



informer · protéger · soutenir
inform · protect · support

COMPRENDRE L'HÉSITATION VACCINALE

AU SEIN DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES DANS LE CADRE DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

VERSION INTÉGRALE

JUILLET 2021

ISBN 978-2-9820209-2-4

CONCEPTION DU RAPPORT

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

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

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

Abdelwahed Mekki-Berrada, professeur à l'Université Laval (ULaval) et spécialiste en anthropologie de l'Islam et de la santé mentale.

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

ÉQUIPE DE RÉDACTION

ÉDITION ET COORDINATION

Cécile Rousseau, McGill

Claire Guenat, CoVivre

Emmanuelle Bolduc, CoVivre

RÉDACTION

Laurence Monnais, UdeM

Noémi Tousignant, UCL

Walyd Mekki-Berrada, ULaval

Abdelwahed Mekki-Berrada, ULaval

Cindy Ngov, CoVivre

Tara Santavicca, CoVivre

DESIGN ÉDITORIAL

Thibaud Marque

TABLE DES MATIÈRES

UN OUTIL POUR SOUTENIR LA DIVERSITÉ EN MATIÈRE DE RAPPORT À LA VACCINATION	4
QU'EST-CE QUE L'HÉSITATION VACCINALE ?	5
RAPPORT À LA VACCINATION AU QUÉBEC	7
LES COMMUNAUTÉS NOIRES DU QUÉBEC	12
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DU QUÉBEC	17
LES COMMUNAUTÉS EST-ASIATIQUES DU QUÉBEC	20
LES COMMUNAUTÉS SUD-EST ASIATIQUES DU QUÉBEC	23
LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES DU QUÉBEC	26
LES COMMUNAUTÉS ARABES DU QUÉBEC	28
UN DOCUMENT EN CONSTANTE ÉVOLUTION	31
RÉFÉRENCES	32

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

Les réponses à la pandémie se sont élaborées dans l'urgence et le guide Comprendre l'hésitation vaccinale n'y fait pas exception. Il présente les enjeux en matière de vaccination et d'hésitation vaccinale et plus spécifiquement, des enjeux rencontrés par les personnes issues de minorités ethnoculturelles et autochtones marginalisées durant la pandémie de COVID-19. À noter que ces enjeux prennent des formes particulières et mouvantes dans le cadre d'une crise sanitaire et d'une campagne de vaccination massive inédite. Ce guide n'a en rien une valeur prescriptive, mais il fournit plutôt des pistes de réflexion pour une intervention adaptée.

Ce guide se veut donc un outil pour les intervenants travaillant avec les différentes communautés de la grande région de Montréal de même que pour les professionnels et décideurs à l'échelle provinciale et nationale appelés à planifier et mettre en œuvre des plans et politiques en lien avec la vaccination et l'hésitation vaccinale. Ce guide vise ainsi à soutenir une intervention respectueuse des différences personnelles et collectives autour de cette question. Une version abrégée incluant une section sur le soutien à la prise de décision concernant la vaccination est disponible sur notre site Internet (<https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/#covivre-tab-3>). La forme masculine employée dans ce guide a valeur de genre neutre et est utilisée uniquement dans le but d'en alléger la forme.

PRÉSENTATION DES COMMUNAUTÉS ÉTUDIÉES

Une communauté se définit à partir d'une ou de plusieurs identités collectives partagées. Ces identités peuvent être religieuses, ethniques, nationales, raciales, ou autres (migratoires, de genre, etc.). Parfois l'identité est attribuée par la majorité, parfois elle est revendiquée par les personnes qui se réclament de cette appartenance. Dans la suite de ce guide, nous utilisons ce terme pour de grands ensembles de personnes très hétérogènes qui vivent une marginalisation à cause des préjugés ou d'une absence d'équité sociale passée ou présente, au sein de la société québécoise. Il n'est aucunement préjugé de l'homogénéité de chaque groupe ni des caractéristiques propres à chaque individu en leur sein ou à chaque parcours individuel.

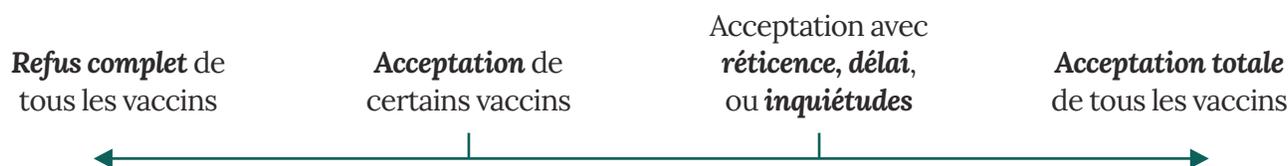
Le choix des différentes communautés évoquées ici repose (1) sur la composition ethnoculturelle de la région montréalaise et (2) sur les connaissances déjà disponibles au sujet de l'hésitation vaccinale auprès de certains ensembles géoculturels. Le guide n'est donc pas exhaustif et est en constante évolution. Chaque communauté présentée dans les pages suivantes permet d'illustrer la diversité en matière d'hésitation face à la vaccination et les facteurs susceptibles de jouer dans les manifestations de celles-ci. Il s'agit donc de cas d'étude visant à mieux comprendre la pluralité de ses manifestations. L'hésitation vaccinale est en soi un phénomène historique, mondial et dynamique. Il n'y a pas de religion « hésitante » ni de communautés plus hésitantes que d'autres.

QU'EST-CE QUE L'HÉSITATION VACCINALE ?

L'hésitation vaccinale renvoie à un continuum de représentations, d'attitudes et de comportements en lien avec la vaccination, dont l'un des pôles concerne le refus systématique et complet de tous les vaccins et l'autre pôle leur acceptation totale et systématique. Entre ces deux extrêmes se trouve une multitude de représentations qui prennent des formes et se traduisent en comportements variés selon les vaccins proposés. Il peut s'agir d'acceptations des vaccins précédées par des réticences et des préoccupations, mais aussi d'acceptations précédées d'un délai de réflexion (Monnais, 2019).

L'hésitation face à la vaccination est liée à des préoccupations très variables selon les groupes et localités qui vont de l'économie politique du vaccin à la méfiance médicale liée à un racisme historique, voire systémique, en passant par des incertitudes liées aux risques perçus (de la maladie ou du vaccin). Très souvent, plusieurs facteurs se mêlent.

L'hésitation vaccinale peut s'appliquer à la vaccination en général ou à des vaccins spécifiques, peut être « de fond » ou « réactive », c'est-à-dire liée à des événements localisés et ponctuels tels que des campagnes intensives (p. ex. d'éradication de la polio), l'introduction de nouveaux vaccins (p. ex. virus du papillome humain (VPH), COVID-19), les essais vaccinaux, les rapports d'effets nocifs ou la suspension officielle d'un vaccin, campagne ou essai en cours.



Plusieurs modèles ont été élaborés afin de mieux comprendre les enjeux entourant l'hésitation vaccinale. Le modèle des 3C (Macdonald, 2015) est l'un des modèles les plus couramment utilisés. Il catégorise les déterminants de l'hésitation vaccinale comme étant issus soit :

- d'un *manque de confiance* de la population dans l'efficacité et la sécurité des vaccins, dans le système et la fiabilité du système qui fournit les vaccins ou dans les motivations politiques en arrière de la vaccination;
- d'une *complaisance*, soit d'une faible perception du risque d'une ou des maladies prévenues par un ou des vaccins;
- d'un *manque de convenance* (c'est-à-dire d'accessibilité) par rapport au coût, à l'accès à l'information ou à l'accès physique à la vaccination.



Modèle des 3C (MacDonald, 2015)

Historiquement, les risques sanitaires associés aux composantes biologiques ou aux contaminants du vaccin ont été nommés comme causes de l'hésitation vaccinale (Conis, 2017). Aujourd'hui, il est clair que les causes et les déterminants de l'hésitation vaccinale sont complexes et multiples; ils relèvent à la fois du contexte dans lequel se déroule la campagne de vaccination (contexte institutionnel et politique, accessibilité aux soins, confiance dans l'état, etc.), des vaccins proposés (toxicité, efficacité, rapport à l'industrie pharmaceutique, coût-bénéfice) et d'expériences individuelles et collectives en lien avec la vaccination (expérience personnelle ou familiale, représentations du risque, etc.) (Macdonald, 2015; de Figueiredo et coll., 2020; Monnais, 2019).



Individuels et collectifs :

expériences personnelles ou familiales, représentation du risque, etc.



Spécifiques aux vaccins :

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



Contextuels :

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

Par exemple, la diffusion d'informations négatives en ligne ainsi que le manque de connaissances sur les vaccins sont toujours identifiés comme potentielles causes majeures d'hésitation vaccinale (OMS, 2020; Carrieri et coll., 2019), mais les barrières à l'accès et la confiance telle que décrite par le modèle des 3C sont également des déterminants communs.

RAPPORT À LA VACCINATION AU QUÉBEC

L'hésitation vaccinale existe depuis que les vaccins existent et le Québec ne fait pas exception à cette règle (Monnais, 2019). Les manifestations et émeutes qui ont fait suite à l'adoption d'un décret en faveur de la vaccination obligatoire dans le cadre de l'épidémie de variole de 1885 au Québec illustrent bien ce fait. Alors que les manifestants étaient majoritairement opposés aux mesures sanitaires jugées autoritaires et invasives (Lachaussée, 2020), il existait déjà une grande méfiance et un rejet de la vaccination au sein de la population. Celle-ci est due à la peur d'une technologie scientifique relativement récente, à l'enrichissement potentiel des médecins vaccinateurs et aux tensions sociopolitiques très fortes de l'époque (Bliss, 1993, p. 275). En 1885, l'effet disproportionné de la variole sur les Canadiens français dans un contexte politique et socio-économique favorisant les anglophones, ainsi que les rumeurs entourant l'hygiène (ou plutôt le manque de) des francophones dans la presse ajoutent aux tensions entre ces deux groupes et alimentent les croyances selon lesquelles la vaccination est une tentative de mainmise des anglophones (Farley, 1987, p. 129). Les anglophones, eux, pointent du doigt la résistance à la vaccination des Canadiens français comme cause de l'épidémie (Dubé, 2019). En 1885 au Québec, la vaccination est également vue comme une marque de la sécularisation de la prise en charge de la maladie (le retrait de la religion au sein de l'administration des hôpitaux et même au sein de l'éducation) que les autorités catholiques francophones craignaient (Bliss, 1993, p. 275).

Au lendemain de 1885, les autorités commencent à souligner l'importance de l'opinion publique et lancent les campagnes de sensibilisation sanitaire (Lachaussée, 2020). La vaccination devient de plus en plus acceptée au point que Montréal devienne l'hôte des premiers tests sur le vaccin Bacille Calmette-Guérin (BCG) contre la tuberculose dans les années 1920 (Lachaussée, 2020). Toutefois, depuis les années 1920, les réactions et attitudes face à la vaccination restent variées. Elles se sont modulées au gré des maladies, des avancées scientifiques et des événements vaccinaux. On peut notamment penser à la controverse Wakefield (vaccin contre la rougeole, rubéole et oreillons (RRO) et l'autisme) qui a marqué la fin des années 1990 (Monnais, 2019) et à la pandémie de COVID-19 qui suscite de nombreuses interrogations au sein de la population en matière de vaccination. Les études récentes montrent que l'hésitation face à la vaccination demeure un problème important à adresser (Dubé, 2021).

De même, dans un contexte de pandémie liée à la COVID-19, un sondage dans l'ensemble du Québec rapporte en février 2021 un taux d'acceptation des vaccins contre la COVID-19 de 73,9 %, un taux de refus de 9,2 % et un taux d'hésitation de 17,6 % (Gamache, 2021). Ces réponses représentent une baisse du refus des vaccins comparé à ce que reportent les données recueillies par le même groupe en novembre 2020, lorsque le taux d'acceptation n'était que de 62 % (Gamache, 2021). Le même sondage reporte que les femmes sont plus souvent hésitantes et que les jeunes de 18 à 34 ans sont moins enclins à se faire vacciner (Gamache, 2021).

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

Le développement et l'introduction des vaccins COVID-19 constituent un événement vaccinal sans précédent. Leur développement a grandement été médiatisé et a suscité de nombreux débats publics

sur les nouvelles technologies vaccinales, la conception des essais cliniques, le processus réglementaire accéléré ou encore les capacités de fabrication des fournisseurs. La pandémie actuelle est la première dans l'histoire pour laquelle la technologie et les réseaux sociaux sont utilisés à grande échelle pour permettre aux individus d'être informés (OMS, 2020). Une grande quantité d'informations et de récits, parfois incomplets, parfois imparfaits, circulent à grande vitesse au Québec. Depuis le mois de janvier 2021, la grande majorité des publications sur la COVID-19 sur les réseaux sociaux au Québec porte sur les vaccins (Dubé, 2021). Cette surabondance d'information, appelée une infodémie, peut soutenir une vision critique ou accentuer la confusion et favoriser la diffusion délibérée ou non d'informations erronées pouvant nuire à la santé physique et mentale (OMS, 2020). L'efficacité, la sécurité et même la nécessité des vaccins sont simultanément martelées par les gouvernements et remises en cause par de multiples instances. Par exemple, certains craignent les effets secondaires et à long terme des vaccins. D'autres craignent la nouvelle technologie ARN messager (ARNm) utilisée par les scientifiques et la rapidité de développement des vaccins contre la COVID-19, alors que d'autres estiment que la vaccination peut être remplacée par un style de vie sain. Il existe également une forte association entre la perception du risque et l'hésitation vaccinale : ceux qui perçoivent que la COVID-19 ne représente pas un danger ou représente un danger moindre pour eux et pour leur communauté sont moins portés à se faire vacciner (O'Doherty et coll., 2019). La désinformation et un discours institutionnel non transparent nourrissent les théories du complot. Elles sont à l'origine de plusieurs cas d'hésitation vaccinale et plus précisément de refus du vaccin (Smith et coll., 2020). Elles se propagent surtout sur les réseaux sociaux, là où les théories du complot sont surreprésentées et où celles liées aux vaccins surpassent celles liées aux questions morales ou religieuses (Smith et coll., 2020). Des personnalités en ligne ont vu leur popularité augmenter de manière significative au Québec et ailleurs depuis le début de la pandémie grâce à la propagation des théories du complot qui se fait principalement sur YouTube et Facebook (Boulanger et Tousignant, 2020). Ces théories reposent sur des idéologies telles que le libertarisme, qui ressort au Québec sous la forme d'un mouvement qui fait de la liberté un principe fondamental et qui met en lumière la liberté individuelle et donc parfois, un scepticisme de l'autorité, des institutions et des gouvernements. Les adhérents les plus extrêmes craignent que l'imposition de mesures sanitaires ne soit que le début d'une pente glissante qui mènerait vers un futur orwellien. Les théories du complot ne sont cependant pas nécessairement liées à une idéologie commune; des alliances idéologiquement dépareillées se forment autour du refus du vaccin (Smith et coll., 2020). Les drapeaux QAnon, libertariens, américains, de même que les drapeaux du Québec et des patriotes, parmi d'autres, se mélangent aux messages anti-vaccins lors de manifestations contre les mesures adoptées par le gouvernement.

UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE

Outre l'expérience personnelle et la compréhension de l'information, la perception des vaccins, du risque et des motivations institutionnelles sont influencées par le contexte dans lequel elles s'inscrivent et notamment par les interactions entre les différentes sphères individuelles et collectives des individus (Ansons et coll., 2020). Le désir de consolider son identité au sein d'un groupe a une grande influence sur la réaction émotionnelle face au risque (Ansons et coll., 2020). Dans un contexte mondial, le complotisme relié à la COVID-19 dépend non seulement de facteurs individuels (sociodémographiques, traits de personnalité, résilience, biais cognitifs et intuition, etc.), mais également de facteurs sociaux tels que l'identité de groupe

et les réseaux sociaux (Van Mulukom et coll., 2020). La confiance en l'autorité est également en cause. Cela étant dit, il est important de considérer l'hésitation vaccinale comme un processus décisionnel légitime qu'il faut d'abord comprendre et soutenir. Dans un contexte social polarisant, elle peut devenir l'un des symptômes du manque de confiance de la population envers certaines institutions. Il s'agit d'une réalité mondiale qui se manifeste de différentes façons selon le contexte (van Mulukom et coll., 2020). Le thème de la vaccination est accompagné de débats sur les enjeux politico-économiques tels que les alliances entre les gouvernements et les compagnies pharmaceutiques; une méfiance découle de la croyance que les acteurs gouvernementaux et pharmaceutiques n'ont pas à cœur le bien-être de la population, mais bien la poursuite économique et de pouvoir. Au Québec, il existe également un certain rejet de l'approche autoritaire et paternaliste parfois perçue dans les messages et les mesures gouvernementales. Un scepticisme est lié à l'imposition de mesures sanitaires parfois perçues comme néfastes, trop sévères, non alignées à la science ou inévitablement inconsistantes due à l'émergence constante de nouvelles données (Schellenberg et Fonberg, 2020; Drew, 2019). Le discours au sujet de la vaccination obligatoire et du passeport vaccinal éveille les mêmes réticences (Comité d'éthique de santé publique, 2021; Drew, 2019). La confiance envers les gouvernements a chuté de 4 % parmi les Québécois entre juin et septembre 2020 (70 % à 66 % pour le gouvernement provincial et 60 % vs 56 % pour le gouvernement fédéral) (Institut de la confiance dans les institutions, 2020a). Cette chute est accompagnée par un plus bas niveau de satisfaction de la gestion de la crise (ICS, 2020b), d'anxiété, d'inquiétude et d'essoufflement (ICS, 2020a). Éventuellement, cette frustration se manifeste sous forme de résistance face au respect de ce que l'on nous dit de faire et un plus grand mouvement de défiance prend forme (ICS, 2020a; Baillargeon, 2020).

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

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

Ce phénomène commence tout juste à être documenté pour ce qui est de la COVID-19 (Wilson et coll., 2018; de Figueirado et coll., 2020; Khan, 2021). Ce nouvel intérêt est en lien avec :

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

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

demande de prendre en compte les quatre éléments suivants :

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

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

2. RACISME SYSTÉMIQUE ET EXPÉRIENCE DE DISCRIMINATION AU QUÉBEC

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



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

demande de prendre en compte les quatre éléments suivants :

3. RUMEURS EN LIEN AVEC LA VACCINATION

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

4. UNE PLURALITÉ DE RAPPORT À LA MÉDECINE

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



1 | LES COMMUNAUTÉS NOIRES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Les personnes d'origine afro-caribéenne forment la minorité visible la plus importante au Québec. Selon le recensement canadien de 2016 (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2018), près de la moitié sont d'origine haïtienne, comptant pour environ 143 000 habitants en 2016. Arrivée au Québec en plusieurs vagues depuis la fin des années 1950, la diaspora haïtienne est traversée de fortes différenciations socio-économiques, identitaires et générationnelles. Si plus de la moitié est née au Québec où y vit depuis plus de vingt ans, 20 % sont de nouveau arrivants et 11 % ont un statut de réfugiés ou équivalent. La majorité de la diaspora africaine est de première génération, arrivée au Québec dans les 10 à 20 dernières années. Les pays d'origine principaux sont le Congo/République démocratique du Congo (33 000), le Cameroun (17 000), la Côte d'Ivoire (8 500) et le Sénégal (8 200). Pour les derniers, la plupart sont issus de l'immigration économique, mais on retrouve une plus forte proportion de réfugiés parmi les Congolais, Burundais et Rwandais.

Toujours selon les données de recensement, si la grande majorité (environ 98 %) de ces derniers groupes majoritaires parlent le français, une minorité notable de nouveaux arrivants parle exclusivement le créole ou des langues d'Afrique équatoriale. De plus, il existe une importante communauté noire anglophone, dont 30 à 40 % ne parlent pas français, d'origine jamaïcaine et trinidadienne (26, 500, pour la plupart installés avant 1990 ou nés au Québec) ainsi que du Ghana et Nigéria (environ 6 000). Il faut aussi noter la présence ancienne au Québec de descendants d'esclaves qu'on ne peut considérer comme immigrants. Malgré un niveau élevé de maîtrise du français et d'éducation formelle (bien que variant selon les groupes), les communautés afro-caribéennes ont, en moyenne, des revenus plus faibles et des taux de chômage plus élevés que la moyenne québécoise, même à niveau de scolarisation équivalent, et qui persiste dans la deuxième génération. Au-delà des différences, on peut donc évoquer, dans ces communautés, une expérience partagée de racisme systémique (emploi, logement, police), ainsi que pour les membres de premières générations immigrantes, des pays d'origine figurant parmi les plus pauvres au monde.

BIOMÉDECINE ET VACCINATION EN HAÏTI

La biomédecine, dont la vaccination antivariolique, a une présence très ancienne à Haïti (Brodwin, 1996). Malgré ses racines coloniales, elle n'est associée ni à des origines étrangères ni à la recherche de statut moderne/élite. Les soins biomédicaux sont donc banalisés et considérés comme compatibles avec le rôle dominant de l'Église et des valeurs morales dans le domaine de la santé, ainsi que le recours très fréquent aux savoirs domestiques (recettes de plantes) et aux guérisseurs herboristes ou spirituels. Comme en Afrique, les obstacles majeurs à l'utilisation des services et outils biomédicaux sont financiers : il y a des frais à payer même dans le système public alors que le sous-financement de ce dernier stimule la croissance

du secteur privé.

La vaccination, priorisée par les politiques de santé primaires, demeure cependant gratuite ou fortement subventionnée et fonctionne généralement bien. Les taux relevés de vaccination partielle des enfants sont élevés, suggérant que des facteurs de convenance plutôt que de confiance font obstacle à l'achèvement des doses (Rainey et coll., 2012). Une étude rapide datant de la fin des années 1980 indique cependant qu'une meilleure connaissance des maladies ciblées par la vaccination et du calendrier est associée à une plus grande probabilité de compléter la série recommandée (Coreil et coll., 1989). Une enquête récente pour préparer l'introduction du vaccin VPH en Haïti a trouvé que, malgré un manque d'information sur l'infection et le vaccin, presque la totalité des répondantes (femmes de 18 à 49 ans) a, après explications, déclaré qu'elles accepteraient le vaccin pour elles-mêmes ou leurs filles (Gichane et coll., 2017). Une série d'enquêtes chez des Haïtiennes vivant aux États-Unis sur le vaccin VPH a également trouvé qu'elles expriment une grande confiance envers la vaccination en général et les médecins et médias créoles comme source d'information. Si le vaccin VPH par sa nouveauté et par son association avec la sexualité évoque certaines préoccupations, les répondantes haïtiennes n'ont pas, comme les Afro-Américaines interrogées, évoqué des craintes par rapport à l'expérimentation sur les noirs (Joseph et coll., 2012; Joseph et coll., 2014).

COVID-19 ET INFOX – RÉSEAUX HAÏTIENS

La morbidité et la mortalité dues à la COVID-19 sont officiellement très faibles en Haïti. Certains peuvent douter de l'existence du virus. On a rapporté des « rumeurs » sur le fait qu'il se pratiquerait dans les structures de santé des injections mortelles afin de faire gonfler le nombre de décès – comme stratégie d'État pour bénéficier de l'aide internationale – ainsi que des expériences vaccinales secrètes (Médecins sans frontières, 2020). De manière générale, l'histoire politique mouvementée de Haïti et la récurrence d'interventions étrangères ou humanitaires rendent les Haïtiens aptes à questionner les intérêts qui se jouent derrière toute initiative importante (c'est aussi le cas en Afrique).

Il pourrait également circuler dans les réseaux sociaux de famille et de la diaspora (entre Haïti, New York, la Floride, Boston et Montréal) des rapports de décès à la suite de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 aux États-Unis (Pierre Minn, communication personnelle). Y circulent aussi des recettes à base de plantes pour prévenir et traiter la COVID-19. Si le premier type d'infox alerte sur les risques de la vaccination, l'utilisation des plantes ne fera pas, a priori, obstacle à l'acceptation de vaccin. La forte influence des Églises – au pluriel, étant donné les différenciations au sein de la diaspora montréalaise – sur toute question de santé (ainsi que de moralité, de sexualité et d'argent) ne doit pas être négligée dans les stratégies de communication.

BIOMÉDECINE, VACCINATION EN AFRIQUE (DE L'OUEST ET CENTRALE)

Des années 1920 aux années 1970, l'intervention de santé publique, surtout en milieu rural, se fait par des campagnes mobiles qui rassemblent, dépistent et injectent « en série » les populations, provoquant à l'occasion des « accidents » (contamination de seringues, effets secondaires, etc., voir Lachenal, 2014). Si ces campagnes souvent coercitives laissent des mémoires amères – qui, pour certains, auraient un effet à

long terme sur la confiance biomédicale en Afrique surtout équatoriale (Congo et Cameroun, voir Lowes et Montero, 2018) – l'effet dramatique du traitement antibiotique et de la vaccination de masse sur l'incidence de maladies redoutées (pian, rougeole) semble avoir été bien accueilli.

À partir des années 1980, la vaccination « de routine » se développe et s'intègre aux soins primaires dont le réseau se densifie. On note généralement qu'elle est bien acceptée – ou du moins, qu'elle n'est pas « résistée » – et on attribue plutôt aux problèmes d'organisation et d'approvisionnement les déficits de couverture vaccinale. Selon une étude centrée sur la Gambie, la vaccination, perçue comme fortifiant, barrière ou atténuant, s'insère bien dans les représentations ouest-africaines du corps et de la protection des bébés (Leach et Fairhead, 2012). Son acceptation ne dépend donc pas d'une compréhension biomédicale de l'immunité ou des maladies ciblées par la vaccination (bien que la mémoire récente de maladies graves désormais « évitées » peut aussi jouer un rôle). Cette étude indique aussi que les pressions et l'inclusion sociale renforcent la vaccination, mais peuvent aussi exclure les mères déjà marginalisées. Une analyse des données africaines indique que la scolarisation et l'alphabétisation sont inversement associées à la vaccination (Wiysonge et coll., 2012). Cela peut suggérer un manque d'accès à l'information, mais aussi être indicatif de marginalisation sociale. Une enquête récente menée au Sénégal, Burkina Faso, Cameroun et Bénin suggère que la vaccination de routine – en contraste avec les vaccins contre la COVID-19 – reste bien acceptée (Alice Desclaux, communication personnelle).

Si on a très peu examiné les hésitations « banales » et individuelles face à la vaccination parmi les populations africaines, certains épisodes de « résistance » collective ont suscité l'intérêt. Deux épisodes de « rumeurs anti-vaccinales » au Cameroun (années 1990) et au Nigéria (années 2000) sont devenus classiques (Feldman-Savelsberg et coll., 2000; Yahya, 2007). Pour les chercheurs en sciences sociales, ces « rumeurs » ne traduisent ni ignorance ni désinformation, mais doivent être interprétées comme une forme de discours qui questionne, de façon rationnelle, intérêts et relations de pouvoir qui sous-tendent la promotion, surtout en campagnes intensives, de certains vaccins (voir aussi Cole, 2016). Les violences d'état, les mémoires de coercition coloniale, mais aussi les rapports inégaux entre pays africains et bailleurs (particulièrement les méga-alliances de santé mondiale dans lesquelles la Fondation Gates joue un rôle important) – qui s'intéressent de façon inexplicable à certaines maladies (comme la polio) alors que d'autres sont négligées – expliquent que certains vaccins soient représentés comme « armes » de contrôle de la population africaine (stérilisation, infection délibérée, microfichage) plutôt que comme outils de protection. Ces thèmes sont récurrents, dont dans les débats autour de l'introduction du vaccin VPH au Sénégal en 2018, et encore avec les vaccins COVID-19 (Alice Desclaux, communication personnelle).

COVID-19 ET INFOX EN AFRIQUE

En avril 2020, le commentaire télévisé d'un chercheur français suggérant que des essais vaccinaux devraient se faire en Afrique a provoqué une vive polémique à travers les médias et réseaux sociaux africains, tant francophones qu'anglophones, sur les échos coloniaux d'un recours aux Africains comme « cobayes » (Gay-Padoan, 2020). Cela aurait alimenté la circulation d'infox sur des décès résultant d'expérimentations secrètes des vaccins COVID-19 au Sénégal.

Des infox populaires en France, selon lesquelles Bill Gates serait derrière un projet de microfichage et/ou de contrôle de population par les vaccins COVID-19, circulent également en Afrique francophone

(Smith et coll., 2020). Elles y prennent un sens particulier dans un contexte postcolonial où les discours sur la « surpopulation » sont généralement perçus comme racistes d'emblée et où il existe de fortes dépendances matérielles envers les institutions internationales. On note également parmi les infox circulant au Sénégal un questionnement sur les alliances (entre l'État, Bill Gates, l'Union européenne et les firmes pharmaceutiques) se formant autour de la « coronabusiness » (Alice Desclaux, communication personnelle). Cela dit, on a également relevé des annonces d'arrivages de vaccin dans le marché informel du médicament, indiquant qu'il y aurait, malgré tout, une demande pour celui-ci. Ici aussi, des « recettes » d'automédication circulent, intégrant souvent la chloroquine et des antibiotiques – qu'on peut informellement obtenir sans ordonnance – et qui sont largement prônés comme traitement efficace contre la COVID-19. Certaines infox maintiennent que, vu cette efficacité, la vaccination ne serait pas nécessaire. Une enquête récente au Sénégal, Burkina Faso, Bénin et Cameroun (Ibid.) a trouvé que seulement 15 % accepteraient d'être vaccinés contre la COVID-19, environ un quart sont indécis et plus de 60 % refuseraient. Les principaux motifs donnés sont : le risque associé au vaccin (et rapidité de la recherche), les « théories de complot » (contrôle de population) et les intérêts des « coronabusiness ».

RACISME, SOINS ET SANTÉ EN AMÉRIQUE DU NORD

Il y a comparativement peu de débats publics et d'études sur le racisme au Québec, particulièrement sous ses formes systémiques (Potvin, 2004); il y a donc un manque de données sur ses mécanismes et effets, dont sur la santé et l'accès aux soins. On observe cependant des difficultés au sein des communautés noires d'accès à l'emploi, au logement et au crédit d'affaires (Ibid.), ainsi que de la discrimination dans les services de protection de la jeunesse (Bernard, 2004) et les forces policières (profilage racial, bavures, « over-policing »). Surtout pour les générations d'Afro-Caribéens nées au Québec, ces inégalités sont vécues comme l'effet d'un racisme anti-noir plutôt que de l'insertion immigrante (Potvin, 2007). Les jeunes d'origine haïtienne ont plus tendance que leurs parents à s'identifier à la fois comme Québécois et « Black », évoquant ainsi une exclusion partagée et un sentiment de solidarité avec les communautés noires transnationales, notamment étatsuniennes. Ceux-ci prônent également un rapprochement avec les communautés caribéennes anglophones qui ont une expérience plus longue – étant venus à Montréal pour occuper des emplois subordonnés comme porteurs et domestiques – d'oppression et de discrimination raciale (Ibid.).

L'étude des inégalités raciales en santé est beaucoup plus développée aux États-Unis qu'au Canada (Ramraj et coll., 2016). L'analyse de données d'enquête suggère cependant que les Noirs canadiens pourraient souffrir des effets cumulatifs d'un racisme chronique, menant à une plus haute prévalence de diabète et d'hypertension, ainsi qu'à une plus forte mortalité « prématurée » due aux cancers et maladies cardiovasculaires (Veenstra et Patterson, 2016). Aux États-Unis, plusieurs mécanismes sous-tendant les inégalités en santé ont été décrits, dont : ségrégation résidentielle, surexposition à la pollution, stress chronique dû à la précarité économique et les « micro-agressions », violence policière, exclusion financière des soins de qualité, diagnostics erronés et sous-traitement (dont de la douleur), méfiance médicale découlant à la fois de discriminations « quotidiennes » et à une histoire d'incorporation violente et non consensuelle à la recherche médicale (dont les symboles sont des scandales éthiques – « Sims, Lacks, Tuskegee » – évoqués de façon récurrente dans les médias et réseaux sociaux). Ces différentes manifestations de racisme ont été évoquées en lien avec la forte hésitation des Afro-Américains face aux vaccins contre la grippe et la

COVID-19 (Quinn et coll., 2017; Story, 2018; Ferdinand et coll., 2020), ainsi que pour expliquer pourquoi ceux-ci ont été disproportionnellement touchés et tués par le virus. Si la santé des Noirs canadiens n'est pas autant affectée, ou de la même manière, par les mêmes mécanismes qu'aux États-Unis (Ramraj et coll., 2016), ils sont néanmoins, pour la plupart, au courant des débats et tensions au sud de la frontière et pourraient partager la méfiance médicale qui en découle (par exemple, Bajaj et Stanford, 2021).

Au Canada, les taux d'infection et de mortalité par la COVID-19 ne sont pas désagrégés par groupe « ethnique ». Des mesures indirectes ont cependant montré que la mortalité par quartier à Montréal est associée de façon linéaire à la proportion de résidents noirs (Subedi, et coll., 2020). Des quartiers comme Montréal-Nord, connus à la fois pour ses résidences pour aînés, son taux élevé de pauvreté et sa population importante d'origine haïtienne, ont été pointés du doigt comme « quartiers chauds », mais, selon des groupes communautaires comme Hoodstock, manquent de soutien pour faire face à la pandémie (Nerestant, 2021). Un nombre important d'Haïtiennes, et quelques Africaines travaillent également dans le système de la santé, souvent dans des positions subordonnées (aides-infirmières, préposées aux bénéficiaires). Aux premières lignes, elles ont donc été fortement exposées au virus et ont témoigné des ravages de la maladie chez leurs patients, ce qui pourrait en faire des porte-paroles persuasives pour la vaccination. Cette exposition, qui a mené à des revendications pour la régularisation du statut de réfugié pour certaines, pourrait également susciter un sentiment de « trahison » face à une faible reconnaissance sociétale de leurs sacrifices. On peut aussi noter que la stigmatisation des Haïtiens, tant au Canada qu'aux États-Unis, comme vecteurs de la propagation du SIDA dans les années 1980, et leur exclusion du don de sang suite à l'« affaire du sang contaminé » a pu avoir des effets à long terme sur les relations de confiance avec le système médical (Charbonneau et Tran, 2012).



2

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Sur l'ensemble du territoire québécois, 55 communautés regroupent plus de 104 000 autochtones appartenant à 11 nations. Environ la moitié de ces personnes habitent en milieu urbain. Montréal est la municipalité québécoise où l'on retrouve la plus importante population ayant une identité autochtone. En 2016, on y retrouvait 13 000 personnes qui s'identifient comme des Autochtones, représentant 0,7 % de la population montréalaise (Landry, 2020). La majorité de cette population déclare aussi une appartenance aux Premières Nations (45 %) ou une identité métisse (44 %) alors que 5 % s'identifient comme Inuit (Landry, 2020). À Montréal, les langues autochtones le plus parlées incluent le Crie (28 %) et l'Inuktitut (44 %) (Landry, 2020). Selon l'enquête nationale auprès des ménages, les autochtones sont en grande partie (99,2 %) capables de s'exprimer en anglais ou en français (Statistiques Canada, 2013). En outre, 13,59 % ont déclaré le français comme langue maternelle au Québec et 15,13 % déclarent l'utiliser (CERP, 2019, p. 112). Une barrière de langue est toutefois relevée à Montréal, notamment pour les Inuits; bien que plusieurs ont des notions d'anglais, certains ne parlent que leur langue maternelle (Gacon, 2019). Cela pose une entrave alors que certains services de santé ne disposent pas de ressources à l'interne qui puissent communiquer dans ces langues (Gacon, 2019). De plus, le niveau de compréhension et la capacité de s'exprimer peuvent être limités même parmi ceux qui peuvent communiquer en français et en anglais.

Il existe de grands écarts socio-économiques entre les communautés autochtones et l'ensemble de Montréal, du Québec et du Canada. La population autochtone est moins scolarisée, habite dans des conditions d'habitation moins bonnes et a un revenu médian plus faible et un taux de chômage plus élevé - plus de la moitié des Autochtones à Montréal ont d'ailleurs des revenus inférieurs (Landry, 2020). Les Autochtones sont également surreprésentés parmi la population itinérante puisqu'ils constituent 12 % des personnes itinérantes alors qu'ils représentent moins de 1 % de la population montréalaise.

SANTÉ, ACCESSIBILITÉ, PRATIQUES PRÉVENTIVES

Dans les communautés et villages autochtones, l'offre de service de santé et de services sociaux est défaillante (manque de services ambulatoires d'urgence, éloignement géographique, pénurie de personnel, etc.) (CERP, 2019). Il est en effet particulièrement difficile pour les communautés rurales, éloignées et nordiques de pourvoir la pénurie de personnel médical (Oosterveer et Young, 2015). Celles-ci dépendent donc de professionnels non résidents présents pour une courte durée et qui ne parviennent pas à établir de relation de confiance à long terme avec les communautés hôtes (Burnett, 2020).



Dans le cadre de l'enquête de la Commission sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec (CERP, 2019), plusieurs témoins autochtones ont affirmé avoir des relations difficiles avec le système de santé et que les services de soins offerts ne répondent pas à leurs besoins. Leurs difficultés relèvent de problèmes d'accès aux services de santé, mais aussi des barrières culturelles, de préjugés et de pratiques discriminatoires présents au sein du système de santé.

Les peuples autochtones du Québec ont une vision et un rapport à la santé et à la biomédecine ancrés dans les religions et les spiritualités autochtones qui diffèrent de la vision occidentale véhiculée par le système de santé québécois actuel. Dans les centres urbains, l'accès à des pratiques de guérison traditionnelle est limité, voire inexistant (Landry, 2020). Ainsi, bien que la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain soit meilleure qu'ailleurs au Québec, elle demeure moins bonne que celle de la population non autochtone en milieu urbain (Landry, 2020). D'ailleurs, le pourcentage de personnes autochtones qui ont une perception positive de leur santé (44 %) est plus faible que l'ensemble des Montréalais non autochtones (59 %) (Landry, 2020). En effet, le système public de santé et de services sociaux repose sur des normes biomédicales et un recours important aux démarches individuelles, tandis que les Autochtones visent davantage l'atteinte d'un état d'équilibre et de mieux-être en matière de santé. Cet état est soutenu et renforcé par la famille, les amis, la communauté et plus largement la nation (CERP, 2019). Il relève d'un ensemble de coutumes et de rituels très divers (roue médicinale, remèdes autochtones, etc.).

Au-delà des problèmes d'accès, les communautés autochtones sont confrontées à des préjugés et des pratiques discriminatoires au sein du système de santé. Dans les milieux urbains, la discrimination et la crainte de subir du racisme sont d'ailleurs perçues par les Autochtones comme les deux principaux obstacles à la santé (Landry, 2020). Un exemple récent de ce type de pratiques se retrouve dans la maltraitance subie par Joyce Echaquan au sein du système de santé susceptible d'avoir renforcé, à l'heure de la COVID-19, les critiques et le manque de confiance dans le système.

La mort de Joyce Echaquan constitue en ce moment un événement traumatique emblématique qui réactive une longue histoire de méfiance des communautés autochtones envers le gouvernement et ses institutions affiliées, découlant de la période colonialiste durant laquelle les peuples autochtones ont subi de nombreux mauvais traitements (politique d'assimilation, enlèvement d'enfants, administration de test et traitements médicaux non consentis, etc.). Le « Principe de Joyce » a été conçu en tant qu'appel à l'action et engagement des gouvernements à mettre fin à cette situation, visant à assurer un droit d'accès équitable aux services sociaux et de santé sans discrimination (Atikamekw Nehirowisiw, 2020). Par contre, sa non-adoption du principe et son refus de reconnaître l'existence de racisme systémique continuent à alimenter les tensions (Sioui et Boutros, 2021). Celle-ci perdure aujourd'hui et fait écho aux inégalités de santé et pratiques discriminatoires qui demeurent très répandus dans l'interaction entre les soignants et les patients. Les inégalités en matière de santé prennent leur source dans les déterminants historico-politiques incluant le trauma et l'inaccessibilité des soins comme signalés ci-dessus. De plus, les maladies, conditions ou comportements identifiables au sein des communautés autochtones sont eux-mêmes des vecteurs de traitement inégal et de discrimination (on note entre autres la consommation d'alcool, le diabète, la dépression et le suicide, ainsi que les maladies infectieuses comme la tuberculose, etc.). À ce sujet, la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique rappelle que « le racisme dans les soins de santé entraîne des soins de qualité inférieure, un accès inégal, il crée de la stigmatisation et des préjudices, et dans certains cas, la mort » (Lasalle, 2020).

PANDÉMIE, VACCINATION ET COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Les communautés autochtones ont été particulièrement affectées par la pandémie de la COVID-19. En date du 23 février 2021, le gouvernement canadien rapporte que le pourcentage de personnes des Premières Nations vivant dans des réserves qui ont obtenu un résultat positif pour la COVID-19 est 74 % plus élevé que celui de la population canadienne en général (Gouvernement du Canada, 2021a). À Montréal, les conséquences disproportionnées des mesures sanitaires sur les communautés autochtones ont suscité de vives réactions, notamment à la suite du décès de Raphaël 'Napa' André, un Innu décédé dans une toilette chimique à proximité d'un refuge fermé à cause de directives gouvernementales.

Malgré une bonne couverture vaccinale dans les communautés autochtones du Canada, de nombreuses personnes autochtones expriment des réticences en lien avec la vaccination contre la COVID-19. Parmi ceux-ci se trouve notamment le manque de messages inclusifs adaptés aux communautés autochtones dans le processus de ces plans de déploiement des vaccins ainsi que leur priorisation. Sur ce point, les récentes déclarations concernant l'incapacité à mettre fin aux avis d'ébullition de l'eau d'ici mars 2021 en raison de la COVID-19, alors que l'expédition des vaccins fut rapide, alimentent le narratif actuel selon lequel les peuples autochtones sont utilisés pour tester la sécurité et l'efficacité du vaccin (Mosby et Swidrovich, 2021). En outre, cela renvoie les communautés à un statut d'infériorité en les plaçant en priorité, et indirectement en leur attribuant une vulnérabilité « biologique ». Cela alimente également la notion qu'ils sont prêts à vacciner la communauté à tout vent, mais qu'ils ne se préoccupent pas de leur qualité de vie, ni des impacts à long terme et des inégalités engendrées. Celle-ci découle de la méfiance et des mauvaises relations qu'elles entretiennent avec le gouvernement et les services de santé qui ont été exacerbés par les décès de Joyce Echaquan et de Raphaël Napa André, mais également des messages et des actions de santé publique menées au Canada.

En raison du fait qu'ils constituent un groupe prioritaire, la couverture vaccinale dans les communautés autochtones reste présentement la plus haute au Canada. En date du 25 mars, le taux de vaccination chez les adultes est 6 fois plus élevé dans les communautés autochtones comparées à la moyenne canadienne (Gouvernement du Canada, 2021b). En dehors du Québec, en Saskatchewan, le taux moyen est de 75 % dans la plupart des communautés alors qu'en Ontario, presque 70 % des communautés autochtones du Nord ont reçu leur première dose (Gouvernement du Canada, 2021b).

Sur la plateforme virtuelle, peu de désinformation en lien avec la pandémie de COVID-19 parmi les communautés autochtones a été documentée. L'hôpital Women's College a lancé un projet intitulé « Sharing Medicine » qui vise à fournir des informations précises, éclairées par les traumatismes et culturellement pertinentes concernant les informations médicales liées aux vaccins COVID-19 (WCH, 2020). L'objectif est de promouvoir le consentement éclairé et la prise de décision au sein des communautés autochtones à travers des contes. De plus, certains objets servant aux rituels autochtones, tels que la roue médicinale a été adaptée par certaines communautés à la pandémie actuelle. Celle-ci prône, entre autres, la tolérance de l'incertitude, les pratiques holistiques, la protection de la communauté et les gestes barrières tels que le lavage des mains et la distanciation physique (WCH, 2020). Il faut garder à l'esprit que le phénomène d'hésitation vaccinale et que le contexte propre à COVID-19 est en constant changement. Il s'agit donc de concepts évolutifs qui doivent être pris en considération au moment de leur réalisation.



3

LES COMMUNAUTÉS EST-ASIATIQUES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Les communautés est-asiatiques sont issues d'une région aussi connue sous le nom d'Asie sinisée sur laquelle l'influence culturelle, religieuse et politique de la Chine (le Viêt Nam a été colonisé pas moins de mille ans par la Chine) a été fondamentale. Parmi les points d'ancrage communs, on notera l'empreinte du confucianisme sur les relations sociales (hiérarchie familiale reproduite à l'échelle de l'état, respect des aînés et des intellectuels, valorisation de l'éducation), celle de la philosophie daoïste et surtout du bouddhisme qui s'est décliné au contact des sociétés autochtones –menant à l'émergence du bouddhisme zen ou tibétain.

Ces communautés sont toutes représentées au Québec et à Montréal, mais leur présence statistique est contrastée. La prédominance chinoise nette est relativement récente (120 000 individus issus d'abord de la Chine continentale et parlant mandarin, mais aussi de Hong Kong, s'exprimant majoritairement en cantonais, sans oublier 2 000 Taiwanais et une centaine de Tibétains réfugiés), doublée d'une forte présence vietnamienne plus ancienne (43 000 individus environ, dont une bonne partie, d'origine sino-vietnamienne, arrivée à la fin des années 1970 et dans les années 1980 : on a donc déjà une troisième génération de Vietnamiens au Québec). On note en revanche une présence coréenne et japonaise relative (moins de 9 000 individus dans le premier cas, un peu plus de 6 000 dans le deuxième). D'autres lignes de diversification sont à dégager, liées à la fois à l'histoire récente de l'Asie de l'Est et à celle des vagues migratoires au Québec : les communautés vietnamienne et chinoise se déclarent plus francophones que les autres; si le niveau socio-économique varie entre communautés et au sein de chacune, on doit noter partout un haut taux de diplômés universitaires. Enfin, les Coréens du Québec sont en majorité chrétiens (protestants) et non bouddhistes.

SANTÉ, ACCESSIBILITÉ, PRATIQUES PRÉVENTIVES

Les communautés est-asiatiques font généralement preuve d'un très grand respect à l'égard des professionnels de la santé (qui sont d'ailleurs surreprésentés dans le cas de la communauté vietnamienne par rapport à la population de souche : 10,4 % de la population active vietnamienne de Montréal se trouvait dans le secteur de la santé contre 5,5 % de la population active de souche en 2003 : Blanc et Monnais, 2007) et d'une familiarité ancienne avec la biomédecine et un système de santé biomédical. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de problèmes d'accès aux services de santé du pays d'accueil : des barrières linguistiques en particulier sont corrélées au vieillissement de la population concernée.

La prévention, individuelle et collective, de la maladie et d'autres risques pour la santé s'avère une priorité systématique qui s'inscrit dans une quête d'harmonie entre l'individu et la société, le micro et le macro, la

nature et l'homme ainsi que de longévité prônée tant par le confucianisme, le daoïsme que le bouddhisme. Elle se manifeste par une inclination envers l'exercice physique régulier (qi gong par exemple), la méditation et le recours aux talismans du côté des bouddhistes pratiquants (Salguero, 2020), mais aussi via des pratiques de pluralisme thérapeutique, c'est-à-dire d'association de la biomédecine avec des médecines traditionnelles millénaires. Si ces traditions médicales sont intégrées depuis un certain temps dans les systèmes de santé du pays d'origine (on parle de systèmes de santé intégratifs), il ne faut pas oublier que le système public de santé québécois y est lui aussi relativement ouvert (via l'accès à des produits de santé naturels réglementé ou à l'acupuncture : Blanc et Monnais, 2007) et par là même, susceptible de renforcer des pratiques médico-sanitaires efficaces. À noter que l'attention portée par les communautés est-asiatiques à la prévention de risques infectieux, voire pandémiques, sans être véritablement documentée dans le pays d'accueil, peut avoir été accrue dans les dernières décennies par l'expérience dans le pays d'origine (en Chine et au Viêt Nam surtout), directe ou indirecte, c'est-à-dire par la famille restée au pays, de menaces épidémiques graves (syndrome respiratoire aigu sévère, grippe aviaire, H1N1).

VACCINATIONS ET COMMUNAUTÉS EST-ASIATIQUES

La vaccination, antivariolique d'abord, a été introduite très tôt en Asie de l'Est au 19^e siècle et assez largement acceptée (dans le cas du Viêt Nam colonisé par la France, l'obligation vaccinale a toutefois pu donner lieu à des réactions violentes, plus politiques que sanitaires), dans le prolongement de la pratique de la variolisation. Chine, Viêt Nam, Japon et Corée disposent depuis la Deuxième Guerre mondiale de politiques de vaccination très développées et efficaces, voire d'une capacité de production vaccinale de haut niveau. Cela ne veut pas dire que l'hésitation vaccinale n'est pas présente auprès de ces sociétés. Elle est en fait ancienne au Japon et toujours forte (de Figueiredo et coll., 2020), liée en particulier à une succession d'accidents et de scandales vaccinaux (vaccin RRO, coqueluche et VPH) qui ont participé à éroder la confiance dans un état bienveillant lorsqu'il s'agit de la santé collective à partir des années 1960-70. En parallèle, le scepticisme à l'endroit de la vaccination serait en croissance dans les grandes villes chinoises (attisé par un état autoritaire qui a voulu cacher certains scandales : campagnes de vaccination contre l'hépatite B, scandale du lait contaminé, défaut de qualité de la production vaccinale de la compagnie Changchun Changsheng Biotechnology en 2018 : Hu et coll. 2020) et coréennes (où le groupe « anti-vax » Anaki serait particulièrement actif : Chang et Lee, 2019) et du côté des individus se revendiquant comme bouddhistes pratiquants (Larson et coll., 2016).

Quelques études ont par ailleurs montré que chez certaines communautés est-asiatiques, l'hésitation face à la vaccination était susceptible d'augmenter avec le temps d'immigration (Truman et coll., 2020) et que la sélection vaccinale touchait plus fortement certains produits pour des raisons culturelles (liée à des représentations de la sexualité féminine dans le cas du VPH) ou par ignorance du risque posé par une maladie évitable par la vaccination (Hépatite B, grippe) (Wilson et coll., 2018; Jorgensen et coll., 2016; Kowal, 2014).



LES COMMUNAUTÉS EST-ASIATIQUES, LA PANDÉMIE ET L'INFOX

La communauté chinoise du Québec a été, comme ailleurs, l'objet d'incidents racistes et de mises à l'écart dans le contexte d'une pandémie partie de Chine et d'un virus qualifié par certains, dont plusieurs dirigeants, de « virus chinois » (Pâquet, 2020). Cette stigmatisation – que d'autres Asiatiques ont subi par assimilation ignorante – est venue réactiver des représentations ancrées d'une société sale, trop proche des animaux (wet markets), particulièrement sujette aux pandémies et à l'origine de leur dispersion (Pâquet, 2020). On peut dès lors facilement imaginer que ce racisme a eu des effets délétères sur le quotidien de ces mêmes communautés et leur capacité de s'adapter à la situation sanitaire – voire de se faire tester ou de consulter en cas de symptômes. On sait par ailleurs que la COVID-19 a entraîné une surmorbidity et une surmortalité auprès des minorités visibles dont asiatiques (Subedi et coll., 2020).

Dans ces conditions de stigmatisation, l'hésitation face à la vaccination est elle aussi susceptible de croître; la surmorbidity/surmortalité dont les communautés font l'expérience pourraient en même temps convaincre de se faire vacciner, si bien sûr le vaccin est accessible, géographiquement et culturellement. À ce dernier égard, il faut souligner la force du maintien des liens avec le pays d'origine, dont via les réseaux sociaux, extrêmement populaires, nationaux (Weibo : Hu et coll., 2020) comme internationaux (WhatsApp) ainsi que les communautés est-asiatiques d'autres pays (aux États-Unis en particulier) qui pourraient faire pencher la balance dans toutes sortes de directions : d'une confiance élevée, mais dans un vaccin « made in China » (Lin et coll., 2020) auprès de la communauté chinoise, d'un scepticisme alimenté par les ratés de la campagne de vaccination antigrippale menée en Corée du Sud à l'automne 2020 du côté des Coréens (Yang, 2020) ou encore vers une tendance accrue au complotisme d'une communauté vietnamienne très largement anticommuniste et majoritairement favorable à Trump.



4

LES COMMUNAUTÉS SUD-EST ASIATIQUES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

L'Asie du Sud-Est est une région dont on dit souvent que son principal trait de caractère est... son extrême hétérogénéité – ethnique, linguistique, culturelle, religieuse, socio-économique. Regroupant dix pays de l'Inde à l'Océanie (Brunei, Cambodge, Indonésie, Laos, Malaysia [Malaisie], Myanmar [Birmanie], Philippines, Singapour, Thaïlande, Timor oriental) et 600 millions d'individus, il s'agit d'une région qui à la fois abrite la plus importante communauté musulmane du monde (plus de 200 millions d'Indonésiens) et la plus grosse communauté catholique d'Asie (75 millions de Philippins, 80 % de la population du pays). Les disparités socio-économiques y sont fortes, entre pays – Singapour dispose du 4e plus important PIB au monde alors que le Timor oriental est le pays le plus pauvre d'Asie- et au sein de chacun, doublés de tensions entre milieu urbain et rural. La question des minorités ethniques et de leur place dans les rapports entre l'état et la société civile y est cruciale en particulier du côté de l'Asie du Sud-Est continentale (on recense pas moins de 160 minorités au Laos, 130 au Myanmar) et la diaspora chinoise, très ancienne et très dynamique, s'est partout mêlée aux populations autochtones. Seul point commun, historique (Thaïlande exceptée), l'Asie du Sud-Est a fait l'expérience de la colonisation occidentale à la fin du 19e siècle (dont Américaine aux Philippines après plusieurs siècles de domination espagnole) et de l'occupation japonaise pendant la Deuxième Guerre mondiale, un doublé impérialiste qui a laissé des traces dont au niveau de la construction politique d'États-nations devenus pour plusieurs d'entre eux des régimes autoritaires.

Si ces réalités sont à considérer, en particulier celle de la diversité ethnique et religieuse, pour ne pas faire d'impair et ne pas présupposer qu'un Philippin est forcément catholique ou qu'un réfugié du Laos est forcément issu de l'ethnie lao et parle lao, force est de constater qu'au Québec et à Montréal, les communautés sud-est asiatiques sont statistiquement moins représentées que les communautés est-asiatiques et assez ciblées : essentiellement philippine (38 000 dont une majorité de tagalogs, issus d'une immigration d'abord économique depuis les années 1980), khmère (15 000 du Cambodge, en majorité des réfugiés du génocide khmer rouge de 1975-79) et lao (un peu moins de 8 000) – contre 2 700 Thaïs, moins de 1 000 Malais musulmans de Malaysia ou d'Indonésie et moins d'une centaine de Birmans, de Karen et de Hmong, dernière minorité montagnarde semi-nomade d'Asie du Sud-Est continental qui s'est réfugiée en priorité en Californie après la guerre du Viêt Nam (1963-75). Principalement catholiques et bouddhistes donc, les communautés d'Asie du Sud-Est ont un niveau d'éducation variable (la proportion d'éducation postsecondaire est plus élevée chez les Philippins que chez les Khmers), mais globalement plus bas que celui des communautés est-asiatiques. Il en est de même pour leur statut socio-économique bien qu'il varie là encore entre communautés et au sein d'une même communauté.



SANTÉ, ACCESSIBILITÉ, PRATIQUES PRÉVENTIVES

Comme dans le cas d'autres communautés ethnoculturelles, un certain nombre de barrières à l'accès aux services de santé du pays d'accueil sont documentées (à celles évoquées pour les communautés est-asiatiques, on peut ajouter une méfiance peut-être accrue à l'endroit de l'état de la part des réfugiés khmers, lao et des minorités ethniques), mais il reste que les communautés sud-est asiatiques sont elles aussi reconnues pour leur observance de pratiques préventives pluralistes, durables et efficaces, en particulier du côté des communautés bouddhistes (Salguero, 2020). Leur expérience antérieure à l'immigration peut toutefois avoir un impact sur leur désir de suivre les consignes de la santé publique du pays d'accueil. Les Khmers victimes du génocide par exemple, ont manqué de familiarité avec des soins biomédicaux sous le régime anti-occidental et anti-intellectuel khmer rouge (il restait moins d'une demi-douzaine de médecins au Cambodge lorsque les Khmers rouges ont été chassés en 1979 (Guillou, 2009); cette carence peut se doubler d'une méfiance face à un état trop intrusif. Il en est de même du côté de certaines minorités ethniques persécutées dans leur pays d'origine et ayant eu l'habitude de faire reposer leurs pratiques de santé sur des repères sur la maladie et la prévention non biomédicaux en situation de pénurie extrême de soins et de contacts limités avec un système de santé à destination prioritaire de la majorité ethnique de leur pays d'origine. Le choc culturel qui en résulte est connu pour la minorité hmong depuis le fameux ouvrage de l'anthropologue Anne Fadiman, *The Spirit Catches You and You Fall Down* paru en 1997.

VACCINATIONS ET COMMUNAUTÉS SUD-EST ASIATIQUES

La familiarisation avec la vaccination des communautés sud-est asiatique est venue avec la colonisation occidentale au 19e siècle, soit dès le tout début du 19e siècle dans le cas des Philippines espagnoles avec l'expédition Balmis (1803-06). Une familiarisation ancienne, mais à double tranchant dans le sens où les états coloniaux ont souvent imposé la technique préventive, en en faisant un outil de contrôle social, et expérimenté des vaccins sur les populations locales sans leur consentement (cas du BCG antituberculeux dès l'entre-deux-guerres par exemple). L'occupation japonaise pendant la Deuxième Guerre mondiale a par ailleurs laissé une empreinte profonde au travers des exactions, dont des expérimentations scientifiques, qu'ils y ont menées. La construction des États-nations sud-est asiatiques post-1945 a en outre donné lieu à des situations très éclatées en matière de politiques publiques de santé, dont de vaccination : nombre de pays doivent encore compter sur la générosité des organisations non gouvernementales (ONG) et de programmes soutenus par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Programme élargi de vaccination, 1977-) pour assurer la vaccination de masse contre les principales maladies infantiles. Si les taux de vaccination contre ces mêmes maladies ont augmenté de façon impressionnante dans les deux dernières décennies, il reste difficile d'atteindre certaines régions rurales aux Philippines ou au Cambodge. Quant aux minorités ethniques du Laos, très mobiles, ou à la minorité musulmane du sud de la Thaïlande (Jawi), elles sont souvent considérées comme étant particulièrement réfractaires à l'intervention de l'état dans leur santé et la vaccination, vue comme un moyen de les surveiller. Le manque d'éducation dans leur langue et en fonction de leurs repères est mis de l'avant pour tempérer cette explication d'une « résistance ethnique » souvent avancée par les états eux-mêmes (Xeuatvongsa et coll., 2017).

LES COMMUNAUTÉS SUD-EST ASIATIQUES, LA PANDÉMIE ET L'INFOX

Les communautés sud-est asiatiques ont elles aussi subi de la discrimination, voire de la stigmatisation avec la pandémie de COVID-19. Elles font partie des minorités visibles qui connaissent une surmortalité et une surmortalité dues à la maladie depuis la première vague, une réalité susceptible d'influer sur les pratiques de prévention de la maladie, dont de la vaccination. La méfiance par rapport à l'état qui peut découler de cette situation, voire la frustration, peut être renforcée dans le cas de certaines communautés par ce qui se passe dans le pays d'origine – côté pandémie comme vaccinations – et d'affaires et scandales liés à des campagnes de vaccination antérieures. Contrairement à l'idée reçue, l'hésitation vaccinale n'est pas l'apanage des pays développés; on en retrouve des manifestations dans plusieurs pays sud-est asiatiques susceptibles de percoler auprès de communautés immigrées connues pour garder des liens très étroits avec leur pays d'origine, voire y voyager régulièrement. Alors que l'hésitation vaccinale augmenterait d'ailleurs dans plusieurs grandes villes malaisiennes et indonésiennes (Wong et coll., 2020; de Figueiredo et coll., 2020), alimentée par la force des réseaux sociaux (dans le cas indonésien en lien avec les mouvements islamistes radicaux considérant le vaccin comme haram (Yufika et coll., 2020)), le cas de la communauté philippine mérite que l'on y porte tout particulièrement attention. En effet, l'hésitation face à la vaccination, voire le refus de vaccination, aurait considérablement crû dans l'archipel depuis 2017 en conséquence d'un scandale vaccinal (impliquant le vaccin contre la dengue Dengvaxia® de Sanofi-Pasteur à l'origine probable de plusieurs décès d'enfants), alimenté par les médias et mis en lien direct avec une importante épidémie de rougeole en 2018 (Migriño et coll., 2020).



5

LES COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Selon les données du recensement de 2016 (Gouvernement du Québec, 2016), les communautés latino-américaines de Montréal – environ 4 % de la population totale de la ville – se sont constituées en plusieurs vagues d’immigration, avec d’importants flux de réfugiés fuyant le Chili à partir des années 1970, puis l’Amérique centrale (Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua) et, plus récemment (après 2000), la Colombie et le Mexique. Environ la moitié des immigrants provenant de ces pays ont un statut de réfugié ou équivalent et un nombre important sont nés au Québec ou installés depuis plus de vingt ans. Les plus nombreux sont d’origine colombienne (34 000), mexicaine (27 000) et d’Amérique centrale (environ 36 000). On note également une importante communauté péruvienne (20 000), dont un quart a un statut de réfugié. Les taux de connaissance du français sont élevés, avec une moyenne qui se situe aux alentours de 90 %.

BIOMÉDECINE ET VACCINATION EN AMÉRIQUE LATINE

L’Amérique latine a, très tôt, été la cible de projets à l’échelle continentale d’élimination ou d’éradication (rougeole, polio) par la vaccination. Les taux de couverture vaccinale y sont, dans l’ensemble, très élevés, mais peuvent varier selon les périodes et localités. La méfiance à l’endroit des gouvernements, la forte influence de l’Église Catholique et les inégalités en santé peuvent être des obstacles à la confiance vaccinale (Guzman-Holst et coll., 2020).

De manière générale, les populations autochtones et afro-latines font face à des problèmes d’exclusion et de discrimination dans les systèmes de santé. Les groupes Autochtones du bassin amazonien et des côtes caribéennes sont relativement moins vaccinés, en partie dû à des problèmes d’enregistrement civil – et donc de « visibilité » aux yeux des états (McSweeney et Pearson, 2013). De plus, les services et assurances privées jouent souvent un rôle important dans l’offre de soins de certains pays, limitant l’accès des plus pauvres.

Au Guatemala, on a observé que les campagnes de planification familiale et de vaccination ont souvent, et depuis longtemps, suscité la méfiance, notamment autour d’intentions cachées de stériliser les populations rurales de force (Clouser, 2018). En 2009–2010, une historienne révéla que des expériences secrètes avaient été menées au Guatemala, avec la collaboration de chercheurs et institutions américains à la fin des années 1940 (Reverby, 2016). Les sujets – travailleuses du sexe, prisonniers, soldats et patients d’institutions de santé mentale – ont été infectés, délibérément, par des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) (syphilis, gonorrhée, chancre), certains ont été traités par des antibiotiques à l’essai, d’autres laissés sans traitement. Cette révélation a mené à des excuses officielles de la part de l’État américain, à

des dénonciations de la part de groupes de défense des droits de la personne ainsi qu'à une commission présidentielle au Guatemala (Comisión presidencial, 2011).

Le Mexique et le Nicaragua furent parmi les pays où l'influence religieuse et la méfiance de l'état donnèrent « prise » à une rumeur, diffusée par un groupe Catholique international au milieu des années 1990, selon laquelle le vaccin contre le tétanos aurait des effets stérilisants (Larson et coll., 2011). En 2014, une campagne de prévention du VPH en Colombie fut accompagnée de déclarations de symptômes diffus – céphalées, douleurs des membres, évanouissements – chez des centaines d'adolescentes vaccinées. Une polémique s'ensuivit sur les origines des symptômes. Bien que la conclusion officielle soit à un phénomène psychogénique (« hystérie » collective), les débats évoquèrent des préoccupations sur les risques associés à la vaccination (Téllez Pedroza, 2018).

COVID-19, VACCINS ET INFOX EN AMÉRIQUE LATINE

Les pays d'Amérique latine ont été durement touchés par la pandémie, particulièrement chez les Autochtones, notamment au Mexique et au Brésil (de Léon-Martinez et coll., 2020). Dans ces derniers pays, le populisme et la religion ont nourri un déni officiel de la gravité de la situation. Les infox de langue espagnole relevées par l'écoute de médias sociaux proviennent presque toutes d'Amérique latine (Smith et coll., 2020). On y retrouve les mêmes thèmes dominants que pour les autres langues, mais relativement plus de messages portant sur la moralité et la religion. Parmi ces derniers, certains représentent un pouvoir divin guidant les découvertes scientifiques, d'autres opposent la puissance de remèdes divins (« sang du christ ») à un vaccin inutile. On y discute également beaucoup du vaccin russe, qui sert de point focal pour célébrer ou critiquer le capitalisme (reflet des tensions politiques qui traversent le continent), ainsi que de l'incompétence et la corruption des gouvernements (Ibid).

Des enquêtes indiquent que les communautés latino-américaines vivant aux États-Unis ont des inquiétudes sur les vaccins contre la COVID-19, mais ne sont pas aussi hésitantes que les Afro-Américains et ont plus de confiance envers les institutions politiques et scientifiques (COVID Collaborative, 2020).



6

LES COMMUNAUTÉS ARABES DU QUÉBEC

PORTRAIT GÉNÉRAL

Le monde arabe est vaste et loin d'être homogène. S'étendant du Maroc au Yémen, on l'estime à 450 millions d'individus qui parlent des dizaines de langues et dialectes, même si la langue arabe domine. On y est aussi juif, chrétien, agnostique ou athée, même si l'islam demeure la religion dominante. Étant donné la complexité et la richesse de cette civilisation, il est difficile d'en faire une synthèse représentative. La présente fiche se concentrera donc davantage sur les principaux pays d'origine des membres de la « communauté arabe » au Québec, dont les pays du Maghreb (l'Algérie, le Maroc, et la Tunisie) et le Liban (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2016).

Au Québec, près de 400 000 personnes s'identifient comme étant d'origine arabe (Ibid.). Il s'agit de la seconde « minorité ethnique » en termes de population au Québec derrière les communautés africaines et afro-caribéennes. Selon le recensement de 2016 (Ibid.), près de 88 % des personnes d'origine arabe habitent dans la région métropolitaine de Montréal. Leurs principaux pays d'origine sont l'Algérie, le Maroc et le Liban et plus récemment la Tunisie et la Syrie (Ville de Montréal, 2017). Au Québec, la population arabe augmente régulièrement depuis les années 90. Près de 60% des Arabo-Québécois sont des immigrants de première génération. 70% des immigrants d'origine arabe sont venus au Québec pour des raisons économiques. Pour le reste, près de 22 % sont ici pour rejoindre des membres de leur famille et près de 8 % pour des raisons humanitaires (Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2016).

Plus de 90 % des Arabo-Québécois parlent couramment le français étant donné que la majorité provient de régions arabo-francophones telles que le Maghreb et le Liban (Ibid.). Bien qu'une large majorité d'Arabo-Québécois est de confession musulmane, il existe une minorité non-négligeable chrétiens et de juifs séfarades (Institut du monde arabe, 2019).

BIOMÉDECINE ET VACCINATION DANS LE MONDE ARABE

Le monde arabe a, surtout depuis l'avènement de l'Islam au VIIe siècle, accordé une place centrale à la médecine savante comme populaire; les œuvres de médecins de renom comme par exemple al Razi (Rhazès : IXe-Xe siècle) ou Ibn Sina (Avicennes : Xe-XIe siècle) ont été enseignées jusqu'au XIXe siècle dans les plus grandes universités européennes (Jacquard et Michaud, 1990; Mekki-Berrada, 2013), avant d'être remplacées lors de l'avènement de la biomédecine et de la microbiologie.



Les pays de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient ont vu des progrès considérables dans le développement de leurs systèmes de santé et dans l'état de santé des populations dans les dernières décennies; l'espérance de vie augmente et la mortalité maternelle et infantile diminue rapidement (Nations Unies, 2019). Cependant, ces pays continuent de faire face à des enjeux politiques, sociaux et économiques qui mettent à rude épreuve les systèmes de santé et menacent l'accès aux soins (SHOPS Plus, 2019). Précisément, en 2010-2011, les taux élevés de chômage et de pauvreté ainsi que des répressions politiques ont provoqué le début d'une vague importante de contestations et de révoltes nommée Printemps arabe. Celle-ci a entraîné de violents conflits dans certains pays tels que l'Irak, la Libye, la Syrie et le Yémen, qui ont mené à de nouveaux problèmes et qui ont freiné la progression du système de santé (SHOPS Plus, 2019). Devant ce contexte, la pandémie de la COVID-19 est dès lors un test critique pour ces pays déchirés par la guerre et de ceux où l'économie est en redéveloppement, comme le Liban, paralysé entre autres par l'impact de l'explosion dans le port principal de Beyrouth en août 2020. Selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), la pandémie est également témoin d'importants problèmes structurels sous-jacents. La préoccupante pénurie de lits d'hôpitaux et l'absence de capacités de dépistage lors de la première vague, entre autres, ont fortement impacté la confiance de la population en ce qui a trait à la gestion de la crise sanitaire et la crédibilité des dirigeants (OCDE, 2020). Toutefois, les stratégies rapides et strictes du système de santé dans d'autres pays, comme le Maroc, où la production de masques et de tests domestiques fut accélérée, se sont avérées efficaces pour limiter la propagation du virus (Ibid.). De nombreuses administrations dans des pays comme la Tunisie et l'Arabie Saoudite ont éventuellement démontré une forte capacité à se mobiliser et à mettre en œuvre des mesures de prévention, tout en préparant des plans de relance économique pour soutenir les ménages et les entreprises (Ibid.).

Le recours à la vaccination s'est déployé dans le cadre de la colonisation française dans plusieurs pays du monde arabe, en particulier à partir de la mise en place d'Instituts Pasteur dès la toute fin du 19e siècle et de l'organisation de campagnes massives de vaccination contre la variole, la diphtérie et la tuberculose avant la polio et la rougeole (Bouazzaoui, 2006). De nos jours, la vaccination y est généralement acceptée, avec des campagnes contre la COVID-19 qui battent d'ailleurs leur plein à travers le Maghreb (TV5 Monde, 2021). Il y a cependant une demande accrue d'informations de la part des personnes de confession musulmane durant des périodes hautement sacrées, comme le mois de jeûne collectif du Ramadan, quant à l'impact des vaccins sur le jeûne et l'exercice de sa foi (Canadian Muslim Covid-19 Task Force, 2021). Il y a aussi bien eu des résistances initiales de la part de quelques rigoristes musulmans au Maghreb (Dahmani, 2020) comme au Québec, ainsi que des tentatives de faire préférer des recettes ethnobotaniques traditionnelles (Clément, 2020). L'urgence de la vaccination s'est malgré tout rapidement imposée auprès des populations qui ont choisi de faire confiance à l'État (Mekki-Berrada, 2021). Toutefois dans certains pays tels l'Algérie, le Liban ou l'Irak, la difficulté à déployer la vaccination a attisé les oppositions politiques, attisées à l'occasion par des mesures contraignantes imposées sans égard pour les conditions socioéconomiques des populations (Sly 2020).

RACISME, SOINS ET SANTÉ AU QUÉBEC

Les relations entre les communautés arabes et musulmanes et les autres communautés (majoritaires et minoritaires) au Québec ont été durement éprouvées dans les deux dernières décennies. Pour ces communautés, les tensions résultent entre autres des préjugés à leur égard liés à ce qui est désigné par la « guerre au terrorisme », à des questionnements identitaires québécois ainsi qu'à des débats relatifs à la gestion de la diversité qui ont entraîné des prises de position hostiles face aux demandes en provenance des groupes religieux minoritaires (Commission des droits de la personne et de droits de la jeunesse du Québec, 2019; Létourneau-Desjardins, 2020). Les minorités visibles et religieuses les plus ciblées par les crimes haineux en 2017 étaient d'ailleurs de loin les personnes s'identifiant comme musulmans et/ou arabes (Commission des droits de la personne et de droits de la jeunesse du Québec, 2019). En 2020, les personnes s'identifiant avec les communautés arabes rapportent les pires indicateurs de santé mentale dans le contexte de la discrimination liée à la pandémie de la COVID-19 au Québec (Miconi et coll., 2020).

Les communautés arabes ne sont pas non plus à l'abri de diverses autres formes de discrimination directe, indirecte ou systémique, incluant du profilage racial qui entraîne des traitements différentiels auprès de la police (Schué, 2020). De plus, si 60% des membres des communautés arabes au Québec détiennent un diplôme d'études collégiales ou universitaires (Statistique Canada, 2016), ces derniers rencontrent des difficultés liées à l'emploi, telles que la non-éligibilité de certains diplômes internationaux et de la discrimination à l'embauche (Beauregard et coll., 2019, p. 35). Alors que le taux moyen de chômage chez les 15 ans et plus est de 8.9 % au Québec, ce taux s'élève à 12.5 % chez les citoyennes et citoyens se définissant comme Arabes (Statistique Canada, 2016). Devant ces conditions, ces communautés se sont vues plus touchées par la pandémie et ses méfaits. Concrètement, plusieurs des personnes issues de ces communautés ont rencontré des barrières pour accéder aux services de soins ou ont vécu des situations de discrimination qui ont accentué leurs chances d'être atteints par la COVID-19 (Direction régionale de santé publique de Montréal, 2020).

COVID-19 ET INFOX DANS LE MONDE ARABE

En ce qui concerne l'infox, les pays arabes, tout comme le reste du monde, ne sont pas à l'abri des informations sans fondement relatives à la pandémie et à la vaccination qui sont répandues sur les réseaux sociaux. Au Maghreb, des Fake News, particulièrement liées au vaccin Astra Zeneca, ont affecté la campagne de vaccination (Dari, 2021). Devant cet enjeu, les autorités marocaines, algériennes et tunisiennes ont fait le choix de la fermeté contre ces fausses informations liées à la pandémie allant jusqu'à recourir à des lois jugées, par certains, liberticides pour punir leurs promoteurs (Dahmani, 2020). Des moyens de lutter contre la désinformation ont aussi été mis en place auprès des réfugiés du Liban et de Jordanie (UNHCR, 2021) et les autorités libanaises ont lancé des mesures visant à contrer les fausses nouvelles en créant une page de vérification des informations au sein du site de l'Agence nationale de l'information (Libanews, 2020).



UN DOCUMENT EN CONSTANTE ÉVOLUTION

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

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

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

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

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



RÉFÉRENCES

HÉSITATION VACCINALE

- Ansons, T., Strong, C., Bennett, L., & Chandler, H. (2020). Vaccine Hesitancy: Understanding Belief Formation. Ipsos. <https://www.ipsos.com/en/vaccine-hesitancy-understanding-belief-formation>
- Baillargeon, S. (2020). Chute de la confiance envers la gestion de la crise. *Le Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2020/09/17/chute-de-la-confiance-envers-la-gestion-de-la-crise>
- Boulanger, M., Tousignant, J. (2020). La pandémie sur le web : des conspirations contagieuses. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/info/2020/10/pandemie-decrypteurs-courriels-complot-covid-19-coronavirus-fausses-nouvelles/>
- Bliss, M. (1993). *Montréal au temps du grand fléau : l'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal : Éditions Libre Expression.
- Carrieri, V., Madio, L., & Principe, F. (2019). Vaccine hesitancy and (fake) news: Quasi-experimental evidence from Italy. *Health economics*, 28(11), 1377-1382. <https://doi.org/10.1002/hec.3937>
- Comité d'éthique de santé publique (2021). Avis sur la vaccination obligatoire des travailleurs de la santé contre la COVID-19. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3091-avis-vaccination-obligatoire-travailleurs-sante-covid19.pdf>
- Conis, E. (2017). Vaccines, Pesticides, and Narratives of Exposure and Evidence. *University of Toronto Press*, 34(2), 297-326.
- De Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study. *The Lancet*, 396(10255), 898-908. doi:10.1016/s0140-6736(20)31558-0
- Drew, L. (2019). The case for mandatory vaccination. *Nature*, 575(7784). doi:10.1038/d41586-019-03642-w
- Dubé, E. (2021). The Infodemic: Impact on Pandemic Response and COVID-19 Vaccine Acceptance [Présentation]. *CanCOVID Speaker Series*.
- Dubé, E., Gagnon, D., Ouakki, M., Bettinger, J. A., Guay, M., Halperin, ... MacDougall, H. (2016). Understanding Vaccine Hesitancy in Canada: Results of a Consultation Study by the Canadian Immunization Research Network. *PLOS ONE*, 11(6), e0156118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156118>
- Farley, M., Keating, P., & Keel, O. (1987). *Société et Médecine au Québec: Perspectives socio-historiques*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- Gamache, V. (2021). De plus en plus de Québécois disent oui au vaccin contre la COVID-19. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1772947/covid-19-etude-adhesion-vaccination-population-quebecoise>

- Institut de la Confiance dans les Organisations (2020a). Les valeurs des Québécois en baisse et un mouvement de défiance prend forme entre les deux vagues. <https://institutdelaconfiance.org/les-valeurs-des-quebecois-en-baisse-et-un-mouvement-de-defiance-prend-forme-entre-les-deux-vagues/>
- Institut de la Confiance dans les Organisations (2020b). Indice de confiance sociétale (ICS) au Québec - Recherche de la vérité, peur et choix pour les Québécois. Cision. <https://www.newswire.ca/news-releases/indice-de-confiance-societale-ics-au-quebec-recherche-de-la-verite-peur-et-choix-pour-les-quebecois-800948492.html>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Lachaussée, C. (2020). La bataille des vaccins : une histoire de la vaccination au Québec. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/sujet/ca-date-pas-dhier/actualite/document/nouvelles/article/1705325/vaccination-epidemies-variole-histoire-quebec>
- Macdonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Monnais, L. (2019). *Vaccinations : le mythe du refus*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- O'Doherty, K., Smith, C., & McMurtry, C. M. (2019). Hésitation face à la vaccination : Considérations éthiques vues de multiples perspectives. *La santé publique à une ère marquée par le doute : Origines religieuses et culturelles de l'hésitation des Canadiens face à la vaccination*, 51-72. doi:10.17118/11143/16025
- Organisation Mondiale de la Santé (2020). Gestion de l'infodémie sur la COVID-19 : Promouvoir des comportements sains et atténuer les effets néfastes de la diffusion d'informations fausses et trompeuses. <https://www.who.int/fr/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>
- Organisation Mondiale de la Santé (2019). Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année. <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Schellenberg, G., & Fonberg, J. (2020). Confiance des participants à l'initiative d'approche participative envers les gouvernements, les autorités de la santé publique, les entreprises et les autres pendant la pandémie de COVID-19. *Statistique Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200626/dq200626b-fra.htm>.
- Smith, R., Cubbon, S. & Wardle, C. (2020). Under the surface: Covid-19 vaccine narratives, misinformation & data deficits on social media. *First Draft*. <https://firstdraftnews.org/long-form-article/under-the-surface-covid-19-vaccine-narratives-misinformation-and-data-deficits-on-social-media/>
- van Mulukom, V., Pummerer, L., Alper, S., Bai, H., Cavojoja, V., Farias, J. E. M., ... Zezelj, I. (2020). A dual-inheritance model of COVID-19 conspiracy beliefs: a systematic review.
- Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C., & Wilson, K. (2018). Barriers to immunization among newcomers: a systematic review. *Vaccine*, 36(8), 1055–1062.

COMMUNAUTÉS NOIRES

- Bajaj, S. S., & Stanford, F. C. (2021). Beyond Tuskegee—Vaccine Distrust and Everyday Racism. *New England Journal of Medicine*, e11.
- Bernard, L. (2004). Discrimination systémique des jeunes Haïtiens au sein du système québécois de protection de la jeunesse. Communication présentée au 4 e colloque de l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal.
- Brodwin, P. (1996). *Medicine and morality in Haiti: The contest for healing power* (Vol. 3). Cambridge: Cambridge University Press.
- Charbonneau, J., & Tran, N. Y.-L. (2015). The paradoxical situation of blood donation in the Haitian-Quebec community. *Canadian Ethnic Studies*, 47(2), 67–92.
- Cole, C. (2016). Crisis of Distrust: Deconstructing Resistance to Global Vaccination Campaigns in India, Cameroon and Nigeria. *Volume XII Issue II Summer 2016*, 48, 48.
- Coreil, J., Augustin, A., Holt, E., & Halsey, N. A. (1989). Use of ethnographic research for instrument development in a case-control study of immunization use in Haiti. *International Journal of Epidemiology*, 18(Supplement_2), S33-S37.
- Feldman-Savelsberg, P., Ndonko, F. T., & Schmidt-Ehry, B. (2000). Sterilizing vaccines or the politics of the womb: retrospective study of a rumor in Cameroon. *Medical anthropology quarterly*, 14(2), 159-179.
- Ferdinand, K. C., Nedunchezian, S., & Reddy, T. K. (2020). The COVID-19 and Influenza “Twindemic”: barriers to Influenza vaccination and potential acceptance of SARS-CoV2 vaccination in African Americans. *Journal of the National Medical Association*, 112(6), 681-687.
- Gay-Padoan, L. (2020). Coronavirus et “tests de vaccins en Afrique” : polémique après une séquence à la TV française. <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-et-tests-de-vaccins-en-afrique-polemique-apres-une-sequence-la-tv-francaise>.
- Gichane, M. W., Calo, W. A., McCarthy, S. H., Walmer, K. A., Boggan, J. C., & Brewer, N. T. (2017). Human papillomavirus awareness in Haiti: Preparing for a national HPV vaccination program. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(1), 96-101.
- Leach, M., & Fairhead, J. (2007). *Vaccine anxieties: Global science, child health and society*. London, England: Earthscan.
- Lowes, S., & Montero, E. (2021). The legacy of colonial medicine in central africa. *American Economic Review*, 111(4), 1284-1314.
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (2018). Portraits statistiques des groupes ethnoculturels : Recensement de 2016. <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno/recensement-2016.html>
- Nerestant, A. (2021). Montréal-Nord still reeling from COVID-19 and community groups say residents feel abandoned. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-nord-covid-19-1.5891575>

- Joseph, N. P., Clark, J. A., Bauchner, H., Walsh, J. P., Mercilus, G., Figaro, J., ... & Perkins, R. B. (2012). Knowledge, attitudes, and beliefs regarding HPV vaccination: ethnic and cultural differences between African-American and Haitian immigrant women. *Women's Health Issues, 22*(6), e571–e579.
- Joseph, N. P., Clark, J. A., Mercilus, G., Wilbur, M., Figaro, J., & Perkins, R. (2014). Racial and ethnic differences in HPV knowledge, attitudes, and vaccination rates among low-income African-American, Haitian, Latina, and Caucasian young adult women. *Journal of pediatric and adolescent gynecology, 27*(2), 83–92.
- Khan, M. S., Ali, S. A. M., Adelaine, A., & Karan, A. (2021). Rethinking vaccine hesitancy among minority groups. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00938-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00938-7)
- Lachenal, G. (2014). *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris : La Découverte.
- Potvin, M. (2004). Racisme et discrimination au Québec: réflexion critique et prospective sur la recherche, dans, Renaud, J., Germain, A., et Leloup, X. (dirs.). *Racisme et discrimination: permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*. Québec: Presses de l'Université Laval, 172–196.
- Potvin, M. (2007) Blackness, haïtianité et québécoisité : modalités de participation et d'appartenance chez la deuxième génération d'origine haïtienne au Québec. Dans Potvin, M., Ei, P. et Venel, N.. *La deuxième génération issue de l'immigration : une comparaison France-Québec*. Montréal : Athéna, 137–170.
- Quinn, S. C., Jamison, A., Freimuth, V. S., An, J., Hancock, G. R., & Musa, D. (2017). Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: Results of a national survey of White and African American adults. *Vaccine, 35*(8), 1167–1174.
- Rainey, J. J., Lacapère, F., Danovaro-Holliday, M. C., Mung, K., Magloire, R., Kananda, G., ... & Luman, E. T. (2012). Vaccination coverage in Haiti: results from the 2009 national survey. *Vaccine, 30*(9), 1746–1751.
- Ramraj, C., Shahidi, F. V., Darity Jr, W., Kawachi, I., Zuberi, D., & Siddiqi, A. (2016). Equally inequitable? A cross-national comparative study of racial health inequalities in the United States and Canada. *Social Science & Medicine, 161*, 19–26.
- Story, C. R. (2018). Commentary: Sources of medical (mis) trust: How can we improve flu vaccine rates among African Americans?. *American Journal of Health Studies, 33*(4).
- Subedi, R., Greenberg L., & Turcotte, M. (2020) Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 dans les quartiers ethnoculturels du Canada. *Statistiques Canada*.
- Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). Black-white health inequalities in Canada. *Journal of immigrant and minority health, 18*(1), 51–57.
- Wiysonge, C. S., Uthman, O. A., Ndumbe, P. M., & Hussey, G. D. (2012). Individual and contextual factors associated with low childhood immunisation coverage in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis. *PloS one, 7*(5), e37905.
- Yahya, M. (2007). Polio vaccines “no thank you!” barriers to polio eradication in Northern Nigeria. *African Affairs, 106*(423), 185–204.

COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

- Aguiar, W., Halseth, R. (2015). Promouvoir la guérison des adultes et des familles autochtones dans le cadre d'un modèle de collège communautaire. Prince George : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- Atikamekw Nehirowisiw (2020). Principe de Joyce. https://www.atikamekwsipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf
- Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural psychiatry*, 51(3), 320-338. doi:10.1177/1363461513503380
- Burnett, K., Sanders, C., Halperin, D., & Halperin, S. (2020). Indigenous Peoples, settler colonialism, and access to health care in rural and northern Ontario. *Health & Place*, 66(102445), 102445.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2019). L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. <https://www.ccsna.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
- Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics (2019). Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
- Denny, E. (2020). The Fatality of Bias. *Global Policy Review*. <https://www.theiwi.org/gpr-reports/indigenous-women-and-the-canadian-healthcare-system>
- Environics Institute (2011). Urban aboriginal peoples study. https://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/03/UAPS-Main-Report_Dec.pdf
- Gacon, A. (2019). Le casse-tête des Inuit de Montréal pour se faire soigner dans leur langue. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1331710/inuit-difficultes-inuktitut-traduction-interprete-services-sante-hopital-chum>
- Gouvernement du Canada (2021a). Cas confirmés de COVID-19. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1598625105013/1598625167707>
- Gouvernement du Canada (2021b). Les peuples autochtones et les vaccins contre la COVID-19. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1606941379837/1606941507767>
- Landry, M. (2020). La santé des populations autochtones à Montréal. Direction régionale de la santé publique de Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/2020_Portrait-Populations-Autochtones.pdf
- Lasalle, G. (2020). Racisme systémique envers les Autochtones dans le système de santé de la C.-B.. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1753406/cb-autochtones-racisme-sante-hopitaux-joyce-echaquan>



- Mosby, I. (2013). Administering Colonial Science: Nutrition Research and Human Biomedical Experimentation in Aboriginal Communities and Residential Schools, 1942–1952. *Histoire sociale/Social history*, 46(1), 145-172. <https://www.muse.jhu.edu/article/512043>.
- Mosby, I., Swidrovich, J. (2021). Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada. *CMAJ*. DOI: 10.1503/cmaj.210112
- Oosterveer, T.M., & Young, T.K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada's North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74, 29576.
- Sande, A. V., Beauvolsk, M., Larose-Hébert, K., Renault, G., Pain, I. L., & Lebel, A. (2018). *Le travail social: Théories et pratiques*. Montréal : Chenelière éducation.
- Sioui, M., Boutros, M. (2021). Québec n'entend pas adopter le principe de Joyce. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/595429/politique-quebecoise-quebec-n-entend-pas-adopter-le-principe-de-joyce>
- Smith, D. G., Parrott, Z., Filice, M. (2018). Religion et spiritualité des Autochtones au Canada. *Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/religion-des-autochtones>
- Statistiques Canada. (2013). National Household Survey (NHS) 2011: Aboriginal peoples and language. Catalogue no. 99-011-X2011003. https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011003_1-eng.pdf
- Turner, N. J. (2019). Médecine traditionnelle des Premières Nations au Canada. *Encyclopédie Canadienne*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/medecine-traditionnelle-autochtone>
- Turpel-Lafond, M. E. (2020). In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>.
- Women's College Hospital (2020a). MAAD'OOKIING MSHKIKI, Sharing Medicine. <https://www.womenscollegehospital.ca/research,-education-and-innovation/maadookiing-mshkiki%E2%80%94sharing-medicine>
- Women's College Hospital (2020b). Indigenous Wellbeing in the Times of COVID-19: Four Directions Virtual Support Hub. <https://www.womenscollegehospital.ca/research,-education-and-innovation/indigenous-wellbeing-in-the-times-of-covid-19>

COMMUNAUTÉS EST ET SUD-EST ASIATIQUES

- BBlanc, M. È., & Monnais, L. (2007). Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal. *Revue européenne des migrations internationales*, 23(3), 151-176.
- Chang, K., & Lee, S. Y. (2019). Why do some Korean parents hesitate to vaccinate their children?. *Epidemiology and health*, 41.



- De Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study. *The Lancet*, 396(10255), 898–908. doi:10.1016/s0140-6736(20)31558-0
- Guillou, A. (2009), Cambodge. Soigner dans les fracas de l'histoire, Paris: Les Indes Savantes
- Hu, D., Martin, C., Dredze, M., & Broniatowski, D. A. (2020). Chinese social media suggest decreased vaccine acceptance in China: An observational study on Weibo following the 2018 Changchun Changsheng vaccine incident. *Vaccine*, 38(13), 2764–2770.
- Jorgensen, C., Chen, S., Carnes, C. A., Block, J., Chen, D., Caballero, J., . . . Cohen, C. (2016). “Know Hepatitis B:” A Multilingual Communications Campaign Promoting Testing for Hepatitis B Among Asian Americans and Pacific Islanders. *Public Health Reports*, 131(2_suppl), 35–40. doi:10.1177/00333549161310s206
- Kowal, S. (2014), Risk Communication and Vaccination Decision-Making by Recent Immigrant Mothers. Master Thesis of sciences in Global Health, University of Alberta https://era.library.ualberta.ca/items/7d7f1514-b345-4f58-a291-2f405d2b5d3a/view/4d72f26b-725b-48a0-a6bb-78d60cb5e474/Kowal_Stephanie_P_201406_MSc_Risk-20Communication-20and-20Vaccination-20Decision-20Making-20by-20Immigrant-20Mothers.pdf
- Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526–535. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60678-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60678-8)
- Larson, H. J., de Figueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., Cook, A. R., & Jones, N. S. (2016). The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*, 12, 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2016.08.042>
- Lin, Y., Hu, Z., Zhao, Q., Alias, H., Danaee, M., & Wong, L. P. (2020). Understanding COVID-19 vaccine demand and hesitancy: A nationwide online survey in China. *PLoS neglected tropical diseases*, 14(12), e0008961.
- Migriño Jr, J., Gayados, B., Birol, K. R. J., De Jesus, L., Lopez, C. W., Mercado, W. C., ... & Tulagan, G. (2020). Factors affecting vaccine hesitancy among families with children 2 years old and younger in two urban communities in Manila, Philippines. *Western Pacific Surveillance and Response Journal: WPSAR*, 11(2), 20.
- Pâquet, M. (2020) Le cas des Chinois. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/le-devoir-de-philosophie/578144/le-cas-des-chinois>
- Salguero, P. (2020). How to Buddhists handle Coronavirus? The answer is not just meditation. *The Conversation*. <https://theconversation.com/how-do-buddhists-handle-coronavirus-the-answer-is-not-just-meditation-137966>
- Truman, T., Higham, R., Chernenko, A., Ahmmad, Z., Pye, M., Sin, K., ... & Kamimura, A. (2020). Beliefs and experiences about immunization among refugees resettled in the United States from the Thailand-Myanmar (Burma) border. *International Journal of Health Promotion and Education*, 1-10.

- Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C., & Wilson, K. (2018). Barriers to immunization among newcomers: a systematic review. *Vaccine*, 36(8), 1055-1062.
- Wong, L.P., Wong, P.F. & AbuBakar, S. (2020). Vaccine hesitancy and the resurgence of vaccine preventable diseases: the way forward for Malaysia, a Southeast Asian country. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16 (7): 1511-20.
- Xeuatvongsa, A., Hachiya, M., Miyano, S., Mizoue, T., & Kitamura, T. (2017). Determination of factors affecting the vaccination status of children aged 12–35 months in Lao People’s Democratic Republic. *Heliyon*, 3(3), e00265.
- Yang, H. (2020). South Korean authorities stick to flu vaccine plan after deaths rise to 48. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea-flushot-idINKBN2790G8>
- Yufika, A., Wagner, A. L., Nawawi, Y., Wahyuniati, N., Anwar, S., Yusri, F., ... & Harapan, H. (2020). Parents’ hesitancy towards vaccination in Indonesia: a cross-sectional study in Indonesia. *Vaccine*, 38(11), 2592-2599.

COMMUNAUTÉS LATINO-AMÉRICAINES

- Clouser, R. (2018) Reality and rumour: the grey areas of international development in Guatemala, *Third World Quarterly*, 39:4, 769-785.
- Comision presidencial para el esclarecimiento de los experimentos practicados con humanos en guatemala. (2011). Consentir el Daño : Experimentos Médicos de Estados Unidos en Guatemala, 1946-1948, Guatemala. <https://redlatinoamericanadesitiosdememoria.files.wordpress.com/2015/10/informe-vicepresidencia-consentir-el-dac3b1o.pdf>
- COVID Collaborative (2020). Coronavirus Vaccine Hesitancy in Black and Latinx Communities. <https://www.covidcollaborative.us/content/vaccine-treatments/coronavirus-vaccine-hesitancy-in-black-and-latinx-communities>
- de León-Martínez, L. D., Palacios-Ramírez, A., Rodríguez-Aguilar, M., & Flores-Ramírez, R. (2020). Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Science of The Total Environment*, 733, 139357.
- Gouvernement du Québec (2016). Portrait statistique des groupes ethnoculturels, recensement de 2016, <http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/fr/diversite-ethnoculturelle/stats-groupes-ethno/recensement-2016.html>
- Guidry, J. P., Laestadius, L. I., Vraga, E. K., Miller, C. A., Perrin, P. B., Burton, C. W., ... & Carlyle, K. E. (2021). Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. *American journal of infection control*, 49(2), 137-142.
- Guzman-Holst, A., DeAntonio, R., Prado-Cohrs, D., & Juliao, P. (2020). Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*, 38(3), 470-481.



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

COMMUNAUTÉS ARABES

- Beauregard, J.-P., Arteau, G., Drolet-Brassard, R. (2019). Testing à l'embauche des Québécoises et Québécois d'origine maghrébine à Québec. *Recherches sociographiques*, 60(1), 35-61.
- Canadian Muslim Covid-19 Task Force (2021). Observing Ramadan safely during the COVID-19 pandemic. Canadian Council of Imams and Muslim Medical Association of Canada.
- Clément, J-F. (2020). Les plantes médicinales et la pandémie de sras-covid 2 au Maroc. Société française d'ethnopharmacologie. <http://www.ethnopharmacologia.org/covid-19/informations-grand-public/les-plantes-medicinales-et-la-pandemie-de-sras-covid-2-au-maroc/>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (2019). Les actes haineux à caractère xénophobe, notamment islamophobe : résultats d'une recherche menée à travers le Québec. https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/etude_actes_haineux.pdf
- Dahmani, F. (2020). De Tunis à Rabat, le double combat contre le coronavirus et les « fake news ». *Jeune afrique*. <https://www.jeuneafrique.com/923709/politique/de-tunis-a-rabat-le-double-combat-contre-le-coronavirus-et-les-fake-news/>
- Dari, H. (2021) Vrai ou Fake sur la Covid-19 au Maroc, lundi 1er février. Challenge <https://www.challenge.ma/vrai-ou-fake-sur-la-covid-19-au-maroc-lundi-1er-fevrier-173899/>
- Direction régionale de santé publique de Montréal (2020). Inégaux face à la pandémie : populations racisées et la COVID-19. <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/point-sante/populations-racisees/Populations-Racisees-Covid-19.pdf>
- Institut du monde arabe (2016). L'islam, religion des arabes? <https://www.imarabe.org/fr/decouvrir-le-monde-arabe/religion>
- Jacquart, D., Micheau F. (1990). *La médecine arabe et l'Occident médiéval*. Paris, Maisonneuve et Larose.

- Létourneau-Desjardins, V. (2020). La question nationale et l'islamophobie dans les débats sur la laïcité: le cas des mémoires pour les projets de loi 60, 62 et 21. [Mémoire, Université du Québec à Montréal].
- Libanews (2020). Le Liban s'arme face aux Fake News. <https://libanews.com/le-liban-sarme-face-aux-fake-news/>
- Mekki-Berrada, A. (2013). Le concept organisateur de Baraka. Les Presses de l'Université Laval.
- Miconi, D., Li, Z., Frounfelker, R., Santavicca, T., Cénat, J.M., Venkatesh, V., Rousseau, C. (2021). Ethno-cultural disparities in mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study on the impact of exposure to the virus and COVID-related discrimination and stigma on mental health across ethno-cultural groups in Quebec (Canada). *BJPsych Open*, 7, e14, 1-10. doi:10.1192/bjo.2020.146
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (2016). Portrait statistique : Population d'origine ethnique arabe au Québec. http://www.quebecinterculturel.gouv.qc.ca/publications/fr/diversite-ethnoculturelle/2016/STA_Arabe_Portrait2016.pdf
- Nations Unies (2019). World Population Prospects 2019.
- OECD (2020). COVID-19 crisis response in MENA countries. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-crisis-response-in-mena-countries-4b366396/>
- Schué, R. (2020). Les Noirs, les Autochtones et les Arabes fortement discriminés par le SPVM. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1334763/montreal-police-spvm-profilage-discrimination-rapport>
- SHOPS Plus (2018). Health Trends in the Middle East and North Africa: A Regional Overview of Health Financing and the Private Health Sector. Abt Associates Inc. <https://www.shopsplusproject.org/sites/default/files/resources/Health%20Trends%20in%20the%20Middle%20East%20and%20North%20Africa.pdf>
- Sly, L. (2020). Stirrings of unrest around the world could portend turmoil as economies collapse. The Washington Post. https://www.washingtonpost.com/world/coronavirus-protests-lebanon-india-iraq/2020/04/19/1581dde4-7e5f-11ea-84c2-0792d8591911_story.html
- Statistique Canada (2020). Emploi et taux de chômage, données annuelles.
- TV5 Monde (2021). Coronavirus en Afrique : quels pays vaccinent ? <https://information.tv5monde.com/afrique/coronavirus-en-afrique-quels-pays-vaccinent-393984>
- UNHCR (2021). En Jordanie et au Liban, des volontaires réfugiés luttent contre la désinformation sur les vaccins. <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2021/4/608abf09a/jordanie-liban-volontaires-refugies-luttent-contre-desinformation-vaccins.html>
- Ville de Montréal (2017). Montréal en statistiques : immigration. http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67885704&_dad=portal&_schema=PORTAL