



## La réticence à la vaccination en cabinet : que puis-je faire?

### QUESTION CLINIQUE

**Quelles interventions en soins primaires en cabinet peuvent aider à réduire la réticence à la vaccination?**

### CONCLUSION

**Les cliniciens devraient explicitement recommander la vaccination et axer la discussion sur les bienfaits personnels de prévenir les maladies plutôt que corriger les informations erronées ou discuter des bienfaits sociaux. Les interventions ont plus de chances d'être efficaces chez les personnes ayant une attitude neutre vis-à-vis de la vaccination que chez celles qui s'y opposent.**

### DONNÉES PROBANTES

- Accent sur les ECR portant sur des interventions réalisables en soins primaires.
- 315 participants, en ligne, randomisés pour recevoir des informations sur le risque de contracter des maladies (rougeole, oreillons et rubéole [ROR]), pour recevoir des informations corrigeant le lien entre le vaccin et l'autisme, ou pour faire partie du groupe témoin; score de 4,84 au départ sur l'échelle de l'attitude à l'égard de la vaccination (échelle de six points; plus le score est élevé, plus la personne est susceptible de se faire vacciner)<sup>1</sup> :
  - Amélioration du score sur l'échelle de l'attitude à l'égard de la vaccination :
    - Risque de contracter des maladies : 0,25, différence sur le plan statistique;
    - Risque d'autisme : 0,08, aucune différence sur le plan statistique.

- Groupe témoin : 0,05.
  - Une nouvelle analyse<sup>2</sup> montre que le changement le plus important s'est produit chez les participants dont le score au départ sur l'échelle de l'attitude à l'égard de la vaccination était « neutre ».
- 1 759 participants, en ligne, randomisés pour recevoir l'un de quatre messages favorables à la vaccination : correction des informations erronées (c.-à-d. le risque d'autisme), informations sur la ROR, images visuelles de la ROR, histoire d'un enfant malade, groupe témoin<sup>3</sup> :
  - Aucune intervention n'a amélioré l'intention de vaccination.
    - Chez les personnes ayant les attitudes les moins favorables à la vaccination, la correction des informations erronées a fait baisser l'intention de vaccination de 70 % (groupe témoin) à 45 %.
- 802 participants, en ligne, randomisés pour recevoir un énoncé et des informations sur le vaccin contre la ROR (groupe témoin), un énoncé et des informations sur les bienfaits pour l'enfant, un énoncé et des informations sur les bienfaits pour la société, ou les trois<sup>4</sup> :
  - Probabilité de faire vacciner l'enfant contre la ROR (sur une échelle de 100 points) : 86,3 (groupe témoin), 91,6 (bienfaits pour l'enfant), 86,4 (bienfaits pour la société), 90,8 (bienfaits pour l'enfant et la société).
    - Seuls les résultats des énoncés sur les bienfaits pour l'enfant sont statistiquement différents de ceux du groupe témoin.

## LIMITES

- Les études ont examiné des mesures de substitution (p. ex. l'intention de vaccination) plutôt que la prise du vaccin.
- Aucune étude n'a été réalisée dans un cabinet de soins primaires auprès d'un fournisseur de soins de santé de confiance.
- Aucun ECR n'a porté sur les vaccins contre la COVID-19.

## CONTEXTE

- La réticence à la vaccination se présente comme un spectre, non pas un schéma binaire « pour ou contre »<sup>5</sup>.
- Les « fortes » recommandations du médecin sont associées à une plus grande probabilité de se faire vacciner<sup>6-8</sup>.
- La discussion sur la vaccination commence idéalement pendant la grossesse et se poursuit pendant la période néonatale<sup>9-11</sup>.
- Il est recommandé d'adopter une approche présomptive (p. ex. : « C'est aujourd'hui que Jeanne doit recevoir ses vaccins. ») plutôt qu'une approche participative (p. ex. : « Allons-nous vacciner Jeanne aujourd'hui? »)<sup>7,12</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Horne Z, Powell D, Hummel JE, Holyoak KJ. Proc Natl Acad Sci. 2015;112(3):10321-4.
2. Betsch C, Korn L, Holtmann C. Proc Natl Acad Sci. 2015;112(49):E6725-6.
3. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Pediatrics. 2014;133(4):e835-42.
4. Hendrix KS, Finnell SME, Zimet GD, et al. Pediatrics.

## AUTEURES

**Jennifer Potter, M.D., CCMF, et Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, Pharm. D.**

*Les auteures n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

- 2014;134:e675-83.
5. Leask J, Kinnersley P, Jackson C, *et al*. BMC Pediatrics. 2012;12:154.
  6. Shen S, Dubey V. Can Fam Physician. 2019 Mar;65:175-81.
  7. Dempsey AF, Pyrzanowski J, Campagna EJ, *et al*. Vaccine. 2019;37(10):1307-12.
  8. Dempsey AF, Pyrzanowski J, Lockhart S, *et al*. Hum Vac Immunother. 2016;12(6):1469-75.
  9. Saitoh A, Saitoh A, Sato I, *et al*. Vaccine. 2017;35(12):1645-51.
  10. Glanz J, Wagner NM, Narwaney KJ, *et al*. Acad Pediatr. 2013;13(5):481-8.
  11. Hu Y, Chen Y, Wang Y, *et al*. Hum Vacc Immunother. 2017;13(6):1477-84.
  12. Opel DJ, Heritage J, Taylor JA, *et al*. Pediatrics. 2013;132(6):1037-46.