L. (2013). Narrative versus Non-narrative: The Role of Identification, Transportation and Emotion in Reducing Health Disparities. *Journal of Communication*, 63(1). doi:10.1111/jcom.12007
- Nan, X., Dahlstrom, M. F., Richards, A. et Rangarajan, S. (2015). Influence of evidence type and narrative type on HPV risk perception and intention to obtain the HPV vaccine. *Health Commun*, 30(3), 301-308. doi:10.1080/10410236.2014.888629
- Nan, X., Futerfas, M. et Ma, Z. (2016). Role of Narrative Perspective and Modality in the Persuasiveness of Public Service Advertisements Promoting HPV Vaccination. *Health Commun*, 1-9. doi:10.1080/10410236.2016.1138379
- Nyhan, B., Reifler, J., Richey, S. et Freed, G. L. (2014). Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics*, 133(4), e835-842. doi:10.1542/peds.2013-2365
- Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., deHart, M. P. et Halsey, N. (2009). Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases. *New England Journal of Medicine*, 360(19), 1981-1988. doi:10.1056/NEJMsa0806477
- Opel, D. J., Mangione-Smith, R., Taylor, J. A., Korfiatis, C., Wiese, C., Catz, S. et Martin, D. P. (2011). Development of a survey to identify vaccine-hesitant parents: the parent attitudes about childhood vaccines survey. *Hum Vaccin*, 7(4), 419-425.
- Opel, D. J., Taylor, J. A., Mangione-Smith, R., Solomon, C., Zhao, C., Catz, S. et Martin, D. (2011). Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine*, 29(38), 6598-6605. doi:10.1016/j.vaccine.2011.06.115

- Opel, D. J., Taylor, J. A., Zhou, C., Catz, S., Myaing, M. et Mangione-Smith, R. (2013). The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatr*, 167(11), 1065-1071. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2483
- Panić, M. et Gheorghe, M. (2016). *Éclosion de rougeole survenue dans la région de Lanaudière au Québec, 02/03/2015 – 29/04/2015; Rapport d'investigation*. Repéré à <http://www.santelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/%C3%89closion%20de%20rougeole%20survenue%20dans%20la%20r%C3%A9gion%20de%20Lanaudi%C3%A8re%20au%20Qu%C3%A9bec%20-%20Rapport%20dinvestigation.pdf>
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208.
- Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S. et Verger, P. (2015). Vaccine hesitancy: clarifying a theoretical framework for an ambiguous notion. *PLoS Curr*, 7. doi:10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289
- Perrier, M. J. et Martin Ginis, K. A. (2017). Narrative interventions for health screening behaviours: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 22(3), 375-393. doi:10.1177/1359105315603463
- Phadke, V. K., Bednarczyk, R. A., Salmon, D. A. et Omer, S. B. (2016). Association Between Vaccine Refusal and Vaccine-Preventable Diseases in the United States: A Review of Measles and Pertussis. *JAMA*, 315(11), 1149-1158. doi:10.1001/jama.2016.1353
- Pielak, K. L. et Hilton, A. (2003). University students immunized and not immunized for measles: a comparison of beliefs, attitudes, and perceived barriers and benefits. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 94(3), 193.
- Porta, M. (2014). *A dictionary of epidemiology*: Oxford university press.
- Prati, G., Pietrantonio, L. et Zani, B. (2012). Influenza Vaccination: The Persuasiveness of Messages Among People Aged 65 Years and Older. *Health Communication*, 27(5), 413-420. doi:10.1080/10410236.2011.606523
- Quadri-Sheriff, M., Hendrix, K. S., Downs, S. M., Sturm, L. A., Zimet, G. D. et Finnell, S. M. (2012). The role of herd immunity in parents' decision to vaccinate children: a systematic review. *Pediatrics*, 130(3), 522-530. doi:10.1542/peds.2012-0140
- Quick, B. L., Kam, J. A., Morgan, S. E., Montero Liberona, C. A. et Smith, R. A. (2015). Prospect Theory, Discrete Emotions, and Freedom Threats: An Extension of Psychological Reactance Theory. *Journal of Communication*, 65(1), 40-61. doi:10.1111/jcom.12134
- Rodriguez, N. J. (2016). Vaccine-Hesitant Justifications: "Too Many, Too Soon," Narrative Persuasion, and the Conflation of Expertise. *Glob Qual Nurs Res*, 3, 2333393616663304. doi:10.1177/2333393616663304
- Sadaf, A., Richards, J. L., Glanz, J., Salmon, D. A. et Omer, S. B. (2013). A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 31(40), 4293-4304. doi:10.1016/j.vaccine.2013.07.013
- Salmon, D. A., Dudley, M. Z., Glanz, J. M. et Omer, S. B. (2015). Vaccine hesitancy: Causes, consequences, and a call to action. *Vaccine*, 33 Suppl 4, D66-71. doi:10.1016/j.vaccine.2015.09.035
- Schuster, M., Eskola, J., Duclos, P. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Review of vaccine hesitancy: Rationale, remit and methods. *Vaccine*, 33(34), 4157-4160. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.035
- Shelby, A. et Ernst, K. (2013). Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1795-1801. doi:10.4161/hv.24828
- Shen, F., Sheer, V. C. et Li, R. (2015). Impact of Narratives on Persuasion in Health Communication: A Meta-Analysis. *Journal of Advertising*, 44(2), 105-113. doi:10.1080/00913367.2015.1018467
- Sherrard, L., Hiebert, J., Cunliffe, J., Mendoza, L. et Cutler, J. (2016). Measles surveillance in Canada: 2015. *Canada Communicable Disease Report*, 42(7), 139.
- Slater, M. D. et Rouner, D. (2002). Entertainment-education and elaboration likelihood: Understanding the processing of narrative persuasion. *COMMUNICATION THEORY*, 12(2), 173-191.

- Smith, B., Tomasone, J. R., Latimer-Cheung, A. E. et Martin Ginis, K. A. (2015). Narrative as a knowledge translation tool for facilitating impact: translating physical activity knowledge to disabled people and health professionals. *Health Psychology, 34*(4), 303-313. doi:10.1037/hea0000113
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Marcuse, E. K., Zhao, Z., Dorell, C. G., Howes, C. et Hibbs, B. (2011). Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the Health Belief Model. *Public Health Reports, 126*(2 suppl), 135-146.
- Smith, P. J., Humiston, S. G., Parnell, T., Vannice, K. S. et Salmon, D. A. (2010). The association between intentional delay of vaccine administration and timely childhood vaccination coverage. *Public Health Reports, 125*(4), 534-541.
- Sobo, E. J. (2016). THEORIZING (VACCINE) REFUSAL: Through the Looking Glass. *Cultural Anthropology, 31*(3), 342-350. doi:10.14506/ca31.3.04
- Sobo, E. J., Huhn, A., Sannwald, A. et Thurman, L. (2016). Information Curation among Vaccine Cautious Parents: Web 2.0, Pinterest Thinking, and Pediatric Vaccination Choice. *Medical Anthropology, 1-18*. doi:10.1080/01459740.2016.1145219
- Statistique Canada. (2017, 2017-06-23). Taux de couverture vaccinale par antigène Taux de Note 1 pour les enfants âgés de deux ans, 2015. Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5185_D1_T9_V1-fra.htm
- Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L. et Eslick, G. D. (2014). Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. doi:10.1016/j.vaccine.2014.04.085
- The Editors of The Lancet. (2010). Retraction—Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet, 375*(9713), 445-445. doi:10.1016/s0140-6736(10)60175-4
- Ulin, P., Robinson, E. et Tolley, E. (2005). Collecting Qualitative Data In P. Ulin, E. Robinson et T. E. (Eds.), *Qualitative Methods in Public Health, A field guide for Applied Research* (pp. 71-113).
- Velan, B. (2011). Acceptance on the move: public reaction to shifting vaccination realities. *Hum Vaccin, 7*(12), 1261. doi:10.4161/hv.7.12.17980
- Williams, S. E. (2014). What are the factors that contribute to parental vaccine-hesitancy and what can we do about it? *Human Vaccines & Immunotherapeutics, 10*(9), 2584-2596. doi:10.4161/hv.28596
- Williams, S. E., Morgan, A., Opel, D., Edwards, K., Weinberg, S. et Rothman, R. (2016). Screening Tool Predicts Future Underimmunization Among a Pediatric Practice in Tennessee. *Clinical Pediatrics, 55*(6), 537-542. doi:10.1177/0009922815615823
- Williams, S. E., Rothman, R. L., Offit, P. A., Schaffner, W., Sullivan, M. et Edwards, K. M. (2013). A randomized trial to increase acceptance of childhood vaccines by vaccine-hesitant parents: a pilot study. *Academic Pediatrics, 13*(5), 475-480. doi:10.1016/j.acap.2013.03.011
- Winterbottom, A., Bekker, H. L., Conner, M. et Mooney, A. (2008). Does narrative information bias individual's decision making? A systematic review. *Social Science and Medicine, 67*(12), 2079-2088. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.037
- World Health Organization. (2009). Measles vaccines: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record, 84*(35), 349-360.
- World Health Organization. (2011). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2011 - conclusions and recommendations. *Releve epidemiologique hebdomadaire, 86*(21), 205.
- World Health Organization. (2017). Measles vaccines: WHO position paper, April 2017 – Recommendations. *Vaccine*. doi:10.1016/j.vaccine.2017.07.066
- Yaqub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N. et Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: A critical review. *Social Science and Medicine, 112*, 1-11. doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.018
- Zebregs, S., van den Putte, B., Neijens, P. et de Graaf, A. (2015). The differential impact of statistical and narrative evidence on beliefs, attitude, and intention: a meta-analysis. *Health Commun, 30*(3), 282-289. doi:10.1080/10410236.2013.842528
- Zipprich, J., Winter, K., Hacker, J., Xia, D., Watt, J., Harriman, K. et Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2015). Measles Outbreak — California, December 2014–February 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 64*(06), 153-154.

Annexe I : Projet de recherche dirigé par Dre S. Michelle Driedger

Titre du projet : *Developing and evaluating public health messages to address vaccine hesitancy*

Chercheure principale : Michelle S. Driedger, PhD, Université du Manitoba

Co-chercheurs, en ordre alphabétique :

1. Kim Corace PhD, Université d'Ottawa
2. Natasha Crowcroft, Santé publique Ontario
3. Ève Dubé, PhD, Institut national de santé publique du Québec
4. William Fisher, PhD, Université de Western Ontario
5. Joshua Greenberg, PhD, Université Carleton
6. Cindy Jardine, PhD, Université de l'Alberta
7. Gina Ogilvie, MD, MSc, DrPH, Université de la Colombie-Britannique
8. Dat Tran, MD, MSc, The Hospital for Sick Children
9. Jordan Tustin, PhD, Université Ryerson
10. Holly Witteman, PhD, Université Laval

Financement : Canadian Immunization Research Network

Annexe II : Messages développés, première version

Histoire A : Message narratif et émotif, témoignage d'un parent

Une mère ne se dit plus anti-vaccins après que son fils de quatre ans ait combattu la rougeole

Une mère de Boucherville a changé d'avis sur la vaccination après que son fils de quatre ans ait été hospitalisé pour la rougeole l'été dernier.

Caroline Gagnon est le nouveau visage d'une campagne de santé publique encourageant les parents à faire vacciner leurs enfants.

Elle raconte son histoire dans une vidéo de 30 secondes qui sera lancée sur les médias sociaux et les chaînes de télévision locales la semaine prochaine.

«Je pensais que je protégeais William en ne le faisant pas vacciner», dit madame Gagnon dans la vidéo. Pendant son témoignage, des images de son fils, son petit corps branché à un soluté et couvert de taches rouges, apparaissent puis s'effacent lentement pendant qu'elle parle. «...mais c'était avant le jour où je n'ai pu rien faire d'autre que le regarder pendant qu'il devenait de plus en plus malade.»

William, maintenant âgé de cinq ans et guéri, a contracté la rougeole après avoir passé des vacances en famille au sud-ouest des États-Unis en juillet dernier.

Madame Gagnon a déclaré qu'elle et son mari avait choisi de ne pas faire vacciner leur fils après avoir entendu des informations contradictoires mentionnant que les vaccins pouvaient parfois causer une déficience intellectuelle chez les jeunes enfants.

«J'avais vu des enfants souffrant de troubles du développement comme l'autisme et je pensais que c'était le plus grand risque», a déclaré madame Gagnon dans une entrevue, «mais pas la rougeole, pas une maladie dont je n'ai jamais entendu parler», a-t-elle expliqué.

Mais quelques jours après être revenus de leur voyage en Californie, son fils de quatre ans auparavant en bonne santé a commencé à faire 40 degrés Celsius de fièvre. Quand des taches rouges sont apparues sur son corps et son visage, elle et son mari ont aussitôt amené William à l'hôpital Pierre-Boucher à Longueuil.

«Nous avons passé trois jours terrifiants, nous pensions que nous allions le perdre», a déclaré Mathieu Gervais, le père de William, en se remémorant leur séjour à l'hôpital. Il n'apparaît pas dans la vidéo, mais a dit que lui aussi regrettait de ne pas avoir fait vacciner son fils.

Les responsables de la santé publique de la Montérégie espèrent que la vidéo et la campagne de santé publique qui l'accompagne aideront à éliminer certains des mythes au sujet des vaccins qui ont convaincu les parents de William de ne pas faire vacciner leur fils.

La rougeole est très contagieuse et peut se propager par la toux ou les éternuements. Les autorités de santé publique ont relié le cas de William à cinq autres personnes qui ont contracté le virus dans la région. Parmi les personnes touchées, il y avait un bébé de 10 mois, trop jeune pour recevoir le vaccin RRO (contre la rougeole, la rubéole et les oreillons).

«Lorsque j'imagine que cette mère aurait pu vivre ce que j'ai vécu avec l'hospitalisation de William, je réalise combien je mettais les autres en danger en ne vaccinant pas William», a déclaré madame Gagnon.

Bien que la rougeole soit très contagieuse, les autorités de santé publique affirment qu'elle peut être prévenue par le vaccin RRO en toute sécurité.

La plupart des enfants reçoivent le vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois, puis ils reçoivent un second vaccin contre la rougeole à nouveau à 18 mois.

Les responsables disent qu'un taux de vaccination élevé offre à la société une plus grande protection dans son ensemble, et protège ceux qui ne peuvent pas être vaccinés en raison d'un système immunitaire affaibli ou des allergies.

La dernière épidémie de rougeole à Boucherville a eu lieu en 2011, lorsque trois personnes ont attrapé le virus.

«J'espère simplement que [la campagne] va aider quelqu'un à changer d'avis au sujet de la vaccination de son enfant», a déclaré madame Gagnon. «Soit pour protéger son propre enfant, soit pour protéger l'enfant de quelqu'un d'autre. Ça ne vaut pas la peine de courir un risque en ne faisant pas vacciner son enfant.»

Histoire B : Message narratif et émotif, témoignage d'un médecin

«Une partie de moi va toujours me le reprocher» :

Un pédiatre fait la promotion de la vaccination après qu'un de ses patients ait été hospitalisé pour la rougeole

Avec 20 années de carrière à son actif, le docteur Pierre Tremblay a dû annoncer son lot de mauvaises nouvelles à des parents.

Il a diagnostiqué des leucémies chez des bébés, trouvé des maladies cardiaques chez des nourrissons, et a annoncé à de jeunes athlètes qu'ils pourraient ne jamais pouvoir marcher à nouveau.

Mais le nouveau médecin associé à la Direction régionale de santé publique de la Montérégie a déclaré que le jour où il a annoncé à Caroline Gagnon que son fils avait la rougeole le hante encore.

«En tant que médecin, vous avez l'habitude d'annoncer un diagnostic en disant quelque chose comme: 'Ce n'est pas votre faute', ou 'Les enfants ont des accidents, ça arrive. C'est normal,» explique le docteur Tremblay. «Mais la rougeole de William, c'était évitable. William n'aurait pas été hospitalisé s'il avait été vacciné. »

William Gervais a contracté la rougeole l'été dernier après avoir passé des vacances en famille en Californie.

Il a été hospitalisé pendant plusieurs jours avec une fièvre dangereusement élevée, après que cinq autres personnes aient contracté le virus.

La rougeole est très contagieuse et peut se propager par la toux ou les éternuements. Le virus peut rester dans l'air d'une pièce jusqu'à deux heures après qu'une personne infectée y ait toussé.

«C'est difficile de le voir maintenant», a déclaré le docteur Tremblay, qui voit toujours William pour les bilans bi-annuels. « Oui, il va mieux, mais je pense qu'une partie de moi va toujours me reprocher ce qui est arrivé. Pas seulement ce qui est arrivé à William, mais aussi à tous ceux qui sont tombés malades. »

Le docteur Tremblay a déclaré que c'est le cas de William qui l'a incité à s'impliquer dans la Direction régionale de santé publique de la Montérégie. Il a été embauché comme consultant dans le cadre d'une importante campagne multimédia encourageant les parents à faire vacciner leurs enfants.

« Avant William, je n'ai jamais vraiment insisté auprès des parents pour qu'ils fassent vacciner leur enfant s'ils me disaient qu'ils ne voulaient pas vacciner », a déclaré Dr Tremblay.

« Je leur donnais des informations et je leur conseillais de faire vacciner leurs enfants en tant que professionnel de la santé, mais je m'arrêtais là. Après William, après avoir vu les conséquences de ne pas faire vacciner un enfant... C'est impossible que je m'en tienne qu'à ces quelques conseils dorénavant. »

En plus de la fièvre, de la toux et de taches rouges sur le visage et sur le corps, la rougeole peut entraîner des complications sérieuses telles qu'une otite, une pneumonie, un œdème cérébral et la mort.

Mais les médecins du monde entier disent que la maladie peut être prévenue en toute sécurité avec le vaccin contre la rougeole. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, une dose du vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons) est efficace à environ 93% pour empêcher d'attraper le virus si on y est exposé. Deux doses de vaccin sont considérées efficaces à 97%.

Les autorités de santé publique du Québec recommandent l'administration d'une première dose du vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois, puis d'une deuxième dose à 18 mois.

Le vaccin est gratuit et recommandé pour tous les enfants.

Alors que William était tout jeune, ses parents avaient choisi de ne pas le faire vacciner pour des raisons personnelles. Le docteur Tremblay a déclaré que si un parent ayant refusé de faire vacciner son

enfant venait le consulter maintenant, il mettrait «tout en œuvre» pour essayer de les convaincre de changer d'avis.

Le docteur Tremblay a débuté dans ses nouvelles fonctions à la Direction régionale de santé publique de la Montérégie en septembre. Il a dit que la direction de santé publique espère lancer la campagne de promotion de la vaccination au début de 2017.

Histoire C : Message factuel, témoignage d'un parent

«Les vaccins, ça fonctionne!» Une nouvelle approche centrée sur les faits pour encourager la vaccination

La Direction régionale de santé publique de la Montérégie vient de lancer une nouvelle campagne encourageant les parents à faire vacciner leurs enfants après l'épidémie de rougeole que la région a connue l'an dernier.

Six personnes avaient contracté la maladie en juillet dernier, après qu'un enfant de quatre ans non vacciné ait attrapé la rougeole pendant ses vacances en famille en Californie.

La Direction régionale de santé publique de la Montérégie dépensera 80 000 \$ sur des affiches, des dépliants, des messages sur les réseaux sociaux et un message vidéo dans l'espoir d'amener un peu d'objectivité dans le débat souvent houleux et polarisant concernant la vaccination.

«Ça vous amène à réfléchir», a déclaré Patricia Girard, alors qu'elle était assise dans la salle d'attente du bureau de son médecin, à Boucherville.

Une affiche bleue et jaune géante portant le message «Les vaccins, ça fonctionne!» couvre la presque totalité d'un mur. Sur cette affiche, on peut y voir un monstre brun-vert et difforme, qui est recouvert de boutons rouges représentant l'éruption cutanée typique de la rougeole.

«On entend « rougeole » et on se dit, ouin, ça ne ressemble pas à quelque chose que je voudrais que mon enfant attrape... mais en même temps on entend aussi tous ces doutes et ces questionnements sur les vaccins», a déclaré madame Girard.

La femme de 28 ans est actuellement enceinte de six mois. Dans un peu plus d'un an, son bébé aura 12 mois, l'âge auquel les médecins recommandent l'administration d'une première dose du vaccin RRO (rougeole, rubéole et oreillons).

Les affiches et les dépliants disponibles dans la salle d'attente ont été conçus pour aider à diminuer les doutes sur la vaccination, ont déclaré les responsables de la santé publique de la Montérégie lors du lancement de la campagne ce mardi.

«Nous entendons beaucoup de fausses croyances au sujet des vaccins», a déclaré la directrice exécutive de la campagne, Catherine Michaud, «qu'ils sont dangereux, qu'ils peuvent conduire à l'autisme ou d'autres troubles d'apprentissage. Notre but est d'éduquer les parents afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée.»

Une brochure de deux pages, également disponible au bureau du médecin de madame Girard, aborde la question de la sécurité des vaccins.

«Les vaccins sont l'un des domaines de la médecine les plus rigoureusement étudiés et surveillés», est-il écrit dans le dépliant. On retrouve ensuite une comparaison des effets secondaires possibles de l'injection - douleur, rougeur, légère enflure - avec les effets possibles de la rougeole. Ces derniers comprennent la pneumonie, la perte auditive, les lésions cérébrales et la mort.

La brochure explique également les avantages de l'immunité collective, un terme que les médecins utilisent pour décrire une population dans laquelle la majorité des gens sont vaccinés, réduisant ainsi le risque d'infection. «Plus il y a de gens vaccinés, meilleure est la protection», lit-on dans une section.

Madame Girard trouve que les messages utilisés sont convaincants. Elle a déclaré qu'elle fera probablement vacciner son bébé quand le moment viendra.

«Je fais confiance à mon médecin,» dit-elle. «Il faut se dire, ces gens sont des experts. Si je dois faire confiance à quelqu'un, ce sera à mon médecin.»

Histoire D : Message factuel, témoignage d'un médecin

Un cas déplorable de désinformation: des médecins travaillent à déconstruire les mythes entourant la vaccination contre la rougeole

BOUCHERVILLE - Les autorités de santé affirment que les mythes au sujet de la sécurité et de l'efficacité des vaccins sont le principal facteur ayant entraîné la réapparition récente de cas de rougeole.

La rougeole, un virus hautement contagieux se transmettant via les éternuements et la toux, était considérée comme éliminée en Amérique du Nord il y a un peu plus d'une décennie.

Étant donné la fréquence des éclosions récentes, les autorités de santé publique se disent préoccupés par le fait que la population soit de moins en moins convaincue lorsque vient le temps de se faire vacciner ou de faire vacciner ses enfants.

«Avant le vaccin [contre la rougeole], il n'était pas rare que des centaines de personnes mouraient de rougeole chaque année», a déclaré le docteur Pierre Tremblay, médecin travaillant à la Direction régionale de santé publique de la Montérégie.

«Les gens ont oublié les effets de la rougeole - ils ont oublié que c'est un virus ayant des effets graves sur la santé.»

Les symptômes courants de la rougeole incluent la fièvre, la toux, le nez qui coule ou les yeux rouges et une éruption cutanée de taches rouges qui apparaît plusieurs jours après que la fièvre ait commencé. La rougeole peut entraîner une otite, une pneumonie, un œdème cérébral, et dans certains cas, la mort.

L'année dernière, un garçon de quatre ans a contracté le virus après un voyage dans le sud-ouest des États-Unis et a été hospitalisé pendant plusieurs jours. Il n'avait pas été vacciné.

Ce cas est relié à une épidémie de rougeole qui a touché une demi-douzaine de personnes dans la région, la plupart étant des enfants.

«Les gens refusent le vaccin pour un certain nombre de raisons,» dit le docteur Tremblay, «mais les médecins entendent certains arguments plus souvent que d'autres.»

«Les parents craignent que le vaccin contienne des ingrédients dangereux ou s'inquiètent que le fait de recevoir plusieurs vaccins en même temps puisse surcharger le système immunitaire de leur enfant», dit-il.

Un autre argument commun est que le vaccin peut causer l'autisme. Les preuves scientifiques réfutent cette affirmation. Le docteur Tremblay mentionne toutefois que le fait que certaines célébrités répètent ce mythe et le fait que les enfants commencent souvent à montrer des signes d'autisme autour du moment où ils reçoivent le vaccin font en sorte que les médecins tentent continuellement de déconstruire cette fausse croyance.

«Ce qu'il faut craindre ici, ce n'est pas le vaccin, c'est le virus», a déclaré Dr Tremblay. «Des décennies de recherches menées à travers le monde appuient le fait que le vaccin RRO [rougeole, rubéole et oreillons] est sécuritaire et efficace.»

La direction de santé publique a récemment alloué une partie importante de son budget de promotion de la santé à une campagne visant à encourager la vaccination. Cette campagne de promotion de 80 000 \$ visera à distribuer des dépliants dans les écoles locales et les bureaux des médecins. Un message vidéo de 30 secondes sera diffusé à la télévision locale, et des messages sur les réseaux sociaux cibleront des milliers de personnes en ligne.

«Nous espérons que la campagne aidera à rééduquer le public», a déclaré Catherine Michaud, directrice générale de la campagne. «Pendant des années, la rougeole n'était pas un problème, et maintenant

que nous voyons plus de cas, nous devons rappeler aux gens que la vaccination est le moyen le plus sécuritaire de prévenir cette infection.»

La campagne présente le slogan «Les vaccins, ça fonctionne!» ainsi que des informations destinées à combattre les fausses croyances sur la vaccination.

«La décision d'un parent de refuser le vaccin affecte la communauté», a dit le docteur Tremblay. «Si les taux de vaccination tombent en dessous d'un certain niveau, l'immunité collective ne s'applique plus et il y a un risque plus élevé d'épidémies», dit-il. «Ceci augmente également le risque pour ceux qui ne peuvent pas être vaccinés pour des raisons médicales.»

Les autorités de santé publique recommandent que les enfants reçoivent leur première dose du vaccin contre la rougeole à l'âge de 12 mois.

Rapport-Gratuit.com

Annexe III : Informations contenues dans les messages correspondant aux construits au cœur du modèle des croyances relatives à la santé⁶²

	Histoire A : narrative, témoignage d'un parent	Historie B : narrative, témoignage d'un médecin ^a	Histoire C : factuelle, témoignage d'un parent ^b	Histoire D : factuelle, témoignage d'un médecin
Perception de la sévérité de la rougeole	<p>À son retour de vacances aux États-Unis où il a contracté la rougeole, un enfant de 4 ans a développé une fièvre très élevée, des taches rouges, et a dû être hospitalisé comme il était très malade.</p> <p>Ses parents ont craint pour sa vie.</p> <p>➤ Pour le dernier groupe de discussion, tenu à Winnipeg, il a été ajouté que la rougeole peut entraîner des complications sérieuses telles qu'une otite, une pneumonie, de l'œdème cérébral et le décès.</p>	<p>À son retour de vacances aux États-Unis où il a contracté la rougeole, un enfant de 4 ans a développé une fièvre très élevée et a été hospitalisé.</p> <p>➤ Pour le dernier groupe de discussion, l'enfant était aux soins intensifs</p> <p>Le médecin qui suivait cet enfant a été impressionné par les conséquences de ne pas faire vacciner un enfant.</p> <p>La rougeole peut entraîner des complications sérieuses telles qu'une otite, une pneumonie, de l'œdème cérébral et le décès.</p>	<p>La rougeole peut entraîner une pneumonie, une perte auditive, des lésions cérébrales et la mort.</p>	<p>Un médecin explique que des centaines de personnes mourraient de la rougeole chaque année avant que le vaccin RRO existe.</p> <p>La rougeole peut entraîner une pneumonie, une perte auditive, des lésions cérébrales et la mort.</p> <p>Un enfant de 4 ans a été hospitalisé à cause de la rougeole l'an dernier.</p>
Perception de la vulnérabilité à la rougeole	<p>La rougeole est très contagieuse, se transmettant par la toux ou les éternuements.</p> <p>➤ Pour le dernier groupe de discussion, tenu à Winnipeg, il a été ajouté que ce virus peut alors rester dans l'air d'une pièce jusqu'à deux heures après qu'une personne y ait toussé ou éternué.</p> <p>Cinq personnes ont contracté la rougeole suite à l'importation de la maladie par cet enfant, dont un bébé de 10 mois, trop jeune pour être vacciné.</p>	<p>La rougeole est très contagieuse: ce virus se transmet par la toux ou les éternuements et peut alors rester dans l'air d'une pièce jusqu'à deux heures après.</p> <p>Suite à l'importation de la maladie par cet enfant, cinq personnes ont contracté la rougeole.</p> <p>➤ Pour les groupes de discussion tenus à Winnipeg, il est écrit que plusieurs personnes (plutôt que cinq) ont contracté la rougeole, dont le frère du cas index, âgé d'un an.</p>	<p>Après qu'un enfant de 4 ans non vacciné ait attrapé la rougeole lors d'un voyage, six personnes ont été infectées dans la région.</p> <p>➤ Pour les groupes de discussion tenus à Winnipeg, il est précisé que ce sont des enfants qui ont été infectés.</p>	<p>La rougeole est très contagieuse, se transmettant par la toux ou les éternuements.</p> <p>Il y a eu plusieurs éclosions récentes.</p> <p>L'an dernier, après qu'un enfant de 4 ans non vacciné ait attrapé la rougeole lors d'un voyage, 6 personnes ont été infectées dans la région, la plupart étant des enfants.</p> <p>Si les taux de vaccination tombent en-dessous d'un certain niveau, il n'y aura plus d'immunité collective et le risque d'épidémies sera plus élevé.</p>

⁶² Tel que présenté dans Janz et Becker (1984)

<p>Perception des bénéfices du vaccin RRO</p>	<p>Les autorités de santé publique affirment que le vaccin RRO prévient la rougeole. Un taux de vaccination élevé dans la population permet de protéger les individus ayant une contre-indication à la vaccination.</p>	<p>Les médecins du monde entier affirment que le vaccin RRO prévient la rougeole. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, une dose est efficace à 93% et deux doses, à 97%.</p>	<p>L'immunité collective permet de diminuer le risque d'infection pour tous.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour les groupes de discussion de Winnipeg, il est précisé que les autorités de santé publique sont convaincues que le vaccin est efficace et sécuritaire 	<p>Des dizaines d'années de recherche montrent que le vaccin RRO est efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour les groupes de discussion tenus à Winnipeg, il a été ajouté que le vaccin a sauvé plus de vies dans les 50 dernières années que toute autre intervention en santé.
<p>Perception des barrières au vaccin RRO</p>	<p>Les parents croyaient que le vaccin RRO pouvait causer l'autisme. Les autorités de santé publiques affirment que le vaccin RRO est sécuritaire.</p>	<p>Les parents avaient refusé la vaccination pour des raisons personnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour les groupes de discussion tenus à Winnipeg, cet élément a été retiré. <p>Les médecins du monde entier affirment que le vaccin RRO est sécuritaire.</p>	<p>Beaucoup de fausses croyances circulent, comme quoi le vaccin est dangereux et peut conduire à des troubles d'apprentissage ou à l'autisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour les groupes de discussion de Winnipeg, cet élément a été remplacé par : Dans un groupe de mamans sur facebook, une mère voit que certaines disent que le vaccin peut entraîner l'autisme ou d'autres préjudices. Bien qu'elle connaisse plusieurs enfants et proches qui ont été vaccinés sans problème, ces histoires sur les dangers du vaccin la préoccupent. <p>Les vaccins sont rigoureusement surveillés.</p> <p>Les effets secondaires du vaccin RRO (douleur, rougeur, légère enflure) sont comparés aux effets possibles de la rougeole (pneumonie, perte auditive, lésions cérébrales, décès).</p>	<p>Des parents craignent que le vaccin RRO contienne des ingrédients dangereux ou que l'administration de plusieurs vaccins en même temps surcharge le système immunitaire. Certains croient aussi qu'il cause l'autisme, mais ceci est démenti par des preuves scientifiques.</p> <p>Des dizaines d'années de recherche montrent que le vaccin RRO est sécuritaire.</p>

- a. D'autres passages qui n'étaient pas directement en lien avec les construits du modèle des croyances relatives à la santé ont aussi été modifiés :
- L'annonce du diagnostic de la rougeole était initialement mise en parallèle avec l'annonce de différentes maladies invalidantes ou mortelles. Pour les groupes de Winnipeg, c'est plutôt l'annonce de la rougeole chez deux frères qui est comparée à l'annonce d'autres maladies, qui étaient moins sévères pour le dernier groupe.
 - Un passage disant que le médecin était encore « hanté » par le jour où il a dû annoncer un diagnostic de rougeole pour un ou deux frères a été atténué pour le dernier groupe de discussion;
 - Un passage où le médecin disait qu'il se reprochait ce qui est arrivé a été retiré pour les groupes de discussion de Winnipeg.
 - Initialement, le médecin voulait être plus proactif auprès des parents refusant la vaccination, en disant notamment qu'il voulait « mettre tout en œuvre » pour les convaincre. Pour les groupes de discussion de Winnipeg, ceci a été adouci, le médecin disant plutôt qu'il avait de la difficulté à rester neutre.
- b. D'autres passages qui n'étaient pas directement en lien avec les construits du modèle des croyances relatives à la santé ont aussi été modifiés :
- Pour les groupes de discussions de Winnipeg, au lieu de dire que la campagne de promotion a pour but « d'amener un peu d'objectivité dans le débat souvent houleux et polarisant concernant la vaccination », elle a plutôt pour but de rejoindre les parents de jeunes enfants qui ont de plus en plus d'incertitude sur les bénéfices de la vaccination.
 - Pour le dernier groupe de discussion, le matériel publicitaire utilisé a été changé : au lieu d'affiches, de dépliants, de messages sur les réseaux sociaux et d'un message vidéo, la campagne utilise plutôt des affiches sur des autobus et des abribus ainsi qu'une page Facebook spécialisée et un compte Twitter.
 - Pour le dernier groupe de discussion, des détails sur l'âge du bébé de la mère qui témoigne ont été enlevés.

Annexe IV : Recrutement pour les groupes de discussion

INSTRUCTIONS POUR LE RECRUTEUR:

Recruter un total de 20 parents (hommes et femmes), âgés de 18 ans et plus ayant au moins un enfant âgé de 2 ans ou moins.

PRÉAMBULE

Bonjour/Bonsoir, monsieur/madame, je suis _____, de Léger.

Je vous appelle au nom du [Dre S. Michelle Driedger de l'Université du Manitoba/Dre Ève Dubé de l'Institut national de santé publique du Québec]. [Dre Driedger/Dre Dubé] conduit des groupes de discussion avec des parents afin de discuter de la vaccination des enfants contre certaines maladies infectieuses telles que la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Le groupe de discussion implique de lire des histoires sur la forme de nouvelles de journal, de remplir 2 questionnaires et de dire aux chercheurs ce que vous pensez de ce matériel.

Chaque groupe de discussion sera réalisé auprès de 8 à 10 parents et durera environ 2 heures. Vous recevrez [inscrire montant remis]\$ à titre de compensation pour les frais encourus par votre participation. Les chercheurs sont intéressés à discuter avec des parents d'enfants dont l'un d'entre eux est âgé de 2 ans ou moins.

1. Est-il possible de parler avec un adulte âgé de 18 ans ou plus, qui serait la mère ou le père d'un enfant âgé de 2 ans ou moins ?

Non.....1

[TERMINEZ / REMERCIEZ]

Oui.....0

[SI VOUS PARLEZ À UNE NOUVELLE PERSONNE, CONFIRMEZ QU'ELLE EST ÂGÉE DE PLUS DE 18 ANS, RÉPÉTEZ LE PRÉAMBULE, ET PASSEZ À LA QUESTION 2]

2. Est-ce qu'un ou plusieurs enfants âgés de 2 ans ou moins vivent avec vous ?

Oui.....0

Non.....1

[TERMINEZ / REMERCIEZ]

3. Êtes-vous intéressé(e) à participer à l'un de ces groupes de discussions?

Non.....1

[TERMINEZ / REMERCIEZ]

Oui.....0

4. Ces groupes de discussion auront lieu à [Winnipeg/Québec] entre [inscrire l'heure] et [inscrire l'heure] le [inscrire la date]. Êtes-vous disponible pour l'une de ces dates ?

Non.....1

[TERMINEZ / REMERCIEZ]

Oui.....0

J'ai quelques questions à vous poser afin de m'assurer que vous faites partie du groupe qui nous intéresse. Sachez que les informations que vous me donnerez seront détruites selon les directives de l'association de la recherche et de l'intelligence marketing.

5. Est-ce que vous, ou un autre membre de votre foyer, êtes impliqué dans l'un de ces entreprises ?

Recherche marketing..... 1 [TERMINEZ /
REMERCIEZ]
Médias, tels que la télévision, la radio ou les nouvelles 2 [TERMINEZ /
REMERCIEZ]
Publicité 3 [TERMINEZ /
REMERCIEZ]
Soins de santé 4 [TERMINEZ /
REMERCIEZ]

6. Durant le groupe de discussion, chaque participant doit se sentir à l'aise de discuter ouvertement avec les autres participants, à participer au remue-méninge d'idées, à partager ses pensées et ses expériences antérieures avec les médecins ou les autres professionnels de la santé et à discuter de la façon dont ils prennent les décisions concernant la santé de leur enfant . Dites-moi, jusqu'à quel point vous sentez-vous confortable à discuter de ces éléments ?

Extrêmement confortable 5
Très confortable..... 4
Plutôt confortable..... 3 [TERMINEZ / REMERCIEZ]
Très peu confortable..... 2 [TERMINEZ / REMERCIEZ]
Extrêmement inconfortable 1 [TERMINEZ / REMERCIEZ]

7. Dans les 12 derniers mois, avez-vous participé à un groupe de discussion?

Oui..... 1 [TERMINEZ / REMERCIEZ]
Non 0

8. Combien d'enfants âgés de moins de 18 ans vivent avec vous?
[ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

1 1
2 2
3-5 3
6 ou plus 4

9. Combien de ces enfants sont âgés de moins de 6 ans?

[ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

- 11
- 22
- 33
- 4 ou plus4

10. Combien de ces enfants sont âgés de moins de 2 ans ?

- 11
- 2 ou plus.....2

11. Concernant la vaccination des enfants contre les maladies infectieuses comme la rougeole, les oreillons, la poliomyélite et la varicelle, laquelle des affirmations suivantes décrit le mieux votre situation: [ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

J'accepte la plupart ou l'ensemble des vaccins qui sont recommandés pour mes enfants.....1

J'accepte certains des vaccins qui sont recommandés pour mes enfants, mais j'ai remis à plus tard ou j'ai refusé certains vaccins.....2

Je refuse la plupart ou l'ensemble des vaccins qui sont recommandés pour mes enfants.....3

12. Pouvez-vous me dire quel est votre âge ou dans quelle catégorie d'âge vous vous trouvez?

[ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

- 18 à 24 ans1
- 25 à 29 ans2
- 30 à 34 ans3
- 35 à 39 ans4
- 40 à 44 ans5
- 45 à 49 ans.....6
- 50 ans et plus +7

13. Quel est le niveau de scolarité le plus haut que vous avez complété?

[ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

- Secondaire non complété1
- Secondaire complété2
- Quelques années collégiales ou universitaires sans avoir obtenu de diplôme.3
- Diplôme d'études collégiales ou universitaires.....4

14. Laquelle des catégories suivantes correspond le mieux au revenu annuel total, avant impôt, de tous les membres de votre foyer?

[ESSAYEZ D'OBTENIR DIFFÉRENTS PROFILS]

- Inférieur à 25 000\$1
- 25 000\$ à 50 000\$2
- 50 000\$ à 75 000\$3
- 75 000\$ à 100 000\$4
- Plus de 100 000\$.....5

Annexe V : Guide d'animation des groupes de discussion

INTRODUCTION

- Souhaiter la bienvenue aux participants, présenter les chercheurs ainsi que le personnel de recherche présents derrière la vitre
- Parcourir les formulaires de consentement avec les participants, répondre à leurs questions, et recueillir les formulaires de consentement signés
- Inviter les participants à se présenter en faisant un tour de table

<i>Questions pour la première partie</i>	<i>Principaux construits du cadre théorique qui pourront être abordés par les questions⁶³</i>
<p>1. Devant vous se trouvent une feuille de papier et un stylo. Spontanément, qu'est-ce qui vous vient en tête si je dis le mot «vaccin»? Écrivez vos pensées ou gardez-les en tête lorsque nous ferons le tour de la table.</p> <p>Faisons un tour de table en commençant par ce côté. Dites votre nom. Ne vous inquiétez pas si quelqu'un a déjà mentionné ce que vous voulez nous dire lorsque nous serons rendus à vous; c'est normal. Cela signifie simplement que plusieurs d'entre vous ont le même genre d'idées au sujet des vaccins.</p>	<p>a⁶⁴, b, c, d, e, f, g, confiance norme subjective</p>
<p>2. Pour la prochaine question, nous commencerons par l'autre côté de la table. Est-ce que vous personnellement, ou encore un membre de votre famille, avez déjà eu une maladie infectieuse sévère telle que la rougeole, la méningite ou une infection à pneumocoque?</p> <p>Rechercher chez les participants la présence de souvenirs vécus personnellement ou d'histoires familiales de conséquences des maladies infectieuses (à court et à long terme) pour l'individu atteint et pour la famille.</p>	<p>e</p>

⁶³ Plusieurs questions pourraient générer des réponses faisant appel à l'ensemble des construits du cadre théorique, mais si certaines questions semblaient plus propices à générer des données sur quelques construits en particulier, seulement ceux-ci ont été inscrits.

⁶⁴ Les lettres font référence aux construits présentés dans la figure 1, soit :

- a Perception de la vulnérabilité de son enfant à la rougeole
- b Perception de la sévérité de son enfant à la rougeole
- c Perception des bénéfices du vaccin RRO
- d Perception des barrières au vaccin RRO
- e Incitatifs à l'action
- f Facteurs modifiants
- g Probabilité de faire vacciner son enfant contre la rougeole

NOTE À L'ANIMATEUR

Demander ensuite aux participants de remplir les questionnaires PACV.

Pour la suite, nous introduirons les histoires une par une.

Il y a quelque temps, quelques-uns/plusieurs/la plupart/tous [*choisir la quantité la plus adéquate pour le groupe*] ont mentionné avoir des préoccupations au sujet de la vaccination de vos enfants. Nous avons ici du matériel qui a été élaboré par l'équipe de recherche au sujet de la vaccination des enfants avec le vaccin RRO (rougeole-rubéole-oreillon).

Avant de voir ce matériel, nous aimerions d'abord vous poser quelques questions

<i>Questions de base au sujet de la rougeole et du vaccin RRO</i>	<i>Principaux construits du cadre théorique qui pourront être abordés par les questions</i>
3. Que savez-vous de la rougeole? ⁶⁵ Pensez-vous que c'est une maladie qui présente un risque pour votre enfant? ⁹	a, b, f
4. Que pensez-vous du vaccin contre la rougeole? ⁹ Pensez-vous qu'il est efficace? Pensez-vous qu'il est sécuritaire? ⁹	c, d, f

Prenons maintenant quelques minutes pour lire celui-ci [1 des 4 histoires], puis j'aimerais vous poser quelques questions sur ce que vous en aurez pensé. Ensuite, nous poursuivrons avec un autre article.

<i>Questions pour la deuxième partie</i>	<i>Principaux construits du cadre théorique qui pourront être abordés par les questions</i>
5. Qu'avez-vous pensé de cette histoire? Avez-vous trouvé que l'histoire était facile à comprendre? L'histoire avait-elle du sens? Avez-vous été en mesure de comprendre quel était le message clé que cette histoire veut transmettre?	e, f
6. Que pensez-vous de la personne interviewée (la personne qui parle) dans l'histoire? Lui faites-vous davantage confiance étant donné qui elle est (un parent ou un médecin)? Comment définissez-vous la crédibilité? ⁹ Qu'est-ce qui rend cette personne plus ou moins crédible? ⁹	confiance norme subjective

⁶⁵ Ces questions ont été ajoutées après la tenue du premier groupe de discussion.

<p>7. Qu'en est-il du type d'information que la personne qui parle (parent ou médecin) a donné (risques vs bénéfiques ou une histoire faisant appel aux émotions)? Ce type d'information vous a-t-il davantage interpellé que d'autres types d'information que vous avez déjà reçue au sujet des vaccins?</p>	<p>a, b, c, d, e, g confiance norme subjective</p>
<p>8. Cette histoire vous a-t-elle amené à reconsidérer vos préoccupations? A-t-elle permis de répondre à certaines de vos interrogations? Vous-a-t-elle rendu plus confortable avec le fait de faire vacciner vos enfants? Rechercher: Cette histoire vous a-t-elle rendu plus inquiet de faire vacciner vos enfants?</p>	<p>e, f, g</p>

NOTE À L'ANIMATEUR Répéter les questions 5 à 8 pour chaque histoire.

<p>9. Maintenant que vous avez lu l'ensemble du matériel que nous voulions vous présenter, est-ce qu'une des histoires vous a fourni des informations sur la vaccination des enfants de manière plus convaincante que les autres? Pourquoi? Rechercher: Est-ce qu'une ou plusieurs histoires vous a vraiment déplu de quelque manière que ce soit? Pourquoi?</p>	<p>f confiance norme subjective</p>
<p>10. Est-ce qu'une ou plusieurs histoires vous a fait vous sentir plus outillé pour faire un choix éclairé au sujet de la vaccination? Pourquoi?</p>	<p>e, g</p>
<p>11. Est-ce qu'une ou plusieurs histoires ont davantage influencé ce que vous pensez de la sécurité du vaccin RRO? Pourquoi?</p>	<p>c, d</p>
<p>12. Est-ce qu'une ou plusieurs histoires ont davantage influencé ce que vous pensez du risque que présente la rougeole pour votre enfant? Pourquoi?</p>	<p>a, b</p>
<p>13. Y-a-t-il autre chose que vous aimeriez partager avec nous au sujet de la vaccination ou du matériel que nous vous avons fait lire aujourd'hui?</p>	
<p>NOTE À L'ANIMATEUR : Si le temps le permet, nous aimerions aussi poser cette question : 14. Est-ce que le fait que l'article porte sur une campagne de promotion de la vaccination qui a été organisée par les responsables de la santé publique vous inspire confiance? Pourquoi?</p>	<p>confiance norme subjective</p>

CONCLUSION

- Remercier les participants
- Recueillir les questionnaires complétés
- Distribuer la feuille d'inscription pour les participants qui souhaitent recevoir un rapport résumé des résultats des groupes de discussion
- Remettre les honoraires de participation aux participants et leur demander d'inscrire leurs initiales sur la feuille indiquant qu'ils ont reçu leur honoraire.

Annexe VI : Questionnaire sociodémographique

Dans quel(le) province ou territoire habitez-vous?

- Alberta
 - Colombie-Britannique
 - Manitoba
 - Nouveau-Brunswick
 - Terre-Neuve-et-Labrador
 - Territoires du Nord-Ouest
 - Nouvelle-Écosse
 - Nunavut
 - Ontario
 - Île-du-Prince-Édouard
 - Québec
 - Saskatchewan
 - Yukon
-

Genre

- Masculin
 - Féminin
 - Trans – Féminin à Masculin
 - Trans – Masculin à Féminin
 - Intersexe
 - Autre (SVP, précisez) _____
-

Âge

- 18-24
 - 25-29
 - 30-34
 - 35-39
 - 40-44
 - 45-49
 - 50+
-

Situation matrimoniale

- Célibataire (jamais marié(e))
- Marié(e)
- Conjoint(e) de fait
- Séparé(e) / Divorcé(e)
- Veuf / Veuve

Laquelle des origines qui suivent vous décrit le mieux?

- Blanc
- Noir
- Asiatique
- Moyen-Orient
- Indien
- Hispanique
- Premières Nations
- Inuit
- Métis
- Blanc
- Origine mixte (précisez): _____
- Autre (précisez): _____

Êtes-vous né(e) au Canada?

- Oui
- Non

• **Si non, en quelle année êtes-vous arrivé(e) au Canada?** _____

• **Quel est votre statut actuel d'immigration?**

- Citoyen(ne) canadien(ne)
- Citoyen(ne) américain(ne)
- Résident(e) permanent(e)
- Visa (par exemple, visa d'étudiant, visa de travail)
- Réfugié(e)
- Autre (SVP, précisez): _____

Éducation (choisissez le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété)

- Secondaire non complété
- Certificat d'études secondaires ou l'équivalent (D.E.S. diplôme d'études secondaires)
- Certificat ou diplôme d'une école de métiers (D.E.P. diplôme d'études professionnelles)
- Cégep ou université non complété
- Certificat ou diplôme collégial (ou autre certificat ou diplôme non-universitaire obtenu d'un CÉGEP, collège communautaire, institut technique, etc.)
- Diplôme universitaire de premier cycle (baccalauréat)
- Diplôme universitaire d'études supérieures (maîtrise, doctorat)

Emploi (choisissez la ou les réponse(s) qui s'applique(nt) à votre situation)

- Travail à temps plein
- Travail à temps partiel
- Travailleur autonome
- Sans emploi
- Étudiant(e) à temps plein
- Retraité(e)
- Travailleur familial non rémunéré (par exemple, parent au foyer)
- Autre (SVP, précisez) _____

Laquelle des catégories qui suivent correspond le mieux au revenu total de tous les adultes de votre foyer?

- Moins de 10 000\$
- 10 000\$ - 24 999\$
- 25 000\$ - 49 999\$
- 50 000\$ - 74 999\$
- 75 000\$ - 99 999\$
- 100 000\$ - 149 999\$
- 150 000\$ ou plus

Combien d'enfants âgés de moins de 18 ans vivent généralement dans votre foyer?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

Quel est l'âge de votre plus JEUNE enfant?

- Votre enfant n'est toujours pas né, mais vous êtes/ou votre partenaire est enceinte
- 0-6 mois
- 6-11 mois
- 12-17 mois
- 18-23 mois
- 2 ans (entre 24-35 mois)
- Votre plus jeune enfant est âgé de plus de 2 ans

Les prochaines questions portent sur les soins de santé que votre enfant reçoit ainsi que sur les soins de santé que vous avez reçus ou que votre partenaire a reçu durant la grossesse.

Est-ce que votre enfant est suivi régulièrement par un pédiatre, un médecin de famille ou un autre professionnel de la santé?

- Oui
- Non
- Ne s'applique pas (mon enfant n'est pas encore né)

Quel professionnel était responsable de fournir les soins de santé durant les deux premiers trimestres de votre grossesse ou celle de votre partenaire?

- Médecin de famille
- Infirmière praticienne
- Obstétricien
- Sage-femme
- Autre (SVP, précisez) _____

Est-ce que ce professionnel a fait le suivi durant toute votre grossesse ou celle de votre partenaire?

- Oui
- Non

Si non, quel autre type de professionnel a suivi votre grossesse ou celle de votre partenaire?

- Médecin de famille
 - Infirmière praticienne
 - Obstétricien
 - Sage-femme
 - Autre (SVP, précisez) _____
- Ne s'applique pas (mon enfant n'est pas encore né)

Si applicable, quel type de professionnel a assisté l'accouchement à la naissance de votre enfant?

- Médecin de famille
- Infirmière praticienne
- Obstétricien
- Sage-femme
- Autre (SVP, précisez) _____
- Ne s'applique pas (mon enfant n'est pas encore né)

À quelle croyance religieuse ou spirituelle vous identifiez-vous le plus:

- Protestant
- Catholique
- Juif
- Musulman
- Bouddhiste
- Hindouiste
- J'ai une vie spirituelle, mais je ne m'identifie à aucune religion en particulier
- Aucune
- Autre (SVP, précisez) _____

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun des énoncés suivants:

La religion ou la spiritualité (ou les idées, les valeurs ou les croyances) sont importantes pour moi.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord

Mes pratiques religieuses ou spirituelles (ou mes idées, mes valeurs ou mes croyances) influencent mes choix en matière de santé.

- Fortement en accord
- Plutôt en accord
- Ni en accord ni en désaccord
- Plutôt en désaccord
- Fortement en désaccord

Mes pratiques religieuses ou spirituelles (ou mes idées, mes valeurs ou mes croyances) sont différentes de celles de la société dominante.

- Fortement en accord
 - Plutôt en accord
 - Ni en accord ni en désaccord
 - Plutôt en désaccord
 - Fortement en désaccord
-

Annexe VII : Questionnaire sur les attitudes parentales au sujet des vaccins destinés aux jeunes enfants (questionnaire PACV)^{66,67}

1. Avez-vous déjà remis à plus tard un vaccin que devait recevoir votre enfant pour une raison autre que la maladie ou une allergie ?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Non | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | Donnée manquante |

2. Avez-vous déjà refusé un vaccin que devait recevoir votre enfant pour une raison autre que la maladie ou une allergie ?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Non | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | Donnée manquante |

3. À quel point êtes-vous certain(e) que suivre les recommandations du programme de vaccination est une bonne idée pour votre enfant (sur une échelle de 1 à 10)?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 (Pas du tout certain(e)) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 2 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 3 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 4 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 5 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 6 | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> 7 | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> 8 | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> 9 | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> 10 (Complètement certain(e)) | Réponse non hésitante = 0 point |

4. Si vous aviez un autre enfant aujourd'hui, souhaiteriez-vous qu'il reçoive l'ensemble des vaccins recommandés?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Non | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | Réponse incertaine = 1 point |

⁶⁶ Questionnaire adapté de Opel, Taylor et al., 2011.

⁶⁷ Pour les questions 3 et 15, le questionnaire original utilisait une échelle de Likert à 11 points (choix de réponse de 0 à 10) et la catégorie «réponse hésitante» correspondait aux choix de réponse 0 à 5, «réponse incertaine» aux choix de réponse 6 et 7, et «réponse non hésitante» aux choix de réponse de 8 à 10. Pour adapter ces catégories de réponse à l'échelle de Likert à 10 points utilisée ici, la proportion de choix de réponses dans chaque catégorie de l'échelle du questionnaire originale a été appliquée à l'échelle de Likert à 10 points.

5. Globalement, à quel point vous considérez-vous hésitant(e) concernant destinés aux jeunes enfants?

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout hésitant(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Pas très hésitant(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> Plutôt hésitant(e) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Très hésitant(e) | Réponse hésitante = 2 points |

6. Les enfants reçoivent plus de vaccins que ce qui est bon pour eux.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |

7. Je pense que la plupart des maladies prévenues par les vaccins sont graves.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse hésitante = 2 points |

8. Il est préférable que mon enfant développe son immunité en attrapant les maladies plutôt qu'en se faisant vacciner.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |

9. Il est préférable que les enfants reçoivent moins de vaccins en une seule fois.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse non hésitante = 0 point |

10. À quel point le fait que votre enfant puisse développer un effet secondaire grave suite à un vaccin vous inquiète?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Pas très inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> Plutôt inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Très inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |

11. À quel point le fait que des vaccins destinés aux jeunes enfants puissent ne pas être sécuritaires vous inquiète?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Pas très inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> Plutôt inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Très inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |

12. À quel point le fait que des vaccins puissent ne pas prévenir les maladies vous inquiète?

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Pas très inquiet(e) | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> Plutôt inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Très inquiet(e) | Réponse hésitante = 2 points |

13. Je fais confiance à l'information que je reçois sur la vaccination.⁶⁸

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse hésitante = 2 points |

⁶⁸ Un participant avait ajouté un choix de réponse inscrit à la main entre les choix «Je ne suis pas sûr(e)» et «En accord». Opel, Taylor et al. (2011) considéraient que si deux réponses contiguës étaient choisies, celle donnant le plus de points était retenue. Nous avons considéré la réponse de ce participant comme équivalente au fait d'avoir choisi les deux réponses contiguës mentionnées ci-haut et avons donc considéré que cette réponse valait 1 point.

14. Je suis à l'aise de poser des questions sur la vaccination au médecin de mon enfant.

- | | |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortement en accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> En accord | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> En désaccord | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> Fortement en désaccord | Réponse hésitante = 2 points |

15. Toute chose considérée, à quel point faites-vous confiance au médecin de votre enfant (sur une échelle de 1 to 10)?

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 (Pas du tout confiance) | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 2 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 3 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 4 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 5 | Réponse hésitante = 2 points |
| <input type="checkbox"/> 6 | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> 7 | Réponse incertaine = 1 point |
| <input type="checkbox"/> 8 | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> 9 | Réponse non hésitante = 0 point |
| <input type="checkbox"/> 10 (Complètement confiance) | Réponse non hésitante = 0 point |

/Total sur 30

Total reporté sur une échelle de 0 à 100 à l'aide d'une transformation linéaire simple tenant compte des données manquantes.

Annexe VIII : Formulaire de consentement

Formulaire d'information et de consentement

Projet de recherche en sciences sociales

Titre du projet de recherche :	Développement et évaluation de messages de santé publique pour diminuer l'hésitation vaccinale
Chercheuse principale :	Michelle Driedger, PhD Université du Manitoba
Co-chercheure :	Eve Dubé, PhD Centre de recherche du CHU de Québec – Université Laval Institut national de santé publique du Québec
Organisme subventionnaire :	Réseau canadien de la recherche sur l'immunisation (CIRN)

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son équipe et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Notre équipe de recherche prépare actuellement des messages de santé publique et des questionnaires qui seront utilisés dans le cadre d'un sondage en ligne pancanadien. Cette étude pancanadienne visera à évaluer l'influence de différents messages de santé publique destinés à des parents qui hésitent à faire vacciner leur enfant.

Toutefois, avant de réaliser le sondage en ligne, nous devons nous assurer que le matériel qui sera utilisé soit clair et compréhensible. Vous êtes donc invité(e) à participer à ce groupe de discussion afin d'évaluer le matériel élaboré et nous faire part de vos commentaires au sujet de celui-ci.

Votre participation à ce projet de recherche devrait nous permettre :

- de fournir plus efficacement des informations aux parents au sujet de la vaccination des enfants;
- de poser des questions claires aux parents canadiens sur :
 - leurs opinions sur les vaccins destinés aux jeunes enfants;
 - la façon dont ils prennent des décisions concernant la vaccination de leurs enfants.

Dans l'ensemble, nous voulons mieux comprendre les opinions, les besoins en information et le processus de prise de décision des parents en matière de vaccination pour leurs enfants.

Pour la réalisation des groupes de discussion, nous comptons recruter 15 à 20 participants au Québec.

Déroulement du projet de recherche

Pour ce projet de recherche, nous vous demandons de participer à un groupe de discussion.

Deux groupes seront organisés. Ils se tiendront à Québec, dans les locaux d'une firme que nous aurons retenue pour organiser et animer les groupes de discussion. La participation pour chaque groupe durera environ deux (2) heures. Des membres de l'équipe de recherche seront présents afin d'assister aux groupes, mais n'interviendront pas dans les discussions et n'interagiront pas avec les participants.

Avant de commencer la rencontre, le formulaire de consentement vous sera lu par la firme retenue pour animer les groupes de discussion. Durant la rencontre, il vous sera demandé de lire 4 courtes histoires que l'équipe de recherche aura élaborées. Toutes les histoires traitent de la vaccination des jeunes enfants et portent particulièrement sur le vaccin rougeole-oreillons-rubéole (RRO) et sur une des maladies prévenues par ce vaccin (la rougeole). Après avoir lu les histoires, des questions vous seront posées sur ce que vous en pensez. Nous voulons savoir si les histoires sont claires, si elles ont du sens, et si le message principal que vous en retenir correspond au message que nous voulons communiquer.

Il vous sera également demandé de compléter deux questionnaires que l'équipe de recherche désire évaluer. Le premier porte sur les opinions des parents sur les vaccins destinés aux jeunes enfants. Quant au second questionnaire, il vise à comprendre comment les parents prennent une décision au sujet de la vaccination de leur enfant avec le vaccin RRO. Après avoir complété les questionnaires, des questions vous seront posées afin de savoir si les questions posées avaient du sens, si elles étaient lisibles et compréhensibles. Il vous sera également demandé d'estimer le temps que vous avez pris pour compléter chaque questionnaire.

Durant la rencontre, les propos des participants seront enregistrés et retranscrits par la firme retenue pour l'organisation des groupes de discussion, puis soumis à une analyse de contenu par notre équipe de recherche.

Le projet de recherche prendra fin à l'été 2017.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, la participation à ce projet de recherche ne comporte pas d'inconvénients particuliers.

Risques associés au projet de recherche

La participation à ce projet de recherche ne comporte pas de risque, à l'exception du bris de confidentialité pour lequel toutes les précautions nécessaires seront prises. La formule utilisée (groupe de discussion) ne permet cependant pas de garantir l'absolue confidentialité des propos échangés entre les participants du groupe.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Si vous vous retirez du projet de recherche, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Confidentialité

En recherche, les chercheurs sont tenus d'assurer la confidentialité aux participants dans les limites prévues par la loi. A cet égard, voici les mesures qui seront appliquées dans le cadre de la présente recherche.

Durant la recherche :

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable au Québec. Seule la chercheuse aura accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires d'information et de consentement.

Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires d'information et de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé. Les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers encryptés dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seule la chercheuse aura accès.

Une firme de recherche est impliquée dans cette recherche. Bien qu'un risque de bris de confidentialité soit possible, la firme retenue pour la réalisation de cette recherche devra adhérer à des normes très strictes au sujet de la confidentialité.

Lors de la diffusion des résultats :

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport et seront remplacés par des pseudonymes.

Un court résumé des résultats tirés des groupes de discussion sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Après la fin de la recherche :

Les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherche futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 10 ans après la fin du projet par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par l'établissement ou par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

En conformité avec la loi sur l'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet détient ces informations.

Compensation

En guise de compensation pour les frais encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 85 \$.

Droits du participant à la recherche

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet aux numéros suivants: Ève Dubé, au 418 666-7000 poste 295.

Si vous avez des commentaires ou des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à la recherche, ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHU de Québec - Université Laval au 418-654-2211.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du CHU de Québec - Université Laval a approuvé ce projet de recherche (n° 2017-3469) et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche :

Développement et évaluation de messages de santé publique pour diminuer l'hésitation vaccinale

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant

Signature

Date

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement

Signature

Date

Department of
Community Health Sciences
750 Bannatyne Avenue
Winnipeg, Manitoba
Canada R3E 0W3
Telephone: (204) 789-3473
Fax: (204) 789-3905



UNIVERSITY
OF MANITOBA

Faculty of
Health Sciences

Max Rady College of
Medicine

RESEARCH PARTICIPANT INFORMATION AND CONSENT FORM – **Focus Group
Participants**

Title of Study: **Developing and evaluating public health messages to address vaccine hesitancy**

Principal Investigator: Dr. S. Michelle Driedger, Department of Community Health Sciences,

University of Manitoba, S113-750 Bannatyne Ave, Winnipeg, MB
R3E 0W3

Phone: (204) 789-3936
michelle.driedger@umanitoba.ca

e-mail:

Co-Investigators: Dr. Kim Corace (University of Ottawa), Dr. Natasha Crowcroft (Public Health Ontario),

Dr. Ève Dubé (Institut national de santé publique du Québec), Dr. William Fisher (Western University), Dr. Joshua Greenberg (Carleton University), Dr. Cindy Jardine (University of Alberta), Dr. Gina Ogilvie (University of British Columbia), Dr. Dat Tran (The Hospital for Sick Children), Dr. Jordan Tustin (Ryerson University), Dr. Holly Witteman (Laval University)

Sponsor: Canadian Immunization Research Network

Consent

You are being asked to participate in a research study. Please take your time to review this consent form before consenting to participate in the invited surveys.

Purpose and Procedures:

Researchers at the University of Manitoba are preparing some communication materials and surveys that will be used in a Canada wide survey. Before we roll out that online survey, we need to make sure that the materials being developed are clear and understandable. We are asking you to participate in a focus group to review the materials that we have developed and give us any feedback of what you think about them.

Your participation will help researchers to more effectively give information about childhood vaccinations to Canadian parents, and also to help researchers ask clear questions to Canadian parents about their opinions about childhood vaccines and how they make decisions about vaccinating their children. Overall, we want to better understand the opinions, information needs, and decision-making styles of parents

making vaccine decisions for their children. *We are not going to try and convince you one way or another about the decisions you have made about childhood vaccines.*

Focus group discussions will be approximately 1 ½ - 2 hours, and we will ask you to read 4 news stories that we have developed. All the stories deal with childhood vaccination (particularly the Measles-Mumps-Rubella – MMR – vaccine) and a disease that it prevents (Measles). After you read the stories we will ask you questions about what you thought about the stories. We want to know if the stories were written clearly, that they made sense, and that they got the point across that they were intended to.

We will also ask you to complete two surveys, one is about parents' opinions about childhood vaccines, and the other is about finding out how parents tend to make decisions about giving their child the MMR vaccine. After you complete the surveys, we will ask you questions about whether the survey items made sense, if they were readable and not confusing, and about how long it took you to complete the survey.

All focus group discussions will be recorded to be used for further content evaluation. You will have the opportunity to review and/or modify earlier responses at the end of the evening.

At the study's conclusion, you can request a report summarizing the study findings and results.

Risks and Discomforts :

There are no risks associated with your participation in this project beyond those encountered during your daily routine.

Costs and Benefits

Although there may or may not be a direct benefit to you from participating in this study, we hope the information learned from this study will benefit other parents in the future. There will be no costs directly associated with your participation in this project. In acknowledgement of your time and the knowledge that you are sharing with us, we offer you an honorarium of \$60 that we will give you at the end of the focus group.

Confidentiality

Information gathered in this research study may be published or presented in public forums, however your name and other identifying information will not be used or revealed and your contribution will be identified through the use of a pseudonym. The interview transcript, without any of your identifying information, may be used by students as an educational tool for course work. If you participate in any focus groups or meetings, participants will be reminded that anything said within that forum is to remain confidential. Despite efforts to keep your personal information confidential, absolute confidentiality cannot be guaranteed. Your personal information may be disclosed if required by law.

All information obtained during this study will remain confidential. Your survey responses will be assigned a unique code instead of using your name. All records will be kept in a locked secure area and only those persons identified will have access to these records. No information revealing any personal information such as your name, address or telephone number will leave the University of Manitoba. All records will be destroyed after ten years.

The University of Manitoba Health Research Ethics Board may review records related to the study for quality assurance purposes.

Voluntary Participation/Withdrawal from the Study

Your decision to take part in this study is voluntary. You may refuse to participate or you may withdraw from the study at any time.

Questions and Dissemination

You are free to ask any questions that you may have about your rights as a research participant. If any questions come up during or after the study please contact Michelle Driedger at 204-789-3936 or by email at michelle.driedger@umanitoba.ca, or Ryan Maier 204-272-3106 or by email at ryan.maier@umanitoba.ca. For questions about your rights as a research participant, you may contact The University of Manitoba, Bannatyne Campus Research Ethics Board Office at 204-789-3389.

Do not sign this consent form unless you have had a chance to ask questions and have received satisfactory answers to all of your questions. Verbal consent to participate in this project is acceptable if you do not feel comfortable in signing this consent form.

Statement of Consent

I have read this consent form. I have had the opportunity to discuss this research study with Dr. Michelle Driedger and/or her study staff. I have had my questions answered by them in language I understand.

The risks and benefits have been explained to me. I believe that I have not been unduly influenced by any study team member to participate in the research study by any statements or implied statements. Any relationship (such as employer, supervisor or family member) I may have with the study team has not affected my decision to participate.

I understand that I will be given a copy of this consent form after signing it.

I understand that my participation in this study is voluntary and that I may choose to withdraw at any time. I freely agree to participate in this research study.

I understand that information regarding my personal identity will be kept confidential, but that confidentiality is not guaranteed. The University of Manitoba Health Research Ethics Board may inspect any of my records related to this study for quality assurance purposes.

By signing this consent form, I have not waived any of the legal rights that I have as a participant in a research study.

Participant signature _____ **Date** _____

(day/month/year)

Participant printed name: _____

I, the undersigned, attest that the information in the Participant Information and Consent Form was accurately explained to and apparently understood by the participant and that consent to participate in this study was freely given by the participant or the participant’s legally acceptable representative.

Witness signature _____ Date _____
(day/month/year)

Witness printed name: _____

I, the undersigned, have fully explained the relevant details of this research study to the participant named above and believe that the participant has understood and has knowingly given their consent

Printed Name: _____ Date _____
(day/month/year)

Signature: _____ Role in the Study: _____