

Enquête nationale transversale sur les perceptions des travailleurs de la santé à l'égard, de l'efficacité vaccinale, de l'acceptation et des facteurs décisionnels liés aux vaccins contre la COVID-19

ROP 127-22

Rapport sur les résultats

Préparé pour l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Fournisseur : Ipsos

Numéro du contrat : CW2272645

Valeur du marché : 295 579,75

Date de remise : 15 février 2023

Date de livraison : 24 novembre 2023

Numéro d'enregistrement : 127-22 (ROP SC 22-28)

Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce rapport, veuillez communiquer avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) à l'adresse cpab_por-rop_dgcap@hc-sc.gc.ca.

This report is also available in English.



DÉCLARATION DE NEUTRALITÉ POLITIQUE

Je certifie par la présente, en ma qualité de représentant d'Ipsos, que les produits livrables sont en tout point conformes aux exigences du gouvernement du Canada en matière de neutralité politique qui sont décrites dans la Politique sur les communications et l'image de marque du gouvernement du Canada et dans la Directive sur la gestion des communications. Plus particulièrement, les produits finaux ne comprennent pas de renseignements sur les intentions de vote aux élections, sur les préférences de partis politiques, sur les positions vis-à-vis de l'électorat ou sur l'évaluation de la performance d'un parti politique ou de ses dirigeants.

Mike Colledge, président
Ipsos, Affaires publiques
Signé le 25 septembre 2023



Le présent rapport de recherche sur l'opinion publique présente les résultats d'une enquête quantitative en ligne (N= 5 372) et d'un volet qualitatif (n = 33) comprenant des entrevues approfondies et des séances de discussion de groupe menées par Ipsos Affaires publiques au nom de l'Agence de santé publique du Canada. L'étude a été menée auprès des professionnels de la santé canadiens, des travailleurs de la santé alliés et des travailleurs auxiliaires de la santé, du 8 mai au 14 août 2023.

This publication is also available in English under the title: **National cross-sectional survey of health workers perceptions of COVID-19 vaccine effectiveness, acceptance, and drivers of vaccine decision-making.**

Autorisation de reproduire

Cette publication ne peut être reproduite qu'à des fins non commerciales. Une autorisation écrite préalable doit être obtenue auprès de l'Agence de la santé publique du Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce rapport, veuillez communiquer avec :

cpab_por-rop_dgcap@hc-sc.gc.ca
Santé Canada, DGCAP
200 promenade Églantine, pré Tunney
Édifice Jeanne-Mance, AL 1915C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Numéro de catalogue : H14-478/2024F-PDF
Numéro international normalisé du livre (ISBN) : 978-0-660-69405-4
Publications connexes (127-22 [HC POR 22-28]) : 230 637

Numéro de catalogue : H14-478/2024F-PDF (Rapport, français)
Numéro international normalisé du livre (ISBN) : 978-0-660-69406-1 (français)
Publications connexes (127-22 [HC POR 22-28]) : 230 638 (français)

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations.....	5
Sommaire.....	6
Contexte et objectifs	6
Méthodologie.....	6
Valeur du contrat	8
Faits saillants	8
Conclusions	11
1. Introduction	13
1.1. Contexte	13
1.2. Objectifs de recherche	14
1.3. Méthode quantitative	14
1.4. Méthode qualitative	18
2. Résultats quantitatifs	19
2.1. Infection au SRAS-CoV-2 autodéclarée	22
2.2. Antécédents de vaccination contre la COVID-19 autodéclarée.....	24
2.3. Acceptation du vaccin contre la COVID-19	29
2.4. Hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19	33
2.5. Attitudes à l'égard des mesures de santé publique.....	47
2.6. Sources d'information liée aux vaccins contre la COVID-19.....	48
3. Résultats qualitatifs.....	49
3.1. Principaux regroupements attitudinaux	49
3.2. Antécédents de vaccination contre la COVID-19	52
3.3. Acceptation du vaccin contre la COVID-19	54
3.4. Hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19	62
3.5. Attitudes à l'égard des mesures de santé publique.....	69
3.6. Sources d'information liée à la COVID-19.....	71
4. Conclusions	78
Références	79
Annexe.....	89
A.1 Méthode quantitative.....	89
A.2 Méthodologie qualitative	98
A.3 Instrument de sondage quantitatif.....	100
A.4 Filtre de recrutement qualitatif	119
A.5 Guide de discussion qualitative	126

Abréviations

Alb.	Alberta
ARNm	Acide ribonucléique messager
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ATL	Atlantique
C.-B.	Colombie-Britannique
CDC	The Centers for Disease Control and Prevention
CCNI	Comité consultatif national de l'immunisation
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
EV	Efficacité vaccinale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
HV	Hésitation vaccinale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
Ont.	Ontario
Man.	Manitoba
Nt	Nunavut
PANDC	Personnes autochtones, noires et de couleur
PP	Professionnels paramédicaux
PS	Professionnel de la santé
QC	Québec
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur l'immunisation
Sask.	Saskatchewan
SRAS-CoV-2	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
TAS	Travailleurs auxiliaires de la santé
TSS	Travailleurs en soins de santé
T.N.-O.	Territoires du Nord-Ouest
Yn	Yukon

Sommaire

Contexte et objectifs

Les campagnes de vaccination de masse ont considérablement réduit le fardeau de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans le monde entier. Bien que la vaccination soit considérée comme la stratégie la plus efficace pour prévenir de façon systématique les formes sévères de la COVID-19, il existe de nombreux obstacles à l'adoption des vaccins qui menacent la santé des Canadiens et de celles des populations du monde entier. L'hésitation vaccinale (HV) a soulevé d'importantes préoccupations à l'échelle mondiale et est devenue un problème de santé publique global pouvant nuire aux campagnes d'immunisation. L'hésitation et l'adoption des vaccins par la population générale et les travailleurs de la santé jouent un rôle déterminant dans le contrôle de la pandémie de la COVID-19.

La vaccination des travailleurs de la santé contre la COVID-19 représente une priorité de santé publique depuis le début du déploiement de la campagne de vaccination contre la COVID-19 à la fin de l'année 2020. En effet, les travailleurs de la santé en contact avec des patients atteints de la COVID-19 sont plus à risque d'infection que la population générale. L'atténuation et la réduction de ce risque sont essentielles pour protéger le bien-être des travailleurs de la santé et réduire la propagation de la COVID-19.

Cependant, on dispose actuellement de peu d'information sur les taux d'infection par le SRAS-CoV-2, l'adoption des vaccins contre la COVID-19, les perceptions des travailleurs de la santé à l'égard, de l'efficacité vaccinale (EV), de l'acceptation et les facteurs décisionnels liés aux vaccins contre la COVID-19 chez différentes catégories de travailleurs de la santé, dont les professionnels de la santé (PS), les professionnels paramédicaux (PP) et les travailleurs auxiliaires de la santé (TAS) au Canada. L'évaluation de l'adoption et de la performance du vaccin contre la COVID-19 dans le monde réel est essentielle pour comprendre les attitudes et les comportements qui influencent la prise de décisions parmi ces différentes catégories de travailleurs de la santé au Canada.

Les objectifs généraux des sondages d'opinion quantitatifs et qualitatifs étaient les suivants :

- Mesurer les infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées et le statut vaccinal contre la COVID-19 parmi les PS, les PP et les TAS au Canada;
- Comprendre les perceptions des travailleurs de la santé quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19;
- Identifier les facteurs influençant la prise de décisions des travailleurs de la santé en matière de vaccination contre la COVID-19, y compris les facteurs favorisant l'hésitation et l'adoption;
- Évaluer l'attitude des travailleurs de la santé à l'égard de la politique de vaccination obligatoire contre la COVID-19 et d'autres mesures de santé publique;
- Identifier les sources d'information sur la COVID-19 pour les futures campagnes de communication.

Méthodologie

Pour atteindre les objectifs de la recherche, une méthode de recherche mixte comprenant une composante quantitative et qualitative a été adoptée. Les deux volets se sont déroulés simultanément entre le 8 mai et le 14 août 2023 et ont été administrés dans les deux langues officielles. Les participants étaient des travailleurs de la santé âgés d'au moins 18 ans résidant au Canada qui étaient admissibles à la vaccination contre la COVID-19 et qui étaient exposés directement ou indirectement à des patients atteints de la COVID-19 pendant notre période d'étude, de 2020 à 2023. Cela comprend ceux qui ont cessé de travailler pour diverses raisons liées ou non aux mesures de santé publique et à la politique de vaccination obligatoire des travailleurs de la santé au Canada.

Le sondage quantitatif a été diffusé en utilisant différentes approches afin d'atteindre les travailleurs de la santé ciblés et de recueillir les points de vue du plus grand nombre possible de participants : un lien ouvert vers le sondage acheminé à plusieurs organisations de PS, PP et TAS (organismes de réglementation et associations professionnelles); un lien unique envoyé en passant par des groupes spéciaux (y compris des groupes de population générale et des groupes professionnels); et une méthode de sondage en boule de neige pour transmettre le lien aux pairs et collègues admissibles.

Au total, 5 425 travailleurs de la santé (non pondérés) ont participé au sondage quantitatif en ligne, dont certains répondants ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas déclaré leur âge ou leur province de résidence (n = 53). Les 5 372 travailleurs de la santé admissibles restants (non pondérés) ont été classés en trois groupes principaux (non pondérés) : 2 278 PS, 2 278 PP et 807 TAS.

Bien que cette approche mixte ait permis d'atteindre une grande proportion de la population cible, les échantillons sont basés sur une auto-sélection et non un échantillon probabiliste. Les [Normes pour la recherche sur l'opinion publique effectuée par le gouvernement du Canada – Sondages en ligne](#) indiquent que les résultats des sondages en ligne usant d'un échantillonnage non probabiliste ne devraient pas être généralisés à l'ensemble de la population cible. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population cible des travailleurs de la santé canadiens et aucune marge d'erreur d'échantillonnage ne peut être calculée.

La composante qualitative du sondage était d'envergure nationale et était offerte dans les deux langues officielles. Des efforts supplémentaires ont été déployés pour inclure les groupes en quête d'équité. Les principaux résultats sont de nature directionnelle et ne peuvent pas être généralisés à la population cible. Au total, 33 travailleurs de la santé ont participé à la composante qualitative menée entre le 2 mai et le 5 juin 2023, qui comprenait dix-huit (n = 18) entrevues approfondies et quatre (n = 4) groupes de discussion en ligne incluant quatre à huit participants selon la séance.

Les données ont été analysées en utilisant un cadre conceptuel. Les principaux déterminants attitudeux de la prise de décision en matière de vaccination contre la COVID-19 ont été identifiés parmi les différentes catégories de travailleurs de la santé en utilisant le cadre conceptuel des facteurs attitudeux et sociaux de la vaccination contre la COVID-19 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour structurer la méthodologie des sondages qualitatifs et quantitatifs et présenter les résultats.^{1,2}

Mesures incitatives

Pour la composante quantitative, seuls les répondants recrutés par l'entremise de groupes de recherche (<15 %) ont été rémunérés pour compléter le sondage.

Pour la composante qualitative, Ipsos a offert des honoraires aux participants pour les entrevues approfondies ou les groupes de discussion afin d'encourager leur participation et leur engagement.

Plus de détails sur les incitatifs offerts aux participants pour les volets quantitatif et qualitatif se trouvent en annexe.

Interprétation des conclusions du rapport

Dans le cadre de cette analyse, les données relatives aux PS et aux PP ont été pondérées statistiquement en fonction de leur profession ou rôle et selon leur région pour correspondre aux proportions publiées par l'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). Les données des TAS ont été pondérées par région en fonction des données du recensement de la population générale. Toutes les données et proportions présentées dans le présent rapport sont pondérées, sauf indication contraire.

Valeur du contrat

La valeur totale du contrat de ce projet était de 295 579,75 \$, taxes comprises.

Faits saillants

La section suivante présente les principaux résultats des composantes quantitative et qualitative du sondage. On y évoque d'abord les infections au SRAS-CoV-2 et les antécédents de vaccination autodéclarés des travailleurs de la santé. On aborde ensuite leur perception de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, les facteurs qui ont influencé leurs décisions concernant l'adoption de la vaccination et enfin leurs attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et d'autres mesures de santé publique.

Pour les résultats pondérés, un total de 5 372 répondants divisés en trois catégories de travailleurs de la santé a été analysé : n=3 134 PS, n=1 431 PP et n=807 TAS. Dans chacune des catégories de travailleurs de la santé, la majorité des répondants étaient des femmes et environ la moitié avaient entre 40 et 59 ans. La proportion de travailleurs de la santé identifiée comme étant des personnes autochtones, noires ou d'autres personnes de couleur (PANDC) était de 34%, 32% et 43% respectivement parmi les PS, les PP et les TAS. La plupart des répondants ont déclaré résider en Ontario ou au Québec, suivis de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest, de la Colombie-Britannique et du Yukon. Une petite proportion de répondants a déclaré résider dans les provinces de l'Atlantique.

Infections au SRAS-CoV-2 et antécédents de vaccination contre la COVID-19 autodéclarés

- La proportion d'infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées variait selon les catégories de travailleurs de la santé et était plus élevée parmi les PS, suivie des PP et des TAS. La proportion était plus élevée parmi les personnes travaillant dans des établissements hospitaliers comparativement à celles œuvrant dans des établissements non hospitaliers et la première infection au SRAS-CoV-2 était plus grave que les infections subséquentes, et ce, peu importe le milieu de travail. Les travailleurs de la santé plus jeunes ont signalé un nombre plus élevé d'infections au SRAS-CoV-2 que les travailleurs plus âgés.
- La plupart des répondants de chaque catégorie de travailleurs de la santé (87% à 89%) ont déclaré avoir été vaccinés contre la COVID-19 entre 2020 et 2023. Il y a eu une variation notable dans les antécédents de vaccination contre la COVID-19 entre les répondants employés dans différents milieux de travail.

Perception de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin contre la COVID-19

- Les travailleurs de la santé ont majoritairement exprimé un fort soutien à l'égard de la vaccination en général.
- Toutefois, en ce qui concerne les vaccins contre la COVID-19 précisément, leurs perceptions sur l'innocuité et l'efficacité étaient plus faibles, particulièrement parmi le personnel infirmier et les PP.
- Les préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 étaient parmi les principaux facteurs contribuant à l'HV.

Facteurs décisionnels liés aux vaccins contre la COVID-19

Degré d'acceptation et d'hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19

- Les médecins acceptaient davantage les vaccins contre la COVID-19 par rapport aux autres catégories de travailleurs de la santé, tandis que les TAS ont rapporté des niveaux d'hésitation plus élevés.

- L'hésitation par rapport aux vaccins contre la COVID-19 a été exprimée à des degrés divers parmi les répondants qui avaient décidé de se vacciner, 49 à 59% des travailleurs de la santé rapportant un certain degré d'hésitation dans leur décision de se faire vacciner.
- Les répondants qui ont rapporté avoir hésité à se faire vacciner ont également rapporté avoir reçu leur première dose de vaccination plus tard au cours de la pandémie comparativement aux répondants non hésitants.
- Les PS et les PP non vaccinés rapportaient des niveaux élevés d'HV et aucun des PS non vaccinés ne prévoyait se faire vacciner à l'avenir.

Facteurs liés à l'acceptation et à l'hésitation vaccinale

Plusieurs facteurs ont influencé la décision des travailleurs de la santé de se faire vacciner ou non.

- **Innocuité des vaccins contre la COVID-19** : La plupart des travailleurs de la santé ont basé leurs décisions en matière de vaccination sur la perception qu'ils avaient de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19. Ils étaient influencés par leur perception du risque d'effets secondaires à long terme de la vaccination et par leur propension à faire confiance aux informations provenant d'experts et aux recommandations du gouvernement fédéral. Les travailleurs de la santé qui acceptaient davantage les vaccins contre la COVID-19 étaient plus susceptibles de dire qu'ils étaient sûrs et de faire confiance aux renseignements fournis par le gouvernement fédéral. Ceux qui hésitaient à se faire vacciner ou qui n'étaient pas vaccinés pensaient que les vaccins contre la COVID-19 n'étaient pas sûrs et pourraient poser un risque pour leur santé.
- **Efficacité des vaccins contre la COVID-19** : Les travailleurs de la santé qui acceptaient davantage les vaccins contre la COVID-19 croyaient que se faire vacciner protégerait mieux leurs patients, leurs familles et leurs communautés, et réduirait le fardeau sur le système de soins de santé. Ceux qui hésitaient à se faire vacciner ou qui n'étaient pas vaccinés croyaient que les vaccins contre la COVID-19 n'étaient pas efficaces et n'apporteraient aucun avantage supplémentaire à l'immunité qu'ils pourraient obtenir avec une infection naturelle par le SRAS-CoV-2.
- **Vaccination obligatoire contre la COVID-19** : La politique d'obligation vaccinale était l'un des motifs de vaccination le plus souvent invoqués par les répondants, avec une forte proportion du personnel infirmier indiquant qu'il s'agissait du principal motif de vaccination. De nombreux travailleurs de la santé voulaient se conformer aux recommandations des responsables de la santé publique. La majorité (>70 %) des répondants non vaccinés ont déclaré qu'ils n'avaient pas été vaccinés en partie parce qu'ils refusaient d'être obligés de se faire vacciner. De plus, ceux qui n'étaient pas vaccinés étaient les moins susceptibles de respecter les mesures de santé publique.
- **Niveau de confiance à l'endroit des systèmes de réglementation** : Les travailleurs de la santé qui acceptaient mieux les vaccins contre la COVID-19 avaient tendance à faire davantage confiance aux systèmes d'information réglementaires du Canada en matière d'immunisation, tandis que de nombreux PS non vaccinés ont rapporté que leur manque de confiance à l'endroit de ces systèmes avait influencé leur décision de ne pas se faire vacciner.

Attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19

Les travailleurs de la santé ont été classés en cinq groupes distincts selon leurs attitudes, en fonction des déterminants attitudinaux clés et des facteurs sociaux qui influencent leur prise de décision en matière de vaccination contre la COVID-19. Leur statut vaccinal contre la COVID-19, leur degré d'hésitation et le rôle que la politique de vaccination obligatoire contre la COVID-19 ont joué dans leur décision de se faire vacciner contre la COVID-19 ont été utilisés pour nommer et décrire les différents groupes comme suit avec leurs proportions pondérées :

- **Personnes acceptant tous les vaccins en toute confiance (44,4 %)** : Ce groupe était composé des participants qui ont reçu leur série primaire de vaccins contre la COVID-19 et qui ont répondu « pas du tout hésitant » sur l'échelle de Likert qualifiant le niveau d'HV par rapport à la vaccination contre la COVID-19. Ils étaient susceptibles de recevoir leur série primaire de vaccins sans hésitation et leur décision était principalement motivée par la nouveauté de la COVID-19, le manque d'options de traitement disponibles et leur désir de se protéger et de protéger leur famille.
- **Personnes acceptant tous les vaccins avec une certaine réserve (15,8 %)** : Ce groupe était composé des participants qui ont reçu leur série primaire de vaccins contre la COVID-19 et qui ont répondu « pas très hésitant » sur l'échelle de Likert qualifiant le niveau d'HV par rapport à la vaccination contre la COVID-19. Ils partageaient des motivations et des attitudes similaires au groupe précédent à l'égard de la série primaire de vaccins contre la COVID-19, mais ont depuis relâché leur vigilance et ont un sentiment d'urgence réduit par rapport au fait de recevoir les doses de rappel de la COVID-19.
- **Personnes réticentes à la vaccination (7,4 %)** : Ce groupe a eu tendance à recevoir la série primaire de vaccins contre la COVID-19 malgré une hésitation initiale. Ces participants ont répondu être « très hésitants » ou « plutôt hésitants » à recevoir une série primaire de vaccins contre la COVID-19 et étaient « plutôt en désaccord » ou « fortement en désaccord » avec le fait que la perspective de perdre leur emploi avait joué un rôle dans leur décision de se faire vacciner ou non. Ils ont exprimé des préoccupations initiales à l'égard de la série primaire de vaccins contre la COVID-19, liées à la rapidité de développement du vaccin contre la COVID-19 et au potentiel d'effets secondaires.
- **Personnes vaccinées à cause de l'obligation vaccinale (21,1 %)** : Ce groupe a reçu des vaccins contre la COVID-19 seulement pour se conformer à la politique de vaccination obligatoire des travailleurs de la santé. Il inclut des répondants qui ont répondu être « très hésitants » ou « plutôt hésitants » à recevoir leur série primaire de vaccins contre la COVID-19 et être « fortement en accord » ou « plutôt d'accord » avec le fait que la perspective de perdre leur emploi avait joué un rôle dans leur décision de se faire vacciner ou non. Ces répondants ont exprimé de grandes préoccupations à l'égard des vaccins contre la COVID-19 en raison de la vitesse de développement des vaccins et du potentiel perçu d'effets secondaires.
- **Personnes non vaccinées (8,0 %)** : Ce groupe a choisi de quitter la profession ou de rester en poste dans le secteur privé des soins de santé où la politique de vaccination obligatoire contre la COVID-19 ne s'appliquait pas. Ces répondants rapportaient des préoccupations semblables à celles identifiées par le groupe précédent, ils ont cependant décidé de ne pas recevoir de vaccin contre la COVID-19.

L'analyse qualitative de ces groupes selon leurs attitudes vis-à-vis de la vaccination a été validée en utilisant la matrice d'HV créée par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)^{1,2}. La matrice regroupe les déterminants de l'HV en fonction de

trois sphères d'influence : les influences individuelles et collectives, les influences contextuelles et les influences propres au vaccin.

Attitudes à l'égard des mesures de santé publique

Les attitudes des participants à l'égard des mesures de santé publique, en particulier le port du masque et les autres mesures de prévention prises pendant la pandémie (p. ex. distanciation physique, protocoles de quarantaine, etc.), correspondaient à leur degré d'hésitation à l'égard des vaccins contre la COVID-19. Par exemple, les personnes acceptant la vaccination en toute confiance ainsi que celles les acceptant mais avec une certaine réserve étaient plus susceptibles d'appuyer la politique de vaccination obligatoire par rapport à celles qui étaient vaccinées uniquement à cause de l'obligation vaccinale. Une variation un peu plus grande parmi les participants a été observée concernant d'autres mesures de santé publique, avec un certain désaccord au sujet des mesures de confinement et des réactions largement positives concernant le port du masque et la distanciation physique.

Sources d'information liées à la COVID-19

Les participants ont obtenu des renseignements sur les vaccins contre la COVID-19 à partir de différentes sources consultées, qui différaient selon leur degré d'aversion ou d'hésitation à l'égard des vaccins contre la COVID-19.

- Tous les participants ont eu recours à des sources d'information de confiance sous une forme ou une autre; cependant, ceux qui avaient des attitudes positives à l'égard des vaccins contre la COVID-19 avaient tendance à consulter des sources professionnelles (c.-à-d. des groupes de travail de médecins, des experts médicaux et des collègues), tandis que ceux qui étaient plus hésitants à l'égard des vaccins contre la COVID-19 avaient tendance à consulter des sources informelles (p. ex. des groupes Facebook).
- Les personnes acceptant la vaccination en toute confiance ainsi que celles l'acceptant avec une certaine réserve étaient les plus susceptibles d'exprimer une grande confiance à l'égard des informations fournies dans le milieu de travail, des sources gouvernementales (y compris divers agents de santé publique) et des statistiques partagées par les médias traditionnels.
- Les participants réticents à la vaccination avaient tendance à consulter leur médecin personnel pour apaiser leurs préoccupations au sujet des vaccins contre la COVID-19.
- En ce qui concerne les personnes vaccinées uniquement à cause de l'obligation vaccinale, l'information fournie par leur médecin a eu tendance à contribuer à leur hésitation, car ils considéraient que l'information fournie contribuait au discours en faveur du vaccin auquel ils avaient tendance à s'opposer.

Conclusions

Dans le cadre de cette enquête, des conclusions et des implications communes sont ressorties des composantes quantitative et qualitative. La majorité des travailleurs de la santé ont déclaré avoir reçu au moins une série primaire de vaccins contre la COVID-19 entre 2020 et 2023. La raison la plus fréquemment rapportée comme ayant motivé la vaccination était de se protéger contre la COVID-19, ainsi que de protéger leur famille ou les personnes vivant sous leur toit. La politique de vaccination obligatoire des travailleurs de la santé représente une autre raison fréquemment invoquée pour se faire vacciner, le maintien de leur

emploi étant l'une des raisons pour lesquelles ils ont décidé de se faire vacciner, 11% des travailleurs de la santé l'indiquant comme seule et unique raison.

Les résultats du volet qualitatif sur les facteurs de l'HV cadraient avec ceux du volet quantitatif. En effet, les travailleurs de la santé étaient en général très favorables aux vaccins. Cependant, les personnes réticentes à la vaccination, celles pour qui la vaccination n'a été motivée que par l'obligation vaccinale ainsi que celles non vaccinées ont eu tendance à mentionner des préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19; c'était particulièrement le cas parmi le personnel infirmier et les PP. Ces constats peuvent représenter des sujets de recherche ou d'analyse supplémentaires, ou encore simplement des éléments à considérer pour les futures interventions de santé publique.

1. Introduction

1.1. Contexte

Les campagnes de vaccination de masse ont considérablement réduit la charge de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans le monde entier. La pandémie de COVID-19 et le développement rapide de vaccins ont entraîné des défis considérables dans le déploiement et l'adoption des vaccins à l'avant-garde du discours public et scientifique. Malgré le développement de vaccins sécuritaires et hautement efficaces contre la COVID-19, il existe de nombreux obstacles à l'adoption des vaccins qui menacent la santé des Canadiens et des populations du monde entier.³⁻⁵

L'hésitation face à la vaccination (HV) a soulevé des préoccupations mondiales importantes et est devenue un problème de santé publique généralisé pour une immunisation réussie. L'HV fait référence au retard dans l'acceptation ou le refus d'un vaccin malgré la disponibilité et l'accessibilité des services de vaccination. Tout en reconnaissant le phénomène de l'HV, la confiance à l'égard des vaccins se définit comme la confiance en l'efficacité et l'innocuité des vaccins et dans le système de soins de santé qui les dispense. L'HV, en particulier, la sous-vaccination et le manque de confiance en la vaccination sont apparues comme des questions sociales et politiques polarisantes. Le phénomène général de l'HV par rapport à la COVID-19 est complexe et peut comprendre des éléments de résistance idéologique au vaccin ou des retards d'acceptation, et englobe un éventail d'obstacles sociaux et structurels, ainsi que des connaissances et des croyances, et des facteurs propres au vaccin. L'HV et l'acceptation du vaccin parmi la population en général et les travailleurs de la santé jouent un rôle important dans le contrôle réussi de la pandémie de COVID-19.^{1, 2, 5-14}

La vaccination des travailleurs de la santé contre la COVID-19 est une priorité de santé publique depuis le début du déploiement à la fin de 2020. Les travailleurs de la santé jouent un rôle essentiel non seulement dans la gestion clinique des patients, mais aussi dans la mise en œuvre de mesures adéquates de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins de santé et les communautés. Au Canada, avant la pandémie de COVID-19, 89,2 % des emplois de travailleurs de la santé impliquaient généralement un contact physique étroit ou très étroit avec d'autres. Les travailleurs de la santé en contact avec des patients atteints de COVID-19 sont plus à risque d'infection que la population générale. Atténuer et réduire ce risque est essentiel à la protection du bien-être des travailleurs de la santé et à la réduction de la propagation de la COVID-19. Le faible taux de vaccination parmi les travailleurs de la santé a également des répercussions sur le fonctionnement continu du système de soins de santé, où l'absentéisme et les pénuries de main-d'œuvre peuvent avoir des répercussions durables sur la société. Les travailleurs de la santé comprennent tout personnel d'un établissement de santé, y compris le personnel médical, ainsi que les postes de soutien et d'administration essentiels au fonctionnement de l'établissement et aux soins aux patients. En outre, les travailleurs de la santé, en particulier ceux qui vivent dans les communautés, demeurent les conseillers les plus fiables et les influenceurs les plus fiables des décisions de vaccination, et ils doivent être soutenus pour fournir des renseignements fiables et crédibles sur les vaccins. Les mesures de santé publique qui réduisent la probabilité que des travailleurs de la santé contractent la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses sont essentielles à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs et des patients et sont importantes pour assurer la qualité des soins et la disponibilité des services de santé dans les communautés.¹⁵⁻²⁰

Plusieurs questions essentielles demeurent sur les taux d'infection au SRAS-CoV-2, l'adoption de vaccins contre la COVID-19, la perception de l'efficacité des vaccins (EV) contre la COVID-19, l'acceptation et les facteurs de la prise de décision en matière de vaccin parmi différentes catégories de travailleurs de la santé, comme les professionnels de la santé (PS), les professionnels paramédicaux (PP) et les travailleurs auxiliaires de la santé (TAS) au Canada. Étant donné qu'il s'agit d'un groupe prioritaire pour la vaccination, l'évaluation de l'adoption et de la performance réelles des vaccins contre la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé est essentielle pour comprendre ces décisions attitudinales, ainsi que pour éliminer les obstacles à l'efficacité des campagnes de vaccination des travailleurs de la santé au Canada.

Les résultats de cette étude aideront à mieux comprendre les succès et les échecs du déploiement de la vaccination contre la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé et aideront les professionnels de la santé publique et les gouvernements à se préparer aux prochaines pandémies.

1.2. Objectifs de recherche

La recherche sur l'opinion publique comprenait deux volets, un sondage quantitatif et un sondage qualitatif menés simultanément entre le début de mai et la mi-août 2023 auprès des travailleurs de la santé canadiens.

Les objectifs du sondage quantitatif étaient les suivants :

- Mesurer les infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées et le statut vaccinal contre la COVID-19 parmi les PS, les PP et les TAS au Canada;
- Comprendre les perceptions des travailleurs de la santé quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19;
- Identifier les facteurs influençant la prise de décisions des travailleurs de la santé en matière de vaccination contre la COVID-19, y compris les facteurs favorisant l'hésitation et l'adoption;
- Évaluer l'attitude des travailleurs de la santé à l'égard de la politique de vaccination obligatoire contre la COVID-19 et d'autres mesures de santé publique;
- Identifier les sources d'information sur la COVID-19 pour les futures campagnes de communication.

La recherche qualitative a été conçue pour permettre une meilleure compréhension des éléments suivants parmi les travailleurs de la santé canadiens :

- Les impressions actuelles des travailleurs de la santé à l'égard de la pandémie de COVID-19;
- Les facteurs influençant l'adoption des vaccins contre la COVID-19;
- Les attitudes par rapport aux obligations de vaccination contre la COVID-19 pour les travailleurs de la santé;
- Les sources d'information et les messages liés à la COVID-19 pour les communications futures concernant les mesures de protection contre la COVID-19.

Cette conception de recherche multimodale, qui comporte un volet quantitatif et un volet qualitatif, a été entreprise pour atteindre les objectifs de recherche. Cette approche combinée s'est avérée rentable en termes de temps et de coûts.

1.3. Méthode quantitative

L'élément quantitatif de la recherche était un sondage en ligne intersectoriel qui a eu lieu entre le 8 mai et le 14 août 2023. Le sondage a été offert dans les deux langues officielles (c.-à-d. en anglais et en français) et hébergé sur une plateforme de sondage accessible et technologiquement agnostique.

Population cible

Les répondants étaient des travailleurs de la santé âgés d'au moins 18 ans résidant au Canada qui étaient admissibles à la vaccination contre la COVID-19, qui travaillaient au moins 20 heures par semaine et qui étaient exposés directement ou indirectement à des patients atteints de COVID-19 ou au public pendant notre période d'étude, de 2020 à 2023. Cela comprend ceux qui ont cessé de travailler pour diverses raisons liées ou non aux mesures de santé publique concernant la vaccination obligatoire au Canada.

Aux fins du présent sondage, on a défini un travailleur de la santé comme étant tout membre du personnel de l'établissement de soins de santé ou de la communauté qui a participé à la prestation de soins à un patient

atteint de COVID-19. Cela comprend les PS, les PP et les TAS qui étaient présents dans la même zone que le patient ainsi que ceux qui n'ont peut-être pas fourni de soins directs au patient.

Un établissement de soins de santé est l'endroit où un patient est traité pour la COVID-19, et peut comprendre des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des milieux de vie collectifs, ainsi que des bureaux de médecin généraliste et des cliniques communautaires de consultations externes pour la COVID-19.

Les travailleurs de la santé admissibles étaient divisés en trois catégories :

- **PS** : Cette catégorie comprenait les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes.
- **PP** : Cette catégorie comprenait des travailleurs de la santé spécialisés tels que les technologues de laboratoire médical, les technologues en radiation médicale, les paramédicaux, les techniciens en pharmacie, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les diététistes, les hygiénistes dentaires ou les assistants dentaires.
- **TAS** : Cette catégorie comprend le personnel administratif et le personnel de soutien des installations, comme les transporteurs de patients, les commis à l'admission ou à l'accueil, le personnel de restauration, le personnel de nettoyage ou de buanderie.

Instrument de sondage et mise à l'essai

L'instrument de sondage quantitatif a été créé en collaboration avec l'ASPC et Santé Canada et consistait en une série de questions fermées et ouvertes conçues pour répondre à tous les objectifs de recherche. Le sondage a été offert dans les deux langues officielles (c.-à-d. en anglais et en français) et hébergé sur une plateforme de sondage accessible et technologiquement agnostique. Le sondage a été mis à l'essai le 3 mai 2023, avec un total de 28 répondants (18 questionnaires remplis en anglais et 10 en français). Il a été lancé le 8 mai 2023 et promu pendant 14 semaines avant d'être clos le 14 août 2023.

De plus, le sondage quantitatif comprenait une question de relance permettant à toute personne d'être recrutée pour participer également à la composante qualitative de la recherche. L'instrument de sondage final répond aux normes du gouvernement fédéral en matière de recherche sur l'opinion publique et est inclus dans l'annexe. La durée moyenne du sondage était de 15 minutes.

Collecte de données

L'enquête quantitative a été diffusée en utilisant différentes approches pour atteindre les travailleurs de la santé visés et recueillir les points de vue du plus grand nombre possible de travailleurs de la santé :

- Un lien ouvert vers le sondage a été envoyé directement par courriel à des organismes de réglementation et des associations professionnelles partout au Canada¹ représentant des PS et des PP pour qu'ils puissent en faire la promotion ou l'envoyer par courriel à leurs membres;
- Un lien unique vers le sondage a été envoyé directement par courriel aux PS, aux PP et aux TAS identifiés par l'entremise de groupes spéciaux, comme des groupes issus de la population en général et des groupes reposant sur l'activité professionnelle, ou par leur participation aux séances qualitatives connexes;
- Le sondage a également été envoyé par courriel à un groupe non probabiliste de répondants en ligne pour communiquer avec ceux qui auraient quitté le secteur ou travaillé dans des emplois non déclarés dans les milieux inclus;

¹ Une liste complète des organisations participantes est fournie en annexe.

- Une méthode par effet de boule de neige a été utilisée, selon laquelle les répondants ont été encouragés à transmettre le lien du sondage à leurs pairs et à leurs collègues admissibles afin d'atteindre un plus large éventail de professionnels ayant des opinions différentes.

Bien que cette approche mixte ait permis d'atteindre une large section transversale de la population cible, les échantillons sont basés sur l'auto-sélection et non sur un échantillon probabiliste. Par conséquent, les résultats ne peuvent être extrapolés à la population réelle de travailleurs de la santé et aucune marge d'erreur d'échantillonnage ne peut être calculée. La possibilité de demander à des professionnels partageant les mêmes idées de remplir le sondage introduit un biais d'auto-sélection. Par conséquent, l'incidence des opinions et des attitudes parmi les répondants ne peut être considérée comme reflétant la population étudiée. Les pourcentages déclarés ne peuvent être généralisés à aucun groupe autre que l'échantillon étudié, et aucune conclusion statistique officielle ne peut être tirée entre les résultats de l'échantillon et la population cible plus large qu'il peut être censé refléter. Cette méthodologie ne permet pas non plus d'analyser les non-réponses. Toutefois, les répondants et les non-répondants peuvent différer. Les Normes pour la recherche sur l'opinion publique effectuée par le gouvernement du Canada – Sondages en ligne indiquent que les résultats des sondages en ligne non probabilistes ne devraient pas être généralisés à l'ensemble de la population cible. De plus, en raison des disparités dans la façon dont chaque type de travailleur de la santé reçoit de l'information et dans les cadres réglementaires et professionnels de vaccination pour différents types de travailleurs de la santé dans différentes régions du Canada, aucune comparaison statistique directe n'a été faite entre les professions dans différentes régions et aucune tentative n'est faite pour fournir une mesure « globale » pour les travailleurs de la santé au Canada. On trouvera en annexe de plus amples renseignements sur la façon d'interpréter les résultats du sondage en ligne et les limites de cette méthode. En dépit de ces limites, les données ont été des preuves utiles de la perception et de l'expérience des travailleurs de la santé qui ont participé au sondage.

Mesures incitatives

Seuls les répondants recrutés par l'entremise de groupes de recherche (<15 % des répondants) ont été rémunérés pour compléter le sondage. Les incitatifs étaient directement proportionnels à la durée du sondage et conformes aux incitatifs comparables offerts par d'autres sources de groupes spéciaux en ligne. On trouvera à l'annexe de plus amples détails sur les incitatifs offerts aux répondants quantitatifs.

Taille et pondération de l'échantillon

Aux fins de l'analyse, les données relatives aux travailleurs de la santé et aux PP ont été pondérées statistiquement par profession ou rôle et région pour correspondre aux proportions publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données pour les TAS ont été pondérées par région en fonction des données du recensement de la population générale.

Un total de 5 425 travailleurs de la santé (non pondérés) a participé au sondage quantitatif en ligne, dont certains répondants ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas déclaré leur âge ou leur province de résidence (n = 53). Les autres **N= 5 372** travailleurs de la santé admissibles (non pondérés) ont été classés en trois groupes principaux (non pondérés) : 2 278 PS, 2 278 PP et 807 TAS (tableau 1). La taille et les proportions des échantillons non pondérés et pondérés sont présentées ci-dessous et des renseignements détaillés sur la méthode de pondération sont fournis en annexe.

Tableau 1. Catégorie de travailleurs de la santé non pondérée et pondérée pour la composante qualitative en ligne

Taille de l'échantillon des travailleurs de la santé	Total	Professionnels de la santé (PS)		Professionnels paramédicaux (PP)		Travailleurs auxiliaires de la santé (TAS)	
	n	n	%	n	%	n	%
Sondage quantitatif							
Non pondéré	5 372	2 278	42,4	2 287	42,6	807	15,0
Pondéré	5 372	3 134	58,3	1 431	26,6	807	15,0

Analyse de données

Les analyses effectuées sont essentiellement descriptives. Elles fournissent un aperçu simple et complet des données recueillies pour le sondage quantitatif. Des tableaux de fréquence ont été utilisés pour les variables catégorielles, et des mesures de tendance centrale et de dispersion ont été utilisées pour les variables continues. Ces analyses comprenaient : les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents d'infection au SRAS-CoV-2 et de vaccination autodéclarés des travailleurs de la santé, les perceptions sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, les facteurs qui ont eu une incidence sur les décisions d'adoption du vaccin et les attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et des mesures de santé publique, et enfin les sources d'information sur la COVID-19 consultées par les travailleurs de la santé pour les communications futures liées à la vaccination. Sauf indication contraire, toutes les données et proportions présentées sont pondérées, et toutes les données présentées sous forme de tableau indiquent des pourcentages en colonnes. Le test du chi carré a été utilisé pour comparer les pourcentages et le test-t de Student pour comparer les moyennes. La signification statistique a été fixée à 5 % pour toutes les analyses, sur la base d'hypothèses alternatives. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM® SPSS® Statistics 28.0.1.1 pour Windows.

En raison des disparités dans la façon dont chaque type de travailleur de la santé fournit des vaccins et dans les cadres réglementaires et professionnels pour le faire pour différents types de travailleur de la santé dans différentes régions du Canada, aucune comparaison statistique directe n'est faite entre les professions et aucune tentative n'est faite pour fournir une mesure « globale » pour les travailleurs de la santé au Canada. Dans le cas des résultats quantitatifs présentés à la section 2, certains totaux de réponse n'atteignent pas 100 % en raison de l'arrondissement ou de réponses multiples. Les résultats nets cités dans le texte peuvent ne pas correspondre exactement aux résultats individuels présentés dans les tableaux en raison de l'arrondissement. Dans les cas où moins de 10 réponses sont fournies pour une question donnée au sein d'un groupe de travailleurs de la santé, les résultats sont supprimés pour protéger l'anonymat. Pour les questions ouvertes, lorsque les thèmes communs associés à l'option « Autre, veuillez préciser » représentaient plus de 1 % des réponses, de nouveaux codes ont été créés pour représenter ces thèmes. Ces codes ne figurent donc pas dans le questionnaire. Un ensemble détaillé de « tableaux de référence » est fourni séparément; il présente les résultats de toutes les questions par catégorie et sous-groupes de travailleurs de la santé. La question du sondage présentée sous chaque tableau sert à citer les tableaux. Une description détaillée de la méthodologie utilisée pour effectuer cette recherche est présentée en annexe.

1.4. Méthode qualitative

Conception, collecte de données et incitatifs

La conception de la recherche qualitative était d'envergure nationale et accessible en ligne dans les deux langues officielles, et elle a été réalisée en même temps que le sondage quantitatif en ligne entre le 2 mai et le 5 juin 2023. On a utilisé la même population cible de travailleurs de la santé (y compris les PS, les PP et les TAS) admissibles à la vaccination contre la COVID-19 au Canada et les mêmes critères d'inclusion. Des efforts ont été déployés pour inclure des groupes en quête d'équité, plus précisément des personnes racisées, des Autochtones, des femmes et des personnes handicapées.

Le guide de discussion qualitative a été créé en collaboration avec l'équipe de l'ASPC et de Santé Canada. Les questions visaient à mieux comprendre ce qui suit parmi les travailleurs de la santé canadiens : les impressions actuelles des travailleurs de la santé à l'égard de la pandémie de COVID-19, les facteurs qui influencent l'adoption des vaccins contre la COVID-19, les attitudes à l'égard des obligations de vaccination contre la COVID-19 des travailleurs de la santé, les sources d'information et les messages sur la COVID-19 pour les communications futures concernant les mesures de protection contre la COVID-19.

Le recrutement s'est fait par divers moyens, étant donné la complexité de l'échantillon requis pour cette recherche :

- Les PS et les PP ont été recrutés par l'entremise d'un groupe établi de travailleurs de la santé.
- Les TAS ont été recrutés à partir de groupes composés de la population générale.

Le nombre d'entrevues a été réparti uniformément entre les trois catégories de travailleurs de la santé. Des groupes de discussion ont été organisés en fonction des catégories de travailleurs de la santé, avec deux groupes pour les PS, un groupe comprenant des PP et un groupe comprenant des TAS. De plus, le sondage quantitatif comprenait une question de relance, permettant à toute personne non vaccinée d'être recrutée pour participer à des discussions en petits groupes ou à des entrevues.

Tous les fournisseurs de groupes de discussion respectent des lignes directrices rigoureuses et approuvées pour mener des études de marché. Les participants ont été recrutés conformément aux Normes pour la recherche sur l'opinion publique effectuée par le gouvernement du Canada – Recherche qualitative.

Le travail sur le terrain en ligne était nécessaire, étant donné la portée nationale de ce projet et l'importance d'obtenir des points de vue de participants divers et dispersés géographiquement. Les discussions ont été animées sur MS Teams et ont duré 60 minutes dans le cas des entrevues approfondies et 90 minutes dans le cas des groupes de discussion. Des dispositions ont été prises pour que les équipes de l'ASPC et de Santé Canada voient un sous-ensemble des séances. Pour les séances nécessitant le consentement des participants, les groupes de discussion ont été enregistrés et des transcriptions ont été faites.

Ipsos a offert des honoraires aux participants pour qu'ils assistent à des entrevues approfondies ou à des groupes de discussion afin d'encourager la participation et l'engagement. Les incitatifs différaient en fonction de la catégorie de travailleurs de la santé et de la participation à un groupe de discussion ou à une entrevue approfondie. La fourchette se situait entre 150 \$ et 600 \$. On trouvera de plus amples détails sur les incitatifs offerts aux participants à la recherche qualitative en annexe.

Analyse et échantillon

Les données ont été analysées selon une approche-cadre. Les principaux déterminants attitudinaux de la prise de décision en matière de vaccination contre la COVID-19 ont été identifiés parmi les différentes catégories de travailleurs de la santé en utilisant le cadre des facteurs attitudinaux et sociaux de la vaccination contre la COVID-19 de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour éclairer la conception et présenter les résultats.^{1,2}

Au total, **n = 33** travailleurs de la santé ont participé à la composante qualitative menée entre le 2 mai et le 5 juin 2023, qui comprenait dix-huit (n = 18) entrevues en profondeur et quatre (n = 4) groupes de discussion

en ligne comptant de quatre à huit participants selon la séance. Le nombre de participants est indiqué ci-dessous, et on trouvera une ventilation détaillée des profils des participants en annexe (tableau 2).

Tableau 2. Catégorie de travailleurs de la santé pour les entrevues qualitatives approfondies et les groupes de discussion

Travailleurs de la santé participants	Total	PS	PP	TAS
	n			
Composante qualitative				
Nombre total de participants	33	18	9	6
Participants aux entrevues approfondies	18	9	5	4
Participants aux groupes de discussion	15	9	4	2

Les constatations qualitatives de la section 3 ont pour but de révéler un éventail d'opinions et d'interprétations et ne devraient pas être extrapolées à l'ensemble de la population, car elles ne sont pas statistiquement extrapolables.

2. Résultats quantitatifs

Cette section présente les résultats de la composante quantitative en ligne de la recherche en abordant les infections au SRAS-CoV-2, le statut vaccinal, l'acceptation et l'hésitation quant aux vaccins, les attitudes à l'égard des mesures de santé publique et les sources d'information sur la COVID-19 utilisées par les participants au sondage.

Parmi les **5 372 travailleurs de la santé** (pondérés) répondants admissibles, **58,3 %** étaient des **PS**, **26,6 %** étaient des **PP** et **15 %** étaient des **TAS** (tableau 3). La majorité des répondants de chaque catégorie de travailleurs de la santé ont indiqué être des femmes (78 % des PS, 71 % des PP et 67 % des TAS). C'est notamment parmi les TAS que l'on avait la proportion la plus élevée de répondants masculins, avec 31 %, parmi les TAS. Dans tous les groupes de travailleurs de la santé, environ la moitié des répondants avaient entre 40 et 59 ans, et environ 40 % avaient entre 18 et 39 ans. Un faible pourcentage de personnes a déclaré avoir plus de 60 ans (15 % des PS, 11 % des PP et 12 % des TAS). Environ un tiers des PS (34 %) et des PP (32 %) se sont identifiés comme des personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC). La proportion de répondants qui étaient des PANDC était la plus élevée parmi les TAS (43 %). La plupart des répondants ont déclaré résider en Ontario ou au Québec, suivis de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest, de la Colombie-Britannique et du Yukon. Moins de répondants ont déclaré résider dans les provinces de l'Atlantique (8 % des PS, 7 % des PP et 7 % des TAS).

Tableau 3. Caractéristiques démographiques des participants, par catégorie de travailleurs de la santé

Caractéristiques des travailleurs de la santé	PS n= 3 134 (58,3 %)		PP n= 1 431 (26,6 %)		TAS n = 807 (15 %)	
	n	%	n	%	n	%
Sexe						
Masculin	616	19,7	390	27,3	250	31,0
Féminin	2 449	78,1	1 017	71	539	66,8
Autre	69	2,2	24	1,7	18	2,2
Groupe d'âge						
18-39	1 220	38,9	557	39,0	326	40,4

Caractéristiques des travailleurs de la santé	PS n= 3 134 (58,3 %)		PP n= 1 431 (26,6 %)		TAS n = 807 (15 %)	
	n	%	n	%	n	%
40-59	1 437	45,9	716	50	386	47,8
≥60	477	15,2	158	11	95	11,8
PANDC						
Oui	1 056	33,7	463	32,4	350	43,4
Non	1 954	62,3	899	62,8	406	50,3
Autre	124	4,0	69	4,8	51	6,3
Niveau d'études						
Au plus un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	27	0,9	52	3,6	142	17,6
Diplôme d'études collégiales, baccalauréat ou équivalent	2 124	67,8	985	68,8	526	65,2
Diplôme d'études supérieures au-delà du baccalauréat ou équivalent	970	30,9	380	26,6	125	15,5
Autre	13	0,4	14	1,0	14	1,7
Région						
Colombie-Britannique/Yukon	414	13,2	164	11,5	113	14,0
Alberta/Territoires du Nord-Ouest	381	12,2	229	16,0	89	11,0
Manitoba/Saskatchewan/Nunavut	241	7,7	116	8,1	56	6,9
Ontario	1 129	36,0	513	35,8	307	38,0
Québec	723	23,1	304	21,2	186	23,0
Terre-Neuve-et-Labrador/Île-du-Prince-Édouard/Nouvelle-Écosse/Nouveau-Brunswick	246	7,8	105	7,3	56	6,9
Zone résidentielle						
Urbaine	2 813	89,8	1 316	92,0	707	87,6
Rurale	270	8,6	99	6,9	76	9,4
Autres	51	2,0	16	1,0	24	3,0
Nombre de personnes dans le ménage						
1-2	1 053	33,6	424	29,6	285	35,3
3 ou plus	1 943	62,0	957	66,9	491	60,8
Inconnu	138	4,4	50	3,5	31	3,8
Problèmes de santé chroniques						
Oui	910	29,0	357	24,9	233	28,9
Non	2 224	71,0	1074	75,1	574	71,1

a1. Veuillez indiquer votre sexe assigné à la naissance. Veuillez sélectionner une seule réponse.

pS1. Quel âge avez-vous?

pS2. Seriez-vous alors disposé à me dire à quelle catégorie d'âge vous appartenez? Veuillez sélectionner une seule réponse.

a7. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez? Nous reconnaissons que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la manière dont vous vous décrieriez. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

a3. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre lieu de résidence?

a4. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint? a5. Entre 2020 et 2023, quel est le nombre maximal de personnes qui résident ou qui résidaient dans votre ménage, y compris vous-même?

pS3. Quelle est votre province ou quel est votre territoire de résidence? Veuillez sélectionner une seule réponse. a12. Avez-vous des problèmes de santé chroniques?

La répartition complète de ces catégories et sous-groupes de travailleurs de la santé est présentée ci-dessous (tableau 4).

Tableau 4. Répartition et sous-groupes des professionnels travailleurs de la santé

Travailleurs de la santé	Sous-groupes professionnels	
	n	%
PS (n = 3134)		
Infirmier auxiliaire autorisé	665	21,2
Infirmier praticien	31	1,0
Infirmier autorisé	1 528	48,8
Infirmier psychiatrique autorisé	31	1,0
Ergothérapeute	94	3,0
Pharmacien	218	7,0
Médecin généraliste ou de famille	218	7,0
Médecin spécialiste	218	7,0
Physiothérapeute	125	4,0
Autres PS	6	0,2
PP (n= 1431)		
Assistant dentaire	110	7,7
Hygiéniste dentaire	165	11,5
Dentiste	96	6,7
Diététiste	41	2,9
Technologue en immunologie clinique	110	7,7
Technologue en radiation médicale	138	9,6
Sage-femme	14	1,0
Optométriste	41	2,9
Paramédical	192	13,4
Technicien en pharmacie	55	3,8
Psychologue	96	6,7
Inhalothérapeute	69	4,8
Travailleur social	248	17,3
Autres PP	56	3,9
TAS (n= 807)		
Commis à l'admission ou à l'accueil	153	19,0
Personnel de restauration	39	4,8
Personnel de nettoyage ou de buanderie	33	4,1
Techniciens en soins de santé	76	9,4
Personnel d'entretien	44	5,5
Transporteur de patients	9	1,1
Préposé aux bénéficiaires	143	17,7
Étudiant	54	6,7
Autres TAS d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins de santé	256	31,7

QP6. À quel titre avez-vous travaillé dans l'industrie des « travailleurs de la santé » au Canada pendant la COVID-19 (de 2020 à 2023)?

2.1. Infection au SRAS-CoV-2 autodéclarée

Les infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées par les patients étaient les plus élevées parmi les PS, 76 % signalant ayant eu au moins une infection au SRAS-CoV-2 depuis janvier 2020, contre 71 % des PP et 58 % des TAS. Plus de la moitié de tous les PS et PP ont signalé une seule infection (64 % et 65 %, respectivement), un quart ont signalé deux infections (28 % et 26 %, respectivement) et moins d'un sur dix a signalé trois infections ou plus (8 % et 9 %, respectivement). Les TAS ont signalé moins d'infections, 33 % déclarant une infection, 19 % déclarant deux infections et 5 % déclarant trois infections ou plus (tableau 5).

Parmi les PS et les PP, les infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées étaient plus élevées **parmi les jeunes** répondants. Au total, 82 % des répondants âgés de moins de 40 ans ont signalé au moins une infection, comparativement à 73 % de ceux âgés de 40 à 59 ans et à 60 % de ceux âgés de 60 ans ou plus. On a observé une tendance similaire parmi les TAS, avec 43 % des personnes âgées de 60 ans et plus déclarant une infection, comparativement à 61 % parmi les personnes âgées de 40 à 59 ans et à 58 % parmi les personnes âgées de 18 à 39 ans. Dans l'ensemble du Canada, le nombre d'infections autodéclarées parmi les TAS était **le plus élevé au Québec** (72 %), suivi de l'Ontario (54 %), de la Colombie-Britannique et du Yukon (49 %), de l'Alberta et des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) (47 %). Parmi les travailleurs de la santé et les PP, le nombre d'infections autodéclarées était également le plus élevé au Québec (82 %).

Dans l'ensemble des **établissements de soins de santé**, les infections autodéclarées parmi les TAS étaient les plus élevées parmi ceux qui ont déclaré travailler en milieu hospitalier seulement (68 %). Parmi les PP et les TAS, les infections étaient les plus élevées parmi les personnes qui ont déclaré travailler différents milieux, y compris les hôpitaux (86 %).

La proportion d'infections autodéclarées ne variait pas de façon significative en fonction du **statut vaccinal**. Au total, 75 % des PS et des PP vaccinés ont signalé des infections au SRAS-CoV-2, comparativement à 74 % des PS et des PP non vaccinés. Une différence a été observée entre les TAS vaccinés (58 %) et les TAS non vaccinés (65 %), mais cette différence n'était pas significative sur le plan statistique.

Les PS et les PP étaient plus susceptibles de déclarer **avoir été gravement malades** à la suite de leur première infection que suite à des infections subséquentes. À la suite de la première infection, 21 % des PS et des PP ont déclaré avoir été gravement malades, sans toutefois nécessiter d'hospitalisation. Les cas de maladie grave étaient plus faibles après les deuxième et troisième infections (12 % et 10 %, respectivement), 1 % des personnes infectées pour la troisième fois déclarant avoir été gravement malades et avoir dû être hospitalisées.

À la suite de la première infection, 34 % des PP ont déclaré avoir été **gravement malades** sans que cela nécessite d'hospitalisation, et 1 % ont déclaré avoir été gravement malades et avoir dû être hospitalisés. Les cas de maladie grave sans hospitalisation étaient beaucoup plus faibles après une deuxième infection (26 %), 1 % ayant déclaré avoir été gravement malades, mais augmentaient progressivement après la troisième infection. À la suite d'une troisième infection, 30 % ont déclaré avoir été gravement malades sans avoir besoin d'être hospitalisés, 3 % ont déclaré avoir été gravement malades et avoir dû être hospitalisés, et 1 % ont déclaré qu'ils ont été très gravement malades ou que leur vie a été en danger.

En ce qui concerne les cas autodéclarés de COVID-19 de longue durée suspectés ou confirmés, 15 % des PS, 15 % des PP et 22 % des TAS ont déclaré qu'ils avaient ou pouvaient avoir eu la **COVID-19 de longue durée** dans le passé. Parmi les PS et les PP, les déclarations de COVID-19 de longue durée suspectés ou confirmés étaient quatre fois plus élevées parmi les répondants vaccinés (16 %) que parmi les répondants non vaccinés (4 %). La COVID-19 de longue durée était environ deux fois plus élevée parmi les répondants racisés (21 %) que parmi les répondants non racisés (12 %), et presque deux fois plus élevée parmi les personnes âgées de 18 à 39 ans (16 %) et de 40 à 59 ans (15 %) que parmi les adultes âgés de 60 ans et plus (9 %).

Dans l'ensemble, la proportion d'infections au SRAS-CoV-2 autodéclarées variait selon les sous-catégories de travailleurs de la santé. Les infections étaient les plus élevées parmi les personnes travaillant dans des établissements hospitaliers que dans des établissements non hospitaliers, et la première infection était plus grave que les infections subséquentes, peu importe le milieu de travail. De plus, les travailleurs de la santé plus jeunes ont signalé un nombre plus élevé d'infections au SRAS-CoV-2 que les travailleurs plus âgés.

Tableau 5. Infection au SRAS-CoV-2 autodéclarée et facteurs de risque connexes, par catégorie de travailleurs de la santé

Infections au SRAS-CoV-2 et facteurs de risque	PS n = 3 134		PP n = 1 431		TAS n = 807	
	n	%	n	%	n	%
Infection au SRAS-CoV-2 autodéclarée confirmée ou suspectée						
Oui	2 391	76,3	1 018	71,1	466	57,7
Non	646	20,6	333	23,3	290	35,9
Je ne sais pas où je préfère ne pas répondre.	97	3,1	80	5,6	51	6,3
Nombre d'infections antérieures au SRAS-CoV-2						
Une	2 006	64,0	930	65,0	266	33,0
Deux	878	28,0	372	26,0	153	19,0
Trois ou plus	251	8,0	129	9,0	40	5,0
Milieu de travail actuel						
Hôpital SEULEMENT	1 101	35,1	343	24,0	220	27,3
Milieu clinique SEULEMENT	245	7,8	410	28,7	98	12,1
Communauté SEULEMENT	487	15,5	222	15,5	112	13,9
Soins aux aînés SEULEMENT	343	10,9	20	1,4	96	11,9
Milieus multiples et autres	958	30,6	436	30,5	281	34,8
Contact direct avec les patients pendant la COVID-19						
Oui	3 035	96,8	1345	94	724	89,7
Non	99	3,2	86	6	83	10,3

b1 : Depuis janvier 2020, pensez-vous avoir contracté la COVID-19?

b3. Depuis janvier 2020, combien de fois avez-vous contracté ou pensez-vous avoir contracté la COVID-19?

ps9. Entre 2020 et 2023, avec quels groupes de patients avez-vous eu des contacts réguliers en personne? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

ps10. Quel énoncé décrit le mieux votre milieu de travail actuel? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

2.2. Antécédents de vaccination contre la COVID-19 autodéclarée

Cette section traite du statut de vaccination contre la COVID-19 indiqué par les répondants au sondage, y compris le nombre de doses reçues, le moment de la vaccination et les produits vaccinaux reçus.

Statut vaccinal contre la COVID-19

La plupart des PS (89 %), des PP (90 %) et des TAS (87 %) ont déclaré avoir reçu au moins une série primaire de vaccins contre la COVID-19 entre 2020 et 2023 (tableau 6). Pour chaque catégorie de travailleurs de la santé, 8 % ont déclaré ne pas être vaccinés et 1 % ont déclaré être partiellement vaccinés. Environ un quart des répondants de chaque catégorie de travailleurs de la santé ont déclaré avoir reçu une seule dose de rappel au moment du sondage. La plupart des répondants au sondage ont déclaré avoir reçu deux doses de rappel (49 % des PS, 45 % des PP et 41 % des TAS).

Tableau 6. Statut de vaccination contre la COVID-19 autodéclaré, par catégorie de travailleurs de la santé

Statut vaccinal contre la COVID-19	PS n = 3 134		PP n = 1 431		TAS n = 807	
	n	%	n	%	n	%
Statut vaccinal général contre la COVID-19						
Non vacciné : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19	254	8,1	114	8,0	63	7,8
Partiellement vacciné	27	0,9	11	0,8	11	1,4
Série primaire terminée : a reçu la deuxième dose d'une série de deux doses : deux doses au total	473	15,1	253	17,7	171	21,2
Série primaire terminée et une dose supplémentaire ou premier rappel : trois doses au total	769	24,5	385	26,9	199	24,7
Série primaire terminée et deux doses supplémentaires ou deuxième rappel : quatre doses au total ou plus	1 542	49,2	639	44,7	333	41,3
Au moins une série primaire de vaccins contre la COVID-19						
Total	2 784	88,8	1277	89,2	703	87,1

QP11. Quel est votre statut vaccinal actuel contre la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

Note : Non vacciné : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19; partiellement vacciné : a reçu la première dose de vaccin d'une série de deux doses; première série : a reçu une série de vaccins à une dose (Janssen (Johnson & Johnson)) ou une deuxième dose d'une série de deux doses; une dose de rappel : une série primaire de vaccins reçue et une dose supplémentaire/première dose de rappel; deux doses de rappel : une série primaire de vaccins reçue et deux doses supplémentaires/deuxième dose de rappel.

Statut de vaccination contre la COVID-19 parmi les PS

Dans l'ensemble, la plupart des PS ont reçu deux doses de rappel (49 %), une dose de rappel (25 %) ou une série primaire (15 %) (tableau 7). Dans chaque profession, les infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmiers psychiatriques autorisés, les infirmiers praticiens et les ergothérapeutes comptaient la plus forte proportion de répondants non vaccinés. Parmi les médecins généralistes ou de famille et les médecins spécialistes, 78 % et 73 % ont respectivement déclaré être vaccinés avec une deuxième dose de rappel.

Tableau 7. Statut de vaccination contre la COVID-19 autodéclaré, par sous-groupe de PS

Sous-groupes de PS	Base totale	Non vacciné		Partiellement vacciné		Série primaire		Une dose de rappel		Deux doses de rappel	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Médecin généraliste ou de famille	218	18	8,3	0	0,0	13	6	18	8,3	170	78
Médecin spécialiste	218	0	0,0	3	1,4	27	12,4	30	13,8	159	72,9
Infirmier auxiliaire autorisé	655	82	12,5	0	0,0	136	20,8	237	36,2	180	27,5
Infirmier praticien	31	4	12,9	1	3,2	2	6,5	6	19,4	18	58,1
Infirmier autorisé	1528	116	7,6	20	1,3	214	14	371	24,3	771	50,5
Infirmier psychiatrique autorisé	31	4	12,9	1	3,2	9	29,0	8	25,8	9	29,0
Ergothérapeute	94	9	9,6	0	0,0	30	31,9	38	40,4	16	17,0
Pharmacien	218	12	5,5	0	0,0	28	12,8	37	17	139	63,8
Physiothérapeute	125	9	7,2	3	2,4	12	9,6	21	16,8	68	54,4
TOTAL	3 134	254	8,1	27	0,9	473	15,1	769	24,5	1 542	49,2

QP11. Quel est votre statut vaccinal actuel contre la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

Note : Non vacciné : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19; partiellement vacciné : a reçu la première dose de vaccin d'une série de deux doses; première série : a reçu une série de vaccins à une dose (Janssen (Johnson & Johnson)) ou une deuxième dose d'une série de deux doses; une dose de rappel : une série primaire de vaccins reçue et une dose supplémentaire/première dose de rappel; deux doses de rappel : une série primaire de vaccins reçue et deux doses supplémentaires/deuxième dose de rappel.

Note : Ce tableau présente des pourcentages de rangées.

Statut de vaccination contre la COVID-19 parmi les PP

Parmi les PP répondants, 45 % avaient reçu deux doses de rappel, 27 % avaient reçu une dose de rappel et 18 % avaient reçu une série primaire au moment du sondage. On a observé certaines différences de statut vaccinal entre les sous-catégories des PP. Au total, 20 % des diététiciens, 15 % des techniciens en pharmacie, 15 % des assistants dentaires, 13 % des hygiénistes dentaires et 9 % des dentistes ont déclaré ne pas avoir été vaccinés. En revanche, 61 % des psychologues, 61 % des inhalothérapeutes, 61 % des diététistes, 57 % des optométristes et 56 % des technologues de laboratoire médical ont terminé leur série primaire et reçu deux doses de rappel.

Tableau 8. Statut de vaccination contre la COVID-19 autodéclaré, par sous-groupe de PP

Sous-groupes de PP	Base totale	Non vacciné		Partiellement vacciné		Série primaire		Une dose de rappel		Deux doses de rappel	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Assistant dentaire	110	17	15,5	17	15,5	31	28,2	33	30,0	27	24,5
Hygiéniste dentaire	165	21	12,7	21	12,7	32	19,4	53	32,1	51	30,9
Dentiste	96	9	9,4	9	9,4	16	16,7	24	25,0	44	45,8
Diététiste	41	8	19,5	8	19,5	0	0,0	7	17,1	25	61,0
Technologue en immunologie clinique	110	3	2,7	3	2,7	16	14,5	28	25,5	62	56,4
Technologue en radiation médicale	138	14	10,1	14	10,1	12	8,7	50	36,2	58	42,0
Sage-femme	14	0	0,0	0	0,0	4	28,6	1	7,1	6	42,9
Optométriste	41	0	0,0	0	0,0	5	12,2	11	26,8	23	56,1
Paramédical	192	5	2,6	5	2,6	32	16,7	67	34,9	86	44,8
Technicien en pharmacie	55	8	14,5	8	14,5	11	20,0	16	29,1	16	29,1
Psychologue	96	6	6,3	6	6,3	10	10,4	16	16,7	58	60,4
Thérapeute respiratoire	69	2	2,9	2	2,9	5	7,2	17	24,6	42	60,9
Travailleur social	248	14	5,6	14	5,6	70	28,2	48	19,4	114	46,0
Autres professionnels paramédicaux	56	6	10,7	6	10,7	8	14,3	15	26,8	27	48,2
TOTAL	1 431	114	8,0	11	0,8	253	17,7	385	26,9	639	44,7

QP11. Quel est votre statut vaccinal actuel contre la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

Note : Non vacciné : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19; partiellement vacciné : a reçu la première dose de vaccin d'une série de deux doses; première série : a reçu une série de vaccins à une dose (Janssen (Johnson & Johnson)) ou une deuxième dose d'une série de deux doses; une dose de rappel : une série primaire de vaccins reçue et une dose supplémentaire/première dose de rappel; deux doses de rappel : une série primaire de vaccins reçue et deux doses supplémentaires/deuxième dose de rappel.

Note : Ce tableau présente des pourcentages de rangées.

Statut de vaccination contre la COVID-19 parmi les TAS

Le tableau 9 indique le statut vaccinal des TAS interrogés par profession. Dans l'ensemble, 41 % ont reçu deux doses de rappel, 25 % ont reçu une dose de rappel, 21 % ont reçu une série primaire et 8 % n'ont pas été vaccinés. Le personnel d'entretien, les techniciens en soins de santé et le personnel de nettoyage ou de buanderie étaient les plus nombreux à ne pas avoir été vaccinés.

Tableau 9. Statut de vaccination contre la COVID-19 autodéclaré, par sous-groupe de TAS

Sous-groupes de TAS	Base totale	Non vacciné		Partiellement vacciné		Séries primaires		Une dose de rappel		Deux doses de rappel	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Commis à l'admission ou à l'accueil	153	13	8,5	2	1,3	31	20,3	52	34,0	54	35,3
Personnel de restauration	39	3	7,7	1	2,6	16	41,0	4	10,3	16	41,0
Personnel de nettoyage ou de buanderie	33	4	12,1	1	3,0	12	36,4	7	21,2	8	24,2
Personnel de cliniques COVID-19	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0
Techniciens en soins de santé	76	11	14,5	0	0,0	13	17,1	14	18,4	36	47,4
Personnel d'entretien	44	7	15,9	3	6,8	12	27,3	8	18,2	11	25
Autres employés d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins de santé*	236	12	5,1	1	0,4	30	12,7	54	22,9	139	58,9
Transporteur de patients	9	0	0,0	0	0,0	2	22,2	3	33,3	4	44,4
Préposé aux bénéficiaires	143	11	7,7	0	0,0	42	29,4	38	26,6	49	34,3
Étudiant	54	1	1,9	2	3,7	14	25,9	17	31,5	18	33,3
TOTAL	807	63	7,8	11	1,4	170	21,1	199	24,7	333	41,3

* Autres employés d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins de santé (p. ex. soutien aux établissements ou personnel administratif)

ps11. Quel est votre statut vaccinal actuel contre la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

Note : Non vacciné : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19; partiellement vacciné : a reçu la première dose de vaccin d'une série de deux doses; première série : a reçu une série de vaccins à une dose (Janssen (Johnson & Johnson)) ou une deuxième dose d'une série de deux doses; une dose de rappel : une série primaire de vaccins reçue et une dose supplémentaire/première dose de rappel; deux doses de rappel : une série primaire de vaccins reçue et deux doses supplémentaires/deuxième dose de rappel.

Note : Ce tableau présente des pourcentages de rangées.

Milieu de travail

Il y a eu une variation notable dans les antécédents de vaccination entre les répondants employés dans différents milieux de travail. Par exemple, les PS et les PP qui travaillaient exclusivement dans une clinique (à l'extérieur d'un hôpital) étaient deux fois plus susceptibles de déclarer ne pas être vaccinés que les PS et les PP qui travaillaient uniquement dans un hôpital (14 % contre 7 %) et trois fois plus susceptibles de déclarer ne pas être vaccinés que ceux qui travaillaient dans un hôpital ainsi que dans d'autres établissements (13 % contre 4 %). Parmi les TAS, les taux de vaccination ne variaient pas selon le milieu de travail. Toutefois, les TAS qui travaillaient exclusivement dans un milieu hospitalier étaient plus susceptibles d'avoir reçu quatre doses ou plus (51 %) comparativement aux personnes qui travaillaient dans une clinique seulement (34 %), dans la communauté seulement (37 %) ou dans un établissement de soins pour aînés seulement (27 %).

Caractéristiques démographiques

Les PS et les PP qui travaillaient dans les centres urbains ont déclaré le pourcentage le plus élevé de personnes ayant reçu au total quatre doses ou plus. Parmi les PS et les PP vivant dans une région de 1 000 000 habitants ou plus, 75 % ont déclaré avoir reçu quatre doses ou plus, comparativement à 49 % dans les régions de 100 000 à moins de 1 000 000 habitants, 42 % dans les régions dont la population est comprise entre 1 000 et 100 000 habitants et 33 % dans les régions de moins de 1 000 habitants.

Parmi les TAS, les taux de vaccination étaient les plus faibles chez les répondants du centre du Canada (somme du Manitoba, de la Saskatchewan et du Nunavut). Dans le centre du Canada, 16 % des répondants ont déclaré ne pas être vaccinés, ce qui représente le double du taux de travailleurs non vaccinés au Québec (8 %), ainsi qu'en Colombie-Britannique (Colombie-Britannique) et au Yukon (8 %).

Il n'y avait pas de différences significatives en matière de vaccination en fonction de l'âge. Toutefois, les travailleurs de la santé et les PP de 60 ans ou plus étaient plus susceptibles d'avoir reçu quatre doses ou plus que les personnes âgées de 40 à 59 ans (69 % contre 48 %) et celles âgées de 18 à 39 ans (69 % contre 40 %). Les répondants âgés de 18 à 39 ans étaient plus susceptibles d'avoir reçu deux doses que les personnes âgées de 40 à 59 ans (20 % par rapport à 14 %) et celles âgées de plus de 60 ans (20 % par rapport à 5 %). Parmi les TAS, les personnes de 60 ans ou plus étaient plus susceptibles d'avoir reçu quatre doses ou plus que les personnes âgées de 40 à 59 ans (63 % par rapport à 43 %) et celles âgées de 18 à 39 ans (63 % par rapport à 33 %).

Il y avait des tendances notables dans la vaccination en fonction de l'ethnie et de la race. Par exemple, un plus grand pourcentage des TAS racisés a déclaré avoir terminé une série primaire, mais n'avoir pas reçu de dose de rappel, comparé aux TAS non racisés (28 % par rapport à 16 %). Les TAS racisés étaient également moins susceptibles de déclarer avoir reçu une deuxième dose de rappel comparativement aux TAS non racisés (36 % par rapport à 48 %).

Moment de la vaccination contre la COVID-19

La plupart des PS (86 %) et des PP (84 %) qui ont déclaré avoir été vaccinés contre la COVID-19 ont reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021, dont 93 % des médecins et 84 % du personnel infirmier. Environ les deux tiers des travailleurs de la santé vaccinés (69 %) et des PP (61 %) ont déclaré avoir reçu leur deuxième dose avant le 31 juillet 2021 (78 % des médecins et 66 % du personnel infirmier), comparativement à 49 % des TAS. La plupart des répondants qui ont reçu trois doses ou plus ont reçu leur troisième dose entre le 15 décembre 2021 et le 30 juin 2022 (46 % des PS, 50 % des PP et 46 % des TAS).

Des différences ont été observées entre les sous-groupes quant au moment de la vaccination. Par exemple, les PS et les PP non racisés étaient plus susceptibles d'avoir reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021, comparativement aux PS et aux PP racisés (88 % par rapport à 82 %). Les PS et les PP âgés de 60 ans et plus (94 %) étaient les plus susceptibles de déclarer avoir reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021, comparativement aux personnes âgées de 40 à 59 ans (87 %) et de 18 à 39 ans (80 %).

Parmi les TAS, 78 % ont reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021. Les travailleurs racisés ont déclaré avoir reçu leur première dose plus tard que les travailleurs non racisés, et moins de travailleurs racisés (73 %) que de travailleurs non racisés (83 %) ont reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021.

Vaccins contre la COVID-19

Le vaccin monovalent Pfizer-BioNTech (Comirnaty) était le produit vaccinal le plus courant administré aux travailleurs de la santé. Les trois quarts (74 %) des PS et 67 % des PP ont reçu le vaccin monovalent Pfizer-BioNTech pour leur première dose. Les TAS étaient moins susceptibles de recevoir le vaccin monovalent Pfizer-BioNTech pour leur première dose (58 %). Les TAS étaient plus susceptibles (8 %) de déclarer avoir reçu AstraZeneca (Vaxzervria) par rapport aux PS (3 %) et aux PP (4 %).

Des différences ont été observées entre les sous-groupes pour les vaccins. Par exemple, les PS et les PP non racisés étaient plus susceptibles d'avoir reçu le vaccin monovalent Pfizer-BioNTech pour leur première dose (75 %), comparativement aux PS et aux PP racisés (68 %). On a observé une tendance similaire parmi les TAS, 65 % des TAS non racisés ayant reçu le vaccin monovalent Pfizer-BioNTech pour leur première dose, comparativement à 51 % des TAS racisés.

La vaccination contre la COVID-19 autodéclarée variait en fonction de la catégorie de travailleurs de la santé. Les données indiquent qu'une proportion plus faible du personnel infirmier a été vaccinée comparativement aux médecins, et qu'une proportion plus faible de personnes qui travaillaient à l'extérieur d'un établissement hospitalier ont été vaccinées comparativement à ceux qui travaillaient dans un hôpital.

2.3. Acceptation du vaccin contre la COVID-19

La présente section examine les facteurs qui influencent la prise de décision en matière de vaccination parmi les travailleurs de la santé. Il couvre les raisons – données par les répondants – pour lesquelles certains travailleurs de la santé ont décidé de se faire vacciner, et d'autres ont décidé de ne pas être vaccinés. De plus, il examine si et comment l'obligation de vaccination contre la COVID-19 a influencé les décisions des travailleurs de la santé de se faire vacciner ou non.

Raisons de la vaccination

Les travailleurs de la santé, les PP et les TAS ont fourni plusieurs raisons pour lesquelles ils se sont vaccinés. Comme l'indique le tableau 10, la raison la plus courante de se vacciner était de se protéger ou de protéger sa famille ou les personnes vivant dans son foyer contre la COVID-19 (69 % des travailleurs de la santé, 66 % des PP et 53 % des TAS). Parmi les autres raisons courantes de la vaccination, on peut citer : le désir de respecter les recommandations des responsables de la santé publique (58 % des travailleurs de la santé ou des PP et 48 % des TAS), la volonté d'empêcher la propagation de la COVID-19 dans la communauté (58 % des travailleurs de la santé ou des PP et 47 % des TAS) et la participation directe à la lutte contre la pandémie dans un milieu de soins de santé (54 % travailleurs de la santé ou des PP et 39 % des TAS).

L'obligation vaccinale a eu une incidence considérable sur les décisions des répondants de se faire vacciner. Les obligations de vaccination étaient l'une des raisons les plus souvent mentionnées de se faire vacciner, 53 % des travailleurs de la santé, 46 % des PP et 47 % des TAS indiquant que le maintien de leur emploi était l'une des raisons pour lesquelles ils ont décidé de se faire vacciner. Certains répondants ont indiqué que l'obligation vaccinale était la seule raison de se vacciner, 11 % des travailleurs de la santé, des PP et des TAS combinés ayant déclaré que la vaccination était nécessaire pour conserver leur emploi. Parmi les travailleurs de la santé qui ont choisi cette raison comme seule raison de se vacciner, le personnel infirmier représentait un pourcentage disproportionnellement élevé (80 %).

On estime que, sans l'obligation vaccinale, jusqu'à un tiers (32 %) des travailleurs de la santé et des PP et 45 % des TAS sondés n'auraient peut-être pas choisi de se faire vacciner².

Tableau 10. Raisons de vaccination contre la COVID-19 autodéclarées, par catégorie de travailleurs de la santé

Raisons d'obtenir la vaccination	PS (n = 2 810)	PP (n = 1 288)	TAS (n = 714)
Pour me protéger ou protéger les membres de ma famille ou de mon foyer de l'infection au SARS-CoV-2	69 %	66 %	53 %
À la lumière des recommandations de santé publique	61 %	54 %	48 %
Pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans ma communauté	59 %	57 %	47 %
Parce que je suis directement impliqué dans la lutte contre la pandémie dans un établissement de soins de santé	59 %	43 %	39 %
C'était nécessaire pour maintenir ou continuer mon emploi	53 %	46 %	47 %
Pour réduire la pression sur le système de santé	49 %	47 %	36 %
Le vaccin contre la COVID-19 était disponible et offert	47 %	47 %	36 %
La vaccination contre la COVID-19 a été recommandée par un professionnel de la santé	26 %	28 %	24 %
Aux fins de voyage	20 %	22 %	19 %
Les membres de ma famille, des collègues ou des amis m'ont encouragé directement ou indirectement à me faire vacciner	16 %	19 %	18 %
Je risque de subir des conséquences plus graves de l'infection au SARS-CoV-2 en raison d'un problème de santé ou d'un handicap	13 %	12 %	14 %
En raison du type de travail que j'ai*	1 %	1 %	0 %
Pour avoir accès à des environnements qui exigent le vaccin*	0 %	1 %	1 %
Autres	0 %	1 %	1 %

c1. Pour quelles raisons vous êtes-vous fait vacciner contre la COVID-19? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

* Ces réponses n'ont pas été proposées aux répondants dans le questionnaire et ont été créées pour refléter des thèmes communs ressortant des commentaires entrés dans la case de texte libre « Autres, veuillez préciser ».

Parmi les répondants à l'enquête, les travailleurs de la santé et les PP au Québec étaient moins susceptibles de déclarer que les obligations de vaccination ont contribué à leur décision de se faire vacciner que dans d'autres régions (33 % contre 67 % au Canada atlantique, 59 % en Ontario, 57 % en Colombie-Britannique et au Yukon, 49 % en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest et 40 % au Manitoba, en Saskatchewan et au Nunavut). De même, les obligations de vaccination comme facteur de prise de décision ont été rapportées moins fréquemment par les travailleurs de la santé et les PP sondés qui ont répondu au sondage en français (34 %) que ceux qui ont répondu au sondage en anglais (55 %). Il y a aussi des différences notables entre les sexes dans la façon dont les obligations de vaccination ont influencé les décisions des TAS de se faire vacciner. Par exemple, parmi les TAS, les femmes étaient plus susceptibles de déclarer les obligations vaccinales comme une raison de se faire vacciner que les hommes (51 % des femmes contre 38 % des hommes).

² Le maximum de la portée et de la fréquence totales sans duplication excluant « C'était nécessaire pour maintenir ou continuer mon emploi » est de 67,7 %.

Raison de ne pas se faire vacciner

La plupart des travailleurs de la santé non vaccinés ont refusé de se faire vacciner contre la COVID-19. Dans l'ensemble, 30 % des PS et des PP non vaccinés ont déclaré avoir quitté le secteur et ne plus travailler comme travailleurs de la santé. En outre, moins de TAS non vaccinés ont déclaré avoir quitté le secteur de la santé comparativement aux personnes vaccinées (23 % contre 14 %, respectivement).

Comme le montre le tableau 11, les résultats du sondage indiquent que les raisons principales de ne pas se faire vacciner étaient les préoccupations concernant l'innocuité des vaccins à base d'acide ribonucléique messager (ARNm) contre la COVID-19 ou les préoccupations concernant les effets secondaires à long terme des vaccins. Ces préoccupations quant à l'innocuité ont été signalées plus fréquemment parmi les PS que parmi les PP, 85 % des PS ayant exprimé des préoccupations au sujet de l'innocuité des vaccins à ARNm contre la COVID-19, comparativement à 67 % des PP. Au total, 87 % des PS se sont dit préoccupés par les effets secondaires à long terme des vaccins contre la COVID-19, comparativement à 71 % des PP. Les PP ont également cité ces préoccupations en matière d'innocuité comme principales raisons de ne pas se vacciner. Parmi les PP, 79 % se sont dit préoccupés par les effets secondaires à long terme des vaccins contre la COVID-19 et 75 % ont mentionné l'innocuité des vaccins à ARNm contre la COVID-19.

L'obligation de vaccination pour les travailleurs de la santé a également joué un rôle dans le choix de certains travailleurs de la santé de ne pas se faire vacciner. Parmi les répondants non vaccinés, 72 % ont déclaré ne pas s'être vaccinés en partie parce qu'ils ont refusé d'être forcés à se faire vacciner (72 % de PS, 71 % des PP et 72 % des TAS). Toutefois, seulement 2 % des PS et des PP et 2 % des TAS ont indiqué que l'obligation vaccinale était la seule raison de choisir de ne pas se vacciner.

Plus du tiers (38 %) des PS et des PP et 20 % des TAS ont choisi de ne pas se vacciner en partie ou uniquement pour des raisons religieuses ou spirituelles. Certains répondants non vaccinés ont mentionné des préoccupations au sujet de la stigmatisation, du racisme ou de la discrimination de la part du système de soins de santé (23 % des PS et des PP et 18 % des TAS). Soixante-quatre pour cent des PS non vaccinés ont indiqué que leur manque de confiance envers les systèmes de réglementation et d'information du Canada en matière d'immunisation (p. ex. Santé Canada, ASPC, Comité consultatif national de l'immunisation [CCNI]) a influé sur leur décision de ne pas se faire vacciner (56 % des PP et 52 % des TAS).

Tableau 11. Raisons autodéclarées de ne pas se vacciner contre la COVID-19, par catégorie de travailleur de santé

Raisons de ne pas se vacciner	PS (n = 254)	PP (n = 114)	TAS (n = 63)
Préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité			
J'ai des inquiétudes quant aux effets secondaires à long terme des vaccins contre la COVID-19.	87 %	71 %	75 %
J'ai des inquiétudes quant à la sécurité des vaccins à ARNm contre la COVID-19.	85 %	67 %	79 %
J'ai des inquiétudes quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19.	79 %	71 %	70 %
Je refuse de me faire imposer des vaccins ou que ceux-ci soient obligatoires.	72 %	71 %	72 %
J'ai des inquiétudes quant aux effets secondaires à court terme des vaccins contre la COVID-19.	65 %	50 %	53 %
J'ai déjà eu la COVID-19, donc je n'ai pas besoin de vaccin.	39 %	28 %	15 %
Je crains que la vaccination affecte ma fertilité.	18 %	18 %	12 %
Je suis enceinte ou je prévois tomber enceinte ou allaiter et je crains les effets pour mon bébé.	20 %	7 %	3 %
Perception des risques liés à la COVID-19			

Raisons de ne pas se vacciner	PS (n = 254)	PP (n = 114)	TAS (n = 63)
L'impact de l'infection à la COVID-19 est grandement exagéré.	52 %	42 %	44 %
Je ne pense pas être à risque de contracter la COVID-19 ou de subir des effets graves dus à une infection à la COVID-19.	44 %	34 %	31 %
Sources d'information			
Je n'ai pas entièrement confiance en le système de réglementation et d'information canadien en ce qui a trait à l'immunisation (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation).	64 %	56 %	52 %
J'ai entendu ou lu des avis négatifs sur les vaccins à ARNm contre la COVID-19 dans les médias (p. ex. réseaux sociaux, blogues, forums).	10 %	17 %	14 %
J'aimerais discuter davantage des vaccins contre la COVID-19 avec mon fournisseur de soins de santé.	8 %	3 %	7 %
Je ne savais pas où trouver des informations fiables et de qualité sur les vaccins à ARNm contre la COVID-19.	4 %	7 %	8 %
Les personnes qui ne croyaient pas en la vaccination contre la COVID-19 ont mentionné des raisons qui me semblaient logiques.	13 %	18 %	20 %
Technologie vaccinale			
Je ne pense pas que les vaccins à ARNm contre la COVID-19 (Pfizer-BioNTech ou Moderna) soient utiles.	35 %	40 %	41 %
Je ne fais pas confiance aux personnes qui ont développé les vaccins à ARNm contre la COVID-19.	34 %	41 %	48 %
Raisons historiques et culturelles			
Je ne me suis pas fait vacciner pour des motifs religieux ou spirituels.	45 %	23 %	20 %
J'ai des inquiétudes quant à la stigmatisation, au racisme ou à la discrimination de la part du système de soins de santé.	28 %	11 %	18 %
Autres			
J'ai des inquiétudes quant à la fréquence des injections et aux calendriers de vaccination.	53 %	42 %	39 %
J'ai eu une mauvaise expérience ou réaction à une vaccination précédente (p. ex. effets indésirables graves à la suite d'un vaccin).	18 %	12 %	15 %
Je n'aime pas les aiguilles ou injections.	0 %	3 %	6 %

c4. Pour quelles raisons n'avez-vous pas été vacciné contre COVID-19? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent. Mentions de moins de 5 % non affichées.

En conclusion, les raisons les plus courantes pour lesquelles les répondants se sont fait vacciner contre la COVID-19 étaient de se protéger et de protéger leur famille ou les membres de leur ménage contre la COVID-19, et parce que la vaccination était recommandée par les responsables de la santé publique. L'obligation vaccinale pour les travailleurs de la santé a été un facteur important et omniprésent qui a motivé les travailleurs de la santé à se faire vacciner. Les raisons communes pour lesquelles les travailleurs de la santé ont choisi de ne pas se vacciner comprenaient des préoccupations au sujet de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 et, plus précisément, le risque perçu d'effets secondaires après la vaccination. Les résultats du sondage ont également indiqué que certains travailleurs de la santé ont rejeté l'obligation de vaccination, ce qui a contribué à leur décision de ne pas se vacciner. Toutefois, ce rejet de l'obligation n'était pas la seule raison pour laquelle des personnes refusaient la vaccination.

2.4. Hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19

Cette section traite de l'HV par rapport à la COVID-19 parmi les répondants au sondage et des divers facteurs qui ont contribué à leur hésitation, dans le but de comprendre les attitudes qui influencent cette HV au sein de la population des travailleurs de la santé. Des recommandations sont également formulées à l'intention des décideurs et des communicateurs en santé qui peuvent être utilisés pour réduire l'hésitation et promouvoir l'adoption des vaccins contre la COVID-19.

Comme le montre le tableau 12, les travailleurs de la santé ont fait état de divers degrés d'hésitation quant à la décision de se faire vacciner contre la COVID-19. Les TAS ont signalé des niveaux d'hésitation plus élevés que les PS et les PP. Quarante-cinq pour cent des TAS ont déclaré être très ou plutôt hésitants, comparativement à 37 % des PP et à 35 % des PS.

Tableau 12. Niveau autodéclaré d'HV par rapport à la COVID-19, par catégorie de travailleurs de la santé

Niveau d'HV	PS (n = 3 134)	PP (n = 1 431)	TAS (n = 807)
Très hésitant	20 %	19 %	20 %
Plutôt hésitant	15 %	18 %	25 %
Pas très hésitant	16 %	16 %	16 %
Pas du tout hésitant	48 %	46 %	37 %
Je ne sais pas	0 %	1 %	1 %
Je préfère ne pas répondre	1 %	1 %	1 %

c7. Dans quelle mesure avez-vous hésité à vous faire vacciner contre la COVID-19? Dans le cadre de cette enquête, le fait d'être hésitant fait référence à un retard ou à une réticence dans votre décision de vous faire vacciner ou de ne pas vous faire vacciner dès que le vaccin a été disponible et qu'il a été pratique pour vous de le recevoir.

Les médecins ont signalé des niveaux d'hésitation plus faibles que les autres travailleurs de la santé, 31 % signalant avoir un certain niveau d'hésitation comparativement à 56 % du personnel infirmier. Le personnel infirmier était presque deux fois plus susceptible de déclarer être très hésitant à se faire vacciner que les médecins (22 % du personnel infirmier comparativement à 12 % des médecins).

L'HV a été exprimée à des degrés divers parmi les répondants qui ont décidé de se faire vacciner, avec 49 % des PS et des PP combinées et 59 % des TAS déclarant un certain degré d'hésitation dans leur décision de se faire vacciner. Comme l'indique le tableau 13, les PS qui avaient reçu une série primaire de vaccins au moment du sondage ont indiqué un degré d'hésitation supérieur à celui des personnes qui avaient reçu des doses de rappel (56 % très hésitants comparativement à 14 % parmi ceux qui avaient reçu une dose de rappel et 1 % parmi ceux qui avaient reçu deux doses de rappel).

Les répondants qui n'ont pas été vaccinés ont indiqué qu'ils hésitaient dans leur décision de ne pas se faire vacciner, les PS et les PP non vaccinés étant plus susceptibles de dire qu'ils hésitaient beaucoup à prendre leur décision. Comme le montre le tableau 13, 72 % des PS non vaccinés ont déclaré être très hésitants dans leur décision de ne pas se vacciner. Seulement 15 % des PS non vaccinés ont déclaré ne pas hésiter dans leur décision de ne pas se vacciner. Parmi les PS qui ont reçu une série primaire, 56 % ont déclaré être très hésitants dans leur décision de se faire vacciner. Aucun des PS non vaccinés n'a prévu de se faire vacciner à l'avenir.

Tableau 13. Niveau d’HV autodéclaré par rapport à la COVID-19 parmi les PS, par statut de vaccination autodéclaré

Niveau d’HV	Non vacciné (n = 254)	Partiellement vacciné (n = 27)	Série primaire (n = 473)	Une dose de rappel (n = 769)	Deux doses de rappel (n = 1 542)
Pas du tout hésitant	15 %	0 %	7 %	38 %	74 %
Pas très hésitant	1 %	0 %	12 %	20 %	19 %
Plutôt hésitant	8 %	25 %	25 %	28 %	6 %
Très hésitant	72 %	74 %	56 %	14 %	1 %

c7. Dans quelle mesure avez-vous hésité à vous faire vacciner contre la COVID-19? Dans le cadre de cette enquête, le fait d’être hésitant fait référence à un retard ou à une réticence dans votre décision de vous faire vacciner ou de ne pas vous faire vacciner dès que le vaccin a été disponible et qu’il a été pratique pour vous de le recevoir. Le pourcentage de réponses « Je ne sais pas » et « Je préfère ne pas répondre » n’est pas affiché dans le tableau.

On a observé la même tendance parmi les PP (tableau 14). Parmi les PP non vaccinés, 75 % ont déclaré être très hésitants dans leur décision et 11 % des PP n’ont indiqué aucune hésitation dans leur décision de ne pas se faire vacciner. Fait notable, un peu moins de la moitié (47 %) des personnes qui avaient reçu une série primaire au moment du sondage ont déclaré être très hésitantes dans leur décision. Parmi les PP non vaccinés, 5 % ont indiqué qu’ils prévoyaient se faire vacciner à l’avenir.

Tableau 14. Niveau d’HV autodéclaré par rapport à la COVID-19 parmi les PP, par statut de vaccination autodéclaré

Niveau d’HV	Non vacciné (n = 114)	Partiellement vacciné (n = 11)	Série primaire (n = 253)	Une dose de rappel (n = 385)	Deux doses de rappel (n = 639)
Pas du tout hésitant	11 %	0 %	17 %	37 %	72 %
Pas très hésitant	2 %	2 %	8 %	25 %	17 %
Plutôt hésitant	11 %	49 %	28 %	31 %	8 %
Très hésitant	75 %	39 %	47 %	6 %	2 %

c7. Dans quelle mesure avez-vous hésité à vous faire vacciner contre la COVID-19? Dans le cadre de cette enquête, le fait d’être hésitant fait référence à un retard ou à une réticence dans votre décision de vous faire vacciner ou de ne pas vous faire vacciner dès que le vaccin a été disponible et qu’il a été pratique pour vous de le recevoir. Le pourcentage de réponses « Je ne sais pas » et « Je préfère ne pas répondre » n’est pas affiché dans le tableau.

On a observé une tendance semblable parmi les TAS (tableau 15). Parmi les TAS non vaccinés, 67 % ont déclaré être très hésitants dans leur décision à propos de la vaccination, et 22 % ont indiqué n’avoir aucune hésitation dans leur décision. Parmi les TAS qui ont reçu une série primaire, 30 % ont déclaré être très hésitants dans leur décision de se faire vacciner. Aucun des TAS non vaccinés n’a indiqué qu’il prévoyait se faire vacciner à l’avenir.

Tableau 15. Niveau d’HV autodéclaré par rapport à la COVID-19 parmi les TAS, par statut de vaccination autodéclaré

Niveau d’HV	Non vacciné (n = 63)	Partiellement vacciné (n = 11)	Série primaire (n = 171)	Une dose de rappel (n = 199)	Deux doses de rappel (n = 333)
Pas du tout hésitant	22 %	19 %	15 %	29 %	59 %
Pas très hésitant	7 %	2 %	16 %	17 %	18 %
Plutôt hésitant	2 %	10 %	37 %	40 %	17 %
Très hésitant	67 %	58 %	30 %	12 %	6 %

c7. Dans quelle mesure avez-vous hésité à vous faire vacciner contre la COVID-19? Dans le cadre de cette enquête, le fait d’être hésitant fait référence à un retard ou à une réticence dans votre décision de vous faire vacciner ou de ne pas vous faire vacciner dès que le vaccin a été disponible et qu’il a été pratique pour vous de le recevoir. Le pourcentage de réponses « Je ne sais pas » et « Je préfère ne pas répondre » n’est pas affiché dans le tableau.

Les répondants qui ont déclaré avoir hésité à se faire vacciner ont aussi déclaré avoir reçu leur première vaccination plus tard que les répondants non hésitants. Comme le montre le tableau 16, 95 % des PS et des PP qui ont déclaré ne pas hésiter du tout ont reçu leur première dose de vaccin avant le 31 juillet 2021. Pour les répondants qui n’étaient pas très hésitants, 81 % ont déclaré avoir reçu leur première dose avant le 31 juillet 2021. Soixante-dix pour cent des TAS et 85 % des PS et des PP qui ont déclaré être plutôt hésitants ont reçu leur premier vaccin avant le 31 juillet 2021. Parmi les TAS qui ont déclaré ne pas du tout hésiter, 90 % ont reçu leur premier vaccin avant le 31 juillet 2021 (tableau 17). Seulement 56 % des TAS qui ont déclaré être très hésitants ont reçu leur premier vaccin avant le 31 juillet 2021.

Tableau 16. Moment autodéclaré de vaccination contre la COVID-19 parmi les PS et les PP, par niveau d’HV autodéclaré

Moment de la vaccination	Très hésitant (n = 578)	Plutôt hésitant (n = 671)	Pas très hésitant (n = 728)	Pas du tout hésitant (n = 2 105)
Première dose avant le 31 juillet 2021	56 %	85 %	81 %	95 %
Deuxième dose avant le 31 juillet 2021	39 %	60 %	62 %	77 %

B11-B11a. [première/deuxième] Veuillez indiquer la période de votre premier vaccin contre la COVID-19.

Tableau 17. Moment autodéclaré de vaccination contre la COVID-19 parmi les TAS, par niveau d’HV autodéclaré

Moment de la vaccination	Très hésitant (n = 100)	Plutôt hésitant (n = 199)	Pas très hésitant (n = 121)	Pas du tout hésitant (n = 283)
Première dose avant le 31 juillet 2021	57 %	70 %	81 %	90 %
Deuxième dose avant le 31 juillet 2021	33 %	42 %	56 %	58 %

B11-B11a. [première/deuxième] Veuillez indiquer la période de votre premier vaccin contre la COVID-19.

Attitudes par rapport à l'efficacité et à l'innocuité du vaccin contre la COVID-19

Les préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 étaient l'un des principaux facteurs influant sur l'HV. Les travailleurs de la santé étaient très favorables aux vaccins en général, 89 % des PS (93 % des médecins et 88 % du personnel infirmier) et 89 % des PP estimant que les vaccins en général sont sûrs et efficaces. Toutefois, les perceptions de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 étaient nettement plus faibles, particulièrement parmi le personnel infirmier et les PP. Seulement 66 % du personnel infirmier et 68 % des PP convenaient que les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces, comparativement à 82 % des médecins.

Il y avait, dans les attitudes des travailleurs de la santé au sujet de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, une différence notable entre ceux qui hésitaient et ceux qui n'hésitaient pas à se faire vacciner. Comme le montre le tableau 18, 29 % des PS et des PP qui ont déclaré être hésitants étaient d'accord (fortement ou plutôt) avec l'énoncé « Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces », et une plus grande proportion de personnes non hésitantes étaient d'accord avec cet énoncé (91 %). On a observé une tendance similaire parmi les TAS : 36 % des personnes hésitantes étaient d'accord pour dire que « Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces » et 80 % des personnes qui ont déclaré ne pas hésiter à se faire vacciner étaient d'accord avec cet énoncé.

Les travailleurs de la santé qui s'inquiétaient de l'innocuité des vaccins étaient souvent particulièrement préoccupés par les effets secondaires à long terme de la vaccination contre la COVID-19. Parmi les PS et les PP qui se sont dit hésitants, 28 % étaient d'accord avec l'énoncé « Les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'effets secondaires »; 92 % des PS et des PP non hésitants étaient d'accord avec cet énoncé. Les répondants qui n'étaient pas d'accord pour dire que la vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'être infecté ont également exprimé cette préoccupation. Un tiers (33 %) des PS et des PP hésitants à se vacciner et 45 % des TAS sont d'accord avec l'énoncé « La vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'en être infecté(e) ». Un tiers (33 %) des PS et des PP hésitants à se vacciner et 44 % des TAS sont d'accord avec l'énoncé « Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19 ».

De plus, les préoccupations des travailleurs de la santé liées à l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ne provenaient pas de préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins en général, mais étaient propres au vaccin contre la COVID-19. Comme le montre le tableau 18, 77 % des PS et des PP hésitants sont d'accord avec la déclaration « Je crois que dans le système d'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces ».

Sources d'information liée à la COVID-19

Les travailleurs de la santé hésitants ont indiqué avoir accès à suffisamment de renseignements fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée sur la vaccination. Au total, 69 % des PS et des PP, et 67 % des TAS hésitants étaient d'accord avec la déclaration « J'ai accès à suffisamment d'informations fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée ». Les PS et les PP qui ont déclaré hésiter à se faire vacciner étaient tout aussi susceptibles de consulter la documentation scientifique, comme les études publiées ou préimprimées, pour obtenir de l'information sur la COVID-19 que ceux qui n'hésitaient pas (66 % respectivement pour chaque groupe), mais moins susceptibles de consulter des sources d'experts comme le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis ou le CCNI au Canada. La moitié (50 %) des PS et des PP hésitants ont indiqué qu'ils consulteraient des sources d'experts, comparativement à 77 % des personnes qui n'hésitaient pas. On a observé la même tendance parmi les TAS : 51 % de ceux qui se sont dit hésitants ont indiqué qu'ils consulteraient des publications scientifiques pour obtenir de l'information, comparativement à 50 % des non hésitants. La proportion de TAS ayant indiqué

qu'ils consulteraient des sources d'experts comme le CDC ou le CCNI était plus faible parmi les hésitants (46 %) que parmi les non hésitants (68 %).

On ignore si les renseignements relatifs à la COVID-19 fournis par le gouvernement fédéral ont motivé les répondants hésitants à se faire vacciner. Environ un PS et un PP hésitant sur quatre (27 %), et un TAS hésitant sur trois (34 %) étaient d'accord avec l'énoncé « J'ai confiance dans l'information du gouvernement fédéral sur les vaccins contre la COVID-19 ». De plus, 66 % des PS et des PP hésitants et 60 % des TAS hésitants étaient d'accord avec l'énoncé « Je n'ai pas confiance dans le système de réglementation canadien en matière de vaccination (p. ex. Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national sur l'immunisation) ».

Tableau 18. Attitudes autodéclarées à l'égard des mesures de santé publique relatives à la COVID-19, par catégorie de travailleurs de la santé et niveau d'HV autodéclaré par rapport à la COVID-19

Attitudes à l'égard des mesures de santé publique relatives à la COVID-19	% d'accord (fortement et plutôt)			
	PS/PP		TAS	
	Très ou plutôt hésitant (n = 1 624)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 2 894)	Très ou plutôt hésitant (n = 363)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 423)
Préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins				
Je crois en l'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces.	77 %	96 %	68 %	89 %
Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces.	29 %	91 %	36 %	80 %
Les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'effets secondaires.	28 %	92 %	37 %	83 %
Je ne peux pas contracter la COVID-19 par le vaccin.	61 %	87 %	45 %	72 %
Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les membres de ma famille.	34 %	88 %	43 %	81 %
La vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'en être infecté(e).	33 %	89 %	45 %	81 %
Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19.	33 %	88 %	44 %	83 %
Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les patients.	34 %	86 %	43 %	82 %
Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) contre la COVID-19 si je l'ai déjà contracté.	60 %	13 %	50 %	19 %
Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes enceintes ou qui souhaitent concevoir des enfants à l'avenir.	21 %	74 %	22 %	59 %
Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 ne modifient pas mon ADN.	46 %	87 %	42 %	73 %

Attitudes à l'égard des mesures de santé publique relatives à la COVID-19	% d'accord (fortement et plutôt)			
	PS/PP		TAS	
	Très ou plutôt hésitant (n = 1 624)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 2 894)	Très ou plutôt hésitant (n = 363)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 423)
Il est important d'administrer des doses supplémentaires ou de rappel (plus qu'une série primaire complète d'une ou deux doses) pour continuer à se protéger contre le virus.	22 %	82 %	36 %	76 %
Perception des risques liés à la COVID-19				
Le risque que la COVID-19 engendre des effets graves sur ma santé est faible.	71 %	63 %	62 %	57 %
Prise de décision relative aux vaccins				
La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non.	66 %	18 %	59 %	29 %
Des raisons spirituelles ou éthiques ont joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non.	38 %	25 %	37 %	24 %
Attitudes à l'égard des mesures de santé publique				
Je suis toutes les mesures de santé publique qui sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. distanciation physique, port du masque, etc.).	65 %	89 %	72 %	88 %
Les mesures de santé publique sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. distanciation physique, port du masque, etc.).	57 %	91 %	62 %	87 %
Les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19.	27 %	86 %	44 %	88 %
La vaccination contre la COVID-19 devrait être une exigence en milieu scolaire et dans tout milieu accueillant un grand groupe d'enfants (p. ex., garderie, sites sportifs).	19 %	74 %	31 %	74 %
Sources d'information				
J'ai accès à suffisamment d'informations fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée.	69 %	94 %	67 %	88 %
J'ai confiance en l'information fournie par le gouvernement fédéral en lien avec les vaccins contre la COVID-19.	27 %	85 %	34 %	80 %

Attitudes à l'égard des mesures de santé publique relatives à la COVID-19	% d'accord (fortement et plutôt)			
	PS/PP		TAS	
	Très ou plutôt hésitant (n = 1 624)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 2 894)	Très ou plutôt hésitant (n = 363)	Pas très ou pas du tout hésitant (n = 423)
Je n'ai pas entièrement confiance en le système de réglementation canadien en ce qui a trait à l'immunisation.	66 %	17 %	60 %	24 %
Mes proches pensent qu'il est important que je me fasse vacciner contre la COVID-19.	41 %	82 %	51 %	78 %
Autres				
Les employés de mon établissement de soins de santé sont encouragés à retourner à la maison s'ils présentent des symptômes respiratoires au travail.	73 %	84 %	75 %	81 %
Je contracte la grippe et d'autres virus respiratoires plus facilement que les autres personnes de mon âge.	11 %	22 %	22 %	28 %

c14 Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les déclarations suivantes.

Les résultats du sondage montrent que l'hésitation peut être liée à un manque de confiance dans l'information du gouvernement ou dans les sources expertes. À cette fin, une analyse de corrélation a été effectuée afin d'évaluer la résistance de divers facteurs associés à l'HV, tels qu'ils ont été mesurés dans le sondage. Le facteur le plus important d'HV par rapport à la COVID-19 parmi les répondants était la mesure dans laquelle ils reconnaissaient que les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces (coefficient de -0,744 parmi les répondants PS et PP). En général, plus les répondants étaient d'avis que les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces, moins ils étaient susceptibles d'hésiter quant à leur décision concernant la vaccination.

Compte tenu des préoccupations relatives à l'innocuité, le degré auquel les répondants ont reconnu que les avantages de la vaccination l'emportent sur leur perception du risque était également fortement corrélé avec l'HV (coefficient de -0,743 parmi les répondants PS ou PP). Cette association peut indiquer que l'éducation des professionnels de la santé sur l'innocuité des vaccins peut réduire l'hésitation et constituer l'information qui serait considérée comme étant la plus fiable de la part du gouvernement et des sources d'experts. Pour ce qui est de la démonstration de preuves ou de messages convaincants sur l'innocuité, on a également trouvé une forte corrélation avec l'énoncé « Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes qui sont enceintes ou qui souhaitent concevoir des enfants à l'avenir » (coefficient de -0,711 parmi les répondants PS et PP). La majorité (86 %) des PS et des PP qui ont convenu que les vaccins sont sans danger pour les personnes enceintes ont également déclaré ne pas hésiter à se faire vacciner. Cette association peut indiquer que la présentation de preuves supplémentaires de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 pour la fertilité et la grossesse peut réduire l'hésitation parmi certains travailleurs de la santé.

Des associations ont également été observées pour « La vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre le COVID-19 que d'en être infecté(e) » (coefficient de -0,699 parmi les répondants PS ou PP) et « Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19 » (coefficient de -0,667 parmi les répondants PS ou PP) dans la réduction de l'HV par rapport à la COVID-19. Les résultats de corrélation sont similaires pour les TAS et sont disponibles séparément.

Groupes attitudinaux liés à la COVID-19

Les résultats de l'enquête ont révélé des niveaux d'HV par rapport à la COVID-19 classés en cinq groupes attitudinaux.

- **Les personnes confiantes à l'égard des vaccins** (1 464 PS, 640 PP, 283 TAS) ont été identifiées d'après le fait qu'elles ont reçu leur série primaire de vaccins sans hésitation en répondant « pas du tout hésitant » sur l'échelle de Likert sur l'HV par rapport à la COVID-19.
- **Les partisans de la vaccination** (505 PS, 223 PP, 121 TAS) ont été identifiés d'après le fait qu'ils ont répondu « pas très hésitant » à recevoir leur série primaire de vaccins sur l'échelle de Likert sur l'HV par rapport à la COVID-19.
- **Les personnes qui hésitent à se vacciner** (187 PS, 123 TAS, 85 PP) ont été identifiées d'après le fait qu'elles ont répondu « très hésitant » ou « plutôt hésitant » à recevoir leur série primaire de vaccins sur l'échelle de Likert sur l'HV par rapport à la COVID-19 et qu'elles ont répondu « plutôt en désaccord » ou « fortement en désaccord » à l'énoncé « La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non ».
- **Les personnes qui se sont vaccinées dans le cadre de l'obligation vaccinale** (650 PS, 283 TAS, 200 PP) sont celles qui ont répondu « très hésitant » ou « plutôt hésitant » à recevoir leur série primaire de vaccins sur l'échelle de Likert sur l'HV par rapport à la COVID-19 et ont répondu « fortement en accord » ou « plutôt en accord » à l'énoncé « La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non ».
- **Les non-vaccinés** (254 PS, 114 PP, 63 TAS) ont déclaré ne pas avoir reçu de vaccin contre la COVID-19, bien qu'ils soient admissibles à la vaccination.

Comme l'indique le tableau 19, les personnes confiantes à l'égard de la vaccination étaient vaccinées et n'hésitaient pas du tout dans leur décision de vaccination; elles constituaient le plus grand groupe (47 % des PS, 45 % des PP et 35 % des TAS). Plus précisément, 69 % des médecins et 43 % du personnel infirmier faisaient partie de ce groupe attitudinal. Les partisans de la vaccination ont été vaccinés et ont eu un faible degré d'hésitation. Au total, 16 % des PS, 16 % des PP et 15 % des TAS ont été classés comme des partisans de la vaccination.

Les répondants qui ont été vaccinés, mais qui hésitaient quant à leur décision (très ou plutôt hésitants) représentaient 27 % des PS, 29 % des PP et 36 % des TAS. Parmi ces répondants, certains ont pris la décision de se faire vacciner sans être influencés par les obligations de vaccination. Ces personnes qui hésitaient à se vacciner et qui n'ont pas été influencées par l'obligation vaccinale ont été définies comme des personnes hésitant à se vacciner, et elles représentaient 6 % des PS, 9 % des PP et 11 % des TAS.

Un autre groupe de travailleurs de la santé était motivé, au moins en partie, par les obligations de vaccination et la perte potentielle d'emploi s'ils ne se faisaient pas vacciner. Ces répondants étaient classés comme des vaccinés dans le cadre de l'obligation vaccinale et représentaient 21 % des PS (23 % du personnel infirmier, 10 % des médecins), 20 % des PP et 25 % des TAS.

Pour chaque catégorie de travailleurs de la santé, 8 % des répondants ont déclaré ne pas être vaccinés, même s'ils étaient admissibles à la vaccination. Il n'y a pas de différences significatives dans le nombre de personnes non vaccinées entre les PS, les PP et les TAS.

Tableau 19. Cinq groupes attitudinaux représentant l’HV autodéclarée par rapport à la COVID-19, par catégorie de travailleurs de la santé

Groupes attitudinaux	PS (n = 3 134)	PP (n = 1 431)	TAS (n = 807)
Personnes faisant confiance au vaccin	47 %	45 %	35 %
Partisans de la vaccination	16 %	16 %	15 %
Personnes hésitant à se vacciner	6 %	9 %	11 %
Vaccinés dans le cadre de l'obligation vaccinale	21 %	20 %	25 %
Non-vaccinés	8 %	8 %	8 %

Les tableaux 19 et 20 ci-dessous montrent la variation des attitudes à l’égard des vaccins contre la COVID-19 dans les cinq groupes attitudinaux distincts entre les PS et les PP, dont les résultats sont abordés dans les sections suivantes.

La plupart des personnes des quatre groupes attitudinaux vaccinés étaient d’accord avec l’énoncé « Je crois en l’immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces ». Les différences d’attitudes entre ces groupes étaient généralement propres aux vaccins contre la COVID-19, et non aux vaccins en général. Toutefois, les opinions du groupe non vacciné sur l’innocuité des vaccins en général étaient mitigées. Cinquante-quatre pour cent des PS et des PP non vaccinés étaient d’accord avec l’énoncé « Je crois en l’immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces ».

Tableau 20. Préoccupations autodéclarées au sujet du vaccin contre la COVID-19 parmi les PS et les PP, par groupe attitudinal

Préoccupations concernant la COVID-19	% d'accord (fortement ou plutôt)					
	Total (n = 4 565)	Personnes faisant confiance au vaccin (n = 2 105)	Partisans de la vaccination (n = 728)	Personnes hésitant à se faire vacciner (n = 310)	Vaccinés dans le cadre de l'obligation vaccinale (n = 932)	Non-vaccinés (n = 368)
L’infection au SARS-CoV-2 peut causer de graves problèmes de santé.	84 %	96 %	96 %	85 %	69 %	40 %
Les travailleurs de la santé sont plus à risque de contracter la COVID-19 que le grand public.	70 %	83 %	79 %	70 %	58 %	18 %
Je suis plus susceptible de contracter la COVID-19 si je ne me fais pas vacciner.	48 %	68 %	52 %	34 %	21 %	14 %
Je suis à risque personnel accru d’infection au SARS-CoV-2 à l’avenir.	45 %	55 %	48 %	38 %	35 %	12 %
L’idée de contracter la COVID-19 me fait peur.	42 %	55 %	51 %	33 %	26 %	5 %

c13. Veuillez indiquer votre niveau d’accord avec les énoncés suivants au sujet de la COVID-19.

Tableau 21. Opinions autodéclarées au sujet du vaccin contre la COVID-19 parmi les PS et les PP, par groupe attitudinal

Opinions sur la COVID-19	% d'accord (fortement ou plutôt)					
	Total (n = 4 565)	Personnes faisant confiance au vaccin (n = 2 105)	Partisans de la vaccination (n = 728)	Personnes hésitant à se faire vacciner (n = 310)	Vaccinés dans le cadre de l'obligation (n = 932)	Non vaccinés (n = 368)
Préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins						
Je crois en l'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces.	89 %	98 %	95 %	89 %	81 %	54 %
Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces.	68 %	97 %	83 %	62 %	28 %	3 %
Les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'effets secondaires.	69 %	97 %	85 %	62 %	27 %	3 %
Je ne peux pas contracter la COVID-19 par le vaccin.	77 %	91 %	80 %	76 %	59 %	48 %
Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les membres de ma famille.	68 %	93 %	80 %	67 %	37 %	2 %
La vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'en être infecté(e).	68 %	93 %	83 %	67 %	33 %	3 %
Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19.	67 %	92 %	81 %	65 %	33 %	4 %
Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les patients.	67 %	91 %	79 %	63 %	37 %	0 %
Je n'ai pas besoin d'être vacciné contre la COVID-19 si je l'ai déjà contracté.	30 %	9 %	19 %	33 %	58 %	85 %
Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes enceintes ou qui souhaitent concevoir des enfants à l'avenir.	55 %	81 %	60 %	45 %	21 %	2 %
Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 ne modifient pas mon ADN.	72 %	91 %	80 %	71 %	52 %	13 %
Il est important d'administrer des doses supplémentaires ou de rappel (plus qu'une série primaire complète d'une ou deux doses) pour continuer à se protéger contre la COVID-19.	60 %	89 %	67 %	43 %	22 %	4 %
Perceptions du risque lié à la COVID-19						
Le risque que la COVID-19 engendre des effets graves sur ma santé est faible.	66 %	63 %	61 %	64 %	69 %	86 %
Prise de décision relative aux vaccins						
La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non.	35 %	13 %	30 %	0 %	100 %	36 %
Des raisons spirituelles ou éthiques ont joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non.	30 %	25 %	24 %	23 %	31 %	70 %
Attitudes à l'égard des mesures de santé publique						

Opinions sur la COVID-19	% d'accord (fortement ou plutôt)					
	Total (n = 4 565)	Personnes faisant confiance au vaccin (n = 2 105)	Partisans de la vaccination (n = 728)	Personnes hésitant à se faire vacciner (n = 310)	Vaccinés dans le cadre de l'obligation (n = 932)	Non vaccinés (n = 368)
Je suis toutes les mesures de santé publique qui sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. distanciation physique, port du masque, etc.).	80 %	92 %	87 %	81 %	73 %	30 %
Les mesures de santé publique sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. distanciation physique, port du masque, etc.).	78 %	94 %	87 %	85 %	63 %	21 %
Les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19.	65 %	92 %	75 %	60 %	27 %	2 %
La vaccination contre la COVID-19 devrait être une exigence en milieu scolaire et dans tout milieu accueillant un grand groupe d'enfants (p. ex., garderie, sites sportifs).	54 %	81 %	60 %	37 %	20 %	2 %
Sources d'information						
J'ai accès à suffisamment d'informations fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée.	84 %	97 %	87 %	79 %	64 %	72 %
J'ai confiance en l'information fournie par le gouvernement fédéral en lien avec les vaccins contre la COVID-19.	64 %	92 %	71 %	55 %	26 %	4 %
Je n'ai pas confiance en le système de réglementation canadien en ce qui a trait à l'immunisation.	35 %	12 %	25 %	39 %	67 %	85 %
Autres						
Les employés de mon établissement de soins de santé sont encouragés à retourner à la maison s'ils présentent des symptômes respiratoires au travail.	80 %	86 %	79 %	81 %	75 %	62 %
Je contracte la grippe et d'autres virus respiratoires plus facilement que d'autres personnes de mon âge.	18 %	21 %	24 %	13 %	15 %	2 %

c14. Veuillez indiquer votre niveau d'accord avec les énoncés suivants au sujet de la COVID-19.

La description des groupes attitudinaux présentés ci-dessous met l'accent sur la population des PS et des PP. Les différences entre les groupes attitudinaux entre parmi les PS et les PP mentionnées correspondent généralement aux différences observées entre les groupes attitudinaux parmi les TAS. Les données sur les TAS sont présentées séparément.

Personnes confiantes à l'égard des vaccins

Les personnes confiantes à l'égard de la vaccination ont été définies par leur absence d'hésitation à se faire vacciner. De plus, ce groupe est généralement celui qui a reçu le plus de doses de rappel. Soixante-quatorze pour cent des PS et des PP du groupe des personnes confiantes à l'égard des vaccins ont reçu un total de quatre doses, comparativement à 55 % des répondants classés comme « Partisans du vaccin ».

Comme l'indique le tableau 21, 83 % des répondants étaient également d'accord avec l'énoncé « Les travailleurs de la santé sont plus à risque de contracter la COVID-19 que le grand public ». Toutefois, les préoccupations au sujet du risque personnel de contracter la COVID-19 variaient parmi les répondants de ce groupe. Par exemple, un peu plus de la moitié des personnes confiantes à l'égard de la vaccination (55 %) étaient d'accord avec l'énoncé « Je suis personnellement à risque élevé d'avoir une infection au SRAS-CoV-2 à l'avenir ». Bien que tous ne s'entendent pas sur l'augmentation du risque personnel, ce pourcentage reste nettement supérieur à celui des autres groupes attitudinaux (38 % des hésitants vaccinaux, 35 % des vaccinés dans le cadre de l'obligation et 12 % des non-vaccinés). Les membres de ce groupe étaient les plus susceptibles d'indiquer qu'ils souffraient d'un problème de santé chronique (34 %), comparativement à 27 % des partisans de la vaccination, 25 % des personnes hésitantes à se faire vacciner, 20 % des vaccinés dans le cadre de l'obligation et 19 % des personnes non vaccinées.

Comme l'indique le tableau 21, le groupe des personnes qui font confiance au vaccin a signalé le plus haut niveau d'accord dans bon nombre des énoncés attitudinaux à l'égard du vaccin. Ce groupe était le plus susceptible de convenir que les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces et que la COVID-19 pourrait entraîner de graves problèmes de santé. Au total, 96 % des PS et des PP qui faisaient partie de ce groupe ont convenu que « l'infection au SRAS-CoV-2 peut causer de graves problèmes de santé ». De plus, les personnes qui avaient confiance dans le vaccin étaient aussi plus susceptibles d'être d'accord avec l'énoncé « J'ai confiance dans l'information du gouvernement fédéral sur les vaccins contre la COVID-19 ». Ce groupe était également favorable à l'obligation de vacciner les travailleurs de la santé, et 92 % des personnes ayant confiance dans les vaccins étaient d'accord avec l'affirmation selon laquelle « les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19 ».

Partisans de la vaccination

Le groupe attitudinal des partisans de la vaccination était semblable à celui des personnes qui font confiance au vaccin, la différence étant leur légère hésitation dans la décision de se faire vacciner contre la COVID-19. Les partisans de la vaccination ont indiqué qu'ils n'étaient « pas très hésitants » dans leur décision de se faire vacciner contre la COVID-19, au lieu de « pas du tout hésitants ».

Comme l'indique le tableau 20, ce groupe était moins susceptible que les personnes confiantes à l'égard de la vaccination d'être d'accord avec les énoncés « Je suis susceptible de contracter la COVID-19 si je ne me fais pas vacciner » (52 % contre 68 %, respectivement) et « Je suis à risque personnel élevé d'être infecté au SRAS-CoV-2 à l'avenir » (48 % contre 55 %, respectivement).

Comme l'indique le tableau 21, la plupart des partisans de la vaccination étaient d'accord avec les énoncés « Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces » (83 % des PS et des PP) et « Les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19 » (75 % des PS et des PP). On a également constaté que ce groupe était parmi les groupes les plus susceptibles de faire confiance aux renseignements sur les vaccins contre la COVID-19 fournis par le gouvernement fédéral (71 % parmi les PS et les PP et 64 % parmi les TAS). En tout, 25 % des PS et des PP et 25 % des TAS de ce groupe ont déclaré ne pas avoir confiance dans le système de réglementation canadien en matière de vaccination (p. ex. Santé Canada, ASPC et CCNI).

Un plus grand sens du devoir de protéger le système de soins de santé et la communauté distinguait également les partisans de la vaccination des personnes qui ont confiance en la vaccination. Les partisans de la vaccination étaient moins susceptibles que les personnes qui font confiance au vaccin de dire que leur raison de se vacciner était « je suis directement impliqué dans la lutte contre la pandémie au sein d'un milieu de soins de santé » (54 % contre 69 %, respectivement) ou « pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans ma communauté » (63 % contre 78 %, respectivement) ou « pour réduire la pression sur le système de

santé » (50 % contre 66 %, respectivement). Ces différences entre les deux groupes attitudinaux ont également été observées parmi les TAS : les personnes qui avaient confiance en la vaccination et les partisans de la vaccination étaient moins susceptibles de dire que leur raison de se vacciner était « je suis directement impliqué dans la lutte contre la pandémie dans un établissement de soins de santé » (38 % contre 53 %, respectivement), « pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans ma communauté » (49 % contre 65 %, respectivement), ou « pour réduire la pression sur le système de santé » (38 % contre 52 %, respectivement).

Personnes hésitant à se vacciner

Le groupe des personnes qui hésitent à se vacciner représentait un groupe plus restreint de répondants (6 % des PS, 9 % des PP et 11 % des TAS). Ce groupe a déclaré s'être fait vacciner, mais en ayant beaucoup ou plutôt hésité, et il n'était pas d'accord avec l'énoncé « La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non ».

Comme le montre le tableau 21, ce groupe était presque aussi susceptible que les partisans du vaccin de reconnaître que « l'infection au SRAS-CoV-2 peut causer de graves problèmes de santé » (85 % contre 96 %, respectivement), mais était moins susceptible que les partisans du vaccin d'être d'accord avec l'énoncé « les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces » (62 % contre 83 %, respectivement). La plupart (67 %) des hésitants vaccinaux ont convenu que la vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'être infecté par la COVID-19 et 62 % ont convenu que « les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'effets secondaires ». Environ la moitié (55 %) ont convenu qu'ils avaient confiance dans l'information du gouvernement fédéral sur les vaccins contre la COVID-19. En outre, une proportion plus faible de personnes hésitant à se vacciner (55 %) ont indiqué que les recommandations en santé publique influençaient sur leur décision de se faire vacciner comparativement à celles des personnes qui font confiance au vaccin (76 %) et des partisans de la vaccination (63 %); cependant, les personnes hésitant à se vacciner étaient plus susceptibles d'approuver cette déclaration que les vaccinés dans le cadre de l'obligation (17 %).

Les personnes hésitant à se vacciner peuvent avoir été influencées de façon disproportionnée par leurs pairs pour se faire vacciner. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi ils avaient choisi de se faire vacciner, 31 % des répondants de ce groupe ont répondu « j'ai été incité à me faire vacciner par des membres de ma famille, des collègues ou des amis ». Cette influence observée dans le groupe d'hésitants à l'égard du vaccin contraste avec les résultats dans les autres groupes, puisque 19 % des personnes qui font confiance au vaccin, 14 % des partisans de la vaccination et 9 % des vaccinés dans le cadre de l'obligation ont indiqué avoir été influencés par leurs pairs.

Vaccinés dans le cadre de l'obligation

Les vaccinés dans le cadre de l'obligation représentaient 21 % des PS, 20 % des PP et 25 % des TAS. La majorité (54 %) de ce groupe était composée de personnel infirmier, comparativement à 30 % des PP et à 5 % des médecins. Ce groupe a déclaré s'être fait vacciner, mais en ayant beaucoup ou plutôt hésité, et il n'était pas d'accord avec l'énoncé « La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non ». Par conséquent, l'obligation de vaccination contre la COVID-19 pour les travailleurs de la santé semble avoir une incidence sur ce groupe qui était par ailleurs réticent. Les données du sondage indiquent également que les personnes n'appuyaient généralement pas l'obligation vaccinale. Comme le montre le tableau 21, après les répondants non vaccinés, les vaccinés dans le cadre de l'obligation étaient le groupe attitudinal le moins susceptible d'être d'accord avec l'énoncé « Les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19 » (2 % et 27 %, respectivement).

Comme le montre le tableau 21, les préoccupations concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 étaient beaucoup plus grandes parmi ce groupe que parmi n'importe quel autre groupe vacciné. Au total, 28 % des PS ou des PP et 40 % des TAS étaient d'accord avec l'énoncé « Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces ». Cette préoccupation peut être propre aux vaccins contre la COVID-19 et non aux

vaccins en général, puisque 81 % des vaccinés dans le cadre de l'obligation étaient d'accord avec l'énoncé « Je crois en l'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces ».

Parmi ce groupe, 27 % étaient d'accord pour dire que les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur les risques d'effets secondaires. En ce qui concerne l'efficacité perçue des vaccins contre la COVID-19 dans la réduction de la transmission, 37 % étaient d'accord avec l'énoncé « Si je me fais vacciner contre la COVID-19, alors je serai moins susceptible d'infecter des membres de ma famille ». Cette proportion était nettement inférieure à celle des autres groupes vaccinés, 33 % seulement étant d'accord avec l'énoncé « Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19 ».

Moins de la moitié (45 %) des vaccinés dans le cadre de l'obligation ont décidé de recevoir une dose de rappel. Les doses de rappel dans ce groupe étaient les plus fréquentes parmi les TAS (53 %). Parmi les vaccinés dans le cadre de l'obligation qui n'ont pas reçu de dose de rappel, seulement 6 % des PS et des PP et 13 % des TAS ont indiqué qu'ils prévoyaient se faire administrer une dose de rappel à l'avenir. Les vaccinés dans le cadre de l'obligation étaient plus susceptibles de travailler dans un établissement de soins pour personnes âgées (20 %) que dans d'autres groupes attitudinaux tels que les personnes hésitant à se vacciner (11 %), les personnes qui font confiance dans le vaccin (9 %) et les répondants non vaccinés (6 %). Un pourcentage supérieur de vaccinés dans le cadre de l'obligation a également déclaré travailler dans les services d'urgence (19 %) comparativement aux partisans des vaccins (12 %), aux personnes hésitant à se vacciner (11 %) et aux non-vaccinés (9 %).

Non-vaccinés

Le groupe des non-vaccinés était le plus différent de tous les autres groupes du point de vue de l'attitude. L'une des principales différences était l'absence de perception, par ce groupe, de l'innocuité des vaccins contre la COVID-19, 3 % des PS et des PP non vaccinés étant d'avis que « les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'éventuels effets secondaires ». Peu de personnes de ce groupe ont convenu que les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces (3 % des PS et des PP et 5 % des TAS). Les risques à long terme perçus par ce groupe concernaient les effets secondaires de la vaccination, y compris les préoccupations au sujet des changements à l'ADN. Seulement 13 % des PS et des PP non vaccinés et 7 % des TAS non vaccinés ont convenu que « les vaccins à ARNm contre la COVID-19 ne changent pas mon ADN ». Comme le montre le tableau 21, contrairement aux autres groupes attitudinaux, de nombreux répondants non vaccinés avaient tendance à s'inquiéter de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins en général, un peu plus de la moitié (54 %) étant d'accord avec l'énoncé « Je crois en l'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces ».

Pour ce qui est de la perception de l'efficacité des vaccins, 4 % des PS non vaccinés et des ALHW et 6 % des PP ont convenu que « se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19 ». La plupart des répondants non vaccinés estimaient que la vaccination n'était pas nécessaire s'ils avaient déjà été infectés. Notamment, 85 % des PS et des PP non vaccinés étaient d'accord avec la déclaration « Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) contre la COVID-19 si je l'ai déjà contracté ».

Comme le montre le tableau 21, les répondants non vaccinés, comme les autres groupes attitudinaux, ont indiqué avoir accès à suffisamment de renseignements fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée. Cependant, contrairement aux autres groupes attitudinaux, les répondants non vaccinés n'étaient pas très confiants en l'information du gouvernement fédéral sur les vaccins contre la COVID-19. La plupart (95 %) étaient en désaccord avec l'énoncé « J'ai confiance dans l'information du gouvernement fédéral au sujet des vaccins contre la COVID-19 » et 85 % étaient d'accord avec l'énoncé « Je n'ai pas confiance dans les systèmes de réglementation et d'information du Canada sur l'immunisation ». En outre, ce groupe était aussi moins susceptible d'avoir un entourage favorable à la vaccination. Par exemple, 22 % des TAS étaient d'accord avec l'énoncé « Mes proches pensent qu'il est important que je me fasse vacciner contre la COVID-19 ».

Bien que la majorité des répondants aient des préoccupations au sujet de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, les raisons pour lesquelles les non-vaccinés ont choisi de ne pas se vacciner variaient. Cela peut indiquer que le groupe non vacciné n'était pas homogène sur le plan attitudinal et que de nombreux facteurs ont contribué à la décision de ne pas se faire vacciner. Par exemple, 70 % ont indiqué que « des raisons spirituelles ou éthiques ont joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non ».

La plupart des répondants non vaccinés semblaient ne pas être favorables aux obligations vaccinales, 2 % étant d'accord pour dire que « les travailleurs de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19 ». Il n'est pas clair quel pourcentage de répondants non vaccinés a rejeté l'idée d'une obligation de vaccination comme politique publique. Une faible proportion (2 %) de PS et de PP non vaccinés ont refusé d'être forcés de se vacciner et ont déclaré que c'était leur seule raison de refuser la vaccination. Les obligations de vaccination étaient probablement impopulaires dans ce groupe, mais l'obligation seule n'était pas un motivateur puissant pour les répondants qui refusaient la vaccination. Au total, 30 % des PS et des PP non vaccinés ont déclaré ne plus travailler dans le système de soins de santé.

La composante quantitative de cette recherche a révélé une variation du degré d'HV par rapport à la COVID-19 parmi les répondants. Les perceptions de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ont eu la plus forte influence sur l'HV dans ce groupe. Les résultats du sondage indiquent qu'il peut être possible de réduire l'HV en communiquant les avantages de la vaccination, tels qu'ils sont présentés dans les publications scientifiques, aux travailleurs de la santé les plus hésitants, y compris ceux qui ne sont pas vaccinés.

2.5. Attitudes à l'égard des mesures de santé publique

Le sondage a également examiné les attitudes des répondants à l'égard des mesures de santé publique autres que la vaccination. La plupart des répondants ont déclaré adhérer aux mesures de santé publique, la distanciation physique et le port d'un masque étant presque universels parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination et les partisans de la vaccination.

Le pourcentage de répondants qui étaient d'accord avec l'énoncé « Les mesures de santé publique sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. l'éloignement physique, le port d'un masque, etc.) » variait de 94 % parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination à 63 % parmi les vaccinés dans le cadre de l'obligation et à 21 % parmi les non-vaccinés. En ce qui a trait à l'adhésion, comme indiqué dans le tableau 21, le pourcentage de répondants qui étaient d'accord avec l'énoncé « Je suis toutes les mesures de santé publique pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex. l'éloignement physique, le port d'un masque, etc.) » variait de 92 % parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination à 73 % parmi les vaccinés dans le cadre de l'obligation et à 30 % parmi les non-vaccinés.

Les répondants non vaccinés étaient plus susceptibles de déclarer adhérer aux mesures de santé publique que de convenir que les mesures étaient importantes pour prévenir la propagation de la COVID-19 (30 % contre 21 %). Les travailleurs de la santé qui déclaraient respecter les mesures de santé publique étaient plus nombreux que ceux qui convenaient que les mesures étaient importantes pour réduire la propagation de la COVID-19. Ces résultats indiquent que certains répondants étaient disposés à mettre de côté leurs opinions et à suivre les mesures de santé publique. Les répondants étaient en désaccord quant à savoir si les mesures de santé publique sont efficaces pour réduire la propagation de la maladie; ces résultats peuvent soulever des questions cherchant à savoir si les personnes adhèrent de façon fiable aux mesures de santé publique en milieu de travail. Trois travailleurs de la santé non vaccinés sur 10 (30 %) ont indiqué avoir suivi les mesures de santé publique comme la distanciation physique et le port d'un masque, ce qui pourrait soulever des préoccupations quant à la mesure dans laquelle les travailleurs de la santé non vaccinés, qui travaillent dans des établissements de soins de santé, sont protégés de la COVID-19 et propagent le virus à d'autres.

2.6. Sources d'information liée aux vaccins contre la COVID-19

Lorsqu'on leur demandait quelles étaient les sources qu'ils avaient consultées pour obtenir de l'information sur les vaccins contre la COVID-19, tous les répondants ont indiqué qu'ils étaient susceptibles d'utiliser des sources fiables comme le CDC, le CCNI et les publications scientifiques. Les médecins étaient les plus susceptibles parmi toutes les professions de consulter ces sources (84 % ont consulté des publications scientifiques et 78 % ont consulté des sources d'experts). Une proportion plus faible de personnel infirmier, de PP et de TAS a indiqué qu'ils sont susceptibles de consulter des publications scientifiques (de 49 % à 65 %) ou des sources d'experts (de 56 % à 64 %). La moitié (50 %) des médecins et moins de la moitié (de 41 % à 43 %) des autres travailleurs de la santé ont indiqué qu'ils sont susceptibles de consulter des sources gouvernementales. Peu de médecins (7 %) et certains membres du personnel infirmier (de 21 % à 28 %), des PP et des TAS ont indiqué qu'ils consulteraient l'information fournie par leur employeur direct.

Tableau 22. Sources d'information autodéclarées sur les vaccins contre la COVID-19, par catégorie de travailleurs de la santé

Sources d'information	PS et PP			PP (n = 1 431)	TAS (n = 807)
	Total (n = 4 565)	Médecins (n = 438)	Personnel infirmier (n = 2 259)		
Sources d'experts comme les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), etc.	67 %	78 %	64 %	66 %	56 %
Documentation scientifique, comme les études publiées ou préimprimées	66 %	84 %	65 %	61 %	49 %
Sources du gouvernement	44 %	50 %	42 %	43 %	41 %
Renseignements de mon employeur	23 %	7 %	28 %	21 %	25 %
Médias traditionnels ou programmation de nouvelles (p. ex. télévision, sites d'information)	14 %	15 %	11 %	20 %	18 %
Famille et amis	5 %	1 %	5 %	7 %	13 %
Information trouvée sur les médias sociaux et les réseaux sociaux (p. ex. Facebook et Instagram)	3 %	3 %	2 %	6 %	7 %
Médecins et professionnels	2 %	2 %	2 %	3 %	2 %
Renseignements sur mon syndicat	2 %	-	2 %	4 %	3 %
Ceux qui sont réduits au silence par le gouvernement, qui s'expriment contre la vaccination et qui ne sont pas « vendus »	2 %	0	2 %	1 %	1 %
Je ne sais pas	2 %	2 %	3 %	1 %	2 %

c15. Parmi les sources d'informations suivantes, quelles sont celles que vous êtes le plus susceptible de consulter pour obtenir des renseignements sur les vaccins? Veuillez sélectionner jusqu'à trois (3) sources principales.

Les travailleurs de la santé non vaccinés ont indiqué qu'ils étaient susceptibles de consulter des publications scientifiques, comme les études publiées ou préimprimées (80 %), mais beaucoup moins de répondants consulteraient des sources expertes comme le CDC, le CCNI (25 %) et d'autres sources gouvernementales (9 %).

3. Résultats qualitatifs

Ce chapitre présente les résultats qualitatifs. Il commence par décrire les cinq principaux groupes attitudinaux et les parcours de vaccination connexes qui se sont dégagés de la recherche qualitative. Le chapitre porte ensuite sur les antécédents de vaccination des participants, suivi d'une analyse approfondie des facteurs qui sous-tendent l'acceptation et l'hésitation du vaccin parmi les participants. Il examine ensuite les attitudes à l'égard des mesures de santé publique et les sources sur lesquelles les participants se sont appuyés pour obtenir des renseignements connexes sur la COVID-19.

Tout au long de cette section, le terme « travailleur de la santé » est utilisé pour désigner toutes les catégories de travailleurs de la santé (p. ex. les PS, les PP et les TAS); toutefois, toutes les nuances apparues parmi certaines catégories de travailleurs de la santé sont expressément indiquées dans le texte.

3.1. Principaux regroupements attitudinaux

Les travailleurs de la santé qui ont participé à la recherche qualitative ont montré une gamme d'attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19, et celles-ci sont présentées ci-dessous.

Personnes confiantes à l'égard des vaccins

Les personnes confiantes à l'égard de la vaccination étaient les plus susceptibles de recevoir leur série primaire de vaccins contre la COVID-19 (c.-à-d. les doses 1 et 2) sans aucune hésitation; l'idée de ne pas se faire vacciner ne semblait pas avoir traversé leurs esprits. La nouveauté de la COVID-19, la gravité des effets du virus sur la santé, ainsi que l'absence de protocoles de traitement au début de la pandémie ont contribué à l'urgence d'obtenir la série primaire. En d'autres termes, les personnes confiantes à l'égard de la vaccination voulaient obtenir le vaccin parce qu'elles désiraient se protéger et protéger leur famille contre les effets indésirables de la COVID sur la santé, ainsi que protéger leurs patients et la collectivité en général.

Les personnes confiantes à l'égard de la vaccination ont accueilli avec joie la nouvelle de la disponibilité du vaccin et ont été les premières à vouloir obtenir leur premier vaccin contre la COVID-19. En outre, les personnes qui ont confiance en la vaccination ont affiché des niveaux élevés de confiance à l'égard du processus de développement du vaccin et dans les messages et l'information fournis par les autorités de santé et de santé publique à divers échelons gouvernementaux. La motivation pour obtenir des doses de rappel subséquentes est demeurée élevée avec la progression de la pandémie et, au moment du travail qualitatif sur le terrain pour la présente étude, les participants ont indiqué qu'ils continueraient d'obtenir des injections à l'avenir conformément aux directives de santé publique. Leur motivation continue était en partie fonction d'un sens du devoir de « faire leur part » en tant que travailleurs de la santé.

Partisans de la vaccination

Les partisans de la vaccination ont eu des motivations et un empressement semblable aux personnes qui ont confiance en la vaccination en ce qui a trait à la série primaire de vaccins contre la COVID-19. Ils différaient des personnes qui ont confiance en la vaccination dans leur attitude envers les doses de rappel. Au fur et à mesure que la pandémie progressait, ces participants étaient plus susceptibles d'admettre qu'ils avaient relâché leur vigilance et qu'ils ressentaient beaucoup moins d'empressement à obtenir des doses de rappel subséquentes et futures. La « peur » initiale de la COVID-19 s'est estompée avec le temps, à mesure que la gravité de l'infection diminuait, que des protocoles de traitement devenaient disponibles et que beaucoup devenaient personnellement infectés par la COVID-19.

Notamment, contrairement à ceux qui s'étaient vaccinés en raison de l'obligation, les partisans de la vaccination n'ont pas remis en question l'efficacité du vaccin après une infection. Ils étaient convaincus que

les vaccins sont efficaces pour atténuer les effets des infections au SRAS-CoV-2. La pression de l'entourage et la facilité d'obtenir des injections de rappel ont semblé avoir une certaine influence pour remédier au relâchement de la vigilance parmi les partisans du vaccin.

Personnes hésitant à se vacciner

L'HV avait essentiellement tendance à se manifester au début du parcours vaccinal contre la COVID-19, bien qu'un petit nombre de participants aient commencé à exprimer des hésitations après la vaccination. Les participants qui ont exprimé leur hésitation initiale à l'égard de la série primaire étaient préoccupés par la rapidité du développement du vaccin et le risque d'effets secondaires à long terme inconnus. Ces préoccupations ont été aggravées dans certains cas par la présence de conditions de santé préexistantes ou le fait que les participantes étaient enceintes à l'époque.

Les sources vers lesquelles les participants hésitant à se vacciner se sont tournés pour obtenir des renseignements sur leurs préoccupations avaient tendance à se situer dans le domaine « courant ». Par exemple, ils ont consulté leur médecin de famille, leurs collègues ou leurs amis qui étaient médecins ou spécialistes des maladies infectieuses, les sites Web des fabricants de vaccins et les revues scientifiques. Dans quelques cas, les participants se sont tournés vers des chefs religieux dignes de confiance et leur lieu de culte, qui ont donné de l'information sur le vaccin (p. ex. sur l'efficacité).

Les participants hésitant à se vacciner étaient conscients des positions anti-vaccinales véhiculées en ligne sur les médias sociaux et avaient même des amis ou des membres de leur famille étendue qui adoptaient ces positions. Même s'ils ne se reconnaissaient pas dans ces points de vue et avaient moins tendance à faire confiance aux sources qui circulaient en ligne, quelques-uns ont admis que ces points de vue avaient pour effet d'accroître leurs préoccupations à l'égard du vaccin. Ces participants ont adopté une approche attentiste lorsque le vaccin contre la COVID-19 est devenu disponible, se réconfortant en entendant parler des expériences des autres. En fin de compte, la décision de ces participants d'obtenir leur première dose est venue en la rationalisant par une approche d'analyse coûts-avantages. Le risque d'effets indésirables liés à la COVID a été jugé plus élevé que le risque d'effets secondaires liés au vaccin.

Les participants sont allés au bout des choses en recevant la deuxième dose afin d'être pleinement protégés contre le virus. Ces participants n'ont pas subi d'effets secondaires négatifs et même si certains ont contracté la COVID-19, ils n'ont pas exprimé de regrets de s'être fait vacciner. Ils étaient fermement convaincus que l'obtention de la série primaire de vaccins contre la COVID-19 était la bonne décision à l'époque. Leurs attitudes à l'égard des doses de rappel étaient moins uniformes : certains ont continué d'accepter les doses de rappel pour « aller au bout des choses », d'autres ont relâché leur vigilance comme cela a été le cas parmi les partisans du vaccin, d'autres encore ont estimé que les deux doses offraient la protection urgente dont ils avaient besoin au début de la pandémie, mais étaient réticents à devoir continuellement recevoir des rappels en raison de la perception d'effets secondaires à long terme inconnus.

Dans une poignée de cas, l'hésitation s'est manifestée *après* la vaccination et découlait d'effets secondaires négatifs. Le développement de caillots sanguins a été cité et cette raison reposait sur l'expérience de collègues ou sur des cas vus par des collègues. Les participants et leurs collègues ont longuement discuté de ces cas et sont arrivés à la conclusion que le vaccin contre la COVID-19 était un facteur contributif aux caillots sanguins. Par conséquent, ces participants ont commencé leur parcours en tant que partisans du vaccin, mais sont devenus hésitants par rapport aux doses de rappel.

Vaccinés dans le cadre de l'obligation

Les vaccinés dans le cadre de l'obligation avaient tendance à exprimer une importante hésitation au sujet du vaccin contre la COVID-19 au moment de la participation à la recherche. Il y avait un sentiment palpable de peur et de colère lorsqu'ils relataient leurs parcours vaccinaux. Ils avaient les mêmes préoccupations au sujet des effets secondaires et de l'innocuité à long terme des vaccins contre la COVID-19 que les participants hésitant à se vacciner. De nombreux participants à ce groupe ont notamment souligné qu'ils n'étaient pas « anti-vaccin » et qu'ils avaient reçu leurs vaccins de routine lorsqu'ils étaient enfants. Ils s'opposaient en particulier aux vaccins contre la COVID-19 en raison de leur rapidité de développement par rapport aux vaccins précédents qui, selon eux, avaient nécessité des années de développement et d'étude. La priorité qui leur avait été accordée pour accéder aux nouveaux vaccins contre la COVID-19 leur donnait l'impression d'être des « cobayes » et ils étaient d'avis que seul le passage du temps mettrait en évidence les effets secondaires à long terme.

Les préoccupations de ce groupe quant à l'innocuité des vaccins contre la COVID-19 se sont aggravées au fil du temps plutôt que de s'estomper, comme dans le cas des hésitants vaccinaux. Ni le discours public dominant sur l'urgence de la situation pandémique et l'innocuité des vaccins ni les normes sociales provaccination qui se sont intensifiées n'ont contribué à atténuer ces préoccupations. En fait, ce discours et les normes sociales ont eu l'effet inverse de marginaliser davantage ces participants et de les éloigner des sources « traditionnelles » d'information sur la santé. Quelques participants ont raconté que leur service hospitalier consacré à la COVID-19 n'a pas reçu l'afflux de patients que montraient les principaux médias.

Quelques participants ont raconté comment ils ont perdu confiance pour la première fois en leur médecin de famille quand celui-ci les avait exhortés à se vacciner. Ils se sentaient mal à l'aise de devoir donner aux patients des conseils avec lesquels ils n'étaient pas personnellement d'accord. En outre, ils ont signalé avoir eu peur de communiquer leurs sentiments et opinions à leurs collègues en raison de la forte norme sociale provaccin qui s'était formée pendant la pandémie. En raison de ces circonstances, les participants ont commencé à chercher des renseignements sur la COVID-19 et la vaccination et ont été attirés vers des sources, souvent sur des médias sociaux ou « alternatifs », qui abordaient les préoccupations sous-jacentes qu'ils avaient.

Les vaccinés en raison de l'obligation ont reçu la série primaire de vaccins contre la COVID-19 uniquement en raison de l'obligation de vaccination des travailleurs de la santé. Le fait de devoir choisir entre se faire vacciner ou perdre leur emploi a à son tour suscité du ressentiment et renforcé leur position contre les vaccins contre la COVID-19. Ils ont repoussé leur vaccination le plus possible avant d'y être « forcés » ou de « ne plus avoir le choix ». Ils ne comprenaient pas pourquoi ils avaient été privés de « choix personnel », même s'ils se conformaient volontiers au régime de dépistage de la COVID-19 et qu'ils s'efforçaient de suivre d'autres mesures de protection de la santé publique contre la COVID-19 comme le port du masque et la distanciation physique.

Les vaccinés en raison de l'obligation étaient convaincus que les précautions et les mesures de dépistage de longue date, comme le port de masques et la désinfection, étaient efficaces et suffisantes. Ces participants n'ont pas revu leurs positions sur les doses de rappel et il était peu probable qu'ils le fassent à l'avenir. Bien que ces participants n'aient pas signalé avoir subi d'effets secondaires importants, ils ont contracté la COVID-19, ce qui les a menés à remettre en question l'efficacité du vaccin. Le fait que des doses de rappel aient été nécessaires les a également amenés à remettre en question l'efficacité des vaccins contre la COVID-19.

La réembauche de travailleurs de la santé qui sont partis après avoir refusé de se vacciner depuis la levée de l'obligation a provoqué un ressentiment encore plus grand. En outre, ces participants avaient tendance à exprimer une baisse de leur confiance, à l'avenir, dans l'information et les messages formulés par les autorités de santé et de santé publique à divers échelons gouvernementaux.

Non vaccinés

La recherche qualitative a permis d'identifier deux travailleurs de la santé non vaccinés contre la COVID-19. Leurs préoccupations au sujet des vaccins contre la COVID-19 et leurs parcours vaccinaux correspondaient généralement à ceux des personnes qui ont reçu le vaccin dans le cadre de l'obligation de vaccination contre la COVID-19. Toutefois, ces participants ont soit 1) quitté leur profession de la santé après la mise en place de l'obligation vaccinale, plutôt que de recevoir le vaccin COVID-19, soit 2) continué à travailler dans le secteur privé (dans lequel l'obligation vaccinale ne s'appliquait pas).

Dans l'un des deux cas, le participant avait des antécédents de non-vaccination et avait opté pour des « médicaments alternatifs » et des sources de santé « alternatives ». Ce participant se méfiait aussi beaucoup des messages du gouvernement, ayant immigré d'un pays communiste. Dans l'autre cas, le participant n'avait jamais été opposé à la vaccination et avait reçu des vaccins dans le passé. Toutefois, ce participant n'était pas sûr du vaccin contre la COVID-19 et éprouvait un profond ressentiment à l'égard de l'obligation, estimant que celle-ci le privait de son « droit de choisir ». Ce participant, dès la mise en œuvre de l'obligation de vaccination, a choisi de quitter la profession. Toutefois, alors que l'obligation a été levée pour les professions de la santé et que certains travailleurs de la santé non vaccinés reprennent leur poste antérieur, ces deux participants se demandent s'ils reprendront leur profession à l'avenir.

Conclusion

Cinq grands regroupements attitudinaux et les parcours vaccinaux qui s'y rattachent sont ressortis de la recherche qualitative : les personnes confiantes à l'égard de la vaccination, les partisans du vaccin, les personnes hésitant à se vacciner, les vaccinés en raison de l'obligation et les non-vaccinés. En raison du petit nombre de participants à la recherche qualitative, il était difficile de déterminer si certains types de PS, milieux de soins de santé ou caractéristiques démographiques correspondaient plus étroitement à un groupe. Par conséquent, la recherche quantitative a tenté de fournir des détails sur la taille et le profil de ces regroupements.

3.2. Antécédents de vaccination contre la COVID-19

Cette section examine les expériences et les attitudes des participants à l'égard des vaccins, y compris le vaccin contre la COVID-19. Plus précisément, elle aborde la façon dont ces attitudes et ces expériences ont agi sur leur attitude à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.

Attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et accueil de ceux-ci

La plupart des participants à la recherche qualitative ont déclaré avoir reçu des vaccins antérieurs dans leur enfance ou à l'âge adulte (p. ex. vaccin contre la rougeole, vaccin contre la rubéole, vaccin contre la grippe). Beaucoup de personnes étaient donc à l'aise avec la vaccination, et les participants ont reconnu le rôle que les vaccins ont joué dans l'élimination de certaines maladies, certains espérant que ce serait le cas du vaccin contre la COVID-19.

« Nous avons été vaccinés contre la rougeole, les oreillons, la rubéole lorsque nous étions enfants. Ces maladies ont heureusement disparu grâce aux vaccins. J'ai donc pensé : « D'accord, vaccinons-nous contre la COVID-19, et éliminons la COVID-19, comme toutes les autres maladies infectieuses. »
– PS, personne faisant confiance en la vaccination

Comme nous l'avons mentionné, certaines personnes vaccinées en raison de l'obligation et hésitantes à se vacciner, malgré des antécédents de vaccination et une attitude provaccin, ont exprimé des réserves à recevoir le vaccin contre la COVID-19, notamment en raison de leurs préoccupations quant à la rapidité du développement et à la possibilité d'effets secondaires. Ces participants ont souligné qu'ils ne s'identifiaient pas personnellement à l'étiquette « anti-vaccin » et que leur crainte du vaccin contre la COVID-19 était l'exception à leur position par ailleurs provaccin.

« J'ai été vacciné pendant toute mon enfance et j'ai fait vacciner mon enfant. Mais c'est simplement parce que ces vaccins existent depuis si longtemps, avec beaucoup de recherche à l'appui. Ce n'est pas quelque chose de nouveau qui a été développé en l'espace de quelques mois et qui est distribué comme du bonbon. Cela me met un peu plus à l'aise. Mais parce que c'était si rapide, [...] je me suis dit "Je ne sais pas à quel point tout ceci est fiable". » – PP, vacciné en raison de l'obligation.

Les participants qui avaient des antécédents d'aversion vaccinale, soit n'avait pas reçu de vaccins pendant leur enfance, soit n'en n'avait pas reçu à l'âge adulte, étaient susceptibles d'avoir cette attitude hésitante à l'égard du vaccin contre la COVID-19. Ils avaient tendance à faire partie des groupes de vaccinés en raison de l'obligation et de non-vaccinés. Ils ont exprimé une préférence pour la médecine « naturelle » ou homéopathique et les méthodes naturelles de prévention des maladies infectieuses (p. ex. adoption d'un mode de vie sain et actif, injections de gingembre, vitamines et suppléments). Pour certains, l'aversion pour le vaccin était liée à leur tendance à éviter de mettre dans leurs corps des substances « non naturelles » allant au-delà des vaccins, y compris les médicaments standard (p. ex. aspirin ou Advil) ou d'autres substances (p. ex. alcool et drogues).

« Mon mari et moi avons toujours essayé d'adopter une approche naturelle pour rester en bonne santé. J'ai probablement reçu [le vaccin contre la grippe] durant ma première année de soins infirmiers, mais à part ça, je n'ai jamais reçu le vaccin contre la grippe. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Conclusion

Dans le volet qualitatif de cette recherche, la plupart des participants étaient à l'aise avec les vaccins en général et reconnaissaient leur rôle dans le contrôle des maladies infectieuses. Toutefois, certains participants ont exprimé des réserves au sujet du vaccin contre la COVID-19, particulièrement en raison de préoccupations concernant la vitesse de développement et le potentiel d'effets secondaires. Ces participants ne se sont pas identifiés comme des « anti-vaccins » et leur hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19 faisait exception à leur position par ailleurs provaccin. Les participants qui ont des antécédents d'aversion pour le vaccin avaient tendance à avoir cette attitude hésitante à l'égard des vaccins contre la COVID-19, préférant souvent d'autres méthodes de prévention des maladies.

3.3. Acceptation du vaccin contre la COVID-19

Les thèmes qui sont ressortis des conclusions qualitatives étaient très en phase avec la matrice d’HV créée par le Groupe stratégique consultatif d’experts (SAGE) sur l’immunisation de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), et seront présentés conformément à cette matrice. La matrice regroupe les facteurs en fonction de trois sphères d’influence :

- Influences individuelles et collectives découlant des perceptions et des expériences personnelles des vaccins ou des influences de leur environnement social ou de pairs.
- Influences contextuelles découlant de facteurs historiques, socioculturels, environnementaux, institutionnels, économiques, politiques ou de facteurs du système de santé.
- Influences propres au vaccin qui sont directement liées aux vaccins ou à la vaccination.

Les conclusions concernant chaque sphère d’influence sont présentées ci-dessous. Les sphères et les facteurs constitutifs ont été ordonnés en fonction de leur pertinence pour la recherche qualitative. Une discussion sur les sources d’information et le paysage médiatique est présentée à la section 3.6.

Influences individuelles et collectives

Désir de se protéger et de protéger sa famille

Pour la majorité des participants vaccinés, le désir de se protéger et de protéger sa famille d’une infection au SRAS-CoV-2 était un argument de premier plan pour l’acceptation du vaccin. Les participants avaient tendance à reconnaître que le poste qu’ils occupaient dans le domaine des soins de santé était associé à un risque important étant donné leur exposition à la COVID-19 en milieu de travail. À ce titre, les participants ont estimé qu’il était utile de se faire vacciner pour atténuer les risques d’effets graves sur la santé après une infection au SRAS-CoV-2.

« C’est parce qu’une grande partie de l’information que nous avons reçue indique que le vaccin permet d’atténuer les effets du virus. Il est même possible de n’avoir aucun symptôme. Encore une fois, parce que personne n’avait jamais vu ça auparavant, je comptais sur la science pour me garder et garder ma famille en sécurité. Donc, encore une fois, je n’étais pas du tout hésitant à me faire vacciner au début. Je pensais qu’il était important de le faire, non seulement pour moi-même, mais pour les gens dans mon entourage. Alors, oui, je n’avais aucune hésitation. » – TAS, partisan du vaccin

Sens du devoir

Pour plusieurs participants, leur sens du devoir professionnel a joué un rôle dans l’adoption du vaccin. Ces participants étaient d’avis qu’en recevant leurs vaccinations contre la COVID-19, ils s’acquittaient de leur devoir et de leur responsabilité de servir et de protéger la santé et le bien-être de leurs patients et de la communauté en général. Parallèlement, ils estimaient que le refus du vaccin contre la COVID-19 allait à l’encontre de la philosophie du métier de travailleur de la santé.

« Je pense simplement que c’était la chose à faire. En gros, c’est ce qu’on nous disait que nous devons faire en tant qu’humains. C’est donc ce que j’ai fait. Encore une fois, à l’hôpital, il fallait être vacciné pour garder son emploi, ce qui était donc un autre facteur. Mais ce n’était qu’un facteur mineur. Je pensais juste que c’était la bonne chose à faire. » – TAS, partisan du vaccin

« Il était de mon devoir de protéger les gens avec qui je travaillais aussi. Absolument, j’avais l’impression que je devais protéger non seulement ma famille, mais aussi [mes collègues]. » – PS, hésitant à se faire vacciner

Expérience d'une infection au SRAS-CoV-2

Presque tous les participants à la recherche qualitative avaient contracté la COVID-19 au moins une fois au cours de la pandémie. Les symptômes de la COVID-19 étaient relativement mineurs pour la plupart (p. ex. fatigue, douleurs musculaires, maux de tête, etc.). La plupart des participants, en dehors des vaccinés en raison de l'obligation et des non-vaccinés, ont indiqué que l'expérience de l'infection leur avait donné l'impression qu'ils avaient eu raison de se faire vacciner contre la COVID-19. Certains comparaient leurs cas relativement bénins aux cas d'infections beaucoup plus graves au sein de leur famille élargie, parmi leurs connaissances ou dans les rapports qu'ils avaient lus ou dont ils avaient entendu parler. L'attitude dominante était que les vaccins contre la COVID-19 n'empêchent pas complètement d'attraper la COVID-19, mais préviennent les symptômes et les complications graves.

« Je sentais que si je ne me faisais pas vacciner, je serais peut-être encore plus malade, que j'aurais une pneumonie et que je serais hospitalisé. Parce que j'allais très mal, mais pas au point d'être admis à l'hôpital, mais avec des difficultés respiratoires et tout ça. Je sentais cependant que si je ne me vaccinais pas, je risquais de finir à l'hôpital. » – TAS, vacciné en raison de l'obligation

« Quelques-uns de mes amis avaient subi les contrecoups de la COVID-19, et honnêtement, ça fait peur. Lorsque le virus était nouveau et que nous ne savions pas comment le traiter, et que personne ne savait ce qu'il faisait, il était très effrayant de se dire : "Pourrais-je être le prochain, ma famille pourrait-elle être la prochaine?" » – PS, personne hésitante à se faire vacciner

Influences contextuelles

Nouveauté du virus de la COVID-19

Au début de la pandémie, le virus de la COVID-19 était considéré par beaucoup comme nouveau, sans protocoles de traitement ni mécanismes de gestion établis. La nouveauté du virus a créé une peur et une anxiété importantes parmi les travailleurs de la santé et le grand public, ce qui a motivé de nombreux participants à agir d'urgence pour se faire vacciner. Les vaccins contre la COVID-19 ont été perçus par les participants vaccinés comme une couche de protection essentielle contre les graves conséquences de l'infection observées au début de la pandémie.

Les personnes confiantes à l'égard de la vaccination en particulier, et de nombreux partisans de la vaccination, ont eu tendance à se faire vacciner dès que le vaccin a été disponible. Certains participants ont indiqué avoir déjà pris la décision de recevoir un vaccin contre la COVID-19 alors que la recherche et les essais étaient encore en cours et qu'ils « attendaient » sa distribution. Ces participants ont exprimé leur soulagement et leur gratitude lorsque le vaccin contre la COVID-19 a été offert et qu'ils ont été parmi les premiers groupes à pouvoir le recevoir.

« C'était un soulagement. On pensait : "je peux être protégé". C'était comme porter un casque ou attacher sa ceinture de sécurité. Je peux avoir une forme de protection pour cette chose qui fait peur à tout le monde. » – PS, personne ayant confiance en la vaccination

« Dès qu'il a été disponible, j'ai communiqué avec les autorisés sanitaires et j'ai pris un rendez-vous. Je pensais qu'il était important de se vacciner. C'était quelque chose de nouveau, personne n'avait jamais vu ce genre d'éclosion auparavant. Je faisais confiance à l'information qui était diffusée, alors je n'avais aucune hésitation à obtenir le vaccin quand il est sorti pour la première fois. » – TAS, partisan du vaccin

La nouveauté du virus de la COVID-19 semblait avoir influencé considérablement l'adoption de la série primaire de vaccins contre la COVID-19, mais n'était plus un facteur pertinent au moment du travail qualitatif sur le terrain. Presque tous les répondants avaient contracté la COVID-19 et en étaient venus à accepter que la COVID-19 est « là pour de bon » et que les sociétés devraient apprendre à « vivre avec ».

Environnements à haut risque d'exposition à la COVID-19

Le fait d'être à proximité de patients ou de résidents des établissements de soins de longue durée infectés par la COVID-19 dans le milieu de travail a contribué au sentiment d'urgence et au besoin continu de rester à jour dans les vaccins contre la COVID-19. Les participants ont raconté avoir été directement témoins des complications graves que les patients ont subies de la COVID-19, ce qui a accru leur motivation à prendre toutes les précautions nécessaires pour atténuer le risque de contracter et de propager la COVID-19. Les scènes et les discours généraux dans les médias des conséquences pour les personnes non vaccinées ont poussé certains participants hésitants à se vacciner.

« C'était vraiment le fait d'en faire personnellement l'expérience, de voir des patients avec la COVID-19 et dans quel état ils étaient. Certaines personnes étaient gravement malades, et c'était juste le fait de voir cela et de réaliser que je ne voulais pas être cette personne, et que je ferais mieux d'aller me vacciner. Donc, même si je contractais la COVID-19, je serais moins gravement malade. C'était le facteur déterminant pour moi : de voir à quel point les gens pouvaient être malades. » – PP, personne hésitante à se vacciner

Personnalités influentes ou dignes de confiance

La visibilité et l'approbation publique du vaccin contre la COVID-19 par des personnalités influentes ou dignes de confiance ont été un facteur d'acceptation du vaccin dans de nombreux cas pour les participants vaccinés. Il y avait des nuances quant au type de personne qui semblait trouver le plus d'écho parmi les participants. Les participants qui avaient une attitude plutôt provaccin mettaient l'accent sur l'approbation publique du vaccin contre la COVID-19 par des responsables de la santé publique comme le D^r Robert Strang en Nouvelle-Écosse, la D^{re} Theresa Tam à l'ASPC et la D^{re} Bonnie Henry en Colombie-Britannique. Les messages sur l'importance de la vaccination contre la COVID-19 ont été bien reçus et assimilés, car ils correspondaient largement aux croyances des participants en matière de vaccination.

« Le fait que ces professionnels ont commencé à se vacciner leur donnait beaucoup de crédibilité. » – PS, personne ayant confiance en la vaccination

Pour ceux qui hésitaient à se faire administrer le vaccin, l'approbation du vaccin par des personnes dignes de confiance qui faisaient directement partie de leur réseau a eu plus d'impact pour les encourager à accepter le vaccin. Plus précisément, pour les participantes qui étaient enceintes lorsque la série primaire de vaccins contre la COVID-19 est devenue disponible, leur acceptation du vaccin tendait à être le résultat d'une consultation approfondie avec leur médecin de famille, qu'elles considéraient comme une source fiable d'information sur la santé. Ces participantes s'inquiétaient du risque d'effets secondaires tant pour elles-mêmes que pour leur enfant à naître. Toutefois, les médecins de famille ont persuadé ces participantes de l'importance de recevoir le vaccin pour protéger leur enfant. Dans un petit nombre de cas, l'approbation des vaccins par les chefs religieux et les membres de la collectivité a eu un effet positif en convainquant les personnes hésitantes.

« Une grande motivation provenait des nombreux encouragements à se vacciner de la part de certains membres de la famille et des membres de l'église. C'est plutôt l'amour du prochain et puis, vous savez, vous ne voulez pas transmettre le virus à d'autres personnes. C'est la raison principale, je ne voulais transmettre ça à personne. » – PP, hésitant par rapport au vaccin

Facilité d'accès aux vaccins contre la COVID-19

La plupart des participants ont indiqué que l'accès au vaccin contre la COVID-19 était un processus relativement fluide et qu'il avait été assez facile d'obtenir un rendez-vous à une heure et à un endroit pratiques compte tenu de leur horaire. Les participants ont été parmi les premiers groupes admissibles au vaccin et, pour plusieurs, les vaccins ont été administrés dans leur milieu de travail par du personnel infirmier qualifié. La facilité d'accès a joué un rôle contextuel important pour faciliter l'adoption du vaccin. Les réponses d'un petit nombre de partisans de la vaccination ont clairement indiqué que, alors qu'ils relâchaient leur attention quant à leur décision de recevoir des doses de rappel, l'accès facile à la vaccination joue un rôle important dans l'adoption des doses de rappel.

« Je pense que c'était assez simple. Les gens ont dit qu'ils faisaient la queue pendant des heures, mais je n'ai pas eu ce problème du tout pour la première dose, et le processus était très fluide. En fait, j'ai bien aimé; c'était très organisé. » – PS, personne hésitante à l'égard de la vaccination

Obligation de vaccination contre la COVID-19

Pour les vaccinés en raison de l'obligation, l'obligation était le principal déterminant de vaccination. Sans cette obligation, ce groupe ne se serait pas vacciné. À mesure que les employeurs commençaient à exiger des vaccins pour les travailleurs de la santé, ces participants se sentaient « privés de leur liberté de choix » en ce qui concerne les décisions en matière de santé. En raison du contexte d'emploi peu favorable pendant la pandémie, les participants avaient peu de possibilités de trouver un nouvel emploi à l'extérieur du domaine des soins de santé. En conséquence, ils se sentaient « forcés » de recevoir le vaccin contre la COVID-19 pour leur bien et celui de leurs familles, et pour maintenir leur subsistance économique.

« Mais j'ai une famille et une hypothèque à payer. Je me demandais ce que je pourrais faire pour gagner le même montant d'argent et subvenir aux besoins de ma famille. Même si je ne voulais pas recevoir le vaccin, je devais le faire pour ma famille. Je ne peux pas les mettre en péril en étant incapable de payer les factures, en risquant de perdre notre maison, et ainsi de suite. Si nous étions dans une position financière plus solide, je ne sais pas si je serais resté à mon poste. C'était aussi le facteur financier. Nous nous sommes assis, mon mari et moi, et j'ai dit, "Nous ne pouvons pas nous permettre que je perde mon emploi". Il m'a répondu : "Je sais". J'ai dit : "Je vais devoir me vacciner". C'était là notre décision. J'y ai réfléchi brièvement, mais cela me frustre toujours. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Un participant a réfléchi à l'idée d'être financièrement encouragé par son employeur, dans un foyer privé de soins de longue durée, à recevoir le vaccin avant l'obligation. Cela a alimenté l'indignation au travail et un ressentiment accru à l'égard de l'obligation de vaccination contre la COVID-19.

Influences propres au vaccin

Confiance à l'égard du processus de développement de vaccins contre la COVID-19

Les participants ayant confiance en la vaccination et les partisans du vaccin étaient bien informés et à l'aise avec le processus de développement du vaccin contre la COVID-19. Ils ont fait preuve d'une « confiance totale » qui reposait sur la croyance qu'une fois le vaccin testé et approuvé par Santé Canada, il était sécuritaire pour le public. Comme nous l'avons déjà mentionné, la confiance en la vaccination était renforcée

par son appui par des personnalités de confiance. Peu de participants dans ces regroupements avaient consulté les preuves scientifiques sur les risques et les avantages du vaccin contre la COVID-19.

Un petit nombre de participants hésitants à se vacciner ont remis en question la vitesse à laquelle le vaccin a été mis au point et ont décidé de faire leur propre recherche. Ils ont été suffisamment rassurés par les renseignements qu'ils ont trouvés sur les sites Web des fabricants et d'autres sources qu'ils ont trouvées. Il était clair que ces participants avaient déjà un niveau de confiance envers les fabricants.

« Pfizer a donc été l'un des premiers à faire ses recherches. J'ai lu beaucoup de choses sur ce que l'entreprise avait dit sur son processus de vaccination. Un employé à Pfizer a dit qu'il y avait beaucoup d'hésitation et de nervosité à ce sujet à cause de la rapidité avec laquelle le vaccin a été déployé, mais il a ensuite fait l'analogie de la technologie informatique selon laquelle, de nos jours, la technologie informatique est très rapide. Selon lui, notre ordinateur est obsolète en six mois, simplement parce qu'on sait ce qu'on fait et comment on améliore les ordinateurs. La situation est pareille pour les vaccins. Ils existent depuis plus de 100 ans. On a simplement les connaissances pour mieux les développer et obtenir la recherche et les données dont on a besoin plus rapidement. J'ai fait confiance à cette affirmation. Je pensais au fait que Pfizer développe des vaccins depuis longtemps et que l'entreprise sait ce qu'elle fait. Je vais juste devoir avoir confiance qu'elle fait la bonne chose. » – PP, personne hésitant à se faire vacciner

Préférence de marque de vaccin contre la COVID-19

Les participants avaient tendance à préférer le vaccin Pfizer contre la COVID-19. Il s'agissait d'une préférence souple, plutôt qu'une « compétition entre les marques », et elle était largement basée sur la reconnaissance de la marque.

Il y avait une impression générale que Pfizer était le « meilleur » vaccin, mais le niveau d'effort entrepris par les participants pour appuyer leur point de vue variait. Quelques-uns avaient fait beaucoup de recherches pour appuyer leur position, et d'autres avaient tendance à associer l'efficacité du vaccin à la reconnaissance de marque. Ils avaient tendance à consulter l'information et les recherches affichées sur les sites Web des fabricants. On considérait que Pfizer détenait un « avantage » en termes d'innocuité. D'autres participants ont reconnu que leur préférence était largement fondée sur le oui-dire; ils avaient l'impression que le vaccin Pfizer avait le moins d'effets secondaires.

« Juste parce que je sentais qu'il avait un profil d'innocuité plus élevé que le vaccin Moderna, surtout quand j'ai commencé à entendre parler des cas de péricardite. C'était associé à Moderna plus qu'à Pfizer. J'ai donc simplement choisi le vaccin Pfizer plutôt que le Moderna. Je pensais que ce vaccin était plus sûr que le vaccin Moderna. Mais encore une fois, cela n'était pas basé sur un quelconque type de preuve concrète, car la médecine évolue. Le vaccin Moderna nous donne une réponse anticorps plus élevée. Donc, ce que j'ai fini par faire, c'est que j'ai fait pris deux doses de Pfizer et une dose de Moderna pour obtenir une meilleure réponse anticorps pour une meilleure protection. » – PS, personne hésitant à se vacciner

Pfizer a été choisi par certains membres du personnel infirmier, en particulier les infirmières et infirmiers praticiens, en raison de leur expérience de travail avec des médicaments de marque Pfizer. Ces personnes n'étaient au courant d'aucun avantage avéré de Pfizer par rapport à d'autres marques disponibles, mais exprimaient une forte préférence malgré tout. Par conséquent, dans ces cas, la reconnaissance du nom et l'expérience antérieure ont semblé jouer un rôle plus important pour susciter la confiance dans le vaccin.

« Je voulais le vaccin de Pfizer, simplement parce qu'en tant qu'infirmière qui s'occupe de médicaments, Pfizer est en quelque sorte une entreprise de confiance, je suppose. Pas que Johnson & Johnson ne l'est pas, mais j'avais l'impression que le vaccin de Pfizer, pour une raison que j'ignore...

Je connaissais simplement le nom. Je suppose que c'est la raison de ma décision. Je n'y ai plus réfléchi. Je me suis inscrit pour recevoir le vaccin de Pfizer. » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

Les opinions variaient quant à l'efficacité du « mélange » de différentes marques de vaccins contre la COVID-19. Certains estimaient qu'ils seraient mieux protégés s'ils s'en tenaient à une marque de vaccin pour toutes leurs doses de vaccin contre la COVID-19. D'autres étaient d'avis qu'une combinaison de marques différentes (Pfizer et Moderna) offrirait plutôt une meilleure protection. En fin de compte, les choix sur la marque de vaccin contre la COVID-19 étaient en grande partie dictés par la disponibilité le jour des rendez-vous vaccinaux.

Connaissance de la technologie vaccinale

Les connaissances sur la technologie des vaccins contre la COVID-19 (c.-à-d. les vaccins bivalents, la technologie de l'ARNm) étaient limitées, et la plupart des personnes confiantes en la vaccination, des partisans du vaccin et des personnes hésitant à se vacciner ont exprimé peu d'inquiétudes. Il y avait un sentiment général d'ambivalence à l'égard des technologies de vaccination, qui était lié à la confiance générale dans le processus de développement. Peu de participants sont parvenus à se rappeler s'ils avaient reçu une dose de vaccin bivalent contre la COVID-19 lors des vaccins de rappel.

« Je crois avoir reçu un vaccin bivalent pour ma troisième injection, mais je n'en suis pas sûr à 100 %. À ce moment-là, je me suis juste dit, je m'en fiche. Vous savez ce que vous faites. Donnez-moi simplement les médicaments. » – PP, personne hésitant à se vacciner

Le petit nombre de participants qui connaissaient mieux la technologie de l'ARNm avaient des opinions positives sur le sujet. Ces participants étaient plus susceptibles d'être des PS ou des PP (p. ex. médecin, spécialiste, optométriste, préposé aux bénéficiaires). Les preuves qu'ils avaient recueillies au sujet de la technologie vaccinale leur ont permis de se rassurer quant à l'innocuité des vaccins et de reconnaître les avantages de la nouvelle technologie, notamment pour l'accélération du développement des vaccins.

« Je pense qu'il faut utiliser la technologie pour faire les choses rapidement. Si c'est une méthode sûre et qu'elle a été mise en œuvre correctement, oui. Il n'y a eu aucune modification des gènes humains de chaque personne. C'est simplement la façon dont le vaccin était offert, avec un type de technique très précis, mais rien qui modifierait la génomique de chaque patient recevant le vaccin. Je pense qu'il y a eu beaucoup de malentendus à ce sujet parmi le grand public. Et parfois, même lorsque des efforts importants d'éducation sont déployés, ce sont toujours les choses négatives qui attirent le plus l'attention des gens. » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

Acceptation des doses de rappel futures de vaccin contre la COVID-19

Presque tous les participants se sont dit de moins en moins préoccupés par la COVID-19, ce qui s'est traduit par une diminution du sentiment d'urgence de recevoir des doses de rappel contre la COVID-19. Bien que les personnes qui ont confiance en la vaccination et les partisans du vaccin ne se soient pas déclarés opposés à l'obtention de futures doses de rappel, les partisans du vaccin ont eu tendance à indiquer que ce ne serait pas une « priorité ». L'administration de doses de rappel futures était généralement perçue comme une simple question de « suivi » du calendrier recommandé de vaccination. C'était particulièrement vrai pour les personnes qui ont confiance en la vaccination, qui désiraient suivre les directives des autorités de santé publique par sens du devoir en tant que travailleurs de la santé. Toutefois, on a constaté que si un nouveau variant faisait son apparition avec un risque supérieur de symptômes graves, ces personnes seraient plus susceptibles de privilégier l'obtention d'une dose de rappel pour accroître leur protection contre l'infection.

Plusieurs personnes qui avaient confiance en la vaccination, partisans de la vaccination et personnes qui hésitent à se vacciner assimilent les doses de rappel futures pour la COVID-19 aux vaccins contre la grippe et, dans ce contexte, les participants ont souligné l'importance de la commodité. Même si bon nombre d'entre eux avaient des questions sur le format et la structure du déploiement et de la stratégie relatives aux doses de rappel pour la COVID-19 à l'avenir, on a constaté une préférence générale pour un vaccin annuel unique, comme le vaccin annuel contre la grippe. Ces participants ont exprimé leur volonté de recevoir le vaccin une fois par an, de préférence durant le même rendez-vous, ou combiné avec le vaccin contre la grippe.

« Je pouvais me voir en obtenir un autre. Je ne pense pas que ce serait une priorité absolue pour moi. Je reçois le vaccin contre la grippe chaque année. Je me suis dit que si j'avais le vaccin contre la grippe et le vaccin contre la COVID-19 en même temps chaque année, ça m'irait. Mais s'ils veulent commencer à nous vacciner tous les six mois, obtenir une autre dose de rappel, ou quoi que ce soit, je dirais, non, ça suffit. Je n'ai pas besoin d'être piqué autant de fois. Si c'était pratique et si ce n'était pas trop fréquent, je suppose qu'une fois par an serait ma limite. » – PP, personne hésitant à se faire vacciner

Conclusion

En résumé, conformément aux résultats de l'analyse quantitative, l'élément qualitatif de cette recherche a révélé qu'il y avait plusieurs motivations qui sous-tendaient l'acceptation du vaccin parmi les participants. Le facteur principal était le désir de se protéger et de protéger sa famille, d'empêcher la propagation de la COVID-19 parmi les patients et la communauté, combiné aux recommandations de santé publique de recevoir le vaccin contre la COVID-19 compte tenu de la nouveauté du virus.

Le tableau 23 résume les facteurs clés et les sphères d'influence qui ont conduit à l'acceptation du vaccin dont il est question dans la présente section, par ordre d'importance dans chaque sphère d'influence qui est ressortie de la recherche qualitative. Les conclusions sur les sources d'information sont présentées à la section 3.6.

Tableau 23. Facteurs autodéclarés motivant l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé

Sphère d'influence	Facteurs motivant l'acceptation du vaccin
Influences individuelles et collectives	<p>Désir de se protéger et de protéger sa famille. Un facteur de motivation principal, particulièrement parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination, les partisans de la vaccination et les personnes qui hésitent à se faire vacciner. Compte tenu de leur exposition au virus sur le lieu de travail, ces participants étaient davantage motivés à empêcher de « ramener le virus à la maison ».</p>
	<p>Sens du devoir. Le devoir des travailleurs de la santé de se vacciner et de protéger les patients vulnérables était un facteur plus répandu parmi les personnes qui avaient confiance en la vaccination et les partisans de la vaccination. Dans le cas des personnes faisant confiance à la vaccination, le sens du devoir semblait également à l'origine d'un vif intérêt pour les futures doses de rappel.</p>
	<p>Expérience d'une infection au SRAS-CoV-2. Cette expérience a confirmé la décision de se faire vacciner parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination et qui l'appuient. Beaucoup ont fait référence aux messages de santé publique selon lesquels les vaccins contre la COVID-19 préviennent les formes graves de la maladie ou les complications, plutôt que d'empêcher l'infection elle-même. Les vaccinés en raison de l'obligation avaient la perception inverse, estimant que les vaccins devraient entièrement empêcher les infections au SRAS-CoV-2.</p>
Influences contextuelles	<p>Nouveauté du virus de la COVID-19. La nouveauté a créé un sentiment d'urgence quant à l'obtention de la série primaire de vaccins parmi les personnes qui ont confiance en la vaccination, les partisans de la vaccination et les personnes qui hésitent à se faire vacciner. L'influence de ce facteur s'estompait à mesure que le virus était perçu comme étant de moins en moins grave et que les participants s'immunisaient grâce aux vaccins et aux infections antérieures.</p>
	<p>Environnements à haut risque d'exposition à la COVID-19. En particulier pour les participants qui travaillent en milieu hospitalier ou en médecine d'urgence, l'exposition à des cas de COVID-19 graves ou complexes a été un facteur d'acceptation du vaccin.</p>
	<p>Personnalités influentes et dignes de confiance. Les personnes qui ont confiance en la vaccination et les partisans de la vaccination souhaitaient suivre les conseils et directives des autorités de santé publique auxquelles ils faisaient confiance. Pour certains participants hésitants à se vacciner, les personnes dignes de confiance avec lesquelles ils avaient un lien personnel semblent avoir une influence d'atténuation des préoccupations concernant la vaccination.</p>
	<p>Facilité d'accès aux vaccins. Processus simple et pratique d'obtention de rendez-vous pour tous. L'accès aux vaccins contre la COVID-19 a été un facteur important dans l'adoption des vaccins pour les doses de rappel, à mesure que les gens relâchaient leur vigilance.</p>
Influences propres au vaccin	<p>Obligation de vaccination. Facteur important seulement pour les participants vaccinés en raison de l'obligation, dont l'emploi dans le milieu des soins de santé dépendait de leur vaccination.</p>
	<p>Confiance à l'égard du processus de développement de vaccins. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un facteur déclaré, il était évident que la confiance sous-jacente dans le processus de développement du vaccin était l'une des conditions préalables à l'intégration des participants dans les groupes de personnes qui font confiance au vaccin et de partisans du vaccin.</p> <p>Préférence de marque. La connaissance des fabricants qui offraient des vaccins contre la COVID-19 semblait favoriser la confiance à l'égard des vaccins.</p>

Sphère d'influence	Facteurs motivant l'acceptation du vaccin
	Connaissance de la technologie vaccinale. Les connaissances concernant l'utilisation de la technologie vaccinale (p. ex. les vaccins bivalents, la technologie de l'ARNm) étaient limitées, ce qui n'a pas favorisé l'acceptation du vaccin contre la COVID-19. Le petit nombre de participants qui connaissaient la technologie de l'ARNm avait des opinions positives sur le sujet.

3.4. Hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19

En plus d'explorer les facteurs de l'acceptation du vaccin, la matrice du SAGE sur l'HV a également été utilisée dans l'analyse qualitative afin d'explorer les facteurs d'HV parmi les participants. La présente section décrit les facteurs de l'HV, à la lumière des trois sphères d'influence (c.-à-d. les influences propres au vaccin, les influences contextuelles, les influences individuelles et collectives) et dans l'ordre d'importance identifié parmi les participants.

Influences propres au vaccin

Vitesse de développement des vaccins

Les participants étaient nombreux à s'inquiéter de la rapidité du développement des vaccins, mais le niveau de préoccupation n'était pas le même chez les hésitants vaccinaux comparativement aux vaccinés en raison de l'obligation et aux participants non vaccinés. De nombreux participants faisant partie de ces groupes étaient convaincus que le calendrier de développement et d'essais du vaccin contre la COVID-19 ne correspondait pas à ce qu'ils considéraient comme le calendrier standard. Cela a alimenté la croyance selon laquelle le vaccin contre la COVID-19 avait été approuvé sur la base de recherches et de preuves insuffisantes. Quelques participants ont déclaré qu'ils avaient parlé à des médecins et à des personnes au sein de leur réseau social ou qu'ils avaient vu des vidéos de youtubeurs qui avaient les mêmes inquiétudes.

« Quand ce vaccin est sorti, je ne voulais rien mettre dans mon corps, car j'avais l'impression qu'on n'avait pas fait suffisamment de recherche. J'avais parlé à de nombreux médecins qui avaient l'impression qu'un vaccin qui serait déployé en moins de trois ans impliquerait un manque de recherche. Et puis, voilà, ils en sortent un en combien de mois? J'étais surpris. Comment avaient-ils tout à coup trouvé ce vaccin pour quelque chose qu'on n'avait pas prévu? Je ne sais pas, ça semblait trop rapide. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

« La plupart des vaccins nécessitent des années de développement. Vous savez, on fait beaucoup de recherche et on le teste sur des cobayes ou sur des rats. Mais celui-ci est arrivé en l'espace de quelques mois. Beaucoup de choses se passaient dans les compagnies pharmaceutiques. Comme vous savez, elles essayaient de le développer rapidement pour gagner de l'argent. J'avais un ami proche qui travaillait dans le domaine pharmaceutique, et il a démissionné parce qu'il disait que d'accepter le vaccin serait contraire à ses principes. Cela m'a beaucoup touché. Il nous manquait des preuves pour beaucoup d'éléments. Personne ne peut dire. Au moins, comme elle l'a dit, il a fallu signer une renonciation en cas d'incident qui empêche de poursuivre l'entreprise. On en est encore aux premières étapes. » – TAS, vacciné en raison de l'obligation

En contraste frappant avec le soulagement et la gratitude que ressentent les personnes qui font confiance en la vaccination, les participants qui étaient vaccinés en raison de l'obligation se sentaient « très effrayés » et avaient l'impression d'être des « cobayes », puisqu'ils étaient les premiers à se voir offrir le vaccin en tant que travailleurs de la santé. Une participante se souvient qu'on lui avait demandé de signer une renonciation, ce qui a amplifié ses craintes. La participante avait l'impression que la renonciation empêcherait de demander une indemnisation si elle devait subir des effets négatifs.

« On avait l'impression qu'en tant que travailleur de la santé, on était le premier cobaye, et qu'on attendait de voir ce qui se passerait pour l'administrer au reste du monde. Rappelez-vous qu'au début, la vaccination concernait seulement les travailleurs de la santé, pour ensuite s'appliquer au reste du Canada. Selon l'endroit où vous travaillez ou selon ce que vous faisiez, vous pouviez l'avoir aussi. Donc, je suppose que ça m'a vraiment fait hésiter aussi, car nous devons signer une renonciation à toute compensation ou à tout type d'aide en cas de complication. Donc, beaucoup de facteurs me poussaient à ne pas prendre le vaccin, mais, en fin de compte, j'ai dû le faire pour pouvoir payer l'école et les dépenses de la vie. » – TAS, vacciné en raison de l'obligation

Préoccupations concernant l'innocuité des vaccins contre la COVID-19

Les préoccupations concernant la vitesse du développement vont souvent de pair avec la crainte d'effets secondaires à court et à long terme des vaccins contre la COVID-19. Bien que la majorité des participants aient personnellement subi des effets secondaires minimes (p. ex. fatigue, douleurs musculaires, maux de tête) ne durant souvent qu'un jour ou deux après l'administration du vaccin, plusieurs ont entendu parler d'autres personnes qui ont eu des effets secondaires plus graves ou des problèmes de santé (p. ex. caillots sanguins, vasculite), ce qui a contribué à leurs craintes au sujet du vaccin contre la COVID-19. Les craintes de contracter la COVID-19 du vaccin étaient rares dans la recherche qualitative.

« Sans oublier les patients que j'ai vus venir à l'hôpital. Un jeune homme qui s'était fait vacciner s'est retrouvé paralysé du torse aux pieds le lendemain. Nous avons dû le transférer d'urgence à Toronto. Une autre dame est arrivée avec des caillots sanguins, et une autre avec une vasculite. Ensuite, d'autres choses bizarres se sont passées avec des patients qui ne pouvaient pas expliquer ce qui leur arrivait. Des membres de la famille me disaient : "Il n'a jamais eu de problèmes avant d'avoir ces vaccins." J'ai simplement répondu : "Bon, les médecins essaient de régler le problème." » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Certains participants ont souligné qu'ils craignaient les effets secondaires à long terme inconnus de la vaccination. Les participants ont estimé que cette lacune qu'ils percevaient dans les preuves scientifiques ne pouvait être comblée qu'avec le temps. Dans deux ou trois entrevues, on a mentionné l'augmentation des cas de maladies auto-immunes parmi les personnes qui avaient déjà reçu le vaccin contre la COVID-19. Un autre exemple qui a été soulevé a été le rappel du vaccin Johnson and Johnson contre la COVID-19 qui a mené à des questions sur l'innocuité de cette marque particulière.

« Non seulement cela, mais je suppose, aussi le fait que le vaccin a été créé si rapidement, et qu'il n'y avait pas beaucoup d'études à ce sujet. Je suis devenu très nerveux parce que, vous savez, on parle toujours des effets secondaires. Quand vous introduisez quelque chose dans votre corps, vous ne connaissez pas les effets secondaires et vous ne savez rien, comme ce qui pourrait arriver en prenant vaccin. Donc, je pense que c'était la partie la plus préoccupante pour moi. Ensuite, je travaille quelque part où la majorité de nos patients reçoivent un médicament différent en raison de leur réaction au vaccin. Pour cette raison, j'ai arrêté après ma deuxième dose. Je ne voulais plus en recevoir d'autre, connaissant les effets sur un bon nombre de Canadiens maintenant. Donc, c'est bizarre parce que d'un côté je me sens à l'aise si je suis dans un avion et que je sais que tout le monde est vacciné donc en sécurité, mais d'un autre côté, je sais qu'il y a des effets secondaires graves que je n'ai heureusement pas eus. Voilà pourquoi j'hésitais à me faire vacciner. » – TAS, vacciné en raison de l'obligation

Ces participants étaient très sceptiques quant aux messages de santé publique qui soulignent que les vaccins contre COVID-19 sont sûrs. De nombreux hésitants vaccinaux et personnes vaccinées en raison de l'obligation ont adopté une attitude attentiste, repoussant le plus longtemps possible l'administration du vaccin.

« L'accélération des effets à long terme. Nous avions un médecin qui était une interne. Elle disait qu'elle voyait cette maladie auto-immune peut-être une fois tous les sept ans environ. Mais un an après le vaccin, elle voyait tellement de cas qu'elle a signalé la situation au centre de santé, l'endroit où on signale ces cas. Elle a dit : "C'est très étrange." Parce que c'était si rare. Ces effets à long terme, et même le tout, tout cela revient au degré de confiance aussi. Ils disaient que si ces effets n'arrivaient pas dans les jours ou les semaines suivant le vaccin, alors cela ne pouvait pas être dû au vaccin. Je ne le crois pas du tout. Il y a tellement d'effets à long terme. On n'a pas cherché à comprendre. Comment se fait-il que nous ayons toutes ces maladies auto-immunes bizarres? » – PS, vaccinés en raison de l'obligation

« De plus, je ne sais pas si vous vous souvenez de la sortie du vaccin de Johnson & Johnson. Il y avait eu une énorme éclosion à cause de celui-ci. On disait qu'il était inefficace. Comment peut-on fournir autant de ces vaccins au public, pour ensuite les rappeler en déclarant qu'ils sont inefficaces et qu'il faut en prendre d'autres? Je ne sais pas. » – PP vacciné en raison de l'obligation

Préoccupations concernant l'efficacité des vaccins contre la COVID-19

Dans le cas des personnes qui hésitent à se vacciner et des vaccinés en raison de l'obligation, l'efficacité des vaccins était moins préoccupante pour la première dose de la série primaire de vaccins. Les préoccupations en matière d'innocuité étaient au premier plan pour ces participants. L'efficacité des vaccins est devenue un problème secondaire pour plusieurs participants, car eux-mêmes ou d'autres membres de leur réseau social ont contracté la COVID-19 après avoir reçu le vaccin.

« Mais évidemment, en écoutant les histoires de gens qui ont été vaccinés et qui ont tout de même été infectés, un signal s'est déclenché dans ma tête, parce que je me disais, si c'est censé nous protéger, alors comment est-il possible que les gens soient encore infectés? Cela m'a fait perdre confiance et espoir à l'égard du vaccin. Je me suis dit : "Vous savez quoi? Si je veux avoir un certain revenu, surtout pendant la pandémie, c'est ce que je vais devoir faire. » – PP, vacciné en raison de la vaccination

Contrairement aux participants confiants à l'égard de la vaccination et aux partisans du vaccin, les vaccinés en raison de l'obligation étaient moins susceptibles de se concentrer sur les avantages du vaccin pour atténuer les complications graves pour la santé. On avait l'impression que le discours entourant les vaccins avait changé au cours de la pandémie. On estimait que, plus tôt dans la pandémie, les autorités sanitaires avaient approuvé le vaccin comme moyen de prévenir la COVID-19 complètement et ont adopté par la suite un nouveau discours, positionnant plutôt le vaccin contre la COVID-19 comme un moyen de réduire la gravité des symptômes du virus. Ce changement de discours perçu a créé un manque de confiance dans l'information présentée au sujet du vaccin contre la COVID-19, qui peut avoir contribué à l'HV.

« Je pense qu'il y a eu de l'hypocrisie dans cela. Parce que je pense qu'à l'origine, quand les autorités ont commencé à parler du vaccin, elles disaient qu'il permettrait d'éviter de contracter la COVID-19. Au début, si vous vous vacciniez, vous n'auriez pas la COVID-19. Puis le discours a changé : on aurait moins de symptômes. Donc, cette déclaration originale aussi a changé. Les autorités ont ensuite indiqué qu'en fait les symptômes seraient atténués. Non, revenons à votre déclaration initiale. Vous aviez dit que nous n'allions pas contracter la COVID-19. Cela a aussi joué dans mon hésitation, parce que les autorités ont elles-mêmes dit que cela nous protégerait contre la COVID-19. Et puis on change : ça va diminuer vos symptômes. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

La croyance en l'efficacité d'autres mesures préventives de santé publique a contribué à saper davantage la confiance dans les vaccins contre la COVID-19 parmi certains vaccinés en raison de l'obligation et certains participants non vaccinés. Par exemple, un participant vacciné qui n'a pas contracté la COVID-19 attribue cela à son mode de vie « naturellement sain », avec une alimentation saine et suffisamment d'exercice. Le lavage de mains et le fait de rester à la maison si on est malade étaient considérés comme des mesures éprouvées et, en se conformant à ces mesures, certains participants n'ont pas senti le besoin de recevoir un vaccin contre la COVID-19.

Marque de vaccin et technologie vaccinale contre la COVID-19

Il n'y a eu que quelques cas où l'utilisation de la technologie de l'ARNm a influencé l'HV. Ces participants étaient conscients que la technologie était « différente » des autres vaccins qu'ils avaient connus auparavant. Leurs préoccupations semblaient liées à leur perception d'un manque global de recherche, plutôt qu'à des inquiétudes précises concernant la technologie de l'ARNm.

Influences contextuelles

Discours provaccin et norme sociale

Les discussions qualitatives ont clairement montré que le discours provaccin a eu des effets négatifs sur les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés. On avait l'impression que le discours provaccin – à la fois le discours sociétal général et celui qui existait dans les milieux de travail individuels et les cercles sociaux – avait tendance à mettre dans le même panier les personnes non vaccinées en les qualifiant d'« irresponsables ». Pour ces participants, ce discours ne tenait pas compte du raisonnement et des préoccupations réelles qui sous-tendaient les choix et les opinions des personnes hésitantes ou qui ne souhaitaient pas se faire vacciner. Les conversations avec les médecins de famille ont été jugées difficiles et, dans un cas, un participant s'est méfié pour la première fois de son médecin.

« Je n'ai pas vraiment apprécié que l'on dise, comment pourrais-je le formuler, "tout le monde doit être vacciné" pour sauver des vies. On n'avait aucune considération pour les gens qui ne voulaient vraiment pas se vacciner. Je n'irais pas à l'extrême. Je ne parle pas des anti-vaccins extrêmes qui manifestaient. On parle simplement des gens qui hésitaient. La seule information qu'ils obtenaient était qu'ils "devaient" se vacciner. L'autre choix était de se renseigner sur ces sites Internet clandestins gérés par des charlatans qui parlaient de la "plandémie" ». – PS, partisan du vaccin

« Nous étions simplement tous classés dans une seule grande catégorie. Si vous essayez de fournir de l'information aux gens ou si vous voulez que les gens fassent certaines choses, peut-être que vous avez besoin de consulter une organisation plutôt que le gouvernement qui ne sait clairement pas s'y prendre. Sur un plan individuel, ils ont besoin de parler à chaque personne. Les employeurs ont besoin de parler à leurs employés individuellement et de les traiter comme une personne au lieu d'un collectif où tout le monde est pareil. Voilà mon problème : on ne nous considérait pas individuellement. Nous étions tous classés en une seule catégorie, et les autorités ne se souciaient pas de ce que vous aviez fait pour elles ni du genre d'employé que vous aviez été pour elles au fil des ans. Il est simplement question de traiter les gens comme des humains. Forcer les gens à faire des choses et ne même pas leur donner l'occasion de s'exprimer n'est pas la façon de le faire. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

À la suite du discours provaccin et du sentiment d'aliénation, certains vaccinés en raison de l'obligation et certains participants non vaccinés ont indiqué avoir bénéficié de la solidarité de collègues ou de personnes qui avaient des opinions similaires dans leur réseau social. En outre, certains participants ont cherché des

médias qui validaient leurs positions sur les vaccins contre la COVID-19. Cela pourrait avoir renforcé leur hésitation à l'égard de la vaccination.

Influences historiques et culturelles

La recherche qualitative a permis de déceler deux cas où l'HV était en partie motivée par des influences historiques ou culturelles – l'un d'eux était un TAS noir, et l'autre était un psychologue dans une pratique privée. Un participant a estimé que son héritage africain était un facteur important dans son hésitation à l'égard de la vaccination contre la COVID-19, notant un passé de vaccination forcée et d'expérimentation. Ce participant a indiqué qu'il s'agissait d'un facteur d'hésitation vaccinale important en général parmi Noirs. En dépit de son hésitation initiale, ce participant a reçu la série primaire du vaccin afin de garder son emploi. Le participant a mentionné les influences historiques comme facteur d'hésitation et a raconté que son enfance dans un pays communiste l'a amené à percevoir une certaine similitude entre les messages liés à la COVID-19 et la « propagande » dont il a été témoin pendant sa jeunesse.

Environnements à haut risque d'exposition à la COVID-19

Comme nous l'avons mentionné, l'exposition à des cas de COVID-19 graves ou complexes en milieu de travail a été un facteur important de l'acceptation du vaccin par les participants. Les vaccinés en raison de l'obligation estimaient que le nombre et la gravité des cas de COVID-19 vus sur leur lieu de travail ne correspondaient pas au discours des médias. Les participants ont mentionné que la majorité des décès liés à la COVID-19 dont ils avaient connaissance concernaient des personnes âgées ou des personnes atteintes de maladies préexistantes, et non des « personnes en bonne santé » qui contractent la COVID-19 et qui décèdent, comme ce fut dépeint dans les médias. Ce manque de cohérence perçu entre leur expérience personnelle et leur exposition à la COVID-19 a contribué à l'HV et à une diminution de la confiance envers les établissements de soins de santé et les médias en général (ce dont il est question plus loin à la section 3.6).

« Quelques-uns de mes amis avaient perdu leurs parents à cause de la COVID-19. C'était donc une bonne source pour moi, mais il semblait presque que le point commun entre tous les amis qui parlaient de leurs proches décédés est qu'ils avaient des problèmes de santé préexistants. On ne parle pas de personnes qui se réveillaient en pleine forme, étaient un jour infectées et mouraient subitement. Elles avaient des maladies préexistantes. C'est donc à ce moment que je me suis dit que toutes ces personnes étaient âgées de plus de 50 ou 60 ans. Je me suis dit que ce qu'on nous disait n'était pas tout à fait exact, et qu'il y avait autre chose qui se passait. » – PP, vacciné en raison de l'obligation

Expérience d'une infection au SRAS-CoV-2

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les expériences d'une infection au SRAS-CoV-2 étaient souvent considérées comme la preuve que le vaccin était inefficace et faisaient donc augmenter l'HV.

Hésitation concernant les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 à l'avenir

Il n'y avait guère d'intérêt à recevoir de futures doses de rappel parmi les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés. Les facteurs qui ont conduit à l'hésitation vaccinale sont demeurés et leur position sur les vaccins semble s'être durcie au fil du temps. Parmi les partisans de la vaccination et les participants qui hésitent à se vacciner, il y avait une certaine aversion à l'égard de l'injection de doses supplémentaires. Ces participants ont fait référence à des histoires de collègues et d'autres membres de leur réseau social qui, après avoir reçu des vaccins contre la COVID-19, ont commencé à subir des effets secondaires graves, dont l'élévation de la troponine, la myocardite et les caillots sanguins. Ces histoires ont amené ces participants à se demander s'ils obtiendraient des doses de rappel supplémentaires dans le contexte évolutif de la pandémie.

« Alors, j'ai vu certains effets secondaires, mais je connaissais, vous voyez, un médecin ou un ami médecin proche qui a eu des symptômes comme l'élévation de la troponine, la myocardite ou des caillots sanguins. Vous savez, ils étaient en santé et maintenant ils ont des caillots sanguins. Et on entend parler de médecins en bonne santé qui ont des AVC et des choses comme ça. Donc maintenant je me demande, est-ce que je veux vraiment me faire vacciner? » – PS, personne hésitant à se faire vacciner

L'absence d'urgence et le relâchement de la vigilance par rapport au virus de la COVID-19 sont apparus comme le principal facteur potentiel de réticence à obtenir des doses de rappel. Cela était également vrai parmi les groupes qui n'étaient pas définis par leur HV. Les participants ont mentionné qu'ils seraient plus motivés à recevoir des doses de rappel à l'avenir si un nouveau variant apparaissait, ou si les doses de rappel avaient une valeur significative.

« C'est une question très importante sur laquelle je pense devoir encore consulter mes amis qui travaillent dans les maladies infectieuses, pour voir ce qu'ils en pensent ces temps-ci. Quelle valeur supplémentaire une dose de rappel aura-t-elle? Vu que mon infection est récente, j'ai encore le temps d'y réfléchir. » – PS, personne confiance en la vaccination

Conclusion

Les résultats qualitatifs sur les facteurs d'HV correspondent aux résultats quantitatifs : les personnes qui hésitent à se vacciner, les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés ont tendance à mentionner les préoccupations concernant l'innocuité du vaccin contre la COVID-19 et la vitesse à laquelle le vaccin a été développé. La recherche a révélé que d'autres facteurs étaient en jeu pour ce qui est de l'HV, y compris le discours dominant et la norme sociale provaccin, ainsi que le décalage entre leurs expériences personnelles et ce qui a été dépeint dans les médias. Le tableau 24 résume les facteurs clés dont il est question dans cette section, par ordre d'importance dans chaque sphère d'influence qui est ressortie ou qui a été examinée lors de la recherche qualitative.

Tableau 24. Facteurs autodéclarés qui motivent l'acceptation du vaccin parmi les travailleurs de la santé

Sphère d'influence	Facteurs à l'origine de l'HV
Influences propres au vaccin	<p>Vitesse de développement des vaccins. La crainte du vaccin contre la COVID-19 reposait sur la croyance que le vaccin a été développé trop rapidement et qu'il n'y avait donc pas eu suffisamment d'essais et de recherche.</p>
	<p>Préoccupations concernant l'innocuité des vaccins. Le danger d'effets secondaires à court terme et d'effets secondaires inconnus à long terme préoccupait beaucoup tous les participants hésitants.</p>
	<p>Préoccupations quant à l'efficacité du vaccin. Ces préoccupations ont favorisé l'hésitation pour les injections de rappel subséquentes, parce que les gens ont attrapé la COVID-19 malgré le vaccin.</p>
	<p>Marque et technologie du vaccin. La technologie de l'ARNm a été très rarement soulevée comme la raison de l'HV.</p>
Influences contextuelles	<p>Discours provaccin et norme sociale. Les participants étaient frustrés d'être présentés comme des « irresponsables » et de ne pas être entendus par la majorité sur les véritables préoccupations et les raisons qui motivaient leurs choix.</p>
	<p>Influences historiques et culturelles. La vaccination forcée des Noirs en Afrique a été soulevée par un participant noir pour expliquer la méfiance générale à l'égard de la vaccination au sein de la communauté noire.</p>
	<p>Environnements à haut risque d'exposition à la COVID-19. Dans un petit nombre de cas, incohérence entre le faible nombre de patients atteints de la COVID-19 dans leur lieu de travail et ce qui a été rapporté dans les médias, ce qui à son tour a semé la méfiance envers les sources d'information traditionnelles et la nécessité de la vaccination.</p>
Influences individuelles et collectives	<p>Expérience d'une infection au SRAS-CoV-2. Facteur s'ajoutant à l'inefficacité perçue du vaccin contre la COVID-19.</p>

3.5. Attitudes à l'égard des mesures de santé publique

Cette section examinera les attitudes des participants à l'égard des mesures de santé publique pendant la pandémie de COVID-19. Plus précisément, elle traitera des attitudes à l'égard de l'obligation vaccinale et d'autres obligations, y compris les protocoles de santé publique normalisés (p. ex. port du masque, lavage des mains) et ceux qui ont été mis en place pendant la pandémie de COVID-19 (p. ex. distanciation physique, contacts limités aux personnes de sa propre « bulle »).

Obligations de vaccination contre la COVID-19

Les participants qui ont reçu le vaccin contre la COVID-19 sans hésitation appuyaient les obligations de vaccination des travailleurs de la santé. Ces participants croyaient que la vaccination contre la COVID-19 faisait partie de leur devoir en tant que travailleurs de la santé et était conforme à des obligations semblables qui exigent d'autres types de vaccins et licences médicales. Quelques participants estimaient que, dans une certaine mesure, les travailleurs de la santé représentent le gouvernement et devraient donc agir conformément aux directives en matière de santé publique.

Les partisans de l'obligation ont eu du mal à accepter l'idée que les travailleurs de la santé refusent la vaccination contre la COVID-19, tandis que d'autres étaient reconnaissants que l'obligation ait été mise en place pour protéger les patients. Bien que l'obligation ait entraîné le départ de certains travailleurs de la santé de la profession, ces participants ont estimé qu'il serait irresponsable d'avoir des travailleurs non vaccinés en contact étroit avec des patients vulnérables.

« Je pense donc que c'est tout à fait justifié. J'ai trouvé que c'était la bonne décision. Je ne vois pas pourquoi quelqu'un serait en désaccord avec le fait que les travailleurs de la santé doivent se vacciner. Quand j'ai été embauché comme paramédical, il y avait une liste de vaccins que je devais avoir reçus avant de pouvoir être embauché. Je ne sais donc pas pourquoi les gens ont eu un si gros problème avec l'ajout de celui-ci à cette liste. Oui, l'obligation ne me posait aucun problème. » – PP, personne hésitant à se vacciner

« L'obligation de se faire vacciner? Je pense que c'était logique, parfaitement logique. Encore une fois, c'était quelque chose de nouveau. Personne n'était entièrement certain de la vitesse à laquelle le virus se propagerait. Vous avez donc des gens qui arrivent à l'hôpital en étant infectés. Donc, oui, je pensais que c'était tout à fait raisonnable, et j'étais totalement d'accord avec l'obligation de se vacciner pour pouvoir garder son emploi. Je suis totalement d'accord avec cette mesure. » – TAS, partisan de la vaccination

Les attitudes à l'égard de l'obligation de vaccination des travailleurs de santé étaient négatives parmi les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés. Ils ont utilisé des mots forts tels que « totalitaire », « oppressif » et « abusif » pour décrire l'obligation. L'obligation était considérée comme une violation inutile de leurs droits puisqu'ils se conformaient à des dépistages supplémentaires et à d'autres mesures de santé publique, qu'ils estimaient tout aussi efficaces pour la protection contre la COVID-19.

« Si les gens veulent obtenir le vaccin, c'est très bien. Cette décision leur revient. Mais si, à titre personnel, je ne veux pas recevoir le vaccin, je ne comprends pas pourquoi je dois être forcé de le faire. Je respectais toutes les consignes de l'hôpital. Il fallait se faire tester trois fois par semaine. J'arrivais avant mon quart de travail et je faisais mes tests trois fois par semaine. J'ai fait tout ce qu'ils ont dit de faire. Puis, ils décident de me menacer de congédiement en cas de refus de me faire vacciner. Ils allaient me virer après 25 ans. C'est là que je suis devenu blasé. Je me suis dit que j'avais consacré 25 années à cet établissement, et que j'avais à peine pris des congés de maladie. Malgré le fait que j'ai travaillé la dernière année et demie et que je n'ai jamais contracté la COVID et jamais été

malade pendant un an, et que je n'ai jamais été absent durant toute la période de la COVID-19, j'ai tout de même menacé d'être congédié. Vous avez jusqu'à telle date, après c'est fini. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Les participants au volet qualitatif ont convenu que l'obligation vaccinale était efficace pour favoriser l'acceptation du vaccin parmi les travailleurs de la santé, ce qui cadre avec les résultats du volet quantitatif; certains l'ont exprimé avec un certain ressentiment, car ils n'auraient probablement pas reçu le vaccin sans l'obligation. La perception était que la plupart des travailleurs de la santé sont restés dans la profession. Quelques participants ont indiqué que les travailleurs de la santé qui ont quitté la profession à la suite de l'obligation ont été réembauchés lorsque l'obligation a été levée. Cela a rajouté au ressentiment des participants vaccinés en raison de l'obligation.

Autres mesures de santé publique

Tous les participants étaient généralement favorables aux protocoles normalisés de santé publique (c.-à-d. le port du masque, le lavage des mains, l'isolement à la maison en cas de maladie), ainsi qu'aux protocoles mis en place dans le cadre de la réponse à la COVID-19 (c.-à-d. la distanciation physique, contacts limités aux personnes de sa propre « bulle »). Tous les participants ont signalé des niveaux élevés de conformité à ces protocoles et mesures, en particulier au début de la pandémie. Seuls quelques-uns ont admis ne pas avoir toujours respecté les consignes quant aux rassemblements sociaux, et ces cas sont plutôt survenus plus tard dans la pandémie et étaient justifiables selon les participants (p. ex. les rassemblements extérieurs qui dépassaient la limite de personnes établie). Même ceux qui ont contracté la COVID-19 malgré le respect de toutes les mesures de santé publique avaient tendance à considérer ces mesures comme efficaces dans la gestion de la propagation du virus tout au long de la pandémie.

« Nous avons suivi ces directives. Nous avons fait ce que tout le monde faisait au début. Je n'ai pas vu mes parents quand on n'était pas censé le faire. Nous avons suivi toutes ces directives au début. Et puis, évidemment, j'ai fini par avoir la COVID à un moment donné, peu importe le respect des mesures. Je ne sais même pas quand cela s'est produit. Je ne suis allé voir personne et je ne me suis déplacé nulle part. Nous avons suivi toutes ces lignes directrices. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Il y a eu un petit débat sur l'efficacité de certaines mesures de santé publique. Quelques participants ont fait remarquer que la majorité du grand public n'est pas formée ou informée sur l'utilisation correcte des masques et des gants qui peuvent faire « plus de mal que de bien » s'ils sont utilisés incorrectement. Certains ont également estimé que les directives sur la distanciation physique et les « bulles » n'étaient utiles qu'à ceux qui choisissaient d'y adhérer, vu que ceux qui voulaient « enfreindre les règles » le feraient.

La seule mesure de santé publique qui a suscité une forte réaction négative parmi plusieurs participants a été l'utilisation de confinements pour prévenir la propagation de la COVID-19. Certains ont contesté le cadre de confinements continus et les critères de levée de ces confinements. Ces participants se sont dit préoccupés par les effets des confinements prolongés sur la santé mentale – en particulier la santé mentale des enfants et des jeunes – et par la difficulté, pour les parents qui travaillent, de gérer les fermetures d'écoles et le travail à distance.

Pour d'autres, la principale frustration était que les critères de levée des confinements dépendaient du pourcentage de la population vaccinée, de qui était considéré comme une mesure arbitraire par certains participants. Cela a ajouté une autre source de « doute » pour les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés qui estimaient que les autorités avaient peut-être un autre « objectif ».

Conclusion

Parmi les participants au volet qualitatif, l'appui à l'obligation vaccinale tendait à correspondre largement aux regroupements attitudinaux. Les personnes confiantes à l'égard du vaccin et les partisans de la vaccination faisaient partie de ceux qui soutenaient le plus à l'obligation, en grande partie en raison de leur sens du « devoir » de protection de leurs patients en tant que travailleurs de la santé. En revanche, les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés se sont prononcés contre l'obligation de vaccination, qui était perçue comme portant atteinte à leurs droits.

Pour d'autres mesures de santé publique, tant les mesures standard (p. ex. lavage des mains, port du masque, etc.) que celles mises en place pendant la pandémie (p. ex. distanciation physique, « bulles »), il y avait un sentiment de soutien général parmi les participants, indépendamment des groupes attitudinaux. Toutefois, il y a eu un léger débat parmi les participants sur l'efficacité des mesures de santé publique pendant la pandémie (p. ex. en ce qui a trait à l'utilisation inappropriée de l'équipement de protection individuelle et aux personnes qui « enfreignent les règles »). La seule mesure de santé publique qui a suscité une forte réaction négative parmi les participants a été la mise en œuvre de mesures de confinement, qui ont été considérées comme ayant des effets négatifs sur la santé mentale et manquant de structure ou de critères clairs.

3.6. Sources d'information liée à la COVID-19

Information liée au milieu de travail

Presque tous les participants ont consulté de l'information sur la COVID-19 en provenance de leur milieu de travail, même si les participants différaient quant à leur niveau d'engagement à l'égard de cette information. Certains étaient plus actifs dans leur consommation d'information fournie en milieu de travail et recevaient des courriels hebdomadaires qui décrivaient les changements apportés aux protocoles, ainsi que des renseignements et des mises à jour relatifs à la COVID-19. Les personnes faisant confiance à la vaccination et les partisans de la vaccination avaient tendance à considérer l'information fournie en milieu de travail comme fiable, puisqu'elle consistait en de l'information provenant d'organismes gouvernementaux, d'autorités sanitaires ou d'experts.

« Vous savez, nous avons des bulletins de mise à jour par rapport à la COVID-19 envoyés dans nos courriels chaque semaine, et tous les liens hypertextes à jour étaient fournis aux fins de consultation. Je pense donc que le fait d'être en soins de santé nous a aidés, parce qu'il nous a permis d'être vraiment informés, ce qui nous a permis de transmettre l'information à quiconque était préoccupé ou voulait en savoir davantage, c'est-à-dire d'être au courant de ce qui se passait et des protocoles. Nous étions simplement au courant de la situation. » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

D'autres participants ont adopté une approche passive ou sélective à l'égard de l'information fournie en milieu de travail. Ils se sont sentis quelque peu dépassés par la quantité d'information fournie et ont trouvé que l'évolution des protocoles et les « formations d'appoint » en milieu de travail (p. ex. sur l'utilisation de l'équipement de protection individuelle) étaient très utiles. Quelques-uns se sont sentis « non soutenus » en raison du manque d'information et de longs retards dans la réception de cette information.

« Évidemment, quand le virus est apparu pour la première fois, l'équipe de contrôle des infections nous a donné quelques indices sur ce que nous devrions faire, ce qui était bien. On enfile de l'équipement de protection encore et encore. Quand la COVID-19 est apparue pour la première fois, on est venu nous rééduquer sur la façon de faire les choses. On a notamment ajusté nos masques. Tout cela était bon, parce que dans n'importe quelle situation pandémique, il faut être prêt. Il est bon

de revoir ses procédures. Là où je travaille, on nous a fait des rappels sur toutes ces choses, et cette démarche était bonne. Ces mesures ont été utiles. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

« Je pense qu'il y a eu un manquement, et un très long retard dans la communication d'information au début. Vous savez, je suppose que rétrospectivement, nous pouvons évidemment penser à revoir la façon de faire les choses, mais j'aurais voulu obtenir des renseignements plus à jour de ma direction, ce qui s'est finalement produit, mais il a évidemment fallu un certain temps pour que cela arrive. » – PP, vacciné en raison de l'obligation

L'information obtenue en milieu de travail a permis aux participants de rester au courant de ce qui était exigé d'eux en tant qu'employés, mais semblait avoir peu d'impact sur l'attitude à l'extérieur du milieu de travail. La plupart des participants estimaient qu'ils suivaient les lignes directrices en santé publique recommandées par leur milieu de travail.

Sources du gouvernement

De nombreux participants ont pris note des annonces de divers agents de santé publique sur les dernières lignes directrices et les mises à jour sur la COVID-19 tout au long de la pandémie. Certains participants ont également mentionné les sites Web gouvernementaux comme source d'information.

Un niveau supérieur de confiance envers les sources d'information gouvernementales a été affiché parmi les personnes qui avaient confiance en la vaccination et les partisans du vaccin, comparativement aux personnes vaccinées en raison de l'obligation et aux non-vaccinés. Parmi les personnes qui avaient confiance en la vaccination et les partisans du vaccin, les participants ont indiqué que les principaux messages de santé publique ont résonné avec eux et qu'ils ont agi en conséquence.

Le nombre de cas de COVID-19 recensés localement orientait parfois les décisions quotidiennes des participants – par exemple, aller en personne à l'épicerie ou commander son épicerie en ligne. Dans un cas, une certaine méfiance s'est manifestée : un participant a estimé que le fait que les responsables de la santé publique se tiennent à côté des politiciens affaiblissait les messages de santé publique. Pour ces participants, ces messages pouvaient avoir été influencés par des mobiles politiques au-delà de la santé publique.

« S'il y avait une éclosion particulièrement mauvaise dans certaines régions de la province, nous obtenions cette mise à jour aussi, à savoir où il y avait de vrais points chauds dans la ville. Si je savais à l'époque qu'il y avait une éclosion en ville, je commandais mon épicerie en ligne plutôt que de me déplacer. Si j'allais à l'épicerie, je faisais mes courses rapidement, en portant mon masque et me tenant loin de tout le monde, sans parler à personne. Je me suis servi de beaucoup de cette information dans ma vie personnelle. Nous nous tenions avec notre petit groupe d'amis, sans plus. Nous avons aussi utilisé beaucoup de ces renseignements. » – TAS, partisan du vaccin

Les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés étaient généralement plus critiques des annonces officielles du gouvernement. Ils considéraient les sources gouvernementales comme faisant la promotion d'une directive unique plutôt que de considérer toutes les autres approches possibles, et comme manquant de transparence. Ces participants ont contesté l'interprétation des données sur la COVID-19 et étaient d'opinion que les lignes directrices de santé publique changeaient sans cesse. Ce manque de confiance semblait découler précisément de l'expérience de la pandémie de COVID-19, plutôt que d'une attitude de longue date envers le gouvernement. Ces participants ont préféré « faire [leur] propre recherche » en consultant une variété de sources en ligne ou de réseaux de confiance. Ils ont indiqué qu'ils étaient moins enclins à se tourner vers des sources gouvernementales ou des experts en santé pour obtenir de l'information sur la santé à l'avenir.

« Ils étaient très fermés. Ils faisaient quelque chose de précis. Ils n'étaient pas ouverts à écouter une autre opinion. Je pense qu'il faut être ouvert à toutes les options de traitement lorsque quelque chose comme une pandémie se produit. Vous ne pouvez pas dire : "C'est la voie, la seule voie." Ce vaccin est la seule option de traitement. Il n'y a rien d'autre. Voilà qui me frustrait : beaucoup d'autres médecins aux États-Unis qui avaient essayé certaines choses, et on n'en tenait même pas compte. [...] J'ai juste l'impression que ma confiance dans les soins de santé et le système gouvernemental a diminué depuis cela. Si je cherche de l'information sur la santé, je ne consulte pas les sources du gouvernement, pour être honnête. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Médias traditionnels

Les participants ont exprimé des sentiments mitigés quant à l'utilisation et à la fiabilité des médias traditionnels (p. ex. télévision, radio, journaux) comme sources d'information sur la COVID-19. Pour ces personnes, les médias traditionnels ont été utilisés dans le seul but de recevoir des informations sur le nombre de cas et les statistiques. On croyait généralement que ces chiffres étaient fiables en ce qu'ils étaient « objectifs », puisqu'ils comprenaient parfois des références ou des sources pour l'information fournie. L'exception provenait de certains vaccinés en raison de l'obligation et participants non vaccinés, qui estimaient que les médias exagéraient les cas de COVID-19 qu'ils signalaient en raison de différences entre les cas qu'ils rapportaient et ceux observés dans leur milieu de travail. Certains participants ont également remis en question la méthodologie et l'interprétation de l'information sur COVID-19 et estimaient qu'il y avait un manque de contexte dans les rapports des médias. Indépendamment du niveau de confiance envers les médias traditionnels, on s'accordait généralement à dire que le ton des médias traditionnels était « fondé sur la peur » et « alarmiste ».

Médias sociaux et médias alternatifs

La majorité des participants avaient tendance à éviter les médias sociaux (p. ex., Facebook, Twitter ou Instagram) comme ressource pour l'information relative à la COVID-19, notant la fréquence à laquelle la désinformation tend à s'y propager. Plusieurs participants ont totalement ignoré toute information relative à la COVID-19 sur les médias sociaux, la considérant comme « peu fiable ».

Quelques participants qui hésitaient à se vacciner ont mentionné que, bien qu'ils soient conscients du manque de fiabilité de l'information sur les médias sociaux, des éléments de l'information qui s'y trouvait reflétaient leurs préoccupations et les interpellaient. Certains vaccinés en raison de l'obligation et participants non vaccinés ont rapporté avoir utilisé les médias sociaux, non pas comme source d'information, mais plutôt comme un réseau social pour partager des histoires personnelles et soutenir d'autres avec des points de vue semblables.

« Je suppose que d'une façon détournée, l'information sur Facebook n'était pas quelque chose que j'utilisais. En fait, j'écartais généralement l'information qui provenait de Facebook, ou je la considérais comme peu fiable, simplement en raison de son origine. Il était toutefois intéressant de constater que si quelque chose apparaissait sur Facebook, je l'examinais habituellement pour essayer de le réfuter. Pour une raison quelconque, cette plateforme de médias sociaux semblait contenir beaucoup de désinformation. » – PP, personne hésitant à se vacciner

« Je n'ai pas confiance en ce genre d'accès pour trouver de l'information fondée sur la science. Je ne suis pas non plus très actif sur les médias sociaux en général. Ce n'est tout simplement pas mon genre de source habituel pour l'information importante. » – PS, personne faisant confiance en la vaccination

Les médias alternatifs n'ont été utilisés que par un très petit nombre de participants qui faisaient partie des groupes « Vaccinés en raison de l'obligation » et « Non vaccinés ». Ils l'ont utilisé pour acquérir des

renseignements sur l'utilisation d'approches de rechange possibles dans la lutte contre la COVID-19, souvent basées sur les conseils de médecins aux États-Unis.

Il y a eu un exemple de l'utilisation des médias sociaux qui était fiable et utile. Un participant a fait référence à une page de Reddit qui résumait les mises à jour quotidiennes fournies par la D^{re} Hinshaw et comprenait des tableaux avec le dénombrement des cas et d'autres renseignements pertinents sur la COVID-19. Ce contenu de Reddit comprenait des liens vers les sources de tous les renseignements, dont une grande partie provenait du site Web du gouvernement de l'Alberta. Pour ce participant, la transparence apparente de cette ressource avait facilité un sentiment de confiance et de crédibilité.

Réseaux de confiance

De nombreux participants se sont sentis dépassés par la quantité d'information accessible sur la COVID-19 ainsi que les changements et les mises à jour constants des lignes directrices en santé publique. Beaucoup se rappelaient à quel point ils recherchaient constamment, au début de la pandémie, des mises à jour et informations sur la COVID-19. Au moment de la présente recherche, la plupart des participants ont noté qu'ils arrivaient tout juste à se tenir au courant des renseignements les plus récents.

L'énorme quantité d'information disponible pendant la pandémie a poussé beaucoup de gens à se tourner vers leurs réseaux de confiance, formels et informels, pour obtenir de l'information sur la COVID-19 et les vaccins. Les réseaux d'information auxquels les participants ont fait confiance et vers lesquels ils se sont tournés variaient beaucoup.

Les personnes faisant confiance à l'égard du vaccin, les partisans du vaccin et les personnes hésitant à se vacciner, surtout les PS (p. ex. les médecins, les spécialistes) et ceux qui travaillent en milieu hospitalier, étaient plus susceptibles d'utiliser des réseaux d'experts et de collègues médicaux – y compris les épidémiologistes, les réseaux de foyers de soins de longue durée et d'autres groupes de travail de médecins. Ces réseaux ont été utilisés pour échanger des informations et des mises à jour relatives à la COVID-19, en particulier en ce qui concerne l'évolution des lignes directrices et des protocoles. On croyait que ces travailleurs de la santé étaient susceptibles d'être informés de tout changement avant qu'il ne soit communiqué au grand public.

Certains médecins se sont engagés dans des réseaux plus formels (p. ex. assister à des conférences Pri-Med ou des conférences de l'Université de Toronto sur la COVID-19, et divers autres systèmes de médecins pour échanger de l'information), tandis que d'autres se sont engagés dans des réseaux moins formels (p. ex. des conversations de groupe WhatsApp ou des échanges de courriels avec des collègues). Les réseaux informels ont été exploités de façon plus intensive au cours des premières étapes de la pandémie, à la fois comme système de soutien et pour échanger de l'information, lorsque les lignes directrices étaient moins claires et qu'elles changeaient rapidement.

Parmi les réseaux informels auxquels certains participants faisaient confiance, il y avait des sources religieuses. Quelques participants ont expliqué comment leurs congrégations et communautés religieuses fournissaient activement des renseignements liés à la COVID-19. Elles organisaient notamment des conférences éducatives sur la COVID-19 données par un membre de la congrégation qui était médecin, et fournissaient de l'information sur l'innocuité et l'efficacité du vaccin, ainsi que du soutien et des encouragements généraux des pairs pour aider à « passer à travers » la pandémie.

Ces participants avaient tendance à avoir une grande confiance dans leurs réseaux officiels et informels, en particulier ceux qui comprenaient des experts médicaux, des épidémiologistes et des personnes qui travaillent dans le contrôle des infections. Ces réseaux ont permis aux participants d'obtenir des réponses à leurs questions ou préoccupations et de recevoir des conseils ou des renseignements jugés crédibles par les personnes concernées.

« Parce que les amis [du Service des maladies infectieuses] sont ceux qui ont le plus d'expérience sur ce sujet, je vais les consulter, car ils peuvent me fournir quelques conseils » – PS, personnes faisant confiance en la vaccination

« Pour autant que je sache, presque toutes les communautés avaient un groupe, comme le groupe de travail qui recueillait de l'information et la transmettait à des professionnels de la santé et des collègues, ce groupe de médecins désignés. Il y en avait cinq à Powell River. À un moment donné, je participais également. Donc, c'était ce qu'il y avait de mieux, juste pour avoir un bon résumé avec toutes les ressources que nous avons trouvé les plus raisonnables à suivre. » – PS, partisan de la vaccination

« Je suis témoin de Jéhovah, et notre organisation était très à jour au sujet de l'efficacité vaccinale. L'organisation était aussi au courant de toutes les recherches qui se déroulaient, et elle distribuait le vaccin aux congrégations partout dans le monde. Ainsi, au moment où beaucoup d'églises disaient de ne pas se faire vacciner, notre organisation disait : "En regardant la recherche, il s'agit d'un vaccin sans danger avec des effets secondaires minimes, et s'il y en a, ils peuvent être contrôlés." L'organisation nous disait aussi de porter le masque, entre autres. Elle nous a donc vraiment aidé à passer à travers la pandémie, sans aucun doute. » – PS, personne hésitant à se faire vacciner

Les participants qui hésitaient à se faire vacciner contre la COVID-19 étaient plus susceptibles de se tourner vers des réseaux informels composés de membres de la famille, d'amis et de collègues. Ces participants avaient en commun le fait de consulter d'autres intervenants dans le domaine des soins de santé au sujet de leurs questions et préoccupations concernant les vaccins contre la COVID-19, et de ne pas pouvoir obtenir de réponses claires à leurs préoccupations. Par conséquent, il est devenu courant pour ces participants de chercher du soutien parmi d'autres qui avaient des points de vue et des attitudes similaires à l'égard des vaccins, en utilisant des réseaux informels comme des groupes Facebook.

« Parce qu'ils ne savaient pas. Ils ne savaient pas parce qu'il n'y avait pas assez de temps, alors ils ne pouvaient pas me fournir d'information. La plupart des gens, même les partisans du vaccin, ne connaissaient pas les effets à long terme. Exactement, vous ne connaissez pas les effets à long terme. Voilà pourquoi j'hésite. » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Les médecins comme source d'information

Plusieurs personnes hésitantes à se faire vacciner et vaccinés en raison de l'obligation avaient tendance à se tourner vers leur médecin personnel pour obtenir des renseignements précis sur le vaccin. Pour ces participants, leur médecin personnel était considéré comme une source de confiance dont l'apport et l'assurance ont joué un rôle important dans la vaccination de certains de participants hésitants à se faire vacciner.

Toutefois, les interactions avec les participants qui étaient vaccinés en raison de l'obligation ou des non-vaccinés avaient tendance à être moins positives. Dans ces cas-là, les participants vaccinés en raison de l'obligation estimaient que leurs médecins personnels ne fournissaient pas une « opinion honnête » et qu'ils cherchaient plutôt à diffuser davantage le discours provaccin. Cela a mené à la perception de leurs médecins personnels comme étant « moins crédibles », et on a noté que c'était la première fois que ces participants estimaient qu'ils ne pouvaient pas faire confiance à leur médecin.

« Je lisais pendant les restrictions quand je ne pouvais pas travailler, car j'avais beaucoup de temps. Le médecin craint de perdre sa licence s'il dit quelque chose contre le vaccin. On ne peut donc pas lui faire confiance. Il est en danger, et nous le savons. » – PP, non vacciné

En ce qui concerne la façon dont les participants abordaient les conversations liées à la COVID-19, les approches variaient et étaient en partie motivées par leur attitude à l'égard de la vaccination. Pour les personnes faisant confiance en la vaccination et les partisans de la vaccination, lorsqu'ils géraient les patients

exprimant leur hésitation à l'égard du vaccin, certains ont exploité leur position de source de confiance pour rassurer les patients sur les avantages des vaccins. Lorsqu'ils traitaient avec des patients hésitants, ces participants ont indiqué qu'ils essayaient de répondre à leurs préoccupations d'un point de vue émotionnel et de déterminer d'où ils obtenaient leurs informations, plutôt que de les aborder comme des « êtres rationnels ».

« Je pense que nous avons eu de bons conseils, surtout pour les femmes enceintes. La COVID-19 expose la grossesse à de gros risques, et je n'ai eu aucun mal à communiquer cela à mes patientes enceintes à l'époque. Et encore une fois, je pense que le fait que l'on puisse dire au patient, "Écoute, j'ai eu mes injections et ça va", cela a beaucoup d'effet. Encore une fois, les médecins de famille qui connaissaient leurs patients, qui avaient des patients depuis 20 ou 30 ans et plus, avaient cette crédibilité et cela a beaucoup contribué à vacciner la population. Je pense que j'avais probablement un taux d'adoption de 80 % ou plus parmi mes patients. Les enfants peut-être un peu moins. Il y a toujours eu des inquiétudes à ce sujet. Mais non, je pense que les adultes dans mon cabinet l'ont assez bien pris. » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

« Fondamentalement, nous ne pouvons pas prendre nos patients comme des êtres rationnels parce que nous ne sommes pas rationnels. Dans cette situation, avec tous ces facteurs, j'ai trouvé qu'il était mieux d'essayer de vraiment comprendre où les gens avaient obtenu leur information et essayer de les rejoindre à ce niveau émotionnel. Et puis d'ajouter : « Hé, je peux comprendre pourquoi vous êtes inquiet, je comprends tout à fait, mais décortiquons lentement tout ceci et parlons-en ». » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

Plusieurs personnes faisant confiance au vaccin et partisans du vaccin, ainsi que certains participants hésitant à se faire vacciner ont choisi une méthode différente lorsqu'ils se sont entretenus avec des patients qui étaient contre le vaccin, en tentant d'éviter de dialoguer ou d'essayer de les convaincre. Au lieu d'essayer d'informer leurs patients, ils les ont laissés « se défouler » et « continuaient » leur travail lorsque le patient avait fini de s'exprimer. Ces participants estimaient que ce n'était une « bonne utilisation de leur temps » d'essayer de convaincre les patients des mérites du vaccin, en particulier ceux qui étaient hospitalisés pour la COVID-19 active et parlaient de leur hésitation à se vacciner.

« J'ai eu beaucoup d'interactions avec des patients qui ont dit que... lorsque nous interrogeons des patients avant une chirurgie, nous devons leur demander s'ils avaient eu des vaccins contre la COVID-19. Beaucoup d'entre eux répondaient librement et beaucoup disaient : "Je préférerais ne pas répondre." À ce moment-là, vous ne les sondez pas vraiment et ne leur demandez pas pourquoi. J'ai eu quelques personnes qui disaient : "Oh, voilà pourquoi nous ne devrions pas nous faire vacciner." Je n'y ai vraiment pas prêté attention, parce que je n'avais pas le temps, et je ne voulais pas vraiment savoir. Parce que peu importe ce qu'ils allaient dire, je n'allais pas être d'accord avec eux. Ma croyance était ferme et je les laissais se défouler. Quand ils avaient fini, je poursuivais mon travail. » – PS, personne confiante à l'égard du vaccin

« Les patients, honnêtement, je n'ai pas trop essayé de les convaincre. Je sais qu'il y a beaucoup de médecins qui ont fait beaucoup d'efforts de communication pour essayer d'amener les gens à prendre le vaccin, mais je prenais soin de cas graves de COVID-19. Sincèrement, je ne pensais pas que c'était utile de parler à quelqu'un qui avait la COVID-19 de son hésitation vaccinale. J'avais l'impression que si la personne était hospitalisée pour la COVID-19 et que cela ne lui faisait pas comprendre l'importance de la vaccination, je n'allais pas aider. » – PS, personne faisant confiance à la vaccination

Peu de participants qui étaient des hésitants vaccinaux ou des vaccinés en raison de l'obligation ont reçu des patients leur demandant des conseils sur la vaccination. Dans les cas où cela s'est produit, ces participants avaient tendance à éviter d'exprimer leur hésitation à l'égard des vaccins contre la COVID-19 à leurs patients.

Au lieu de cela, ils encourageaient les patients à faire davantage de recherche ou les orientaient vers un médecin dans le cas des participants qui étaient des PP ou des membres du personnel infirmier.

« Oui, ils m'ont demandé. Et au début, les premiers qui m'ont demandé, je ne leur disais pas de ne pas se faire vacciner parce que j'étais moi-même hésitant, parce que ce n'est pas acceptable. Je disais : "Eh bien, faites vos recherches". Vous comprenez? Et puis, je disais : "Faites vos recherches, voyez ce qu'ils disent dans les médias, avec les agences de santé publique, et puis prenez une décision". Après qu'on a découvert le risque accru de gravité de la maladie pour les personnes immunodéprimées, je disais, "Vous savez quoi, d'après les preuves, il est conseillé de vous vacciner pour limiter la gravité du risque" » – PS, hésitant à se faire vacciner

« C'est ce que je ressens. J'ai vu tant gens, tant de gens, et j'ai eu des patients qui avaient reçu quatre injections et qui ont tout de même contracté la COVID-19. Ils me disaient : "Comment ai-je attrapé la COVID-19 alors que j'ai eu quatre injections?" Je répondais : "Je ne suis pas sûr. Vous devrez en parler au médecin." » – PS, vacciné en raison de l'obligation

Publications et revues de santé

Les publications et les revues sur la santé ont été citées comme sources d'information pour la COVID-19, quoique moins fréquemment que d'autres sources, et les médecins les mentionnaient souvent. Les médecins enceintes se sont tournées vers les revues scientifiques pour obtenir de l'information supplémentaire afin d'éclairer leur décision de se faire vacciner ou non. D'autres se sont tournés vers des revues scientifiques pour le perfectionnement professionnel – pour rester à jour sur les dernières preuves sur la COVID-19 et le traitement contre la COVID-19. Les participants avaient tendance à s'appuyer sur des publications et des journaux qu'ils connaissaient le mieux, qu'ils jugeaient crédibles et dignes de confiance.

Conclusion

Dans l'ensemble, les participants disposaient de sources d'information diverses, et leur niveau de confiance et d'engagement variait selon les sources. Les observations suivantes sont issues de la recherche qualitative :

- Certains participants ont consommé de l'**information fournie en milieu de travail** de façon active, tandis que d'autres ont adopté une approche passive ou sélective. L'information fournie en milieu de travail a aidé les participants à se tenir au courant des lignes directrices et des protocoles qui évoluaient rapidement, mais a eu un impact minimal sur leur attitude en dehors du travail.
- Certains participants ont fait confiance aux **sources gouvernementales**, en particulier les personnes qui ont confiance dans les vaccins et les partisans du vaccin. Toutefois, les vaccinés en raison de l'obligation et les participants non vaccinés étaient généralement plus critiques des annonces officielles du gouvernement et avaient tendance à faire leur propre recherche.
- Les **médias traditionnels** étaient généralement considérés comme une source fiable pour le nombre de cas et les statistiques, bien que certains remettaient en question les rapports et estimaient qu'ils utilisaient un ton « fondé sur la peur ».
- Les **médias sociaux** ont souvent été évités en raison de la propagation de la désinformation. Cependant, certains participants ont trouvé leurs préoccupations et leurs hésitations reflétées par d'autres sur les médias sociaux, ce que certains ont trouvé utile.

- Les **médecins** étaient vus comme des sources de confiance par certains, bien que les interactions et les niveaux de confiance avec les médecins personnels varient d'un participant à l'autre.
- Un petit nombre de participants, en particulier les médecins enceintes et ceux qui s'intéressent au perfectionnement professionnel, ont utilisé **des publications et des revues sur la santé**.

4. Conclusions

Tout au long de cette recherche, des conclusions et des implications communes se sont dégagées, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Elles pourraient constituer des domaines de recherche ou d'analyse supplémentaires, ou simplement des considérations à prendre en compte à l'avenir pour examiner les interventions de santé publique à grande échelle.

L'obligation de vaccination a joué un rôle important dans la vaccination des travailleurs de la santé, comme le montrent les composantes qualitatives et quantitatives de cette recherche. Toutefois, il s'agit peut-être d'une arme à double tranchant, car la vaccination a eu un coût. En fin de compte, l'enquête a révélé que l'obligation vaccinale avait motivé plus de travailleurs de la santé à se faire vacciner qu'elle n'en avait dissuadé. Toutefois, elle peut avoir contribué à une érosion de la confiance dans le gouvernement. Un sentiment commun qui s'est manifesté, en particulier dans le cadre de la recherche qualitative, était celui du ressentiment parmi les travailleurs de la santé qui ont exprimé leur hésitation à recevoir le vaccin, mais qui l'ont reçu en raison de l'obligation. Ces participants estimaient avoir pris des mesures (p. ex. port du masque, distances physiques, équipement de protection individuelle) efficaces pour prévenir la propagation du virus. L'introduction de l'obligation de vaccination a donc été perçue comme une violation inutile de leurs droits. Cela a conduit à un certain ressentiment, ainsi qu'à l'impression que les mesures prises par les autorités sanitaires ne sont peut-être pas dans l'intérêt des gens. L'enquête a également révélé une proportion considérable de travailleurs de la santé interrogés qui rejettent les obligations de vaccination, mais il y avait moins de preuves que l'hésitation à recevoir le vaccin était due au fait que les travailleurs de la santé estimaient que le vaccin était inutile, car ces gens avaient pris des mesures efficaces pour prévenir la propagation du virus.

L'utilisation d'un discours descendant pendant la pandémie n'a peut-être pas eu l'effet escompté, en particulier en ce qui concerne la diffusion de renseignements et de lignes directrices sur les protocoles et les obligations. Cette recherche a renforcé l'idée que, surtout en période de peur et d'incertitude, les personnes sont plus susceptibles de chercher conseil et soutien auprès de leurs réseaux de confiance personnels que d'autres sources qui promeuvent le discours général ou dominant. C'était particulièrement le cas pour les personnes qui étaient plus sceptiques ou hésitantes, ou qui avaient des opinions qui ne correspondaient pas au discours dominant, puisqu'elles se tournaient alors vers d'autres sources ou réseaux (parfois moins précis) pour trouver de l'orientation et du soutien. À ce titre, il faudra peut-être mettre l'accent sur l'examen et la prise en compte des préoccupations, avec une approche ascendante, afin d'encourager l'appui et le respect des mesures de santé publique. Pour aborder la question de l'HV, il est recommandé d'utiliser les données des publications scientifiques pour mettre en évidence l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre la COVID-19. Plus précisément, répondre aux préoccupations liées à la fertilité et aux effets secondaires potentiels à long terme peut être utile pour motiver ceux qui sont hésitants.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Résumé des conclusions et des recommandations du SAGE de l'OMS sur l'hésitation vaccinale. Janvier 2015 [R/sum/]. Disponible à l'adresse : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/demand/summary-of-sage-vaccinehesitancy-en.pdf?sfvrsn=abbfd5c8_2
2. MacDonald NE et Groupe de travail sur l'hésitation vaccinale SAGE. Vaccine Hesitancy: Definition, Scope and Determinants. *Vaccine*. 17 avril 2015; 33 (34): 4161-4164 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009>
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année. 2019 [site Web]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
4. Watson OJ, Barnsley G, Toor J, *et al.* Global Impact of the First Year of COVID-19 Vaccination: A Mathematical Modelling Study. *Lancet Infect Dis*. 23 juin 2022; 22 (9): 1293-1302 [publié]. DOI : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6). Disponible à l'adresse : [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00320-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/fulltext)
5. Forman R, Shah S, Jeurissen P, *et al.* COVID-19 Vaccine Challenges: What Have We Learned So Far and What Remains To Be Done? *Health Policy*. 26 mars 2021; 125 (5): 553-567 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.013>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851021000853?via%3DIhdb>
6. Newman PA, Reid L, Tepjan S, *et al.* COVID-19 Vaccine Hesitancy among Marginalized Populations in the U.S. and Canada: Protocol For a Scoping Review. *PLoS ONE*. 31 mars 2022; 17 (3): e0266120 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266120>. Disponible à l'adresse : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0266120>
7. Cascini F, Pantovic A, Al-Ajlouni Y, *et al.* Attitudes, Acceptance and Hesitancy among the General Population Worldwide to Receive the COVID-19 Vaccines and Their Contributing Factors: A Systematic Review. *eClinicalMedicine*. 2 septembre 2021; 40: 101113 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101113>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S258953702100393X>
8. Nguyen LH, Joshi AD, Drew DA, *et al.* Self-Reported COVID-19 Vaccine Hesitancy and Uptake among Participants from Different Racial and Ethnic Groups in the United States and United Kingdom. *Nat Commun*. 1 février 2022; 13 (1) [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1038/s41467-022-28200-3>. Disponible à l'adresse : <https://www.nature.com/articles/s41467-022-28200-3>
9. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, *et al.* The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 13 septembre 2016; 12: 295-301 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>. Disponible à l'adresse : <https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964%2816%2930398-X/fulltext>
10. Larson HJ, Clarke RM, Jarrett C, *et al.* Measuring Trust in Vaccination: A Systematic Review. *Hum Vaccin Immunother*. 10 mai 2018; 14 (7): 1599-1609 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1459252>. Disponible à l'adresse : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1459252>

11. Schuster M, Eskola J, Duclos P, *et al.* Review of Vaccine Hesitancy: Rationale, Remit and Methods. *Vaccine*. 14 août 2015; 33 (34): 4157-4160 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.035>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15004995?via%3Dihub>
12. Bedford H, Attwell K, Danchin M, *et al.* Vaccine Hesitancy, Refusal and Access Barriers: The Need for Clarity in Terminology. *Vaccine*. 19 août 2017; 36 (44): 6556-6558 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.004>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0264410X17310708?via%3Dihub>
13. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, *et al.* Beyond Confidence: Development of a Measure Assessing the 5C Psychological Antecedents of Vaccination. *PLoS One*. 7 décembre 2018; 13 (12): e0208601 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>. Disponible à l'adresse : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208601>
14. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Behavioural Considerations for Acceptance and Uptake of COVID-19 Vaccines. 15 octobre 2020 [rapport]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016927>
15. Statistique Canada. Les faits simplement! La COVID-19 et l'emploi des travailleurs de la santé. 19 juin 2020 [site Web]. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-28-0001/2018001/article/00019-fra.htm>
16. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Health Workers At Risk, Older Adults and Residents of Long-Term Care Facilities to Be Prioritized for COVID-19 Vaccination. 23 novembre 2020 [site Web]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/europe/news/item/23-11-2020-health-workers-at-risk-older-adults-and-residents-of-long-term-care-facilities-to-be-prioritized-for-covid-19-vaccination>
17. Patel MM, Jackson ML et Ferdinands J. Postlicensure Evaluation of COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 16 octobre 2020; 324 (19): 1939-1940 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19328>. Disponible à l'adresse : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2772136>
18. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prevention, Identification and Management of Health Worker Infection in the Context of COVID-19: Interim Guidance. 30 octobre 2020 [publié]. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
19. Galanis P, Vraka I, Katsiroumpa A, *et al.* COVID-19 Vaccine Uptake among Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines*. 29 septembre 2022; 10 (10): 1637 [Published]. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines10101637>. Disponible à l'adresse : <https://www.mdpi.com/2076-393X/10/10/1637>
20. Crawshaw J, Konnyu K, Castillo G, *et al.* Behavioural Determinants of COVID-19 Vaccination Acceptance among Healthcare Workers: A Rapid Review. *Public Health*. 14 juin 2022; 210: 123-133 [publié]. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.06.003>. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350622001603?via%3Dihub>

Annexe

A.1 Méthode quantitative

La composante quantitative de la recherche a été menée sous la forme d'un sondage en ligne. Le sondage a été offert en anglais et en français et hébergé sur une plateforme de sondage accessible et technologiquement agnostique. Le sondage a été mis à l'essai le 3 mai 2023 et lancé le 8 mai 2023. Il a été promu pendant 14 semaines (environ trois mois) et clôturé le 14 août 2023. La durée moyenne du sondage était de 15 minutes.

A.1.2 Population étudiée

Les répondants admissibles ont été employés comme travailleurs de la santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19 de 2020 à 2023 et avaient des contacts directs ou indirects avec des collègues, des patients ou le public. Cela comprenait le travail rémunéré d'au moins 20 heures par semaine. La définition de travailleur de la santé comprenait les PS, les PP et les TAS, y compris le personnel des soins communautaires et des hôpitaux (p. ex. les médecins, le personnel infirmier, les préposés aux bénéficiaires, le personnel de nettoyage ou de buanderie, les transporteurs de patients, le personnel de restauration, etc.).

A.1.3 Méthode d'échantillonnage

Le sondage a été diffusé auprès des membres des organismes désignés de PS et de PP représentant les collègues et les associations par profession partout au Canada afin d'atteindre tous les PS et les PP inscrits. On y a ajouté un panel non probabiliste en ligne pour atteindre ceux qui ont quitté le secteur ou qui travaillent dans des emplois non-inscrits dans les milieux cibles. De plus, afin d'atteindre davantage de PS pour repérer l'HV et obtenir un plus large éventail de professionnels ayant des opinions divergentes, les répondants ont eu l'occasion de transmettre le lien à leurs collègues.

Pour combler les principales lacunes dans la couverture par sous-groupe (type de profession) et augmenter la couverture des répondants qui ne travaillent plus dans le secteur, M360 Research a été engagé pour atteindre les PS et les PP qui sont actifs dans les comités de recherche. L'objectif était d'atteindre le nombre minimal de répondants requis pour chaque type de profession afin de respecter les fourchettes de pondération. M360 Research est un partenaire fiable d'Ipsos et un chef de file dans la mobilisation des travailleurs de la santé et la collecte de données.

Un total de $n = 5\,372$ travailleurs de la santé admissibles ont répondu au sondage. Bien que les réponses reflètent un échantillon représentatif des travailleurs de la santé par région, profession, langue et milieu, comme on l'a noté, la méthodologie de sondage en lien ouvert ne permet pas de généraliser les résultats à la population cible, et les statistiques inférentielles ne doivent pas être appliquées dans les rapports des données recueillies. Cette méthodologie ne permet pas non plus d'analyser les non-réponses. Toutefois, les répondants et les non-répondants peuvent différer. Il y a un risque de sous-couverture ou de surcouverture en raison de la participation inconnue des associations et du manque de données disponibles sur les caractéristiques des populations combinées – ainsi, on ne connaît pas l'ampleur du biais de couverture.

Invitations et séances d'information

Plus de 200 organismes professionnels de réglementation et bénévoles ont été invités à participer à la recherche. Des invitations bilingues ont été envoyées par courriel aux organisations pour leur expliquer les objectifs de l'étude, la méthodologie et la demande de participation. Deux webinaires ont été organisés, l'un en anglais et l'autre en français, afin de donner aux organismes intéressés la possibilité de rencontrer les responsables de l'étude, de fournir davantage de renseignements sur les objectifs de l'étude, les façons dont les organismes peuvent appuyer la recherche et répondre aux questions. Les enregistrements des séances d'information ont été affichés en ligne et mis à la disposition des organisations intéressées. Les foires aux questions de l'étude et l'avis de confidentialité ont également été affichés en ligne. La recherche a été enregistrée auprès du Conseil de recherche et d'intelligence marketing canadien. Les questions soumises par l'entremise du registre de l'étude ont été traitées par courriel.

Pour maximiser la couverture de la population étudiée, tout en minimisant le risque que les répondants admissibles reçoivent plusieurs invitations à la recherche, la méthode d'échantillonnage comportait une approche échelonnée. Des invitations ont d'abord été envoyées aux organismes et organisations de réglementation. Ces organismes ont été choisis d'abord en fonction de leur portée de recensement des professionnels en exercice. Les organismes de réglementation qui n'ont pas répondu ou qui ont refusé de participer ont été remplacés par des organismes professionnels bénévoles (nationaux et provinciaux ou territoriaux) représentant des membres; il s'agissait de la deuxième étape de communication. La troisième étape consistait à envoyer des invitations supplémentaires à un ensemble diversifié d'organismes représentant les PANDC et d'autres groupes en quête d'équité afin de s'assurer que le sondage atteigne les groupes sous-représentés. La dernière étape consistait à fournir des liens uniques aux partenaires de l'étude afin qu'ils les transmettent à des collègues et des groupes intéressés. Des invitations ont également été envoyées aux personnes qui ont participé aux séances qualitatives afin de leur permettre de participer à la partie de l'étude consacrée au sondage.

A.1.4 Organisations participantes

Nous remercions les organismes suivants qui ont participé au sondage en en faisant la promotion et en le transmettant à leurs membres et dans l'ensemble du secteur des soins de santé.

Alberta Dental Association

Association of Alberta Dental Assistants

BC Society of Respiratory Therapists

Association canadienne des infirmières et infirmiers des régions rurales et éloignées

Association canadienne des technologues en radiation médicale

Association canadienne des sage-femmes

Association canadienne des optométristes

Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé du travail (ACIIST)

Société canadienne de science de laboratoire médical

Société canadienne des infirmières et infirmiers en agroentérologie et travailleurs associés (SIIATA)

Société canadienne des thérapeutes respiratoires

Collège des médecins de famille du Canada

College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador

College of Midwives of Manitoba

College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan

Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick

Collège des physiothérapeutes de l'Ontario

College of Registered Psychiatric Nurses of Alberta

College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba

Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick
Dental Association of PEI
Dental Council of Prince Edward Island
Prévention et contrôle des infections Canada
Manitoba College of Social Workers
Newfoundland and Labrador Dental Association
Newfoundland and Labrador Pharmacy Board
Nova Scotia College of Respiratory Therapists
Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario
Ordre des pharmaciens de l'Ontario
Ontario Dental Assistants Association
Ontario Dental Hygienists' Association
Ontario Occupational Health Nurses Association
Ontario Paramedic Association
Ordre des dentistes du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
Provincial Dental Board of Nova Scotia
Psychologists' Association of Alberta
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Saskatchewan College of Pharmacy Professionals

A.1.5 Définitions

Les termes suivants sont utilisés dans tout le rapport.

1. **Taux de vaccination** – Proportion de travailleurs de la santé ayant reçu au moins une dose de vaccination contre la COVID-19.
2. **Hésitation à se faire vacciner** – Une mesure d'attitude autodéclarée, en examinant la décision de se vacciner (ou pas). Cette expression fait référence à l'acceptation tardive ou au refus du vaccin malgré la disponibilité des services de vaccination. Ces personnes peuvent hésiter et tout de même avoir reçu une dose ou être complètement vaccinées.
3. **Vacciné** – A reçu une ou plusieurs doses de vaccin contre la COVID-19.
4. **Partiellement vacciné** – N'a reçu qu'une seule dose de vaccin contre la COVID-19.
5. **Non vacciné** – Admissible, mais n'a reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19.

A.1.6 Analyse des données et pondération statistique

Aux fins de l'analyse, les données relatives aux professionnels de santé et aux PP ont été combinées et pondérées statistiquement par profession ou rôle et région pour correspondre aux proportions publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les données pour les TAS ont été pondérées par région en fonction des données du recensement de la population générale. La méthode itérative randomisée a été l'approche utilisée. Elle est conçue pour tenter de pondérer toutes les caractéristiques en même temps. La précision de la pondération dépend de la mesure dans laquelle l'échantillon correspond à l'univers connu. Au fur et à mesure que le processus de pondération par méthode itérative randomisée s'exécute, il essaie de déformer chaque variable aussi peu que possible tout en essayant d'atteindre toutes les proportions désirées parmi les caractéristiques. La « valeur quadratique moyenne » indique la quantité de distorsion introduite (c.-à-d. la fiabilité de l'échantillon). Plus le nombre est grand, plus la distorsion est importante et donc moins l'échantillon est précis.

Le chiffre d'efficacité de pondération de la jante donne une indication de l'équilibre de l'échantillon. Si:

- P_j : Être le pré-poids pour le cas j
- R_j : Soit la pondération par méthode itérative randomisée pour le cas j

L'efficacité de pondération par méthode itérative randomisée est la suivante :

$$\frac{100.0 \left(\sum_j P_j R_j \right)^2}{\sum_j P_j \sum_j P_j R_j^2}$$

Si les données pour de nombreux répondants doivent être fortement pondérées vers le haut ou vers le bas, le pourcentage d'efficacité sera faible. Plus le pourcentage est élevé, plus l'échantillon est équilibré. Pour obtenir de grands échantillons dans un grand nombre de populations professionnelles et de travailleurs, la méthodologie exigeait un contact avec des organisations individuelles représentant les populations. Cette approche a été choisie en tenant compte du risque de surreprésentation dans certains secteurs et de la nécessité de pondérer certains groupes vers le bas. En fin de compte, seuls quelques groupes ont nécessité une pondération vers le haut.

Le tableau A1 indique la répartition non pondérée de l'échantillon par profession, en dénombrements et en proportions. Une pondération a été appliquée à l'échantillon afin de s'assurer que les données finales reflètent les proportions de correction dans la population conformément au document intitulé *Les dispensateurs de soins de santé au Canada, 2015 à 2019 – Notes méthodologiques*, accessible sur le site Web de l'ICIS : cihi.ca/fr.

Tableau A1. Population de PS

Rôle en tant que PS	Échantillon de sondage (non pondéré)		Population au Canada	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
Médecine familiale/médecin généraliste	129	6 %	46 132	7 %
Spécialistes	43	2 %	45 243	7 %
Infirmiers auxiliaires autorisés	117	5 %	127 097	21 %
Infirmiers praticiens	69	3 %	6 159	1 %
Infirmiers diplômés	1 468	65 %	300 669	49 %
Infirmiers psychiatriques autorisés	194	9 %	6 050	1 %
Ergothérapeutes	27	1 %	18 906	3 %
Pharmaciens	153	7 %	43 744	7 %
Physiothérapeutes	62	3 %	25 294	4 %
TOTAL	2 262	100 %	619 294	100 %

Nombre de fournisseurs de soins de santé et nombre par 100 000 habitants, par type de fournisseur et total pour les provinces ou territoires où des données sont disponibles, 2019. Note : Deux répondants se sont identifiés comme médecins, mais n'ont pas précisé s'ils étaient médecins de famille/généralistes ou spécialistes. Quatorze (14) répondants se sont identifiés comme membres du personnel infirmier, mais n'ont pas

précisé le sous-groupe. Ces répondants ont été classés dans les catégories « autre médecin » et « autre personnel infirmier » respectivement et ont été exclus de ce tableau.

Tableau A2. Population de PP

Rôle en tant que PP	Taille de l'échantillon		Population au Canada	
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion
Assistants dentaires	215	10 %	19 599	8 %
Hygiénistes dentaires	417	19 %	30 219	12 %
Dentistes	131	6 %	19 455	7 %
Diététiciens	24	1 %	9 114	3 %
Technologues de laboratoires médicaux	543	24 %	20 048	8 %
Technologues en radiation médicale	56	3 %	25 451	10 %
Sage-femmes	27	1 %	1 643	1 %
Optométristes	26	1 %	6 609	3 %
Paramédicaux	327	15 %	35 384	14 %
Techniciens en pharmacie	46	2 %	9 564	4 %
Psychologues	99	4 %	19 103	7 %
Inhalothérapeutes	238	11 %	12 294	5 %
Travailleurs sociaux	82	4 %	52 823	18 %
TOTAL	2 231	100 %	261 306	100 %

Nombre de fournisseurs de soins de santé et nombre par 100 000 habitants, par type de fournisseur et total pour les provinces ou territoires où des données sont disponibles, 2019. Nota : certains groupes de PP ont été exclus de la portée compte tenu de la faible incidence ou de la difficulté de trouver l'échantillon pour ces rôles. Nota : Au total, 56 répondants se sont identifiés comme des PP, mais dans un rôle qui ne correspondait pas aux rôles décrits dans le tableau ci-dessus.

Tableau A3. Pondération des PS et des PP, par rôle

Rôle en tant que PS et PP	Taille de l'échantillon non pondérée	Proportions non pondérées	Proportions pondérées
Assistant dentaire [PP]	215	5 %	2 %
Hygiéniste dentaire [PP]	417	9 %	4 %
Dentiste [PP]	131	3 %	2 %
Diététiste [PP]	24	1 %	1 %
Médecin généraliste ou de famille [PS]	129	3 %	5 %
Infirmier auxiliaire diplômé [PS]	117	3 %	14 %
Technologue de laboratoire médical [PP]	543	12 %	2 %
Technologue en radiation médicale [PP]	56	1 %	3 %
Sage-femme [PP]	27	1 %	0 %
Infirmier praticien [PS]	69	2 %	1 %
Ergothérapeute [PS]	27	1 %	2 %
Optométriste [PP]	26	1 %	1 %
Autres PP [PP]	56	1 %	1 %
Autre personnel infirmier [PS]	14	0 %	0 %

Rôle en tant que PS et PP	Taille de l'échantillon non pondérée	Proportions non pondérées	Proportions pondérées
Autre médecin [PS]	2	0 %	0 %
Paramédical [PP]	327	7 %	4 %
Pharmacien [PS]	153	3 %	5 %
Technicien en pharmacie [PP]	46	1 %	1 %
Physiothérapeute [PS]	62	1 %	3 %
Psychologue [PP]	99	2 %	2 %
Infirmier autorisé [PS]	1 468	32 %	33 %
Infirmier psychiatrique autorisé [PS]	194	4 %	1 %
Inhalothérapeute [PP]	238	5 %	2 %
Travailleur social [PP]	82	2 %	5 %
Médecin spécialiste [PS]	43	1 %	5 %
TOTAL	4 565	100 %	99 %

Note : Deux répondants se sont identifiés comme médecins, mais n'ont pas précisé s'ils étaient médecins de famille/généralistes ou spécialistes. Quatorze (14) répondants se sont identifiés comme membres du personnel infirmier, mais n'ont pas précisé le sous-groupe. Ces répondants ont été classés dans les catégories « autre médecin » et « autre personnel infirmier » respectivement. Au total, 56 répondants se sont identifiés comme des PP, mais dans un rôle qui ne correspondait pas aux rôles décrits dans le tableau ci-dessus. On a attribué à ces personnes un poids de 1.

Tableau A4. Pondération des PS et des PP, par province ou territoire

Province ou territoire	Taille de l'échantillon non pondérée	Proportions non pondérées	Proportions pondérées
Alberta	457	10 %	13 %
Colombie-Britannique	248	5 %	13 %
Manitoba	157	3 %	1 %
Nouveau-Brunswick	95	2 %	1 %
Terre-Neuve-et-Labrador	94	2 %	5 %
Territoires du Nord-Ouest	13	0 %	1 %
Nouvelle-Écosse	111	2 %	1 %
Nunavut	1	0 %	0
Ontario	2 317	51 %	36 %
Île-du-Prince-Édouard	31	1 %	<1 %
Québec	494	11 %	23 %
Saskatchewan	545	12 %	7 %
Yukon	2	<1 %	<1 %
TOTAL	4 565	100 %	101 %

Tableau A5. Distribution non pondérée des PP par rôle

Rôle ou poste de l'auxiliaire de santé*	Taille de l'échantillon non pondérée	Proportion non pondérée
Commis à l'admission ou à l'accueil	165	20 %
Personnel de restauration	38	5 %
Personnel de nettoyage ou de buanderie	41	5 %
Personnel de cliniques COVID-19	1	<1 %
Techniciens en soins de santé	71	9 %
Personnel d'entretien	37	5 %
Autres	13	2 %
Autres employés d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement de soins de santé (p. ex. soutien aux établissements ou personnel administratif)	253	31 %
Transporteur de patients	11	1 %
Préposé aux bénéficiaires	129	16 %
Je préfère ne pas répondre.	2	<1 %
Étudiant	46	6 %
TOTAL	807	100 %

* Pour les TAS, la composition de cette main-d'œuvre par rôle est inconnue. Par conséquent, aucune pondération statistique n'a été appliquée par rôle ou poste, seulement par région.

Tableau A6. Pondération des TAS, par région*

Province ou territoire	Taille de l'échantillon non pondérée	Proportions non pondérées	Proportions pondérées
Colombie-Britannique	59	7 %	14 %
Alberta	76	9 %	11 %
Manitoba	29	4 %	1 %
Nouveau-Brunswick	19	2 %	2 %
Terre-Neuve-et-Labrador	16	2 %	1 %
Nouvelle-Écosse	41	5 %	3 %
Ontario	294	36 %	38 %
Île-du-Prince-Édouard	7	1 %	1 %
Québec	64	8 %	23 %
Saskatchewan	202	25 %	6 %
TOTAL	807	99 %	100 %

* Compte tenu de la large section transversale des postes, on a utilisé les données du recensement de Statistique Canada fondées sur la répartition régionale de la population générale. [Chiffres de population et des logements : Canada, provinces et territoires](#). Statistique Canada. 9 février 2022

A.1.7 Biais de non-réponse et incitatifs

Le biais de non-réponse est un type de biais qui se produit lorsque certains membres de la population ne répondent pas à un sondage ou à un recensement. Les résultats du sondage ou du recensement peuvent être biaisés, car ils ne seront pas représentatifs de l'ensemble de la population. Il existe plusieurs sources possibles de biais de non-réponse dans l'échantillon, notamment :

- Erreur d'échantillonnage : Il s'agit de l'erreur qui se produit lorsque l'échantillon n'est pas représentatif de la population. Cela peut se produire si l'échantillon est trop petit ou s'il n'est pas sélectionné au hasard.
- Biais de non-réponse : Ceci est un type de biais qui se produit lorsque certains membres de la population ne répondent pas à un sondage ou à un recensement. Cela peut se produire pour plusieurs raisons, notamment si le sondage est trop long ou difficile, ou si le répondant ne croit pas que sa participation est importante.
- Biais de sélection : Il s'agit de l'erreur qui se produit lorsque l'échantillon n'est pas sélectionné d'une manière qui donne à tous les membres de la population une possibilité égale d'être sélectionnés. Cela peut se produire si l'échantillon est basé sur une liste qui n'est pas à jour, ou s'il est sélectionné parmi un groupe de personnes qui sont plus susceptibles de participer au sondage ou au recensement.

Les sources potentielles de biais de non-réponse dans l'échantillon ont été abordées de plusieurs façons, notamment :

- Utilisation d'un échantillon de grande taille : Cela a contribué à réduire l'impact de l'erreur d'échantillonnage.
- Invitation de chacun des organismes de réglementation associés à chaque groupe de PS, de PP et de TAS à participer au sondage, ainsi que d'autres associations professionnelles membres (y compris les groupes professionnels bénévoles, les groupes industriels et les syndicats, etc.). Le fait que tant d'organisations aient invité leurs membres à participer en envoyant le lien du sondage a contribué à assurer que le nécessaire était fait pour permettre à tous les membres de la population d'avoir une possibilité égale d'être sélectionnés.
- Offre d'incitatifs à la participation : Cela a contribué à augmenter le taux de participation. Les incitatifs utilisés étaient directement proportionnels à la durée du sondage et conformes aux incitatifs comparables offerts par d'autres sources de groupes spéciaux en ligne. Dans le cas des PS et des PP, les montants des incitatifs variaient entre 50 \$ et 120 \$. Dans le cas des PP, des mesures incitatives étaient prévues dans le cadre du programme général d'incitation de la population, qui est basé sur des points. Les participants obtiennent des points qu'ils peuvent échanger contre divers produits.
- Pondération des données : Cela a permis de tenir compte du fait que certains groupes de personnes étaient plus susceptibles de répondre au sondage ou au recensement que d'autres.

Ces mesures ont permis de réduire le risque de biais de non-réponse dans l'échantillon et de s'assurer que les résultats du sondage ou du recensement étaient représentatifs de l'ensemble de la population.

A.1.8 Taux de participation

Pour le sondage, un échantillon non probabiliste a été utilisé. Par conséquent, un taux de réponse ne peut pas être calculé.

Le tableau ci-dessous indique les dispositions de cas et le taux de participation pour ce sondage en ligne. Le taux de participation à ce sondage était de 85,5 %, et il est calculé comme suit :

Taux de participation = $R/(R+IS+U)$.

Tableau A7. Calcul du taux de participation

Disposition	Calcul
Cas non valides	0
Cas non résolus (U)	0
Cas de non-réponse dans le champ du sondage (IS)	1 518
Unités répondantes (R)	8 985
Taux de participation	85,5 %

Les sondages en ligne peuvent être répartis en quatre grandes catégories :

Cas non valides

Il ne peut s'agir que de cas clairement invalides (par exemple, des invitations envoyées par erreur à des personnes qui n'étaient pas admissibles à l'étude ou des adresses électroniques incomplètes ou manquantes dans une liste fournie par le client).

Cas non résolus (U)

Il s'agit de tous les cas où il n'est pas possible de déterminer si l'invitation a été envoyée à un répondant ou à une unité admissible ou non admissible (par exemple, lorsque les invitations par courriel reviennent à l'expéditeur ou restent sans réponse avant que le candidat ne puisse être qualifié).

Cas de non-réponses dans le champ du sondage (SI)

Il s'agit de tous les refus, implicites ou explicites, de tous les non-contacts et des ruptures prématurées de cas admissibles connus, ainsi que d'autres non-répondants admissibles (en raison d'une maladie, d'un congé, de vacances ou autres).

Unités répondantes (UR)

Il s'agit notamment des cas qui ont participé, mais qui ont été disqualifiés par la suite (par exemple, lorsque des quotas admissibles ont été atteints). Cela comprend également tous les sondages remplis ou partiellement remplis qui répondent aux critères établis par le chercheur et qui doivent être inclus dans l'analyse des données.

Les cas non résolus (U), dans le champ du sondage (IS) et les unités répondantes (R) font tous partie de la vaste catégorie de cas « potentiellement admissibles ». Toutefois, les cas non valides ne sont pas inclus dans le calcul des taux de résultat.

Dans le cadre de ce sondage, un routeur a été utilisé pour trier les répondants possibles et les assigner à l'un de plusieurs sondages. Compte tenu de cela, il n'est pas possible d'estimer le nombre de cas « invités » à participer et de déterminer s'ils étaient admissibles ou non. Par conséquent, il n'est pas possible d'estimer les cas « non résolus ». Dans le cadre de ce sondage, les unités répondantes sont réparties comme suit.

Tableau A8. Unités répondantes

Disposition	Unité
Disqualifié	3 560
Qualifié terminé	5 425
Unités répondantes (UR)	8 985

La technologie de routage des échantillons utilise la randomisation pondérée pour assigner des sondages aux répondants. À l'entrée dans le système, les participants sont vérifiés pour s'assurer qu'ils n'ont pas dépassé les limites de participation au sondage. Une liste de correspondances possibles au sondage pour chaque participant est établie en fonction des renseignements que nous connaissons à son sujet. On peut poser aux participants d'autres questions d'examen préalable au sein du système pour s'assurer qu'ils répondent aux critères du projet. La priorité peut être accordée aux sondages en retard dans le calendrier; toutefois, cela est maintenu à un minimum, car la randomisation des sondages doit demeurer un élément clé pour prévenir les biais. Dans ce cas, une hiérarchisation limitée a été appliquée pendant la période de travail sur le terrain, de sorte qu'il y a peu de risque de biais d'échantillon.

A.2 Méthodologie qualitative

Le volet qualitatif de cette recherche a été mené en parallèle avec le sondage quantitatif et comprenait dix-huit (18) entrevues approfondies et quatre (4) groupes de discussion en ligne (de quatre à huit participants dans chacun) avec des travailleurs de la santé. Les participants étaient tous des adultes canadiens âgés de 18 ans ou plus. La conception de la recherche qualitative était d'envergure nationale et était offerte dans les deux langues officielles. Des efforts supplémentaires ont été déployés pour inclure les groupes en quête d'équité – en particulier les personnes racisées et autochtones, les femmes et les personnes handicapées. Au total, trente-trois (33) participants ont participé à la recherche, du 2 mai au 5 juin 2023.

Comme pour la composante quantitative de cette recherche, les participants ont été divisés en trois catégories :

1. **PS** : Cette catégorie comprenait les médecins, le personnel infirmier, les pharmaciens, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes.
2. **PP** : Cette catégorie comprenait des travailleurs de la santé spécialisés tels que les technologues de laboratoire médical, les technologues en radiation médicale, les paramédicaux, les techniciens en pharmacie, les inhalothérapeutes, les travailleurs sociaux, les diététistes, les hygiénistes dentaires ou les assistants dentaires.
3. **TAS** : Cette catégorie comprenait le personnel administratif et le personnel de soutien des installations, comme les transporteurs de patients, les commis à l'admission ou à l'accueil, le personnel de restauration, le personnel de nettoyage ou de buanderie.

Des groupes de discussion ont été organisés en fonction des catégories de travailleurs de santé, avec deux groupes de PS, un groupe de PP et un groupe de TAS. Des entrevues ont été menées dans les trois catégories de travailleurs de la santé. Un examen approfondi a été mené afin d'inclure des participants de divers milieux, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau A9. Profil des participants qualitatifs

Variable	Nombre de participants
Statut vaccinal	
Entièrement vacciné (a reçu au moins la série primaire)	30
Partiellement vacciné (a reçu une dose de série primaire – sans inclure le vaccin à dose unique Johnson & Johnson)	1
Non vacciné	2
Province	
Alberta	7
Colombie-Britannique	5
Manitoba	1
Nouvelle-Écosse	2
Ontario	10
Québec	6
Saskatchewan	2
Type de groupe en quête d'équité	
Racisés	17
Autochtones	1
Femmes	25
Personnes handicapées	1
Catégorie de travailleur de santé	
PS	18
PP	9
TAS	6
Groupe attitudinal	
Personnes faisant confiance à la vaccination	8
Partisans de la vaccination	7
Personnes hésitantes à se faire vacciner	8
Vaccinés en raison de l'obligation	8
Non vaccinés	2
Groupe d'âge	
18 à 34 ans	7
35 à 44 ans	10
45 à 54 ans	10
55 à 64 ans	6

* Note : Certains participants étaient membres de plusieurs groupes en quête d'équité, par conséquent les nombres indiqués dans le tableau ci-dessus ne seront pas égaux au nombre total de participants au volet qualitatif.

Le recrutement s'est fait par divers moyens, étant donné la complexité de l'échantillon requis pour cette recherche. Les PS et les PP ont été recrutés à partir de groupes qualitatifs de PS établis par des recruteurs, et les travailleurs de la santé auxiliaires seront recrutés à partir de groupes qualitatifs de la population

générale. Tous les fournisseurs de groupes de discussion respectent des lignes directrices rigoureuses et approuvées pour mener des études de marché. Le recrutement pour cette recherche a été sous-traité à Décision Point, avec qui Ipsos entretient depuis longtemps des relations. L'entreprise a une vaste expérience dans le recrutement de travailleurs de la santé et maintient un groupe qualitatif de 2 000 médecins. De plus, le sondage quantitatif comprenait une question de nouveau contact, permettant à toute personne non vaccinée d'être recrutée pour participer à des discussions en petits groupes ou à des entrevues. Les participants ont été recrutés conformément aux Normes pour la recherche sur l'opinion publique effectuée par le gouvernement du Canada – Recherche qualitative.

Le travail sur le terrain en ligne était nécessaire, étant donné la portée nationale de ce projet et l'importance d'obtenir des points de vue de participants divers et dispersés géographiquement. Les discussions ont été animées sur MS Teams et ont duré 60 minutes dans le cas des entrevues approfondies et 90 minutes dans le cas des groupes de discussion. Des dispositions ont été prises pour que les équipes de l'ASPC et de Santé Canada examinent un sous-ensemble des séances. Pour les séances nécessitant le consentement des participants, des groupes de discussion ont été enregistrés et des transcriptions ont été faites. Le guide de discussion a été créé en collaboration avec l'équipe de l'ASPC et de Santé Canada.

Ipsos a offert des honoraires aux participants pour qu'ils assistent à des entrevues approfondies ou à des groupes de discussion afin d'encourager la participation et l'engagement. Les mesures d'incitation différaient selon la catégorie de travailleurs de la santé (p. ex. les PS, les PP et les TAS), et selon qu'ils participaient à un groupe de discussion ou à une entrevue approfondie – compte tenu des niveaux variables de difficulté à obtenir la participation de ces personnes. Dans le cas des PS, les montants d'incitatif variaient entre 225 \$ et 600 \$ pour les entrevues approfondies et entre 350 \$ et 750 \$ pour les groupes de discussion. Pour les PP, les incitatifs étaient de 225 \$ pour les entrevues approfondies et de 350 \$ pour les groupes de discussion. Pour les TAS, les incitatifs étaient de 150 \$ pour les entrevues approfondies et de 200 \$ pour les groupes de discussion.

Il convient de noter que les constatations qualitatives ont pour but de révéler un éventail d'opinions et d'interprétations. Les constatations qualitatives ne devraient pas être extrapolées à l'ensemble de la population, car elles ne sont pas statistiquement extrapolables.

A.3 Instrument de sondage quantitatif

Le gouvernement du Canada mène cette étude auprès des travailleurs et des travailleuses de la santé au Canada. Le Centre de Surveillance de l'Immunisation (CSI) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada sollicitent votre participation à ce sondage portant sur l'efficacité des vaccins contre la COVID-19.

Ipsos a été mandaté pour administrer le sondage.

If you prefer to answer the survey in English, please select English from the language drop-down menu in the top right corner.

Il vous faudra environ 15 minutes pour répondre au sondage. Votre participation est volontaire et confidentielle. Vos réponses ne seront pas utilisées pour vous identifier individuellement, et les renseignements que vous fournirez seront gérés conformément aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels, la Loi sur l'accès à l'information ainsi qu'à toute autre législation pertinente. [Cliquez ici](#) pour consulter notre politique de confidentialité. Si vous avez besoin d'un autre moyen pour accéder au sondage, veuillez envoyer un courriel à l'adresse surveyqueries@ipsos.com.

Pour en savoir plus sur cette étude et sur la manière dont les renseignements personnels recueillis dans le cadre de ce sondage seront traités, veuillez consulter le document [FAQ et déclaration de confidentialité du site Web](#) de l'étude. **[NOUVELLE FENÊTRE CONTEXTUELLE DANS LE NAVIGATEUR]**

Déclaration de confidentialité

Les renseignements personnels que vous fournirez à l'Agence de la santé publique du Canada seront régis conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et seront recueillis en vertu de l'article 4 de la Loi sur le ministère de la Santé conformément à la Directive sur les pratiques relatives à la protection de la vie privée du Conseil du Trésor. Nous recueillons uniquement les renseignements dont nous avons besoin pour mener à bien le projet de recherche.

Objectif de la collecte : nous avons besoin de vos renseignements personnels tels que ceux d'ordre démographique pour mieux comprendre le sujet de recherche. Vos réponses seront toujours combinées avec les réponses d'autres personnes à des fins d'analyse et de production de rapports; vous ne serez donc jamais directement identifié(e). Cependant, il est possible que les réponses que vous fournissiez soient utilisées seules, ou en combinaison avec d'autres informations disponibles, pour vous identifier. La protection de vos renseignements personnels est très importante pour nous, et nous ferons tout en notre pouvoir pour les protéger et réduire le risque que vous soyez identifié(e).

Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée du Canada si vous estimez que vos renseignements personnels n'ont pas été traités convenablement. Pour en savoir plus sur ces droits ou sur la manière dont nous traitons vos renseignements personnels, veuillez envoyer un courriel à l'adresse ve.covid-19.ev@phac-aspc.gc.ca.

Pour vérifier l'authenticité de ce sondage, veuillez visiter le site <https://www.canadianresearchinsightscouncil.ca/rvs/home/?lang=fr>

et entrer le code de projet : 20230315-IP400 **[NOUVELLE FENÊTRE CONTEXTUELLE DANS LE NAVIGATEUR]**

Cette recherche est parrainée par l'Agence de la santé publique du Canada. Notez que votre participation demeurera entièrement confidentielle et qu'elle n'aura aucune incidence sur vos relations avec le gouvernement du Canada, y compris l'Agence de la santé publique du Canada.

Section PS : Questions de sélection

PS1. Quel âge avez-vous?

____ ans

1. Je préfère ne pas répondre

[SI < 18 REMERCIER LE PARTICIPANT ET CONCLURE]

[SI 'JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE' (PS1 = 1), PROPOSER LA QUESTION PS2, SINON PASSER À PS3]

PS2. Accepteriez-vous d'indiquer à quelle tranche d'âge vous appartenez? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Moins de 18 ans **[TERMINER]**

2. De 18 à 29 ans
3. De 30 à 39 ans
4. De 40 à 49 ans
5. De 50 à 59 ans
6. De 60 à 69 ans
7. De 70 à 79 ans
8. 80 ans ou plus
9. Je préfère ne pas répondre

PS3. Quelle est votre province ou quel est votre territoire de résidence? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Alberta
2. Colombie-Britannique
3. Manitoba
4. Nouveau-Brunswick
5. Terre-Neuve-et-Labrador
6. Territoires du Nord-Ouest
7. Nouvelle-Écosse
8. Nunavut
9. Ontario
10. Île-du-Prince-Édouard
11. Québec
12. Saskatchewan
13. Yukon
14. À l'extérieur du Canada [TERMINER]
15. Je préfère ne pas répondre

PS4. Êtes-vous actuellement employé(e) en tant que travailleur ou travailleuse de la santé au Canada?

Un travailleur ou une travailleuse de la santé est défini(e) au sens large comme tout le personnel du système de soins de santé, dont l'objectif principal des activités professionnelles est d'améliorer la santé. Cela comprend le travail rémunéré d'au moins 20 heures par semaine.

La définition comprend les médecins, les infirmiers et les infirmières, les professionnels et les professionnelles paramédicaux ainsi que le personnel de soutien des services de santé tels que les préposé(e)s aux bénéficiaires, à la buanderie, à l'entretien ménager, au transport de patients, au service alimentaire, etc.

1. Oui
2. Non

PS5. Avez-vous été employé(e) en tant que travailleur ou travailleuse de la santé pendant la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2023 au Canada?

Un travailleur ou une travailleuse de la santé est défini(e) au sens large comme tout le personnel du système de soins de santé, dont l'objectif principal des activités professionnelles est d'améliorer la santé. Cela comprend le travail rémunéré d'au moins 20 heures par semaine.

La définition comprend les médecins, les infirmiers et les infirmières, les professionnels et les professionnelles paramédicaux ainsi que le personnel de soutien des services de santé tels que les

préposé(e)s aux bénéficiaires, à la buanderie, à l'entretien ménager, au transport de patients, au service alimentaire, etc.

1. Oui
2. Non **[TERMINER]**

PS6. À quel titre étiez-vous employé(e) au sein du secteur des soins de santé au Canada pendant la pandémie de COVID-19 entre 2020 et 2023?

Si vous avez occupé plus d'un poste différent, veuillez indiquer celui à titre duquel vous avez le plus exercé au courant de cette période. Sélectionnez une seule réponse dans la liste ci-dessous.

1. Commis à l'admission ou à l'accueil [TAS]
2. Préposé(e) au service alimentaire [TAS]
3. Préposé(e) à la buanderie [TAS]
4. Assistant(e) dentaire [PP]
5. Hygiéniste dentaire [PP]
6. Dentiste [PP]
7. Diététicien(ne) [PP]
8. Technicien(ne) en soins de la santé [TAS]
9. Préposé(e) à l'entretien ménager [TAS]
10. Technologue de laboratoire médical [PP]
11. Technologue en imagerie médicale [PP]
12. Manutentionnaire de déchets médicaux [TAS]
13. Sage-homme ou sage-femme [PP]
14. Infirmier(ère) **[PS]**
 - a. Infirmier(ère) auxiliaire
 - b. Infirmier(ère) praticien(ne)
 - c. Infirmier(ère) autorisé(e)
 - d. Infirmier(ère) psychiatrique autorisé(e)
15. Ergothérapeute [PS]
16. Optométriste [PP]
17. Ambulancier(ère) paramédical(e) [PP]
18. Préposé(e) au transport de patients [TAS]
19. Préposé aux bénéficiaires [PP/TAS]
20. Pharmacien(ne) [PS]
21. Technicien(ne) en pharmacie [PP]
22. Médecin **[PS]**
 - a. Médecin généraliste ou de famille
 - b. Médecin spécialiste
23. Physiothérapeute [PS]
24. Psychologue [PP]
25. Inhalothérapeute [PP]
26. Travailleur(euse) social(e) [PP]
27. Étudiant(e) [TAS]
28. Autre personnel auxiliaire (veuillez préciser) [TAS]
29. Autre personnel de soutien œuvrant dans un milieu hospitalier, clinique ou tout autre établissement de

soins de santé (p.ex. personnel de soutien des services de santé, personnel administratif, etc.) [TAS]

30. Autre (veuillez préciser) [TAS]

31. Préfère ne pas répondre **[TERMINER]**

PS8. Entre 2020 et 2023, dans quel(s) département(s), service(s) ou partie(s) de votre établissement de santé avez-vous travaillé régulièrement? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

1. Service des urgences de l'hôpital
2. Unité de soins intensifs de l'hôpital
3. Maladies infectieuses
4. Maladies pulmonaires
5. Médecine interne ou spécialités médicales
6. Pédiatrie ou spécialités pédiatriques
7. Chirurgie ou spécialités chirurgicales
8. Gynécologie ou obstétrique
9. Oncologie ou hématologie
10. Médecine dentaire
11. Radiologie
12. Clinique externe
13. Pharmacie
14. Laboratoire
15. Nutrition
16. Aide sociale
17. Physiothérapie
18. Ergothérapie
19. Autre département ou service (veuillez préciser) : _____
20. **[exclusive]** Aucune de ces réponses

PS9. Entre 2020 et 2023, auprès de quel(s) groupe(s) de patients avez-vous le plus régulièrement travaillé? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

1. Nourrissons de moins de 1 an
2. Enfants de 1 à 11 ans
3. Adolescent(e)s de 12 à 17 ans
4. Adultes de 18 à 59 ans
5. Personnes âgées de plus de 60 ans
6. **[exclusive]** Aucune de ces réponses

PS10. Quel milieu décrit le mieux l'endroit où vous travaillez présentement? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

1. Milieu hospitalier
2. Milieu clinique
3. Milieu communautaire
4. Établissement de soins pour personnes âgées
5. Télésanté
6. Centre universitaire de sciences de la santé

7. Autre milieu de soins de santé (veuillez préciser)
8. Milieu autre que dans le secteur des soins de santé
9. Je préfère ne pas répondre

PS11. Quel est votre statut vaccinal actuel relativement à la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Série primaire et 2 doses supplémentaires ou deuxième dose de rappel reçues : 4 doses ou plus au total
2. Série primaire et 1 dose supplémentaire ou première dose de rappel reçues : 3 doses au total
3. Série primaire complétée : deuxième dose d'une série de 2 doses reçue : 2 doses au total
4. Série primaire complétée : série d'une dose reçue (Janssen (Johnson & Johnson))
5. Partiellement vacciné(e) : première dose d'une série de 2 doses reçue
6. Non vacciné(e) : aucun vaccin contre la COVID-19 reçu
7. Inadmissible à tout vaccin contre la COVID-19 : n'a reçu aucun vaccin contre la COVID-19 pour des raisons médicales
8. Je préfère ne pas répondre

Section B: Efficacité vaccinale

Les prochaines questions portent sur votre expérience de vaccination contre la COVID-19. La COVID-19 est une maladie causée par le coronavirus (SRAS-CoV-2) qui a été identifiée pour la première fois au Canada en janvier 2020. La COVID-19 a été déclarée comme étant une pandémie mondiale en mars 2020.

N'oubliez pas que tous les renseignements que vous fournissez resteront confidentiels et ne seront pas liés à votre nom ou à tout autre renseignement permettant de vous identifier personnellement.

Si nécessaire, veuillez-vous référer à votre certificat provincial de vaccination pour répondre aux questions suivantes.

[N'apparaît pas] Statut d'infection à la COVID-19

B1 : Depuis janvier 2020, pensez-vous avoir été infecté(e) par la COVID-19?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[SI OUI CONTINUER, SINON PASSER À LA COURTE SECTION D'INFORMATION DESCRIPTIVE JUSTE AVANT LA QUESTION B11]

B3. Depuis janvier 2020, combien de fois distinctes avez-vous été infecté(e) ou pensez-vous avoir été infecté(e) par la COVID-19?

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4

5. 5
6. 6 ou plus
7. Je préfère ne pas répondre

[SI 'JE PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE', PASSER À LA COURTE SECTION D'INFORMATION DESCRIPTIVE JUSTE AVANT LA QUESTION B11]

[CONSIGNER 1 COMME « première »]
[CONSIGNER 2 COMME « deuxième »]
[CONSIGNER 3 COMME « troisième »]
[CONSIGNER 4 COMME « quatrième »]
[CONSIGNER 5 COMME « cinquième »]
[CONSIGNER 6+ COMME « sixième et plus »]

[LES QUESTIONS INCLUSES DANS UNE BOUCLE SONT B4_1, B4_2, B4_4 ET B4_5, LE NOMBRE DE BOUCLES EST EN FONCTION DE LA RÉPONSE À B3, LE NOMBRE MAXIMAL DE BOUCLES EST 5]

B4_1. À quel moment avez-vous été infecté(e) ou pensez-vous avoir été infecté(e) par la COVID-19 pour la < INSÉRER DE B3 > fois? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Avant le 31 juillet 2021
2. Entre le 1^{er} août 2021 et le 14 décembre 2021
3. Entre le 15 décembre 2021 et le 30 juin 2022
4. Entre le 1^{er} juillet 2022 et aujourd'hui
5. Je préfère ne pas répondre

B4_2. Quelle était la sévérité de votre symptomatologie lorsque vous avez été infecté(e) ou pensez avoir été infecté(e) par la COVID-19 pour la < INSÉRER DE B3 > fois? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Aucun symptôme/asymptomatique ou présymptomatique
2. Symptômes gérables
3. Symptômes sévères (ne nécessitant pas d'hospitalisation)
4. Maladie sévère (nécessitant une hospitalisation)
5. Maladie grave (mettant la vie en danger)
6. Je ne me souviens pas
7. Je préfère ne pas répondre

B4_4. Lorsque vous avez été infecté(e) ou pensez avoir été infecté(e) par la COVID-19 pour la < INSÉRER DE B3 > fois, avez-vous obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19?

Afin de dépister la COVID-19, deux types de tests sont couramment utilisés. Le premier est un test PCR (Polymerase Chain Reaction ou réaction en chaîne de la polymérase) analysé en laboratoire et souvent utilisé dans les établissements de soins de santé puisqu'il produit le résultat le plus précis. Le deuxième type est un test antigénique rapide, souvent appelé test rapide, qui produit un résultat en quelques minutes.

1. Oui [CONSIGNER COMME CAS CONFIRMÉ]
2. Non [CONSIGNER COMME CAS PROBABLE]
3. Je ne m'en souviens pas [CONSIGNER COMME CAS PROBABLE]
4. Je ne sais pas [CONSIGNER COMME CAS PROBABLE]
5. Je préfère ne pas répondre

[SI B4_4=Oui, CONTINUER, AUTREMENT PASSER À LA BOUCLE SUIVANTE OU LA FIN DE LA BOUCLE]

B4_5. Quel type de test a été effectué lorsque vous avez été infecté(e) ou pensez avoir été infecté(e) par la COVID-19 pour la < INSÉRER DE B3 > fois? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. PCR (écouvillon nasal)
2. Test rapide (écouvillon nasal)
3. Test sérologique (analyse de sang)
4. Radiographie ou tomodensitométrie
5. Je ne m'en souviens pas
6. Je préfère ne pas répondre

[FIN DE BOUCLE – MAXIMUM CINQ ITÉRATIONS]

[SI TOUTES LES BOUCLES DE B4_2 = AUCUN SYMPTÔME/ASYMPTOMATIQUE OU PRÉSYMPTOMATIQUE (SI B4_2 = 1) PASSER À LA COURTE SECTION D'INFORMATION DESCRIPTIVE JUSTE AVANT LA QUESTION B11, AUTREMENT CONTINUER]

B5. Pensez-vous que vous avez eu ou avez actuellement la COVID longue?

La COVID longue ou le syndrome post-COVID-19 est défini comme la poursuite ou le développement de nouveaux symptômes trois mois après l'infection initiale au SRAS-CoV-2. Ces symptômes durent au moins deux mois sans autre explication et comprennent, entre autres, un essoufflement, un dysfonctionnement cognitif (brouillard cérébral), ainsi que de la fatigue.

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Statut vaccinal contre la COVID-19]

MONTRER CETTE INTRODUCTION SI PS11 = 1-5

Les questions suivantes portent sur les vaccins contre la COVID-19 que vous avez reçus et les moments durant lesquels ils vous ont été administrés.

[SI PS11 = 1-5 CONTINUER, AUTREMENT PASSER À C2]

[SI PS11 = CODE 1, 4 BOUCLES, < première, deuxième, troisième, quatrième >]

[SI PS11 = CODE 2, 3 BOUCLES, < première, deuxième, troisième >]

[SI PS11 = CODE 3, 2 BOUCLES, < première, deuxième >]

[SI PS11 = CODE 4, 1 BOUCLE, < première >]

[SI PS11 = CODE 5, 1 BOUCLE, < première >]

[LES QUESTIONS INCLUSES DANS UNE BOUCLE SONT B11, B11A, B12 ET B13, LE NOMBRE DE BOUCLES EST EN FONCTION DE LA RÉPONSE À PS11, LE NOMBRE MAXIMAL DE BOUCLES EST 4]

B11. Quelle était la date de votre < INSÉRER LA BOUCLE > vaccination contre la COVID-19? Si vous ne connaissez pas la date exacte, veuillez fournir la meilleure estimation possible.

1. Date exacte : (AAAA/MM/DD) [ANNÉE] [MOIS] [JOUR]
2. Meilleure estimation : (AAAA/MM/DD) [ANNÉE] [MOIS] [JOUR FACULTATIF]
3. Je ne m'en souviens pas **[EXCLUSIF]**

[En passant d'une boucle à l'autre pour la question B11, empêcher les répondants d'entrer une date qui est antérieure ou identique à la date exacte précédente qu'ils ont saisie.]

[SI 'Je ne m'en souviens pas' (B11 = 3), CONTINUER AVEC LA QUESTION B11A]

B11A. Veuillez indiquer au courant de quelle période vous avez reçu votre < INSÉRER LA BOUCLE > dose de vaccin contre la COVID-19? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Avant le 31 juillet 2021
2. Entre le 1^{er} août 2021 et le 14 décembre 2021
3. Entre le 15 décembre 2021 et le 30 juin 2022
4. Entre le 1^{er} juillet 2022 et aujourd'hui
5. Je ne m'en souviens pas
6. Je préfère ne pas répondre

B12. Quel vaccin avez-vous reçu pour votre < INSÉRER LA BOUCLE > dose? Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Vaxzevria d'AstraZeneca
2. Jcovden de Janssen (Johnson & Johnson)
3. Comirnaty Monovalent de Pfizer-BioNTech (original)
4. Comirnaty Bivalent de Pfizer-BioNTech (BA.1)
5. Comirnaty Bivalent de Pfizer-BioNTech (BA.4/BA.5)
6. Spikevax Monovalent de Moderna (original)
7. Spikevax Bivalent de Moderna (BA.1)
8. Spikevax Bivalent de Moderna (BA.4/BA.5)
9. Covifenz de Medicago
10. Nuvaxovid de Novavax
11. Je ne m'en souviens pas
12. Je préfère ne pas répondre

B13. Avez-vous été infecté(e) par la COVID-19 **14 jours ou plus** après avoir reçu votre < INSÉRER LA BOUCLE > dose de vaccin?

1. Oui
2. Non
3. **[GARDER L'ORDRE] [exclusif]** Je ne m'en souviens pas
4. **[GARDER L'ORDRE] [exclusif]** Je préfère ne pas répondre

[FIN DE LA BOUCLE. LE NOMBRE MAXIMAL DE BOUCLES EST 4]

Section C: Acceptation vaccinale

[SI PS11 = 1-5 CONTINUER, SI PS11 = 7 OU 8 PASSER À C7, SI PS11 = 6 PASSER À C2]

C1. Quelles étaient les raisons pour lesquelles vous vous êtes fait vacciner contre la COVID-19? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

[AFFICHER L'ORDRE DE FAÇON ALÉATOIRE]

1. Pour me protéger ou protéger les membres de ma famille ou de mon foyer contre l'infection à la COVID-19
2. Pour suivre les recommandations de la santé publique
3. Parce que je suis directement impliqué(e) dans la lutte contre la pandémie au sein d'un milieu de soins de santé
4. Parce que c'était nécessaire pour maintenir ou continuer mon emploi
5. Pour prévenir la propagation de la COVID-19 dans ma communauté
6. Pour réduire le fardeau sur le système de santé
7. Parce que je suis à risque de conséquences plus graves de l'infection à la COVID-19 en raison d'un problème de santé ou d'un handicap
8. Parce que le vaccin contre la COVID-19 a été recommandé par un professionnel de la santé
9. Parce que j'ai été directement ou indirectement incité(e) à me faire vacciner par des membres de ma famille, des collègues ou des amis
10. Parce que le vaccin contre la COVID-19 était disponible et offert
11. Pour voyager
12. **[GARDER L'ORDRE]** Autre (veuillez préciser) : _____
13. **[GARDER L'ORDRE]** **[exclusif]** Je ne sais pas
14. **[GARDER L'ORDRE]** **[exclusif]** Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Raisons de refus de vaccination contre la COVID-19 (non vacciné(e))

[SI PS11 = 6 CONTINUER, AUTREMENT PASSER À C7]

C2. Avez-vous refusé de vous faire vacciner contre la COVID-19?

1. Oui
2. Non
3. Je préfère ne pas répondre

C4. Pour quelles raisons ne vous êtes-vous pas fait vacciner contre la COVID-19? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

[AFFICHER L'ORDRE DE FAÇON ALÉATOIRE]

1. Je ne pense pas que les vaccins à ARNm contre la COVID-19 (Pfizer-BioNTech ou Moderna) soient utiles
2. Je ne pense pas être à risque de contracter la COVID-19 ou de subir des effets graves dus à une infection à la COVID-19
3. J'aimerais discuter davantage des vaccins contre la COVID-19 avec mon fournisseur de soins de santé
4. J'ai des inquiétudes quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19
5. J'ai des inquiétudes quant à la sécurité des vaccins à ARNm contre la COVID-19
6. Je n'ai pas entièrement confiance en le système de réglementation et d'information Canadien en ce qui a trait à l'immunisation (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)

7. J'ai des inquiétudes quant aux effets secondaires à long terme des vaccins contre la COVID-19
8. J'ai des inquiétudes quant aux effets secondaires à court terme des vaccins contre la COVID-19
9. J'ai eu une mauvaise expérience ou réaction avec une vaccination précédente (p. ex., effets indésirables graves suite à un vaccin)
10. J'ai entendu ou lu des avis négatifs sur les vaccins à ARNm contre la COVID-19 dans des médias (p. ex., réseaux sociaux, blogues, forums)
11. Je ne savais pas où trouver des informations fiables et de qualité sur les vaccins à ARNm contre la COVID-19
12. J'ai des inquiétudes quant à la stigmatisation, au racisme ou à la discrimination de la part du système de soins de santé
13. J'ai des inquiétudes quant à la fréquence des injections et aux calendriers de vaccination
14. Je ne me suis pas fait vacciner pour des motifs religieux ou spirituels
15. Je crains que la vaccination affecte ma fertilité
16. Je suis enceinte ou je prévois de tomber enceinte ou d'allaiter et je crains les effets pour mon bébé
17. Je n'aime pas les aiguilles ou les injections
18. J'ai déjà eu la COVID-19, donc je n'ai pas besoin de vaccin
19. Je ne fais pas confiance aux personnes qui ont développé les vaccins à ARNm contre la COVID-19
20. L'impact de l'infection à la COVID-19 est grandement exagéré
21. Les personnes qui ne croyaient pas en la vaccination contre la COVID-19 ont mentionné des raisons qui me semblaient logiques
22. Je refuse de me faire imposer des vaccins ou que ceux-ci soient obligatoires
23. [GARDER L'ORDRE] Autre (veuillez préciser) : _____
24. [GARDER L'ORDRE] [exclusif] Je ne sais pas
25. [GARDER L'ORDRE] [exclusif] Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Hésitation face à la vaccination contre la COVID-19

[POSER LA QUESTION C7 À TOUS LES PARTICIPANTS]

C7. Dans quelle mesure avez-vous hésité à vous faire vacciner ou non contre la COVID-19?

Pour ce sondage, être hésitant(e) fait référence à un retard ou à une réticence dans votre décision de vous faire vacciner ou de ne pas vous faire vacciner dès que le vaccin était disponible et qu'il était pratique pour vous de le recevoir.

1. Très hésitant(e)
2. Plutôt hésitant(e)
3. Pas très hésitant(e)
4. Aucunement hésitant(e)
5. Je ne sais pas
6. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Intention de se faire vacciner contre la COVID-19 à l'avenir (non vacciné(e), non éligible à la vaccination, 'je préfère ne pas répondre')

[SI PS11 = 6-8 CONTINUER, SI PS11 = 5 PASSER À C10, AUTREMENT PASSER À C11]

C9. Prévoyez-vous vous faire vacciner contre la COVID-19 à l'avenir?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Intention de compléter la série primaire de vaccination contre la COVID-19 à l'avenir (partiellement vacciné(e))

[SI PS11 = 5 CONTINUER, AUTREMENT PASSER À C11]

C10. Prévoyez-vous recevoir une deuxième dose du vaccin contre la COVID-19 à l'avenir?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Intention de recevoir une dose additionnelle/dose de rappel contre la COVID-19 à l'avenir (série primaire complétée)

[SI PS11 = 1-4 CONTINUER, AUTREMENT PASSER À C12]

C11. Prévoyez-vous recevoir une dose de rappel (supplémentaire) d'un vaccin contre la COVID-19 à l'avenir?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

C12. Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe saisonnière en 2022?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Risque d'infection. Perceptions de sévérité et susceptibilité à l'égard d'une infection à la COVID-19 (tous)

[DEMANDER À TOUS]

C13. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.

1. J'ai un risque personnel élevé de contracter la COVID-19 à l'avenir
2. Je suis susceptible de contracter la COVID-19 si je ne me fais pas vacciner
3. Les travailleurs et les travailleuses de la santé sont plus à risque que le grand public de contracter la COVID-19

4. La COVID-19 peut causer de graves problèmes de santé
 5. L'idée de contracter la COVID-19 me fait peur
- a) Fortement d'accord
 - b) Plutôt d'accord
 - c) Plutôt en désaccord
 - d) Fortement en désaccord
 - e) Je ne sais pas
 - f) Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Général/Perceptions et connaissances en lien avec la vaccination contre la COVID-19

[DEMANDER À TOUS]

C14. Les perceptions en lien avec les vaccins et leur efficacité ou leur nécessité sont diverses. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants.

Afin de traiter les nombreuses questions sur ce sujet, vous verrez 25 énoncés apparaître l'un à la suite de l'autre. Cette section en étant une clé de l'étude, nous vous prions de répondre à l'ensemble des 25 énoncés, suite à quoi, vous aurez presque complété le sondage.

[LIGNES DE LA GRILLE] – AFFICHER L'ORDRE DE FAÇON ALÉATOIRE

1. Je crois en l'immunisation, en général les vaccins sont sûrs et efficaces
2. Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs et efficaces
3. Je ne peux pas contracter la COVID-19 par le vaccin
4. Les avantages du vaccin contre la COVID-19 l'emportent sur le risque d'effets secondaires
5. La vaccination est un moyen plus sûr de renforcer l'immunité contre la COVID-19 que d'en être infecté(e)
6. Je n'ai pas besoin d'être vacciné(e) contre la COVID-19 si je l'ai déjà contracté
7. Les vaccins à ARNm contre la COVID-19 ne modifient pas mon ADN
8. Les mesures de santé publique sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex., distanciation physique, port du masque, etc.)
9. La vaccination contre la COVID-19 devrait être une exigence en milieu scolaire et dans tout milieu accueillant un grand groupe d'enfants (p. ex., garderie, sites sportifs)
10. J'ai accès à suffisamment d'informations fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée
11. Il est important d'administrer des doses supplémentaires ou de rappel (plus qu'une série primaire complète d'une ou deux doses) pour continuer à se protéger contre la COVID-19
12. Mes proches pensent qu'il est important que je me fasse vacciner contre la COVID-19
13. Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les patients
14. Si je me fais vacciner contre la COVID-19, je serai moins susceptible d'infecter les membres de ma famille
15. Se faire vacciner contre la COVID-19 réduira la propagation de la COVID-19
16. Les travailleurs et les travailleuses de la santé doivent tous être vaccinés contre la COVID-19
17. La perspective de perdre mon emploi a joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non
18. Je contracte la grippe et d'autres virus respiratoires plus facilement que les autres personnes de mon âge

19. Les employé(e)s de mon établissement de soins de santé sont encouragé(e)s à retourner à la maison s'ils ou elles présentent des symptômes respiratoires au travail
20. Le risque que la COVID-19 engendre des effets graves sur ma santé est faible
21. Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes enceintes ou qui souhaitent concevoir des enfants à l'avenir
22. Des raisons spirituelles ou éthiques ont joué un rôle dans ma décision de me faire vacciner ou non
23. Je suis toutes les mesures de santé publique qui sont importantes pour prévenir ou réduire la propagation de la COVID-19 (p. ex., distanciation physique, port du masque, etc.)
24. Je n'ai pas entièrement confiance en le système de réglementation et d'information Canadien en ce qui a trait à l'immunisation (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, Comité consultatif national de l'immunisation)
25. J'ai confiance en l'information fournie par le gouvernement fédéral en lien avec les vaccins contre la COVID-19

[COLONNES DE LA GRILLE]

- a) Fortement d'accord
- b) Plutôt d'accord
- c) Plutôt en désaccord
- d) Fortement en désaccord
- e) Je ne sais pas
- f) Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Sources d'information utilisées en lien avec la vaccination contre la COVID-19

C15. Laquelle des sources d'information suivantes êtes-vous le plus susceptible de consulter pour obtenir des informations sur les vaccins contre la COVID-19? Veuillez choisir jusqu'à trois (3) sources principales.

[AFFICHER L'ORDRE DE FAÇON ALÉATOIRE]

1. Informations obtenues auprès de mon employeur
2. Informations obtenues auprès de mon syndicat
3. Sources gouvernementales d'information
4. Sources spécialisées telles que le Centre américain pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) ou le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), etc.
5. Sources académiques telles que des études et travaux de recherche publiés dans des journaux scientifiques
6. Programmation de médias traditionnels ou de nouvelles (p. ex., télévision, sites Web d'actualités)
7. Informations trouvées sur les médias sociaux ou les réseaux sociaux (p. ex., Facebook, Instagram)
8. Information obtenue auprès de ma famille et/ou mes amis
9. [GARDER L'ORDRE] Autre : veuillez préciser
10. [GARDER L'ORDRE] [exclusif] Je ne sais pas
11. [GARDER L'ORDRE] [exclusif] Je préfère ne pas répondre

[DEMANDER À TOUS]

D5. Vous isolez-vous lorsque vous avez été exposé(e) à la COVID-19 ou pensez l'avoir été?

1. Toujours
2. Souvent
3. Occasionnellement
4. Jamais
5. Uniquement si on me l'impose
6. Impossible
7. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Section A : Informations sociodémographiques

Voici quelques questions contextuelles et sociodémographiques. Soyez assuré(e) que tous les renseignements recueillis tout au long de ce sondage resteront confidentiels et ne seront liés à aucun renseignement permettant de vous identifier personnellement.

[N'apparaît pas] Sexe à la naissance

A1. Veuillez indiquer votre sexe à la naissance. Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. Homme
2. Femme
3. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Genre

A2. Quelle est votre identité de genre? Veuillez sélectionner une seule réponse.

Le genre fait référence à votre genre actuel qui peut être différent du sexe à la naissance ainsi que de ce qui est indiqué sur vos documents légaux. À titre de rappel, ne saisissez aucun renseignement qui pourrait permettre de vous identifier tel que votre nom ou vos coordonnées.

1. Femme (femme cisgenre; mon sexe à la naissance est le même que mon genre actuel)
2. Homme (homme cisgenre; mon sexe à la naissance est le même que mon genre actuel)
3. Non binaire
4. Femme transgenre
5. Homme transgenre
6. Personne bispirituelle
7. Autre genre (veuillez préciser) :
8. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Région

A3. Parmi les environnements suivants, lequel décrit le mieux votre région de résidence et la taille de sa population ?

Les régions rurales comprennent celles qui sont isolées (pas de vols réguliers ni d'accès routier et un service téléphonique ou radio minimal) ainsi que celles qui ne le sont pas (zone géographique où une communauté est située à plus de 90 km du centre de services de santé le plus proche [médecin, hôpital, clinique ou autres services de santé accessibles toute l'année par voie terrestre et maritime]). Veuillez sélectionner une seule réponse.

1. 1 000 000 personnes ou plus
2. entre 100 000 et 1 000 000 personnes
3. entre 1 000 et 100 000 personnes
4. Rurale (moins de 1 000 personnes), mais pas isolée
5. Rurale (moins de 1 000 personnes) et isolée
6. Je préfère ne pas répondre

[DEMANDER À TOUS]

A4. Quel est le niveau d'études le plus élevé que vous ayez complété? Sélectionnez une seule réponse.

1. Diplôme d'un niveau moins élevé qu'un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
2. Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent
3. Diplôme d'études professionnelles ou certificat d'une école de métiers
4. Diplôme d'études collégiales, certificat ou diplôme non universitaire
5. Certificat universitaire ou diplôme inférieur au baccalauréat
6. Diplôme universitaire – Baccalauréat ou équivalent
7. Diplôme universitaire – Diplôme supérieur au baccalauréat ou équivalent
8. Autre (veuillez préciser) : _____
9. Je préfère ne pas répondre

A5. Entre 2020 et 2023, quel est le nombre maximal de personnes ayant résidé dans votre foyer, y compris vous-même? [AUTORISER LES RÉPONSES DE 1 À 20]

-
1. Je préfère ne pas répondre

[N'apparaît pas] Éthnicité/Culture

A6. Vous identifiez-vous comme une personne autochtone? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

1. Membre des Premières Nations (il peut s'agir d'une personne inscrite ou non inscrite)
2. Métis(se)
3. Inuit(e) (Inuk)
4. Amérindien(ne) ou Indien(ne) de l'Amérique du Nord (É.-U.)
5. Autre personne autochtone
6. [exclusif] Non, je ne m'identifie pas comme une personne autochtone
7. [exclusif] Je préfère ne pas répondre

A7. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez? Nous reconnaissons que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décririez. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

ASIATIQUE

- Asiatique de l'Est – Chinois(e)
- Asiatique de l'Est – Japonais(e)
- Asiatique de l'Est – Coréen(ne)
- Asiatique du Sud-Est – Philippin(e)
- Asiatique du Sud-Est – Vietnamien(ne), Cambodgien(ne), Laotien(ne), Thaïlandais(e)
- Asiatique du Sud – Indien(ne), Pakistanais(e), Sri Lankais(e)
- Asiatique des Caraïbes – Guyanais(e), Trinidadien(ne)
- Européen(ne) – Britannique, Français(e), Espagnol(e), Portugais(e)
- Autre (veuillez préciser)

NOIR(E)

- Africain(e) – Ghanéen(ne), Kényan(e), Somalien(ne)
- Caribéen(ne) – Haïtien(ne), Barbadien(ne), Jamaïcain(e), Grenadien(ne)
- Européen(ne) – Britannique, Français(e), Espagnol(e), Portugais(e)
- Nord-Américain(e) – Canadien(ne), Américain(e)
- Sud-Américain(e) et Centraméricain(e) – Brésilien(ne), Panaméen(ne)
- Autre (veuillez préciser)

LATINO-AMÉRICAIN(E)/HISPANIQUE

- Caribéen(ne) – Cubain(e), Haïtien(ne)
- Nord-américain(e) – Mexicain(e)
- Centraméricain(e) – Hondurien(ne)
- Européen(ne) – Espagnol(e), Portugais(e)
- Sud-Américain(e) – Brésilien(ne), Argentin(e), Chilien(ne)
- Autre (veuillez préciser)

ORIGINAIRE DU MOYEN-ORIENT/NORD-AFRICAINE/ASIATIQUE DE L'OUEST/DU SUD-OUEST

- Nord-Africain(e) – Égyptien(e), Libyen(ne), Marocain(e)
- Originaire du Moyen-Orient – Iraquien(ne), Syrien(ne), Jordanien(ne), Libanais(e)
- Asiatique de l'Ouest – Iranien(ne), Afghan(e)
- Autre (veuillez préciser)

BLANC(HE)

- Européen(ne) – Britannique, Français(e), Polonais(e), Russe
- Nord-Américain(e) – Canadien(ne)
- Sud-Américain(e) – Brésilien(ne), Argentin(e), Chilien(ne)
- Océanien(ne) – Australien(ne), Néo-Zélandais(e)
- Africain(e) – Sud-Africain(e)
- Autre (veuillez préciser)

AUTRES RÉPONSES

- Autre (veuillez préciser) _____
- Aucune de ces réponses [EXCLUSIF]
- Je préfère ne pas répondre [EXCLUSIF]

[POINT DE COMPLÉTION ACCEPTÉ SI LE SONDAGE N'EST PAS COMPLÉTÉ JUSQU'À LA TOUTE FIN]

A12. Avez-vous des problèmes de santé chroniques?

1. Oui

2. Non

[SI A1 = 2 FEMME CONTINUER, AUTREMENT PASSER À A14]

A13. Êtes-vous enceinte?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas
4. Je préfère ne pas répondre

[SI « OUI » CONTINUER, SINON, PASSER À D5]

A14. À quel trimestre êtes-vous actuellement?

1. 1
2. 2
3. 3
4. Je ne sais pas
5. Je préfère ne pas répondre

RECONTACTEQ. Cette étude ne se limite pas à ce sondage, puisqu'elle inclut également une portion qualitative. Des discussions de groupe et des entretiens de type conversation sont donc également menés. Si vous souhaitez être invité(e) à participer à l'un ou l'autre de ceux-ci, veuillez remplir les champs d'information ci-dessous afin que nous puissions communiquer de nouveau avec vous à cette fin.

En acceptant d'être recontacté(e), et en fournissant vos renseignements y compris votre nom, adresse courriel et numéro de téléphone, Ipsos pourra peut-être créer un lien entre vos réponses et vous. Ipsos garantit que vos réponses resteront confidentielles.

Ipsos ne fournira pas de données brutes permettant d'identifier des personnes à d'autres organisations, y compris Santé Canada ou l'Agence de la santé publique du Canada. Il ne sera pas possible d'identifier une personne en particulier dans les résultats.

Acceptez-vous d'être recontacté(e)?

1. J'accepte
2. Je refuse

[DEMANDER SI RECONTACTEQ = 1]

[INFO CONTACT]

Comme vous avez accepté d'être recontacté(e), veuillez fournir votre nom, prénom, adresse courriel et numéro de téléphone.

[AJOUTER LA VÉRIFICATION DE LA VALIDITÉ DE L'ADRESSE COURRIEL ET DU NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET DE LA CONFORMITÉ ENTRE LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME SAISIE CI-DESSOUS DE CHACUN DE CES DEUX ÉLÉMENTS]

Prénom _____
Nom de famille _____
Adresse courriel _____
Veuillez saisir votre adresse courriel de nouveau _____
Numéro de téléphone _____
Veuillez saisir votre numéro de téléphone de nouveau _____

PRETESTQ. Avez-vous éprouvé des difficultés à répondre à certaines questions de ce sondage? Si oui, veuillez indiquer lesquelles.

1. Oui [**ZONE DE TEXTE**]
2. Non

PRETESTQ2.

Si vous avez des commentaires généraux par rapport à votre expérience lors de la complétion de ce sondage ainsi que toutes autres idées d'améliorations que nous pourrions apporter, veuillez les écrire dans le champ ci-dessous.

[ZONE DE TEXTE]

Je n'ai aucun commentaire général

C'est la fin du sondage. Au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, nous tenons à vous remercier d'y avoir participé.

Vos réponses fourniront des informations précieuses et pertinentes sur la couverture vaccinale au Canada.

A.4 Filtre de recrutement qualitatif

Bonjour/Bonsoir, ici _____ d'Ipsos, une firme nationale d'études de marché et de sondages d'opinion publique. Nous menons actuellement une étude auprès de travailleurs de la santé au Canada. L'étude est réalisée pour le compte de Santé Canada.

Cette étude nécessite la participation à une entrevue d'une durée d'environ 45 à 60 minutes ou à un groupe de discussion d'une durée d'environ 90 minutes. L'entrevue/le mini-groupe de discussion aura lieu en ligne le [INSÉRER LA DATE] à [INSÉRER L'HEURE]. Si vous êtes admissible à l'entrevue/au mini-groupe de discussion et y prenez part, vous recevrez une somme de en guise de remerciement pour votre temps.

Aimeriez-vous participer à cette étude?

Oui **CONTINUER**
Non **REMERCIER ET CONCLURE**

J'aimerais vous poser quelques questions pour savoir si vous êtes admissible à cette étude. Je tiens à vous assurer que je n'ai absolument rien à vendre.

*** SI LE RÉPONDANT LE DEMANDE :**

Les renseignements personnels que vous fournissez sont protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels et sont recueillis aux termes de l'article 4 de la Loi sur le ministère de la Santé. Les renseignements que vous fournissez ne seront pas liés à votre nom dans nos documents, y compris le formulaire de consentement ou le formulaire de discussion. Outre garantir la protection de vos renseignements, la Loi sur la protection des renseignements personnels vous donne le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et la correction de ceux-ci. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du Commissariat à la protection de la vie privée si vous estimez que vos renseignements personnels ont été traités de manière inappropriée. Pour en savoir plus sur vos droits ou sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, veuillez envoyer communiquer avec le coordonnateur de la protection des renseignements personnels de Santé Canada au [NUMERO TELEPHONIQUE] ou à [COURRIEL].

ÉVALUATION DE L'ADMISSIBILITÉ DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

1. Travaillez-vous dans le secteur de la santé pendant la pandémie de COVID-19 (2020 à 2022)? Un travailleur de la santé est généralement défini de la même façon que l'ensemble du personnel du système de santé, soit comme une personne dont le but premier est d'améliorer la santé. Il est rémunéré pour au moins 20 heures par semaine.

La définition comprend les médecins, les infirmiers, les professionnels paramédicaux et les auxiliaires de santé, comme le personnel de soins communautaires et d'hôpital (les préposés aux services de soutien à la personne, le personnel de nettoyage ou de buanderie, les personnes qui véhiculent les patients, le personnel de restauration, les gestionnaires de déchets médicaux, etc.).

Oui **REMERCIER ET CONCLURE**
Non **CONTINUER**

2. À quel titre travailliez-vous dans le secteur de la santé pendant la pandémie de COVID-19 (2020 à 2022)?

Médecin – omnipraticien/médecin de famille	ADMISSIBLE DANS LA CATÉGORIE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
Médecin – Spécialiste	
Infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e)	
Infirmier(ère) praticien(ne)	
Infirmier(ère) autorisé(e)	
Infirmier(ère) psychiatrique autorisé(e)	
Physiothérapeute	
Pharmacien(ne)	
Ergothérapeute	
Assistant(e) dentaire	ADMISSIBLE DANS LA CATÉGORIE DES TRAVAILLEURS PARAMÉDICAUX
Hygiéniste dentaire	
Dentiste	
Diététiste	
Technologue en laboratoire médical	
Technologue en imagerie médicale	
Sage-homme ou sage-femme	
Optométriste	
Ambulancier(ère)	
Technicien(ne) en pharmacie	
Psychologue	
Inhalothérapeute	
Travailleur(se) social(e)	
Préposé(e) aux bénéficiaires	ADMISSIBLE DANS LA CATÉGORIE DES TRAVAILLEURS AUXILIAIRES DE LA SANTÉ
Autre travailleur œuvrant dans un milieu hospitalier, clinique ou communautaire (p. ex. personnel de soutien ou administratif d'un établissement).	
Autre : INSCRIRE	REMERCIER ET CONCLURE

VÉRIFIER LES QUOTAS ET RECRUTER SELON LE TABLEAU DE RECRUTEMENT.

SI PRÉPOSÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À LA PERSONNE OU PERSONNEL DES INSTALLATIONS/ADMINISTRATIF CODÉ À LA Q2, POSER LA Q3, AUTREMENT, PASSER À LA Q4.

3. Dans lequel des milieux suivants avez-vous travaillé pendant la pandémie de COVID-19 (2020 à 2022)?

Hôpital

Maison de soins de longue durée

Cabinet individuel/clinique communautaire

QUESTIONS DE RECRUTEMENT RELATIVES À LA QUALITÉ

4. Avez-vous participé à une étude de marché au cours des six derniers mois?

Oui **REMERCIER ET CONCLURE**

Non **CONTINUER**

5. À combien de groupes de discussion ou d'entrevues en profondeur avez-vous participé au cours des cinq dernières années?

REMERCIER ET CONCLURE SI PLUS DE 4

QUESTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Dans le cadre de notre étude, il est important de recueillir les points de vue de travailleurs de la santé de divers horizons. J'aimerais donc vous poser quelques questions à votre sujet.

6. Puis-je connaître votre âge?

Moins de 18 ans **REMERCIER ET CONCLURE**

18 à 34 ans

35 à 44 ans

45 à 54 ans

55 à 64 ans

65 ans et plus

RECRUTER UN MÉLANGE EN FONCTION DE L'ÂGE.

7. Dans quelle province ou quel 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

À l'extérieur du Canada **REMERCIER ET CONCLURE**

Je préfère ne pas répondre **REMERCIER ET CONCLURE**

VÉRIFIER LES PRÉCISIONS CONCERNANT LES QUOTAS ET RECRUTER EN CONSÉQUENCE.

8. Vous identifiez-vous comme étant un membre des Premières Nations, un Métis ou un Inuit?

Oui – Premières Nations (comprennent les inscrits et les non-inscrits)

- Oui – Métis
- Oui – Inuit
- Oui – Identités autochtones multiples
- Non
- Je préfère ne pas répondre

SI OUI À AUTOCHTONES À LA Q.8, PASSER À LA Q.10. AUTREMENT, POSER LA Q.9.

9. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez? Nous sommes conscients que cette liste de groupes raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. Veuillez choisir tout ce qui s'applique dans votre cas.

- Noire (africaine, afro-caribéenne, d'origine africaine)
- Asiatique de l'Est/du Sud-Est (p. ex. chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise, philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou originaire d'Asie de l'Est ou du Sud-Est)
- Latine (p. ex. latino-américaine, d'origine hispanique)
- Moyen-orientale ou nord-africaine (p. ex. arabe, algérienne, égyptienne, originaire d'Asie occidentale [p. ex. iranienne, israélienne, libanaise, turque, kurde, etc.]
- Sud-asiatique (p. ex. afghane, indienne, pakistanaise, bangladaise, sri lankaise, etc.)
- Blanche européenne
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Je préfère ne pas répondre

10. Quel est votre genre? Le genre désigne votre genre actuel, qui peut être différent du sexe attribué à la naissance et qui peut être différent de ce qui est indiqué dans les documents juridiques.

- Féminin
- Masculin
- Transgenre
- Bispirituel
- Je préfère me décrire moi-même : _____
- Je préfère ne pas répondre

STATUT VACCINAL

Les discussions porteront en partie sur les opinions à l'égard des vaccins contre la COVID-19. Encore une fois, il est très important pour nous de nous entretenir avec des professionnels de la santé qui ont des opinions diverses sur la question. Je tiens à vous rappeler que vos réponses demeureront confidentielles et qu'elles serviront uniquement à des fins de recherche. Nous ne communiquerons vos réponses à personne en dehors de l'équipe de recherche d'Ipsos.

11. Dans quelle mesure étiez-vous réticent à vous faire vacciner contre la COVID-19? Dans ce contexte, la réticence désigne le retard à vous faire vacciner ou l'hésitation à prendre votre décision de le faire ou de ne pas le faire dès que le vaccin a été disponible et approprié pour vous.

- Très réticent
- Plutôt réticent
- Pas très réticent
- Pas du tout réticent
- Je ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

LE PARTICIPANT EST AUTOMATIQUÉMENT ADMISSIBLE À TITRE DE RÉTICENT S'IL RÉPOND : TRÈS RÉTICENT, PLUTÔT RÉTICENT OU PAS TRÈS RÉTICENT. VÉRIFIER LES PRÉCISIONS CONCERNANT LES QUOTAS ET RECRUTER EN CONSÉQUENCE.

12. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?

- a) Les vaccins contre la COVID-19 sont sûrs
- b) Les vaccins contre la COVID-19 sont efficaces
- c) Je crois que je n'ai pas besoin d'être vacciné si j'ai déjà été infecté par la COVID-19
- d) J'ai accès à suffisamment de renseignements fiables sur les vaccins contre la COVID-19 pour prendre une décision éclairée

Fortement d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord ni en désaccord

Plutôt en désaccord

Fortement en désaccord

Je ne sais pas

LE PARTICIPANT EST ADMISSIBLE À TITRE DE RÉTICENT S'IL CODE AU MOINS 3 ÉNONCÉS (A à D) NI D'ACCORD NI EN DÉSAccORD OU PLUTÔT/FORTEMENT EN DÉSAccORD. EN CE QUI CONCERNE L'ÉNONCÉ C, LES PARTICIPANTS DOIVENT CODER NI D'ACCORD NI EN DÉSAccORD OU PLUTÔT/FORTEMENT D'ACCORD, ET CELA PEUT COMPTER POUR AU MOINS 3 ÉNONCÉS.

13. Y a-t-il une raison médicale ou de santé qui vous empêche de recevoir un vaccin contre la COVID-19?

Oui **REMERCIER ET CONCLURE**

Non **CONTINUER**

14. Quel est votre statut vaccinal actuel relativement à la COVID-19?

La série de vaccins primaires et 2 doses supplémentaires/deuxième rappel : 4 doses ou plus au total

Série de vaccins primaires et 1 dose supplémentaire/premier rappel : 3 doses au total

Série de vaccins primaires, 2 doses d'une série de 2 doses : 2 doses au total

Série de vaccins primaires : série de vaccins à 1 dose (Janssen [Johnson & Johnson])

Partiellement vacciné : première dose d'une série de 2 doses du vaccin

Non vacciné : aucun vaccin contre la COVID-19

Je préfère ne pas répondre **REMERCIER ET CONCLURE**

Aucun

TOUS LES RÉPONDANTS QUI ONT REÇU LA SÉRIE DE VACCINS PRIMAIRES ADMISSIBLES AU STATUT DE VACCINÉS. VÉRIFIER LES PRÉCISIONS CONCERNANT LES QUOTAS ET RECRUTER EN CONSÉQUENCE.

CONFIRMATION

POUR LES PERSONNES ADMISSIBLES AUX GROUPES, POSER LA Q15. SI ENTREVUE EN PROFONDEUR, PASSER À LA Q16.

15. Les participants à des groupes de discussion sont appelés à exprimer leurs points de vue et leurs opinions. Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de vous exprimer en présence d'autres personnes? Êtes-vous... (LIRE LA LISTE)

Très à l'aise

Plutôt à l'aise

À l'aise

Pas très à l'aise **REMERCIER ET CONCLURE**

Très mal à l'aise **REMERCIER ET CONCLURE**

Je ne sais pas **REMERCIER ET CONCLURE**

16. Avez-vous accès à un ordinateur ou à un ordinateur portable à la maison ou au travail que vous pourriez utiliser pour participer à un groupe de discussion ou à une entrevue en ligne?

Oui

Non **REMERCIER ET CONCLURE**

17. Avez-vous accès à une connexion Internet haute vitesse à la maison ou au travail que vous pourriez utiliser pour participer à un groupe de discussion ou à une entrevue en ligne?

Oui

Non **REMERCIER ET CONCLURE**

18. Est-ce que votre ordinateur de bureau/portable est équipé d'une caméra Web que vous pouvez utiliser pour la séance?

Oui

Non **REMERCIER ET CONCLURE**

[Lire aux participants de réserve]

Merci d'avoir répondu à mes questions. Malheureusement, à l'heure actuelle, le groupe auquel vous êtes admissible est complet. Nous aimerions toutefois vous inscrire sur notre liste de répondants de réserve. Cela signifie que si une place se libère dans le groupe, nous vous rappellerons pour savoir si vous êtes libre pour participer à la rencontre. Puis-je avoir des numéros de téléphone où vous joindre en journée ou en soirée et votre adresse courriel, si vous en avez une, pour communiquer avec vous le plus rapidement possible si une place se libère? [INSCRIRE LES COORDONNÉES]

[Lire aux participants retenus]

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions. Vous êtes admissible à l'un des groupes de discussion ou à l'une des entrevues qui aura lieu le (DATE à HEURE).

Pour récapituler :

- Dans le cadre de cette étude, vous devez participer à un groupe de discussion OU à une entrevue d'une durée d'environ [45 à 60 minutes dans le cas de l'entrevue, 90 minutes dans le cas du groupe de discussion].
- Santé Canada commandite cette étude. Une somme de [600 \$ pour les spécialistes professionnels de la santé, 300 \$ pour les autres professionnels de la santé, 225 \$ pour les travailleurs paramédicaux, 150 \$ pour les auxiliaires de santé] sera offerte à toutes les personnes admissibles qui participent à l'étude. Cette somme vous sera versée à la fin de l'étude.
- Vous aurez besoin d'avoir accès à un ordinateur/portable muni d'une caméra et d'une connexion Internet stable.

Souhaitez-vous toujours participer à cette étude?

- **Confirmer l'acceptation : OUI – Continuer NON – Remercier et conclure**

Veillez noter que toutes les photos ou vidéos que vous communiquerez peuvent être rassemblées pour produire le rapport final de ce projet et utilisées par notre client au sein de son organisation et lors de présentations à ses clients. Votre nom ne sera pas mentionné dans le rapport. Sauf indication contraire, tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce projet sont utilisés uniquement à des fins de recherche.

Souhaitez-vous toujours participer à cette étude?

- **Confirmer l'acceptation : OUI – Continuer NON – Remercier et conclure**

Pour que nous puissions vous envoyer un courriel de confirmation de votre participation à l'étude, pouvons-nous vérifier les renseignements suivants à votre sujet?

Nom complet : _____

Adresse :

Téléphone : _____ (r) _____

(m)

Courriel : _____

Comme nous n'invitons qu'un nombre limité de personnes, votre participation est très importante pour nous. Puisque vous avez été invité à participer en fonction de vos réponses aux questions qui vous ont été posées, nous vous demandons de ne pas envoyer quelqu'un pour vous représenter si vous n'êtes pas en mesure de prendre part à la rencontre. **SI, POUR QUELQUE RAISON QUE CE SOIT, VOUS NE POUVEZ PAS VOUS Y PARTICIPER, VEUILLEZ NOUS TÉLÉPHONER POUR QUE NOUS PUISSIONS VOUS TROUVER UN REMPLAÇANT.** Vous pouvez nous appeler à nos bureaux au 1 xxx xxx-xxxx. Nous communiquerons avec vous la veille de la rencontre pour confirmer que vous y prendrez part.

A.5 Guide de discussion qualitative

INTRODUCTION

- Présentation du modérateur et mot de bienvenue à l'intention des participants au groupe de discussion/aux entrevues en profondeur.
 - Comme nous l'avons indiqué dans le cadre du processus de recrutement, nous tenons des groupes de discussion/entrevues en profondeur pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada. Dans le cadre de la discussion d'aujourd'hui, nous aimerions connaître votre point de vue sur l'infection par la COVID-19 et la vaccination contre la maladie. **POUR LES PERSONNES RÉTICENTES NON VACCINÉES/PARTIELLEMENT VACCINÉES/ENTIÈREMENT VACCINÉES AVEC OU SANS DOSE DE RAPPEL, AJOUTER :** Nous savons que la question de la vaccination est délicate et qu'elle n'a pas fait l'unanimité. Il est important pour nous d'entendre l'opinion de travailleurs de la santé qui étaient réticents à se faire vacciner ou qui ont décidé de ne pas recevoir les deux doses complètes ou la dose de rappel des vaccins contre la COVID-19 approuvés au Canada (Pfizer-BioNTech ou Moderna [vaccin à ARNm monovalent ou bivalent], AstraZeneca, Janssen, Novavax, Medicago). Je tiens à vous assurer que l'entrevue d'aujourd'hui est un espace sûr et sans jugement.
 - La discussion durera environ 90 minutes. N'hésitez pas à vous absenter en cas de besoin.
- Explications concernant :
 - L'enregistrement audio/vidéo – La rencontre est filmée à des fins d'analyse, au cas où il serait nécessaire de révéifier la teneur des échanges. Les bandes vidéo demeurent en notre possession et ne seront transmises à personne sans le consentement écrit de tous les participants.
 - La confidentialité – Soyez assuré que tout ce que vous direz au cours de la rencontre/l'entrevue sera tenu strictement confidentiel. Nous n'attribuons pas les commentaires à des personnes en particulier. Notre rapport présente un sommaire des faits saillants de la rencontre, mais aucun nom n'y est mentionné. On peut obtenir le rapport en s'adressant à la bibliothèque du Parlement, à Archives Canada ou sur le site Web www.porr-rrop.gc.ca.
 - La présence du client – Des observateurs regardent les séances en direct parce qu'ils sont vraiment intéressés par votre opinion.
- **POUR LES GROUPES :** Décrire le fonctionnement d'un groupe de discussion :
 - Les groupes de discussion favorisent une discussion franche et ouverte. En qualité de modérateur, j'ai pour rôle de guider la discussion et d'encourager tout un chacun à y prendre part. Une autre fonction du modérateur est de veiller à ce que la discussion ne dérape pas.
 - Votre rôle consiste à répondre aux questions et à exprimer vos opinions. Nous voulons connaître toutes les opinions, qu'elles soient minoritaires ou majoritaires. N'hésitez donc pas à vous exprimer, même si vous croyez que votre opinion diverge de celles des autres participants. Les autres peuvent ou non partager votre point de vue. L'opinion de chacun est importante et mérite le respect.

- J'aimerais également souligner qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Nous cherchons simplement à connaître vos opinions et attitudes. En vous invitant à prendre part à la rencontre, nous ne nous attendons pas à ce que vous soyez une autorité dans le domaine de la santé. Il ne s'agit pas d'un test de connaissances.
- Veuillez noter que je ne suis pas un employé de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ou de Santé Canada et qu'il est possible que je ne sois pas en mesure de répondre à certaines de vos questions.
- Les participants se présentent en indiquant uniquement leur prénom.
 - Veuillez nous en dire un peu plus sur vous : type de travailleur de la santé, années d'expérience, ville/municipalité dans laquelle vous exercez.

1. SENTIMENT ACTUEL À L'ÉGARD DE LA COVID-19

Commençons par ce que vous pensez de la situation actuelle liée à la COVID-19.

- Quel est le mot qui résume le mieux vos sentiments à l'égard de la COVID-19 en ce moment?
 - Vous sentez-vous... optimiste/pessimiste? Effrayé/responsabilisé? En colère/heureux? Fatigué/revigoré? Neutre? Une autre émotion?
 - Aidez-moi à comprendre les raisons de vos sentiments. Qu'est-ce qui fait que vous vous sentez X à propos de la COVID-19? Est-ce en lien avec... ce qui se passe au travail? Votre vie personnelle? Ce que vous voyez/entendez dans l'actualité? Ce qu'il s'est passé jusqu'à présent? Autre chose?
- S'il y a lieu, dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par la possibilité d'être infecté par la COVID-19 par les temps qui courent? Pourquoi?
- Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par la possibilité de transmettre la COVID-19 à vos patients, aux membres de votre famille et à vos amis? Pourquoi?
- Votre niveau de préoccupation quant à la possibilité d'être infecté par la COVID-19 ou de la transmettre a-t-il changé au fil du temps? Qu'est-ce qui a contribué à ce changement?

2. SOURCES D'INFORMATION ET MESSAGES SUR LA COVID-19

Merci de m'avoir fait part de vos sentiments et de vos réflexions. J'aimerais maintenant parler des renseignements sur la COVID-19.

J'aimerais comprendre sur quelles informations vous vous fiez, en tant que travailleur de la santé, pour essayer de donner un sens à la situation et de vous protéger, vous et votre famille, contre la COVID-19.

- Dans quelle mesure prêtez-vous attention aux renseignements sur la COVID-19 par les temps qui courent?
 - Pourquoi?
 - Quelle est la différence entre l'attention que vous y prêtez aujourd'hui et celle que vous y prêtiez au tout début de la pandémie?
 - Comment votre attention a-t-elle évolué au fil de la pandémie? Pourquoi?
- Quels sont les informations ou les messages sur la COVID-19 auxquels vous avez prêté attention ou que vous avez cherchés?
 - Pourquoi ces renseignements ont-ils attiré votre attention?

- Ces renseignements sont-ils importants pour vous et, si oui, pourquoi?
- Quels renseignements ou messages de santé publique sur la COVID-19 vous ont vraiment interpellé ou avez-vous aimés? Pourquoi?
- Et à l'inverse? Y a-t-il des renseignements ou des messages de santé publique sur la COVID-19 que vous avez détestés? Pourquoi?
- De quelles façons, s'il y a lieu, les renseignements ont-ils eu une incidence sur ce que vous pensez de l'infection par la COVID-19 ou sur ce que vous avez fait dans votre vie quotidienne?
- Quelles ont été vos sources d'information les plus fiables sur la COVID-19?
 - Y a-t-il des personnalités, des organisations ou des institutions en particulier (nationales, provinciales ou internationales, etc.) auxquelles vous faites vraiment confiance? Qu'est-ce qui rend ces sources dignes de confiance?
 - Y a-t-il des sources que vous trouvez moins dignes de confiance ou moins fiables? Là encore, ce serait bien si vous pouviez fournir des exemples précis. Pourquoi?
 - La pandémie de COVID-19 a-t-elle changé votre perception quant à la fiabilité des différentes sources d'information? Pourquoi?

LES QUESTIONS DE SUIVI DOIVENT ÊTRE ADAPTÉES À CE QUI A ÉTÉ SOULEVÉ SPONTANÉMENT DANS LES QUESTIONS OUVERTES PRÉCÉDENTES. TOUTE ALLUSION À DES RENSEIGNEMENTS SUR LES VACCINS CONTRE LA COVID-19 SERA MISE DE CÔTÉ POUR L'INSTANT. Qu'en est-il des sujets suivants?

- a) Nombre de cas de COVID-19, statistiques et modélisation
- b) Mises à jour sur les variants préoccupants (pré-Delta, Delta, Omicron et ses sous-variants)
- c) Mises à jour sur les lignes directrices de santé publique concernant la COVID-19
- d) Renseignements sur les répercussions économiques de la COVID-19
- e) Témoignages de personnes et de familles touchées par la COVID-19

LES QUESTIONS SUIVANTES DOIVENT ÊTRE RÉPÉTÉES POUR CHAQUE SUJET CI-DESSUS :

- S'il y a lieu, dans quelle mesure y avez-vous prêté attention et pourquoi?
- De quelles façons, s'il y a lieu, ce type de renseignements a-t-il eu une incidence sur ce que vous pensez de l'infection par la COVID-19 ou sur ce que vous avez fait dans votre vie quotidienne? Cela a-t-il eu une incidence sur... votre décision de porter un masque ou non?... la distanciation physique?... votre participation à des rassemblements à l'intérieur?... votre décision de vous faire vacciner ou non?
- Où avez-vous trouvé ce type de renseignements? À quelles sources avez-vous fait confiance pour ce type de renseignements? Pourquoi ces sources plutôt que d'autres? SONDER RELATIVEMENT À DES PERSONNALITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE, À DES POLITIENS, À DES MÉDIAS TRADITIONNELS, À DES MÉDIAS SOCIAUX, À D'AUTRES INSTITUTIONS

Mes prochaines questions portent sur la réduction du risque de COVID-19 en milieu de travail. Jusqu'à présent, vous m'avez dit que... RÉSUMER CE QUI A ÉTÉ SOULEVÉ SPONTANÉMENT DANS LES QUESTIONS OUVERTES.

- Quels types de renseignements sur la COVID-19 en milieu de travail avez-vous trouvés? Qui vous les a fournis?
- Comment ces renseignements vous ont-ils été transmis? Avez-vous reçu une formation? SI OUI : S'agissait-il d'une formation continue ou non?
- En quoi le type de renseignements fournis a-t-il changé au cours de la pandémie?

- Dans quelle mesure ces renseignements ont-ils été utiles, s'il y a lieu, pour vous permettre de vous protéger et de protéger les autres contre la COVID-19? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
- De quelles façons, s'il y a lieu, avez-vous changé vos habitudes de travail en conséquence?

3. FACTEURS INFLUENÇANT LE TAUX DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Parlons maintenant des vaccins contre la COVID-19 actuellement offerts. POUR LES PARTICIPANTS RECRUTÉS PARCE QU'ILS SONT PARTIELLEMENT VACCINÉS OU NON VACCINÉS, AJOUTER : Nous voulions vous parler aujourd'hui parce que vous nous avez dit avoir reçu moins de deux doses du vaccin contre la COVID-19. Je tiens à souligner de nouveau qu'il s'agit d'un espace sûr et sans jugement.

- Puis-je vous demander combien de doses du vaccin contre la COVID-19 vous avez reçues, le cas échéant? Puis-je aussi vous demander quelle marque de vaccin vous avez reçue, si vous vous en souvenez?

Aidez-moi à comprendre votre parcours en ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19. Expliquez-moi ce qui s'est passé entre le moment où les vaccins contre la COVID-19 ont été mis en marché (la vaccination contre la COVID-19 au Canada a commencé le 14 décembre 2020) et aujourd'hui.

- Quand avez-vous commencé à vous demander si vous alliez vous faire vacciner contre la COVID-19?
 - Saviez-vous déjà que vous alliez vous faire vacciner dès que le vaccin serait offert, avez-vous dû y penser ou y pensez-vous encore? Pourquoi?
 - SI PERTINENT : Combien de temps y avez-vous pensé et pourquoi? Quels sont les autres événements de votre vie personnelle qui ont pu influencer sur la rapidité avec laquelle vous avez pris un rendez-vous?
- Quelles préoccupations, s'il y a lieu, aviez-vous/avez-vous à propos du vaccin contre la COVID-19?
 - Dans quelle mesure, s'il y a lieu, étiez-vous/êtes-vous préoccupé par... l'innocuité du vaccin?... les effets secondaires?... la vitesse à laquelle les vaccins ont été mis au point et approuvés?... le fait que le premier vaccin mis sur le marché utilisait la technologie de l'ARNm plutôt que la technologie « traditionnelle » qui utilise une partie du virus?
 - SI OUI : Quelle était/est la raison de ces préoccupations? Avez-vous fait quoi que ce soit à ce sujet? POUR LES PARTICIPANTES, SONDER POUR SAVOIR SI ELLES ÉTAIENT ENCEINTES À CE MOMENT
 - SI NON : Pourquoi?
 - Les renseignements fournis sur l'innocuité des vaccins étaient-ils suffisants? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
- Qu'en est-il de l'efficacité des vaccins contre la COVID-19, c'est-à-dire est-ce qu'ils fonctionnent ou non?
 - Est-ce un élément auquel vous avez pensé/pensez au moment de décider de vous faire vacciner ou non?
 - Les renseignements fournis sur l'efficacité des vaccins étaient-ils suffisants? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
- Quels sont selon vous les principaux avantages du vaccin contre la COVID-19?
 - SONDER POUR OBTENIR DES AVANTAGES SUR LE PLAN INDIVIDUEL, FAMILIAL, PROFESSIONNEL ET SOCIÉTAL

- Dans quelle mesure est-il important de recevoir le vaccin contre la COVID-19 pour vous protéger?
- Outre les risques et les avantages dont nous venons de parler, y a-t-il d'autres facteurs qui ont influencé votre décision de vous faire vacciner ou non?
 - SONDER : variant préoccupant ou gravité des cas
- Quelles ont été/sont vos principales sources d'information sur le vaccin contre la COVID-19?
 - À quelles sources avez-vous fait/faites-vous confiance et pourquoi?
 - Quels types de renseignements avez-vous cherchés? Pourquoi ces renseignements étaient/sont-ils importants dans votre décision de vous faire vacciner ou non?
 - Avez-vous parlé à votre médecin de famille de la possibilité de recevoir le vaccin contre la COVID-19? Que s'est-il passé lors de ces conversations? Avez-vous été influencé d'une façon ou d'une autre?
 - Les patients vous ont-ils demandé conseil pour savoir si vous deviez vous faire vacciner ou non? Est-ce que des patientes enceintes vous ont demandé conseil à ce sujet? Comment avez-vous géré ces conversations?
- Qu'en est-il de votre famille, de vos amis et de vos collègues? Dans quelle mesure leur avez-vous parlé des vaccins contre la COVID-19?
 - Est-ce qu'ils vivaient la même chose que vous ou avaient-ils une attitude différente? La plupart d'entre eux ont-ils été vaccinés ou non?
 - Qu'avez-vous ressenti lorsque votre famille, vos amis ou vos collègues vous ont annoncé qu'ils allaient se faire vacciner? Qu'avez-vous pensé de votre décision dans ce contexte?
 - Qu'en est-il de ceux qui ne se sont pas fait vacciner? Qu'avez-vous pensé de votre décision dans ce contexte?
 - Conseilleriez-vous aux autres de se faire vacciner contre la COVID-19 ou non? Pourquoi?

POUR CEUX QUI ONT REÇU AU MOINS UNE DOSE

- À quel moment avez-vous décidé de vous faire vacciner?
 - Quel a été le principal motif de cette décision?
 - Combien de temps avez-vous attendu avant de prendre rendez-vous? Pourquoi?
 - Dans quelle mesure a-t-il été facile de recevoir le vaccin contre la COVID-19? Dans quelle mesure a-t-il été facile ou difficile d'obtenir un rendez-vous et de vous faire vacciner? Qu'est-ce qui a rendu cela facile ou difficile?
 - Plus tôt, vous avez indiqué que vous aviez reçu [INSÉRER LE NOM DE LA MARQUE]. Comment avez-vous choisi ce type de vaccin? Avez-vous envisagé les autres vaccins offerts à ce moment-là? Pourquoi?
- Que s'est-il passé après que vous ayez reçu votre première dose?
 - Qu'avez-vous pensé de votre décision de vous faire vacciner?
 - Avez-vous ressenti des effets secondaires? Combien de temps ont-ils duré? Et est-ce que les effets secondaires ont changé votre perception du vaccin?
 - Avez-vous eu des regrets?
- Que s'est-il passé lorsque vous êtes devenu admissible à recevoir votre deuxième dose?
 - SI LE PARTICIPANT A REÇU LA DEUXIÈME DOSE : Avez-vous pris rendez-vous tout de suite ou avez-vous retardé cette décision? Pourquoi? Avez-vous reçu un vaccin différent de celui de la première dose (c.-à-d. : vaccin d'AstraZeneca suivi d'un vaccin à ARNm)? Vos raisons/préoccupations étaient-elles les mêmes que celles dont nous venons de

parler ou étaient-elles différentes? Dans quelle mesure a-t-il été pratique de recevoir le vaccin contre la COVID-19? **SONDER AU SUJET DE TOUTE DIFFÉRENCE**

- SI LE PARTICIPANT N'A PAS REÇU LA DEUXIÈME DOSE : Aidez-moi à comprendre pourquoi vous n'avez pas reçu la deuxième dose. Quelle est la raison? Vos préoccupations étaient-elles les mêmes que celles dont nous avons déjà parlé ou y a-t-il autre chose qui a changé? Que faudrait-il qu'il se passe pour que vous envisagiez de recevoir la deuxième dose?
- Qu'en est-il des doses de rappel?
 - Qu'en avez-vous pensé et pourquoi?

SI LE PARTICIPANT A REÇU DES DOSES DE RAPPEL : Qu'est-ce qui vous a incité à recevoir la dose de rappel? Quel vaccin avez-vous reçu?

SI LE PARTICIPANT N'A PAS REÇU DE DOSE DE RAPPEL :

- Aidez-moi à comprendre pourquoi vous n'avez pas reçu de dose de rappel.
- Est-ce parce que... il y a une limite au nombre de vaccins contre la COVID-19 que vous êtes prêt à recevoir?... vous ne croyez plus à leur efficacité?... vous avez eu la COVID-19? **ÉCOUTER POUR LES ALLUSIONS SPONTANÉES AUX VACCINS BIVALENTS**
- Que faudrait-il qu'il se passe pour que vous envisagiez de recevoir une dose de rappel?

POUR LES PARTICIPANTS NON VACCINÉS

- Vous demandez-vous toujours si vous allez ou non vous faire vacciner contre la COVID-19?
- Parmi toutes les choses dont nous avons discuté, quelle est selon vous la principale raison pour laquelle vous n'êtes pas vacciné?
- Parmi tous les types de vaccins actuellement offerts, y en a-t-il un plutôt que d'autres que vous seriez plus susceptible d'envisager? Y en a-t-il un que vous n'envisageriez absolument pas? **AU BESOIN, CLARIFIER LES OPTIONS D'ARNm DE PFIZER ET DE MODERNA PAR RAPPORT À LA TECHNOLOGIE DE VACCIN « TRADITIONNELLE » D'ASTRAZENECA ET DE NOVAVAX**
Que faudrait-il qu'il se passe pour que vous changiez d'idée?

REPRENDRE LES QUESTIONS CI-DESSOUS POUR TOUS LES PARTICIPANTS

Merci de m'avoir aidé à comprendre votre parcours en ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19.

- Que pensez-vous du vaccin contre la COVID-19 par les temps qui courent?
 - Votre opinion sur le vaccin a-t-elle changé? De quelles façons et qu'est-ce qui a influencé ce changement?
 - Plus tôt, vous avez indiqué que vous **RÉSUMER LES ATTITUDES À L'ÉGARD DE L'EFFICACITÉ ET DE L'INNOCUITÉ DES VACCINS**. Votre opinion a-t-elle changé d'une façon ou d'une autre? Pourquoi?

Mes prochaines questions portent sur les nouveaux vaccins bivalents.

- Tout d'abord, puis-je vérifier si vous avez entendu parler des vaccins à ARNm bivalents?
- Que savez-vous à leur sujet? Savez-vous en quoi ils sont différents des vaccins à ARNm originaux (monovalents) et « traditionnels »?

- POUR CEUX QUI ONT REÇU UNE DOSE DE RAPPEL : Avez-vous reçu une dose de rappel d'un vaccin bivalent? Pourquoi? Faites-vous confiance à ce vaccin ou non? Pourquoi?
- POUR LES AUTRES : Que pensez-vous des nouveaux vaccins bivalents? Faites-vous confiance ou non à ces nouveaux vaccins à ARNm bivalents? Pourquoi?

4. VACCINATION OBLIGATOIRE

Passons à la question de la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé mise en place par le gouvernement.

- Que pensez-vous de la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé?
 - Êtes-vous pour ou contre cette obligation? Pourquoi?
 - SI CELA N' A PAS DÉJÀ ÉTÉ MENTIONNÉ : S'il y a lieu, dans quelle mesure cette obligation a-t-elle influencé votre décision de vous faire vacciner? De rester un travailleur de la santé?
 - Dans l'ensemble, dans quelle mesure est-elle efficace pour inciter les travailleurs de la santé à se faire vacciner? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?
- Que pensez-vous des autres mesures de santé publique?
 - AU BESOIN : Les mesures de santé publique sont des interventions qui peuvent être mises en œuvre pour aider à réduire la transmission de la COVID-19 dans les communautés; en voici quelques-unes :
 - Mesures personnelles (p. ex. autosurveillance, isolement, quarantaine)
 - Recommandations générales (p. ex. hygiène des mains, port de masques non médicaux, distanciation physique)
 - Mesures communautaires (p. ex. messages publics, campagnes d'éducation)
 - Mesures communautaires restrictives limitant les activités ou l'accès aux ressources, aux installations ou aux établissements (souvent appelées mesures de confinement)

5. REGARD VERS L'AVENIR

Mes dernières questions portent sur l'avenir.

- Où vous voyez-vous dans... six mois?... un an?... cinq ans? Vous voyez-vous toujours dans le secteur des soins de santé ou non? Pourquoi?
- De quelles manières, s'il y a lieu, l'infection par la COVID-19 a-t-elle changé la façon dont vous pourriez chercher des renseignements sur la santé à l'avenir? Où auriez-vous le plus tendance à aller pour vous renseigner sur la santé à l'avenir? La pandémie de COVID-19 a-t-elle eu d'autres répercussions sur votre vie dont vous aimeriez me faire part (sur le lieu de travail pour réduire les facteurs de risque et l'exposition et dans la communauté)? D'autres mesures de santé publique?
- Si une troisième dose de rappel du vaccin contre la COVID-19 est offerte, envisageriez-vous de la recevoir?
- Quels conseils donneriez-vous à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et à Santé Canada sur la façon dont elles devraient communiquer avec les travailleurs de la santé pour leur indiquer comment se protéger et protéger les autres contre l'infection par la COVID-19?
 - Que devraient-elles CONTINUER à faire?
 - Que devraient-elles COMMENCER à faire?

- Et y a-t-il quoi que ce soit qu'elles devraient CESSER de faire?

6. CONCLUSION

- C'est tout le temps dont nous disposons aujourd'hui. En dernier lieu, avez-vous des commentaires à ajouter ou un point à mentionner que nous n'avons pas abordé selon vous?