

Communication du risque pendant les urgences sanitaires

Directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la
communication sur les risques en situation d'urgence



Communication du risque pendant les urgences sanitaires

Directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la
communication sur les risques en situation d'urgence

Communication du risque pendant les urgences sanitaires: directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]

ISBN 978-92-4-255020-7

© **Organisation mondiale de la Santé 2018**

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Communication du risque pendant les urgences sanitaires: directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photo Credits: WHO/D. Spitz, WHO/A. Bhatiasevi, WHO/E. Soteris Jalil, WHO/C. Black, WHO/G. Moreira, WHO/A. Esiebo, WHO/W. Romeril, WHO/H. Ruiz, WHO/V. Houssiere, WHO/I. Vrabie, WHO/U. Zhao, WHO/AMRO, WHO/N. Alexander,

Imprimé en Suisse

Sommaire

Remerciements	v
Liste des acronymes	vii
Résumé	ix
1. Introduction et contexte	1
2. Pourquoi élaborer ces lignes directrices ?	2
3. Objectifs et portée des lignes directrices	3
4. À qui s'adressent ces lignes directrices ?	3
5. Lignes directrices existantes	4
6. Principes d'élaboration des lignes directrices (méthodologie)	4
6.1 Données factuelles utilisées pour l'élaboration de recommandations	6
6.2 Type de recommandations	6
7. Recommandations	10
A Renforcer la confiance et mobiliser les populations touchées	10
A.1. Confiance	11
A.2. Communication sur les incertitudes	13
A.3. Participation communautaire	14
B Intégrer la CRU dans les systèmes de riposte sanitaire et d'urgence	16
B.1. Gouvernance et leadership	17
B.2. Systèmes d'information et coordination	18
B.3. Renforcement des capacités	20
B.4. Financement	23
C Pratique de la CRU	24
C.1. Planification stratégique de la communication	25
C.2. Outils de suivi et d'évaluation	27
C.3. Réseaux sociaux	28
C.4. Communication de messages	29
7.1. Priorités et lacunes de la recherche	32
7.2. Composition des groupes chargés d'élaborer des lignes directrices	34
7.3. Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices	34
8. Plans pour la diffusion et l'évaluation de l'effet de ces recommandations	31
8.1. Suivi et évaluation	33
8.2. Revue par date	33

Références bibliographiques	39
Annexes	43
Annexe 1. Composition des groupes chargés des lignes directrices	43
Annexe 2. Méthodes d'élaboration des lignes directrices	46
Annexe 3. Questions SPICE	53
Liste des Tableaux	
Tableau 1. Orientations de l'OMS pour la communication sur les risques	4
Tableau 2. Questions pour guider les revues des données factuelles	5
Tableau 3. Méthodes employées pour améliorer la participation communautaire	15
Tableau 4. Outils de collecte des données	27
Tableau 5. Priorités et lacunes de la recherche	32
Tableau 6. Membres du groupe d'orientation interne (GOI)	43
Tableau 7. Membres du groupe chargé d'élaborer les lignes directrices (GLD)	44
Tableau 8. Membres du groupe de revue externe (GRE)	45
Liste des Figures	
Figure 1. Résumé des méthodes employées par les responsables de la revue pour l'élaboration des synthèses de données factuelles	6

Remerciements

Le Département Gestion des risques infectieux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a élaboré les présentes lignes directrices en collaboration avec le Département Communication. Ce travail a été coordonné par Gaya M. Gamhewage, sous la direction de Sylvie Briand, Directrice du Département Gestion des risques infectieux, avec la contribution significative et les conseils des ancienne et actuelle Directrices du Département Communication, Christy Feig et Marsha Vanderford. Un groupe de pilotage interne composé de représentants de départements du Siège et des bureaux régionaux de l'OMS (voir l'annexe 1 pour la liste complète) a apporté son appui à l'ensemble du processus.

L'OMS remercie les experts du monde entier pour leurs travaux et leur participation à l'élaboration de ces lignes directrices.

Le groupe chargé d'élaborer les lignes directrices a d'abord été présidé par Marsha Vanderford pendant la phase de définition de la portée de ces lignes, puis coprésidé par Amrita Gill Bailey et Peter Banga. Il se composait par ailleurs des personnes suivantes : Mesafint Alebachew, Ombretta Baggio, Claudine Burton-Jeangros, Bishakha Datta, Frode Forland, Natasha Howard, Akram Khayatzadeh-Mahani, Nombulelo Leburu, Sovann Ly, Jenny Moberg, Mohamed Nour, Nobuhiko Okabe, Patricia Lima Pereira, Ortwin Renn, Maria-Isabel Rivero, Lisa Robinson, Caroline Rudisill, Matthew Seeger, Luechai Sringernyuang, Karen Tan, Chadin Tephaval, Teresa Thompson, Marika Valtier, Sophia Wilkinson et Xie Ruiqian.

Jane Noyes, spécialiste de la méthode GRADE (Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation) a appuyé la phase de définition de la portée, et a supervisé l'élaboration des questions, la collecte de données factuelles et la formulation des recommandations.

Des experts externes ont révisé la dernière version des recommandations et émis des suggestions pertinentes et pratiques qui ont été intégrées dans la version finale : Christopher Colvin, Joshua Greenberg, Marwa Kamel, Lucy Knight, Li Richun, Erma Manoncourt, Ki Soo Parkn Anton Schneider et Thomas Tufte (voir l'annexe 1 pour leur établissement de rattachement).

Le personnel de l'OMS, en particulier Susan Norris, responsable du Comité d'examen des directives de l'OMS (conseil et soutien à toutes les étapes du processus d'élaboration des lignes directrices), Alma Alic, Département Conformité, gestion du risque et éthique (conseil sur la gestion des conflits d'intérêts), Nyka Alexander (recherches pour l'élaboration des questions et supervision de la collecte de données factuelles), Albeno Arnauova, Oliver Stucke et Heini Utunen (gestion du projet), Margaret Harris (données factuelles pour la méthodologie de la prise de décisions, gestion de l'examen des recommandations et rédaction du document final comprenant les lignes directrices), Aphaluck Bhatiasevi (gestion des revues par les pairs), Melissa Attias et Michael Farzi (référence-ment), Zerthun Alemu Belay, Mara Frigo, Anna-Karin Heedh et Margaret Kahuthia (coordination des réunions pour l'élaboration des lignes directrices).

L'équipe de la plateforme Evidence Aid, dirigée par Mike Clarke, qui a procédé à une revue flash des travaux disponibles lors de la phase de définition de la portée. L'équipe chargée de la revue systématique : Harvard T. H. Chan School of Public Health, Emergency Preparedness, Research, Evaluation and Practice Program, Boston (États-Unis) – Giorgia Argenti (consultante sur le projet pour l'Amérique latine et le Brésil), Azan Jha, Noah Klein (éditeur), Leesa Lin, Elena Savoia (responsable) et Sarah Short, Nicholson School of Communication, University of Central Florida, Florida City, (États-Unis) – Rebecca Freihaut (recherche dans la littérature grise), Lindsay Neuberger, Ann Neville Miller, Timothy Sellnow (responsable), et Andrew Todd, Wayne State University, Detroit, (États-Unis) – Ashleigh Day, Stine Eckert, Julie Novak, Donyale Padgett, Pradeep Sopory et Lillian Lee Wilkins (responsable) et Deborah Toppenberg-Pejcic, consultante indépendante, qui a réalisé une revue systématique et une mise à jour rapide de la littérature grise.

Appui financier

Le projet a été financé à 70 % sur les fonds de base de l'OMS. Le reste provenait du fonds de projet pour le renforcement des capacités de communication sur les risques dans le cadre de la préparation en cas de grippe pandémique, ainsi que de fonds non affectés à une utilisation spéciale versés par le Japon et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord aux programmes OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

Liste des acronymes

CCB	Unité Renforcement des capacités de communication (CCB) de l'OMS
CI	conflit d'intérêts
CRU	communication sur les risques en situation d'urgence
DI	déclaration d'intérêts
GRE	groupe de revue externe
GLD	groupe chargé d'élaborer les lignes directrices
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GOI	groupe d'orientation interne
GRADE-CERQual	GRADE Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
PICO	Population, Intervention, Comparator, Outcome
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
SPICE	Setting, Perspective, phenomenon of Interest, Comparison, Evaluation of impact

Glossaire

AACODS (Authority, Accuracy, Objectivity, Coverage, Date, Significance)

Outil servant à évaluer la qualité des données factuelles dans les documents constituant ce que l'on appelle la littérature grise.

CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research)

Méthode transparente pour évaluer la qualité des examens de données factuelles.

Communication sur les risques

Échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables locaux ou décideurs politiques et les personnes en situation de risque. C'est un aspect à part entière des interventions d'urgence.

Communication sur les risques en situation d'urgence

Intervention réalisée non pas seulement pendant, mais aussi avant (dans le cadre des activités de préparation) et après la phase d'urgence (pour faciliter le relèvement), afin de permettre à toutes les personnes à risque de prendre des décisions en connaissance de cause pour se protéger, et protéger leur famille et leur communauté, des risques menaçant leur survie, leur santé et leur bien-être.

DECIDE (Evidence to Decision)

Projet sur cinq ans, mené par le groupe de travail GRADE (2011–2015) et cofinancé par la Commission européenne, en vue d'améliorer la diffusion de recommandations s'appuyant sur des données factuelles, grâce à la conception d'outils qui incluent un cadre Evidence to Decision (EtD).

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation)

Système mis au point par le groupe de travail GRADE dans l'optique de permettre l'élaboration transparente de recommandations s'appuyant sur des données factuelles.

PICO (Population, Intervention, Comparator, Outcome)

Question régissant un examen systématique de données factuelles.

SPICE (Setting, Perspective, phenomenon of Interest, Comparison, Evaluation of impact)

Questions utilisant un format plus pertinent pour la recherche de données factuelles selon une approche qualitative et mixte.



Résumé

Lorsque survient une urgence de santé publique, les gens ont besoin de savoir à quels risques ils sont confrontés, et ce qu'ils peuvent faire pour préserver leur santé et leur vie. Des informations précises diffusées tôt, fréquemment, par des canaux auxquels la population se fie et qu'elle utilise, et dans des langues qu'elle comprend, permettent aux personnes concernées de se protéger, de protéger leur famille et leur communauté des risques sanitaires.

La communication sur les risques est un aspect à part entière des interventions d'urgence. Il s'agit de l'échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables communautaires, les décideurs politiques et les populations en situation de risque. Lors d'une épidémie, d'une pandémie, d'une crise humanitaire ou d'une catastrophe naturelle, une communication sur les risques efficace permet aux populations les plus exposées de comprendre les comportements à adopter pour se protéger. Ainsi, les autorités et les experts peuvent être à l'écoute des inquiétudes et des besoins, chercher à y répondre et faire en sorte que leurs conseils soient pertinents, fiables et recevables.

L'OMS dispose de manuels, de modules de formation et d'autres orientations pour la communication en situation d'urgence et la communication sur les risques. Ces outils reposent sur l'avis de spécialistes ou sur les enseignements tirés à la suite de catastrophes environnementales de grande ampleur ou de flambées de maladies, telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 ou la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009, plutôt que sur des analyses systématiques de données factuelles.

Les récentes urgences de santé publique, comme la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014–2015), l'émergence de la maladie à virus Zika en 2015–2016 et les flambées de fièvre jaune dans plusieurs pays africains en 2016, ont mis en évidence les défis majeurs et les lacunes de la communication sur les risques lors d'une épidémie ou d'une autre urgence de santé publique. S'agissant des défis, on peut mentionner la transformation rapide des technologies de communication – la quasi-totalité de la population mondiale est désormais équipée d'un téléphone portable – tandis que les médias numériques sont de plus en plus consultés et de plus en plus influents, ce qui a des conséquences pour les médias « traditionnels » (journaux, radio et télévision) ainsi que sur la manière dont les gens ont accès aux informations sanitaires et sur le crédit qu'ils y accordent. Quant aux lacunes, elles ont trait à la prise en compte du contexte : les facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels qui influencent la perception du risque et les comportements visant à le réduire. Enfin, des orientations sont nécessaires quant aux meilleures façons de renforcer les capacités de communication sur les risques en situation d'urgence (CRU) et de les pérenniser en prévision de situations d'urgence potentielles.

Les recommandations énoncées dans les présentes lignes directrices fournissent des orientations générales, fondées sur des données factuelles, pour le déploiement de la communication sur les risques lors d'une crise. Ces recommandations orientent par ailleurs les pays en ce qui concerne le renforcement de leurs capacités de communication sur les risques durant une situation d'urgence.

En revanche, elles ne constituent pas un guide pas à pas : des manuels détaillés, des modes opératoires normalisés, des guides de poche, des listes de points à vérifier, des modules de formation et d'autres outils seront élaborés à l'avenir pour la mise en pratique de ces recommandations.

Pourquoi élaborer ces lignes directrices (objectifs et portée) ?

Ces lignes directrices ont pour objectif de fournir des orientations à jour, centrées sur les systèmes et reposant sur des données factuelles, à l'intention des États Membres de l'OMS, des partenaires et des parties prenantes chargés de la préparation à une situation d'urgence ainsi que des interventions. Ces orientations concernent :

- les méthodes pour gagner la confiance de la population et mobiliser les communautés concernées ;
- les méthodes pour intégrer la communication sur les risques dans les structures locales et nationales de préparation et de riposte aux situations d'urgence, y compris le renforcement des capacités de communication sur les risques, comme exigé de tous les États Membres par le Règlement sanitaire international (2005) (1) ; et
- la mise en œuvre de la CRU – depuis l'élaboration d'une stratégie, la planification, la coordination, l'émission de messages, la mise à profit de différentes méthodes et d'approches pour la communication et la mobilisation, jusqu'au suivi et à l'évaluation – à partir d'une évaluation systématique des données factuelles pour mettre en évidence ce qui a fonctionné ou non lors des situations d'urgence récentes.

À qui s'adressent ces lignes directrices ?

Ces lignes directrices ont été élaborées pour les décideurs et les responsables politiques chargés de gérer les situations d'urgence, et en particulier les aspects liés à la santé publique, ainsi que pour les intervenants responsables de la communication sur les risques avant, pendant et après les situations d'urgence.

Les autres groupes auxquels s'adressent ces lignes directrices sont les acteurs de première ligne, les partenaires du développement locaux, nationaux et internationaux, la société civile, le secteur privé et toutes les organisations, privées ou publiques, associées à la préparation et à la riposte en cas de situation d'urgence.

Élaboration des lignes directrices (méthodes)

L'élaboration de ces lignes directrices a commencé en octobre 2014, avec la création d'un groupe d'orientation interne (GOI) et la commande d'une revue flash de la littérature (2) afin de fournir un aperçu des orientations existantes pour la CRU et les domaines dans lesquels des actions sont possibles ou qui peuvent être améliorés. Cette revue flash a mis en évidence plusieurs aspects pour lesquels on manque d'orientations, notamment : les technologies mobiles, la recherche sur l'évaluation, les obstacles à la préparation, la CRU durant les catastrophes survenues dans les pays à revenu faible (PRF), le renforcement des capacités durant la phase de préparation, et l'utilisation des données empiriques et des expériences passées pour une meilleure CRU.

Au début de l'année 2015, un groupe chargé d'élaborer des lignes directrices (GLD) a été créé pour réunir des experts de la communication sur les risques, de la préparation et de la riposte lors de catastrophes et d'urgences sanitaires. Le GLD s'est réuni pour la première fois à Genève (Suisse), les 22 et 23 juin 2015, afin d'échanger sur l'exploitation des conclusions de la revue flash de la littérature en vue de définir la portée des lignes directrices, d'identifier les domaines de la communication sur les risques qui nécessitent un examen approfondi, et de formuler des questions pour piloter la recherche systématique des données factuelles. Douze questions ont été formulées et utilisées pour orienter les revues des données factuelles commandées en 2016 et terminées à la fin du mois de janvier 2017. Les résultats ont ensuite été présentés au GLD.

En février 2017, le GLD s'est réuni pour définir des recommandations, à l'aide de tableaux de prise de décisions à partir de données factuelles. Les données factuelles extraites des revues ont été analysées grâce à ces tableaux, en fonction de ce qui avait fonctionné, de ce qui n'avait pas fonctionné, des valeurs, des préférences, de l'utilisation des ressources et de l'équité. Un vote électronique a été organisé (voir le texte principal pour les détails) afin d'établir la position initiale du groupe. Les recommandations ont été formulées et le groupe devait ensuite les valider à une large majorité ; tout avis minoritaire a été indiqué dans les observations et/ou a été pris en compte par une modification du texte. Un groupe externe, composé de praticiens de la CRU, d'intervenants lors des situations d'urgence, d'universitaires et de décideurs politiques a examiné les recommandations élaborées lors de cette réunion. Ils ont fait part de leurs suggestions, de modifications et d'ajouts qui ont été analysés par le GLD et utilisés pour finaliser les recommandations.

Recommandations

Type de recommandations

Les recommandations sont des prises de position sur les interventions ou les pratiques à privilégier d'après les données factuelles. Dans certaines circonstances, par exemple quand le GLD estimait qu'un domaine concret important n'avait pas fait l'objet de suffisamment de recherche, une recommandation « en faveur de nouvelles recherches » a été émise. Dans d'autres, lorsqu'il y avait à l'évidence de bonnes pratiques fondées sur des principes admis, le GLD a classé sa prise de position comme un « avis sur les meilleures pratiques ».

Le degré d'une recommandation – soit « forte » soit « conditionnelle » – a été défini en tenant compte de la qualité des données factuelles, ainsi que des effets néfastes, des bénéfiques, de la faisabilité, des valeurs, des préférences, de l'utilisation des ressources et de l'équité. Une recommandation forte doit être mise en œuvre dans toutes les situations, tandis qu'une recommandation conditionnelle doit être déployée dans un contexte et/ou des circonstances spécifiques.

Établir la qualité des données factuelles n'a pas été simple, différents outils ayant été utilisés pour cela selon le type d'étude à l'origine des données (voir la section sur les méthodes en annexe 2 pour une explication complète des outils ayant permis d'évaluer les données factuelles). Toutefois, des « signaux clairs » émanaient des différents ensembles d'études, et le degré de confiance dans ces « signaux » a été déterminé grâce à des outils d'évaluation de la qualité des données factuelles. Le GLD y a eu recours pour parvenir à un consensus sur la qualité des données et le degré des recommandations. Bien que, pour plusieurs recommandations, la qualité des données factuelles sous-jacentes ait été jugée moyenne ou faible, le groupe a décidé d'émettre une recommandation forte car des comptes rendus d'expérience (littérature grise) et des études de cas indiquaient que les actions recommandées s'accompagnaient de bénéfices clairs, et qu'elles étaient réalisables et satisfaisaient au critère d'équité.

Les recommandations ont d'abord été élaborées question après question, mais il est apparu que l'on pouvait naturellement et logiquement les regrouper en fonction des enjeux et des domaines de pratique dont elles relevaient. Les recommandations se divisaient ainsi en trois catégories :

A

Renforcer la confiance
et mobiliser les
populations touchées

B

Intégrer la CRU dans les
systèmes d'intervention
sanitaire et d'urgence

C

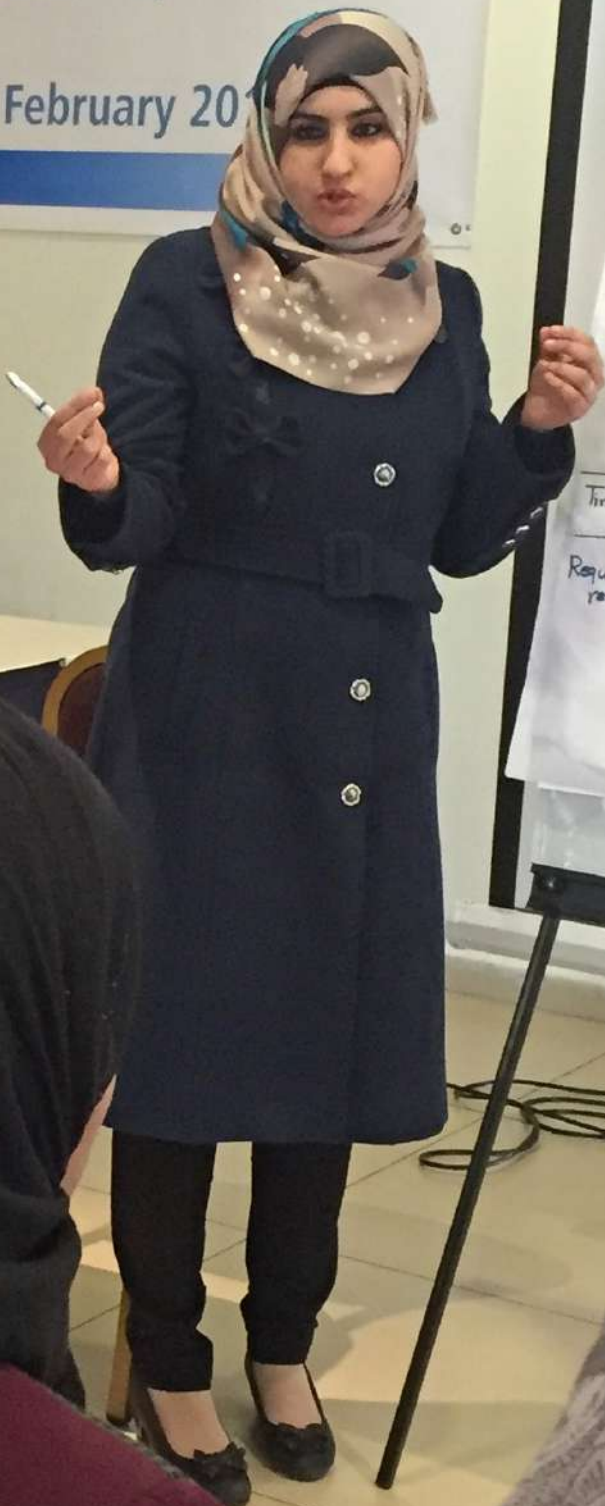
Pratique de la CRU



Workshop on Risk Communication for Pandemic Influenza Preparedness

Palestine, 22-24 February 2016

INGI	
Soco	To gain for Technical Implementation Plan
Activities	<ul style="list-style-type: none">- Identify A NGOs of their information- Conduct active meetings with persons to explore priorities of Coops- Email marketing opportunities- Proposals for funding- Promotional materials- Training material
Time Frame	April 2016
Required resources	<ul style="list-style-type: none">- Staff / human resources- Halls for meetings- Stationary



A. Renforcer la confiance et mobiliser les populations touchées

A.1 : Confiance

Recommandation

Pour établir un lien de confiance, les interventions de communication sur les risques doivent être associées à des services fonctionnels et accessibles, être transparentes, être menées en temps voulu, être simples à comprendre, admettre les incertitudes, s'adresser aux populations touchées et être diffusées par différents canaux, méthodes et plateformes.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

A.2 : Communication sur les incertitudes

Recommandation

Les messages diffusés par les autorités à l'intention de la population devraient inclure des informations explicites quant aux incertitudes associées aux risques, aux événements et aux interventions, et préciser ce que l'on sait et ce que l'on ignore à un instant donné.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

A.3 : Participation communautaire

Recommandation

Identifier les personnes en qui la communauté a confiance et établir des liens avec elles. Les impliquer dans la prise de décisions pour que les interventions se déroulent de manière collaborative et soient adaptées au contexte, et que la communauté s'approprie le processus de communication.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

B. Intégrer la CRU dans les systèmes de riposte sanitaire et d'urgence

La communication sur les risques à des fins de protection de la santé doit opérer au sein des systèmes de santé, ainsi que de préparation et de riposte d'urgence. C'est pourquoi le GLD s'est placé dans la perspective des systèmes de santé lorsqu'il a sélectionné certaines des questions prioritaires. Les questions qui fournissaient des données factuelles aux recommandations relatives à l'intégration de la CRU dans les systèmes de santé s'appuyaient sur les « piliers » du système de santé que sont la gouvernance, les systèmes d'information, le renforcement des capacités et le financement.

B.1 : Gouvernance et leadership

Recommandation

La CRU devrait avoir un rôle stratégique bien défini dans les équipes mondiales et nationales qui dirigent la préparation et la riposte aux situations d'urgence.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne



B.2 : Systèmes d'information et coordination

Recommandation



B.2.1 : Créer et étoffer des réseaux d'agences et d'organisations par delà les frontières de la géographie, des spécialités et, le cas échéant, des pays.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

B.2.2 : Adapter les systèmes d'information et de communication aux besoins des utilisateurs et faire participer les parties prenantes locales afin de garantir la circulation de l'information entre les secteurs.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre : Les professionnels de la CRU ont besoin d'être appuyés par les lois et les politiques. La diffusion d'informations peut être interdite et la circulation de l'information peut être très limitée par niveau d'autorité dans certains pays.

B.3 : Renforcement des capacités

Recommandation



La préparation et la formation du personnel sur la CRU devraient être organisées régulièrement et se concentrer sur la coordination entre les agences.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre : Lorsque l'on planifie la formation, il faut intégrer la formation aux médias et faire participer des représentants des médias aux exercices de formation, le cas échéant.

B.4 : Financement

Recommandation



La CRU a besoin d'un budget défini et soutenu qui devrait être une composante de la budgétisation de base pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence.

Recommandation forte

Données factuelles de très faible qualité*

* Une recherche approfondie de données factuelles a constaté que les politiques, mécanismes ou aspects relatifs à l'importance d'un budget défini et soutenu en matière de communication sur les risques font rarement l'objet de discussions. Le GLD a décidé toutefois que les données factuelles issues de la littérature grise montrant que le manque de financement a entravé la CRU lors des crises récentes mettaient en évidence l'importance de recommander l'élaboration de politiques et de mécanismes de ce type.

C. Pratique de la CRU

C.1 : Planification stratégique de la communication

La planification stratégique inclut principalement l'appréciation des besoins, la définition des objectifs, la mise en œuvre des interventions ciblées d'une manière coordonnée, et le suivi et l'évaluation des activités d'intervention afin d'améliorer la sensibilisation du public et d'influencer les comportements avant, pendant et après une urgence de santé publique ou une situation d'urgence. L'examen des données factuelles a indiqué qu'il existe plusieurs stratégies pour assurer une communication efficace dans de telles situations. Le GLD a convenu que la planification représente une meilleure pratique générale qui devrait être présentée avant les recommandations sur la nouvelle pratique en matière de CRU.

Prise de position sur la meilleure pratique

La planification de la CRU doit avoir lieu nettement en amont, et être un processus continu axé sur la préparation et la riposte. La planification doit être sensible aux besoins des parties prenantes, participative, adaptée au contexte et elle doit tenir compte des réactions des groupes concernés.

Meilleures pratiques de planification :

- la planification fonctionne mieux grâce à la collaboration entre les groupes constitutifs ; les agences de santé et de riposte aux situations d'urgence, les systèmes d'urgence et d'autres services publics doivent collaborer et établir des réseaux de communication pour se préparer aux événements ;
- la planification de la communication doit prendre en compte les structures communautaires, les cultures et les styles de vie des différents segments de la population et, en outre, concevoir l'éducation et la préparation aux catastrophes autour de ces structures sociales ;
- la planification doit identifier et utiliser de multiples canaux et moyens de communication afin de véhiculer les messages relatifs aux catastrophes et aux situations d'urgence ;
- lorsque cela est possible, les communautés et les populations susceptibles d'être concernées doivent participer dès le stade de la planification pour de meilleurs résultats ;
- la planification devrait inclure la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation de l'efficacité des messages et les ajuster si nécessaire.

C.2 : Outils de suivi et d'évaluation

La revue systématique n'a pas mis en évidence de données factuelles indiquant quels outils/approches pour le suivi et l'évaluation sont les plus efficaces pour préciser et ajuster les interventions. Pour cette raison, le GLD a estimé que ce sujet devrait constituer un domaine prioritaire de la recherche en matière de communication sur les risques.

Recommandation en faveur de nouvelles recherches

La recherche est nécessaire pour établir les meilleurs mécanismes et méthodes permettant d'évaluer rapidement les interventions de CRU, et d'incorporer les conclusions de l'évaluation et les commentaires des parties prenantes et des communautés afin d'informer et d'améliorer les ripostes actuelles et futures.

C.3 : Réseaux sociaux

Recommandations

C.3.1 Les réseaux sociaux peuvent être utilisés pour faire participer le grand public ; faciliter la communication entre pairs ; faire prendre conscience de la situation ; surveiller et répondre aux rumeurs, aux réactions de la population et aux préoccupations en cas d'urgence ; et faciliter les interventions au niveau local.

Recommandation conditionnelle

Données factuelles de qualité moyenne

C.3.2 Les réseaux sociaux et les médias traditionnels devraient faire partie d'une stratégie intégrée avec d'autres formes de communication pour faire converger des informations vérifiées et précises.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Considération relative à la mise en œuvre (s'applique à la mise en œuvre des deux recommandations ci-dessus) : Les agences gouvernementales et les partenaires de mise en œuvre doivent former, employer et rémunérer des responsables des réseaux sociaux afin de nouer des relations avec les parties prenantes, et utiliser régulièrement les réseaux sociaux pour renforcer la confiance et la crédibilité avant, pendant et après les situations d'urgence.

C.4 : Communication de messages

Recommandations

C.4.1 Les messages cohérents doivent provenir de différentes sources d'information et être diffusés au début d'une flambée.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

C.4.2 Les messages cohérents doivent provenir de différentes sources d'information et être diffusés au début d'une situation d'urgence.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

C.4.3 Les messages devraient promouvoir des actions spécifiques que les gens peuvent raisonnablement prendre pour protéger leur santé.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre pour toutes les recommandations relatives à la communication de messages :

- les messages doivent s'inscrire dans des contextes culturels et être adaptés à ceux-ci en effectuant des tests préalables auprès des publics visés ;
 - les messages doivent être revus et redéfinis périodiquement à mesure que la situation d'urgence évolue.
-



¿Qué es?

La enfermedad causada por el virus del mismo nombre, el cual se originó en África Occidental en Gambia y Guinea en el año 1947, y se transmitió a Europa en un avión de flete amarillo.

El virus del Zika pertenece a la familia Flaviviridae, muy cercano al dengue y al virus del Ébola Amarillo, la Ébola y la Ébola.

Síntomas

Los síntomas duran de días a siete días.

Fiebre, conjuntivitis, no purulenta, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo y articular, rash (eritema), náusea (vomitos), diarrea y dolor abdominal.

En menor frecuencia se puede presentar falta de apetito, vomito, diarrea y dolor abdominal.

Las manifestaciones clínicas graves son muy pocas frecuentemente comprenden alteraciones del sistema neurológico e inmunológico.

Secretaría de Salud
Alcaldía de San José de Curutá

¿Cómo prevenirlo?

Control del vector: manteniendo limpios el patio y los depósitos de agua y eliminando los criaderos.

- Medidas de prevención personal: dormir bajo toldillos o mosquiteros, en lo posible impregnados de insecticida. Usar ropa que cubra las extremidades, usar repelentes que contenga Icaridin (IR3535) para aplicar a la parte expuesta de la piel o en la ropa, usar anteojos en puertas y ventanas.
- Medidas de prevención para viajeros: las autoridades sanitarias deben informar a los viajeros sobre las medidas necesarias para protegerse de las picaduras de los mosquitos, acerca de los síntomas producidos por el dengue, Chikunguña y virus Zika, con el fin de identificarlos y diferenciarlos durante el viaje; esta información debe estar en las oficinas de turismo, las Social, IPS, EPS y ONG durante la estadía; deben evitar los sitios infestados con mosquitos.

Secretaría de Salud
Alcaldía de San José de Curutá

1. Introduction et contexte

Lorsque survient une urgence de santé publique, les gens ont besoin de savoir à quels risques ils sont confrontés et ce qu'ils peuvent faire pour préserver leur vie et leur santé. Des informations précises diffusées tôt par des canaux auxquels la population se fie et qu'elle utilise, et dans des langues qu'elle comprend, permettent aux personnes concernées de se protéger, de protéger leur famille, ainsi que leur communauté, des risques sanitaires qui menacent leur existence et leur bien-être.

Les recommandations énoncées dans ces lignes directrices constituent un cadre pour fixer les éléments d'une CRU efficace

La communication sur les risques est l'échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables communautaires, les décideurs politiques et les populations en situation de risque. C'est également un aspect à part entière des interventions d'urgence. Lors d'une épidémie, d'une pandémie, d'une crise humanitaire ou d'une catastrophe naturelle, une communication sur les risques efficace permet aux populations de comprendre les comportements à adopter pour se protéger. Ainsi, les autorités et les experts peuvent être à l'écoute des inquiétudes et des besoins, chercher à y répondre et faire en sorte que leurs conseils soient pertinents, fiables et recevables.

Le Règlement sanitaire international (2005), ou RSI (2005) (1), souligne l'importance de la communication sur les risques en tant qu'intervention sanitaire. Conformément à ce règlement, les États Membres de l'OMS doivent inclure la communication sur les risques dans leurs capacités de base. Ils doivent aussi évaluer leurs capacités de communication sur les risques et faire réaliser régulièrement des évaluations extérieures grâce à l'outil d'évaluation extérieure conjointe de l'OMS (3).

Si la communication sur les risques est utilisée dans tous les domaines de santé publique, ces lignes directrices ont été élaborées spécifiquement pour fournir des recommandations reposant sur des données factuelles les plus récentes en vue d'une communication sur les risques dans les situations d'urgence sanitaire. Pour le présent document, la communication sur les risques en situation d'urgence (CRU) est une intervention menée avant (dans le cadre des activités de préparation), pendant et après (pour aider au relèvement) une situation d'urgence sanitaire, afin de permettre à toutes les personnes confrontées à un risque de prendre des décisions en connaissance de cause pour se protéger, protéger leur famille et leur communauté, et préserver leur vie, leur santé et leur bien-être.

Il existe de nombreuses lignes directrices pour la communication en général et pour la communication sur les risques en particulier, mais ce sont les premières à s'appuyer sur une analyse systématique de ce qui a fonctionné – ou non – lors des flambées et urgences sanitaires majeures de ces dernières années, à l'instar de la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, en 2014–2015, et de la flambée mondiale de la maladie à virus Zika, en 2015–2016. Des revues systématiques des données factuelles qualitatives et quantitatives ont été réalisées, et la qualité de ces données a été analysée au moyen de divers outils validés. Pour ne pas exclure les dernières données factuelles disponibles, on a également mené une revue rapide de la littérature grise la plus récente.

Les recommandations énoncées dans ces lignes directrices constituent un cadre pour fixer les éléments d'une CRU efficace. Leur but n'est pas de fournir des indications pas à pas pour la mise en œuvre d'une communication sur les risques. On trouvera en revanche ces indications dans un ensemble de documents connexes, tels que des guides de mise en œuvre, des listes de points à vérifier, des manuels pour les interventions sur le terrain et des formations.

2. **Pourquoi élaborer ces lignes directrices ?**

L'OMS dispose déjà de manuels, de modules de formation et d'autres outils pour la communication en situation d'urgence et la communication sur les risques. Mais ces outils reposent sur l'avis de spécialistes ou sur les enseignements tirés à la suite de catastrophes environnementales de grande ampleur, telles que la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 ou la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009, plutôt que sur des analyses systématiques de données factuelles.

Les récentes urgences de santé publique ont mis en évidence les défis majeurs et les lacunes en matière de communication sur les risques lors d'une épidémie ou d'une autre urgence de santé publique

Les récentes urgences de santé publique, comme la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014–2015, l'émergence de la maladie à virus Zika en 2015–2016 et les flambées de fièvre jaune dans plusieurs pays africains en 2016, ont mis en évidence les défis majeurs et les lacunes en matière de communication sur les risques lors d'une épidémie ou d'une autre urgence de santé publique. S'agissant des défis, on peut mentionner le rôle en pleine évolution des médias traditionnels (journaux, radio et télévision) et la transformation rapide des technologies de communication – la quasi-totalité de la population mondiale est désormais équipée d'un téléphone portable, tandis que les médias numériques sont de plus en plus consultés et de plus en plus influents. Quant aux lacunes, elles ont trait à la prise en compte du contexte : les facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels qui influencent la perception des risques et les comportements visant à les réduire. Il est urgent de disposer d'orientations sur les meilleures approches pour le renforcement des capacités de CRU à long terme, pour tout type d'urgence sanitaire.

En janvier 2015, le Conseil exécutif de l'OMS a réuni une session extraordinaire pour recommander des mesures devant permettre de mieux gérer la flambée du virus Ebola en Afrique de l'Ouest, et a adopté une résolution reconnaissant que tous les pays doivent disposer d'urgence de systèmes de santé solides, résilients et intégrés pour mettre en œuvre complètement le RSI (2005) (1). Cette résolution prie explicitement « le Directeur général de continuer à mettre au point et d'appliquer une stratégie de communication valable pour l'ensemble de l'Organisation dans le but d'améliorer la communication, la diffusion de messages sur les mesures de prévention, la communication sur les risques et la communication d'urgence, en faisant en sorte que la nouvelle politique oblige à adapter le contenu, la forme et le type de communication à tel ou tel type de média, en intervenant au moment opportun et avec la fréquence voulue pour toucher le public visé et servir l'objectif recherché » (4).

Les signataires du RSI (2005) ont demandé à l'OMS de l'aide pour renforcer et pérenniser leurs capacités de communication sur les risques. Ces capacités reposent notamment sur les aspects suivants : la mobilisation des partenaires et des parties prenantes responsables de la communication sur les risques, un plan actualisé pour la communication sur les risques qui ait été mis en œuvre et testé lors d'une situation d'urgence réelle ou d'exercices, des politiques, des modes opératoires normalisés, des lignes directrices pour autoriser la diffusion d'informations lors d'une urgence de santé publique, des sources d'information régulièrement mises à jour et accessibles aux médias et aux populations pour la diffusion d'annonces, des informations pertinentes et accessibles, des supports pédagogiques et de communication adaptés aux besoins des populations, ainsi que des évaluations pour aider à planifier la communication sur les risques.

3.

Objectifs et portée des lignes directrices

Ces lignes directrices visent à fournir des orientations à jour et reposant sur des données factuelles à l'intention des États Membres de l'OMS, des partenaires et des parties prenantes chargés de la préparation à une situation d'urgence ainsi que des interventions. Ces orientations concernent :

- les méthodes pour gagner la confiance de la population et mobiliser les communautés concernées ;
- les méthodes pour intégrer la communication sur les risques dans les structures locales et nationales de préparation et d'intervention en situation d'urgence, y compris le renforcement des capacités de communication sur les risques ;
- la mise en œuvre de la CRU – depuis la planification, l'émission de messages, les canaux et les méthodes de communication et de mobilisation, jusqu'au suivi et à l'évaluation – à partir d'une évaluation systématique des données factuelles pour mettre en évidence ce qui a fonctionné ou non lors des situations d'urgence récentes.

4.

À qui s'adressent ces lignes directrices ?

Ces lignes directrices ont été élaborées pour les décideurs et les responsables politiques chargés de gérer les situations d'urgence, et en particulier les aspects liés à la santé publique, ainsi que pour les intervenants responsables de la communication sur les risques avant, pendant et après les situations d'urgence.

Les autres groupes auxquels s'adressent ces lignes directrices sont les acteurs de première ligne, les partenaires du développement locaux, nationaux et internationaux, la société civile, le secteur privé et toutes les organisations, privées ou publiques, associées à la préparation et à la riposte en cas de situation d'urgence.

5.

Lignes directrices existantes

Ces 20 dernières années, l'OMS et ses partenaires ont mis au point des orientations, sous plusieurs formes, en matière de communication sur les risques (Tableau 1).

Tableau 1 :
Orientations de l'OMS pour la communication sur les risques

Communication pour un impact comportemental (COMBI). Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques (5)
Effective media communication during public health emergencies – a WHO handbook] (6) <i>[en anglais uniquement]</i>
Effective media communication during public health emergencies – a WHO field guide (7) offering practical advice <i>[en anglais uniquement]</i>
Outbreak communication : best practices for communicating with the public during an outbreak. <i>[en anglais uniquement]</i> Rapport de la consultation d'experts OMS sur la communication lors des flambées de maladies, qui a eu lieu à Singapour du 21 au 23 septembre 2004 (8)
Lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des flambées de maladies (9), d'après les conclusions de la consultation d'experts sur la communication lors des flambées de maladies, mentionnée ci-dessus
Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies, édition 2008 (10), manuel basé sur les conseils en matière de communication lors d'une flambée, élaborés par le biais d'une consultation organisée à Mexico en 2008

6.

Principes d'élaboration des lignes directrices (méthodologie)

Établir la portée des lignes directrices

L'élaboration de ces lignes directrices a commencé en octobre 2014, avec la création d'un groupe d'orientation interne (GOI) et la commande d'une revue flash de la littérature (2) (le rapport complet est disponible ici) afin de fournir un aperçu des orientations existantes en matière de CRU et des domaines dans lesquels des actions sont possibles ou qui peuvent être améliorés. Cette revue flash a mis en évidence plusieurs aspects pour lesquels on manque d'orientations, notamment les technologies mobiles, la recherche sur l'évaluation, les obstacles à la préparation, la CRU durant les catastrophes survenues dans les pays à revenu faible (PRF), le renforcement des capacités pendant la phase de préparation, et l'utilisation des données empiriques et des expériences passées, pour une meilleure CRU.

Au début de l'année 2015, un groupe chargé d'élaborer des lignes directrices (GLD) a été créé pour réunir des experts de la communication sur les risques, de la préparation et des interventions lors de catastrophes, ainsi que des urgences sanitaires (voir l'annexe 1 pour la liste de tous leurs noms, domaines d'expertise et établissement de rattachement). Le GLD s'est réuni pour la première fois à Genève (Suisse), les 22 et 23 juin 2015, afin d'exploiter les conclusions de la revue flash de la littérature en vue de définir la portée des lignes directrices, d'identifier les domaines de la communication sur les risques qui nécessitent un examen approfondi, et de formuler des questions pour piloter la recherche systématique des données factuelles.

Les 12 questions suivantes ont été formulées pour guider les revues des données factuelles (Tableau 2).

Tableau 2
Questions pour guider les revues des données factuelles

Q1. Leadership et gouvernance : Comment optimiser l'intégration de la communication sur les risques en situation d'urgence dans la planification et la mise en œuvre par le leadership national d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Q2. Systèmes d'information : Quels sont les mécanismes les plus adaptés pour établir des liens interjuridictionnels efficaces pour le partage d'informations relatives à la communication sur les risques en situation d'urgence et à la coordination interne ?

Q3. Ressources humaines : Comment former au mieux et durablement le personnel à la communication sur les risques en vue des étapes de préparation et de riposte ?

Q4. Financement : Comment garantir un financement suffisant et durable pour la communication sur les risques en situation d'urgence ?

Q5. Confiance : Quelles sont les activités les plus efficaces et les plus systématisables en matière de communication sur les risques pour que les autorités de santé apparaissent aux communautés concernées et à d'autres parties prenantes comme des sources fiables d'information pour la protection de leur santé ?

Q6. Coordination : Quelles sont les meilleures manières d'assurer la coordination des activités de communication sur les risques entre les organismes de mise en œuvre des différentes organisations et entre les différents niveaux d'intervention ?

Q7. Planification stratégique de la communication : Quels sont les éléments et les étapes d'une planification stratégique de la communication efficace ?

Q8. Suivi et évaluation : Quels sont les outils les plus efficaces et les plus appropriés pour collecter, analyser et interpréter les données et les retours en matière de communication sur les risques, et pour intégrer les résultats dans les plans de communication sur les risques en situation d'urgence ainsi que sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie ?

Q9. Participation communautaire : Quelles sont les meilleures manières d'associer les communautés aux activités de communication sur les risques en situation d'urgence selon les événements/le contexte ?

Q10. Réseaux sociaux : Quels sont les meilleurs canaux et les meilleures pratiques pour promouvoir des mesures de protection de la santé sur les réseaux sociaux et pour dissiper les rumeurs et les informations erronées lors d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Q11. Communication sur les incertitudes : Quelles sont les meilleures manières de communiquer sur les incertitudes à l'intention de la population, des communautés à risque et des parties prenantes ?

Q12. Communication de messages : Quel est le bon moment pour diffuser des messages et quels éléments ces messages doivent-ils contenir pour influencer au mieux les populations et les communautés concernées, de sorte qu'elles prennent les mesures nécessaires pour protéger leur santé ?

Rechercher et analyser les données factuelles

Les problématiques liées à la recherche de données factuelles ont été traitées plus en profondeur par Jane Noyes, la spécialiste en méthodologie chargée d'épauler le GLD, le secrétariat et le Président du GLD, à l'aide du format SPICE (*Setting, Perspective, phenomenon of Interest, Comparison, Evaluation of impact*). Ce format a été choisi, plutôt que la méthode PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcome), car il est considéré plus pertinent pour la recherche de données factuelles selon une approche qualitative et mixte, et qu'on s'attendait à une prédominance de ce type de données.

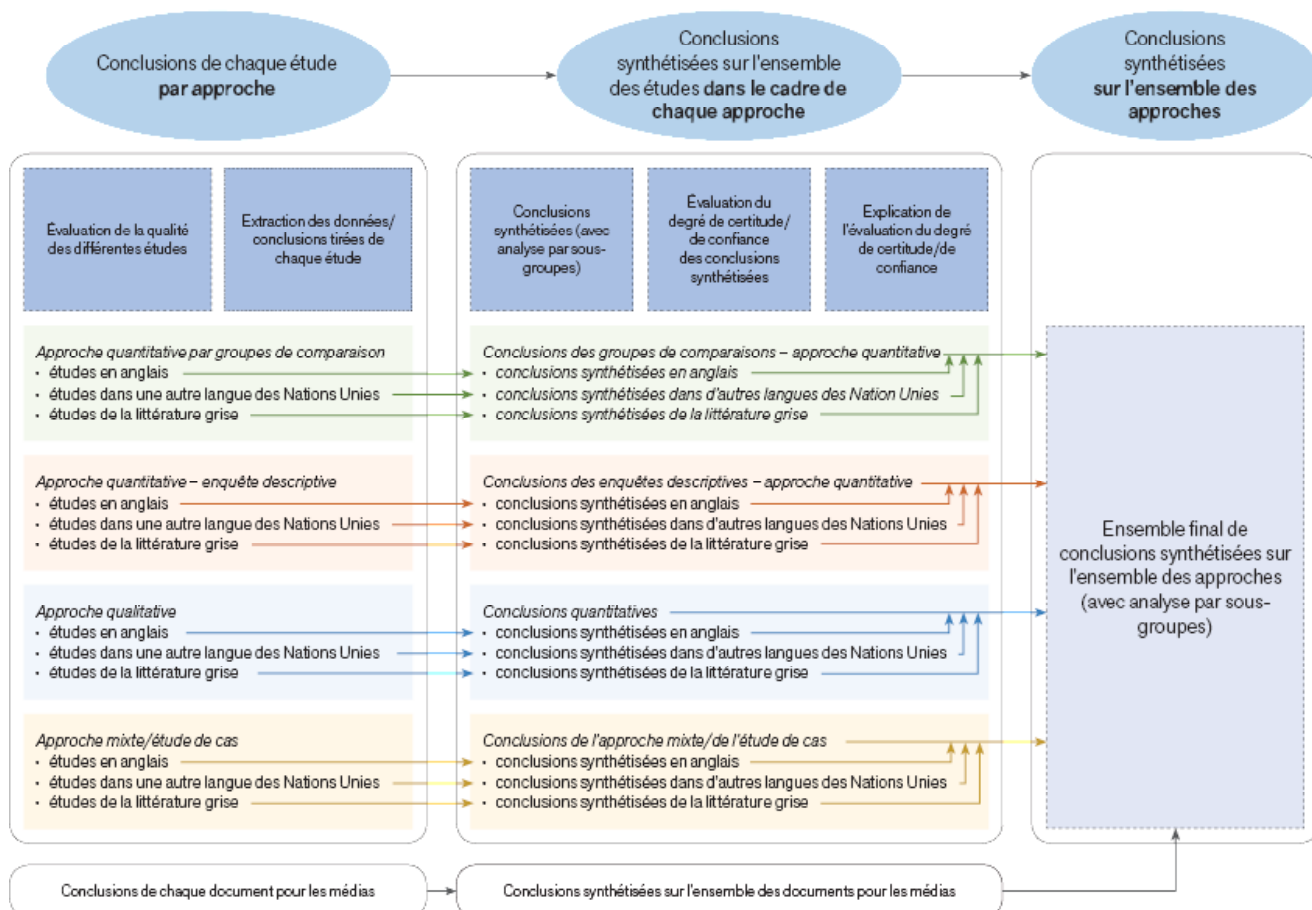
Les questions SPICE ont permis de définir des termes de recherche pour les revues systématiques qui ont été commandées en 2016 et se sont achevées à la fin du mois de janvier 2017 (voir l'annexe 3 pour la totalité des questions SPICE). Tous les rapports des revues systématiques sont disponibles ici. Toutes les informations détaillées sur les méthodes de recherche et les données factuelles d'évaluation de la qualité sont disponibles en annexe 2. La synthèse des données factuelles reposait sur quatre axes méthodologiques :

1. approche quantitative avec groupes de comparaison
2. approche quantitative avec enquête descriptive
3. approches qualitatives
4. approche mixte et études de cas.

Les responsables de la revue ont synthétisé les conclusions des études relevant de chaque axe méthodologique, puis ont évalué le degré de confiance/de certitude de ces conclusions (en leur attribuant un avis allant de « très faible » à « élevée », en passant par « faible » et « moyenne ») à l'aide des outils mentionnés ci-dessous.

- Approche quantitative - groupes de comparaison (randomisés, non randomisés) – méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation).
- Approche quantitative – enquête descriptive – les principes de la méthode GRADE ont été appliqués.
- Approche qualitative – méthode GRADE-CERQual (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research).
- Approche mixte et étude de cas – les principes des méthodes GRADE et GRADE-CERQual ont été appliqués.

Les méthodes utilisées par les groupes de revue systématique pour l'élaboration des synthèses de données factuelles sont résumées dans la Figure 1 ci-dessous.



Alors que les revues systématiques étaient en cours, la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'émergence de la maladie à virus Zika et d'autres urgences de santé publique majeures ont produit une littérature grise considérable à propos de la communication sur les risques. Pour en tenir compte, une recherche rapide de données factuelles au sein de cette littérature grise a été menée dans les documents publiés. Elle a porté sur les rapports ayant trait aux 12 questions du Tableau 2 et s'est terminée le 31 décembre 2016.

6.1

Données factuelles utilisées pour l'élaboration de recommandations

Après avoir reçu l'ensemble des revues systématiques, le secrétariat et la spécialiste en méthodologie ont préparé les éléments factuels en adaptant à cette fin le cadre DECIDE. DECIDE est un outil-cadre pour la prise de décisions à partir d'éléments factuels (Evidence to Decision, EtD) qui permet de tenir compte, de manière systématique et explicite, de données factuelles relatives aux interventions, en se concentrant sur six aspects : les effets, les valeurs, les ressources, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité (11).

La recherche de données factuelles s'est appuyée sur les questions SPICE afin de classer les actions selon qu'elles avaient fonctionné ou non, plutôt que sur la méthode PICO, plus couramment employée et qui se concentre sur les données factuelles relatives aux effets. Les tableaux DECIDE ont été adaptés en conséquence. Toutefois, les autres aspects – les valeurs, les ressources, l'équité, l'acceptabilité et la faisabilité – sont restés les mêmes dans le tableau modifié.

Pour chaque question, le GLD disposait d'un résumé des conclusions de la revue systématique, y compris d'une évaluation de la qualité des données factuelles, d'un résumé des conclusions de la revue de la littérature grise, et des conclusions des revues systématiques ainsi que des revues de la littérature grise en ce qui concerne les valeurs, l'acceptabilité, la faisabilité, l'équité et l'utilisation des ressources. Au cours de la réunion d'élaboration des lignes directrices, les équipes chargées de la revue systématique ont présenté les conclusions auxquelles elles étaient parvenues, et celles de la revue de la littérature grise pour chaque question. Puis, en suivant les tableaux DECIDE, le GLD a discuté des données factuelles relatives aux bénéfices, aux effets néfastes, à la faisabilité, à l'utilisation des ressources, aux valeurs, aux préférences et à l'équité. Des prises de position résumant les conclusions de la recherche de données factuelles ont été rédigées, puis le GLD a décidé si ces conclusions pouvaient – ou non – être diffusées en tant que recommandations. S'il était convenu de déclarer que tel domaine nécessitait une recommandation, le GLD s'attachait alors à améliorer la formulation et à définir le degré de recommandation en fonction de l'équilibre entre les bénéfices, les préjudices, les valeurs, les préférences, la faisabilité, les ressources et l'équité.

Toutes les décisions ont *in fine* été prises par consensus. Cependant, étant donné la brièveté de la réunion, et afin de parvenir rapidement à une décision au niveau du groupe, un système de vote électronique anonyme a été mis en place. À l'aide de boîtiers individuels, chaque membre du GLD a pu voter pour différentes options (généralement « oui » ou « non »). Le système ne permettait de voter qu'une seule fois par personne pour chaque question. Une fois tous les votes enregistrés, la décision du groupe s'affichait sur un écran. Ainsi, le groupe pouvait passer à un autre sujet lorsqu'il y avait un consensus clair ou entamer une discussion lorsque les points de divergence étaient importants. À plusieurs reprises, ceux qui avaient un avis différent ont pu exprimer leur point de vue d'une manière si convaincante qu'ils sont parvenus à modifier l'opinion des autres.



6.2 Type de recommandations

Les recommandations sont des prises de position sur les interventions ou les pratiques à privilégier d'après les données factuelles. Toutes les prises de position du GLD n'ont pas été transformées en recommandations standard. Dans un cas, le GLD a estimé qu'un domaine concret important n'avait pas fait l'objet de suffisamment de recherche et a émis une recommandation en ce sens. Dans d'autres, lorsqu'il y avait à l'évidence de bonnes pratiques fondées sur des principes admis, mais que les données factuelles étaient rares ou indirectes, le GLD a classé la recommandation comme un « avis sur les meilleures pratiques ».

Comme décrit ci-dessus, le degré d'une recommandation – soit « forte » soit « conditionnelle » – a été fixé en tenant compte de la qualité des données factuelles, des effets néfastes, des bénéfiques, de la faisabilité, des valeurs, des préférences, de l'utilisation des ressources et de l'équité. Une recommandation forte doit être mise en œuvre dans toutes les situations, tandis qu'une recommandation conditionnelle doit être déployée dans un contexte et des circonstances spécifiques.

S'agissant de l'une des questions – portant sur la meilleure manière d'obtenir un financement suffisant et durable de la CRU – une recherche approfondie des données factuelles a révélé qu'il y avait eu peu de discussions sur les politiques et les mécanismes concernés, mais le GLD a considéré que les données factuelles de la littérature grise montraient que le manque de financement était un obstacle à la CRU et a par conséquent adopté une recommandation forte (voir ci-dessous la recommandation B.4 : Financement pour en savoir plus).

Établir la qualité des données factuelles n'a pas été simple, différents outils ayant été utilisés pour cela selon le type d'étude à l'origine des données (voir la section sur les méthodes en annexe 2 pour une explication détaillée sur les outils ayant permis d'évaluer les données factuelles). Néanmoins, des « signaux » clairs émanaient des synthèses des conclusions, et celles-ci ont été évaluées à l'aide d'outils divers décrits plus haut dans la section consacrée aux méthodes. Le GLD y a eu recours pour parvenir à un consensus sur la qualité des données factuelles et le degré des recommandations. Pour plusieurs recommandations, la qualité des données factuelles sous-jacentes a été jugée moyenne ou faible, mais le groupe a décidé d'émettre une recommandation forte car des comptes rendus d'expérience (littérature grise) et des études de cas indiquaient que les actions envisagées s'accompagnaient de bénéfices solides et qu'elles étaient réalisables et équitables. Pour chacune des recommandations de la section 7, on trouvera également un résumé des données factuelles et d'autres aspects à prendre en compte.

Les recommandations ont d'abord été élaborées question après question, mais il est apparu que l'on pouvait naturellement et logiquement les regrouper en fonction des enjeux et des domaines de pratique dont elles relevaient. Elles se répartissent par conséquent en trois catégories :

A

Renforcer la confiance
et mobiliser les
populations touchées

B

Intégrer la CRU dans les
systèmes d'intervention
sanitaire et d'urgence

C

Pratique de la CRU

Renforcer la confiance et mobiliser les populations touchées

Si les populations à risque ne font pas confiance à la source d'information, les interventions de communication sur les risques ne permettront pas aux personnes concernées de protéger leur vie, leur santé, leur famille et leur communauté, quelle que soit la manière dont ces interventions sont planifiées ou mises en œuvre. Dès lors, créer et maintenir un lien de confiance est sans doute la première chose à faire, et la plus importante, pour une CRU efficace. L'examen des données factuelles confirme que cet enjeu est étroitement lié à la participation communautaire et au fait d'admettre publiquement les incertitudes. Cette section regroupe ainsi les recommandations qui s'appuient sur les données factuelles ayant trait aux trois enjeux que sont la création d'un lien de confiance, la participation communautaire et la communication sur les incertitudes.

A.1. Confiance

Recommandation

Pour établir un lien de confiance, les interventions de communication sur les risques doivent être associées à des services fonctionnels et accessibles, être transparentes, être menées en temps voulu, être simples à comprendre, admettre les incertitudes, s'adresser aux populations touchées et chercher à les mobiliser, et être diffusées par différents canaux, méthodes et plateformes.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a observé que les conclusions de la revue systématique et de la revue de la littérature grise soulignaient les bénéfices d'une diffusion claire, en temps voulu, efficace et transparente des informations lors d'une situation d'urgence, ainsi que ceux de précédentes expériences menées avec succès par les autorités afin d'établir un lien de confiance avec les populations. Les actions recommandées par les autorités, mais qui ne peuvent pas être assurées parce que les services ne sont pas disponibles, non réactifs ou difficilement accessibles produisent des effets néfastes.

Remarques : Les « autorités » sont les responsables à l'échelle locale, régionale, nationale et internationale.

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique ⁽¹²⁾

La revue systématique a permis de conclure que la plupart des études analysaient des événements survenus dans des pays à revenu intermédiaire ou élevé d'Asie, d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Océanie. Le plus souvent, il s'agissait de maladies infectieuses, mais il était parfois question d'inondations, de tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, de bioterrorisme, de maladies d'origine alimentaire et d'urgences radiologiques. Ces études portaient sur les quatre étapes de l'événement, mais en insistant principalement sur la préparation, puis sur la survenue de l'événement et sur les mesures pour l'endiguer, et beaucoup moins sur l'étape de relèvement.

La revue a permis de constater que plusieurs facteurs, y compris des actions et des messages organisationnels, pouvaient accroître le niveau de confiance, en particulier :

- la diffusion de messages qui n'ocultent pas les incertitudes, y compris dans les prévisions et les alertes ;
- la transparence et le fait de ne pas passer sous silence les informations négatives, comme le nombre de victimes ;
- la rapidité d'intervention et de diffusion des informations ;
- l'élaboration d'une communication scientifique et facile à comprendre ;
- la volonté de faire participer la population et d'encourager le dialogue ;
- la coordination entre différentes autorités de santé et les médias, et la diffusion d'un message uniforme ;
- la diffusion d'informations cohérentes et n'évoluant pas sans cesse, et la coordination des messages diffusés par différents organismes ;
- la diffusion d'informations par diverses plateformes.

Pour les responsables de la revue, il importe de bien comprendre que ces actions ne peuvent se produire que dans un contexte plus large qui comprend déjà des liens de confiance, des interactions avec les autorités et les conditions de vie des personnes concernées/de la population. Tous ces éléments peuvent renforcer ou affaiblir la confiance dans les messages diffusés.

Sept revues existantes de la littérature ont également généré des conclusions dont la qualité a été évaluée et jugée élevée ou moyenne. Ces résultats recoupaient ceux de la revue systématique en cours et montraient que la confiance résultait de la réputation organisationnelle, de la qualité des relations entre les parties prenantes, de la compréhension et de la gestion des relations avec les médias, des stratégies d'information sur les risques, de la diffusion en temps voulu d'informations précises et complètes, de la transparence des informations disponibles, de l'équité dans le traitement



des populations, du renforcement de la confiance et de la fiabilité des autorités au moyen d'un dialogue participatif et en faisant participer la population à la planification et à des exercices en amont, ainsi qu'à la conception et aux tests des plans de communication. Une plus grande confiance dans la capacité des pouvoirs publics à répondre à une situation d'urgence sanitaire accroît la probabilité que les mesures recommandées soient adoptées.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

Les rapports de la revue de la littérature grise ont montré que la participation communautaire allait de pair avec le renforcement de la confiance. Certes, il est nécessaire d'impliquer les populations locales pour parvenir à mobiliser une communauté, mais certaines personnes ont davantage de pouvoir que d'autres pour ce qui est d'instaurer un lien de confiance. Lors de la flambée virus Ebola en Afrique de l'Ouest, certains individus ne faisaient pas confiance aux responsables locaux ou aux personnes rémunérées pour accomplir les actions nécessaires (13). Pour y remédier, on a donc eu recours à des bénévoles.

Les rapports montrent que la confiance dans les systèmes de santé repose sur les perceptions que les individus ont de ces systèmes, davantage que sur des mesures objectives. Les personnes qui pensent qu'un système ne peut pas les aider ne l'utiliseront pas. Pour y remédier, il est possible de mobiliser les membres de la communauté en les invitant aux réunions consacrées à la prestation des services (14, 15). Les agents de santé qui se comportent avec les patients de manière non respectueuse abîment le lien de confiance avec la population.

A.2. Communication sur les incertitudes

Recommandation

Les messages diffusés par les autorités à l'intention de la population devraient inclure des informations explicites quant aux incertitudes associées aux risques, aux événements et aux interventions, et préciser ce que l'on sait et ce que l'on ignore à un instant donné.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a tenu compte de données factuelles (dont la qualité avait été jugée moyenne à élevée par les responsables de la revue) montrant que l'absence d'explications claires sur ce que l'on savait et ce que l'on ignorait lors d'une situation d'urgence entraînait des effets néfastes. Certains des problèmes soulevés par la revue des données factuelles comportaient des éléments communs avec la recommandation pour le renforcement de la confiance, d'où le fait de limiter cette recommandation à la meilleure manière de communiquer efficacement lorsque toutes les informations ne sont pas claires ou certaines.

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique (16)

Il y a consensus entre les experts et les chercheurs pour dire que les messages diffusés par les autorités auprès de la population devraient inclure des informations explicites quant aux incertitudes associées aux événements. Toutefois, les informations fournies doivent être cohérentes et présentées d'une manière claire et facile à comprendre.

Les incertitudes à propos des données ou des éléments d'information disponibles ont une influence variée et complexe sur les interactions entre et au sein des groupes d'experts, ainsi qu'entre les experts et les responsables politiques et, partant, sur la prise de décisions. La non-diffusion d'informations par les autorités ou la diffusion d'informations contradictoires entraîne des incertitudes pour les agents de santé/le personnel médical et les décideurs, ainsi que pour la prise de décisions en ce qui concerne la communication avec la population. Les autorités doivent prendre en compte cet aspect de l'incertitude, parmi d'autres, lorsqu'elles élaborent les meilleures pratiques de communication des incertitudes à la population en général, et aux catégories à risque/vulnérables, ainsi qu'aux parties prenantes en particulier.

La diffusion par les autorités d'informations sur les incertitudes est généralement associée à des effets souhaitables, mais les effets indésirables ne doivent pas être négligés. La population est susceptible de mal comprendre les informations quant à la probabilité d'un événement. Même les experts peuvent se tromper.

Lorsqu'un événement s'accompagne d'une couverture médiatique de grande ampleur qui souligne les informations rapidement changeantes ou contradictoires, et diffuse en particulier des informations qui diffèrent de celles fournies par les autorités, cela accroît l'incertitude de la population. Il peut en découler plusieurs effets non souhaités, comme l'absence de confiance dans les autorités et dans les mesures qu'elles préconisent.





Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

La revue de la littérature grise indique que la manière dont un message est diffusé importe autant que le contenu. La panique déclenchée par la transmission du virus Ebola aux États-Unis a été intensifiée par l'incapacité initiale à communiquer tous les faits : il n'a pas été question, par exemple, des manquements aux protocoles de prévention et de lutte contre les infections. Les scientifiques ont également échoué à communiquer correctement sur les niveaux de risque par secteur, ce qui a conduit la population à surestimer le risque d'infection réel (17).

Recommandation

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

A.3. Participation communautaire

Conclusions tirées de la revue systématique (18)

Identifier les personnes en qui la communauté a confiance, renforcer les liens avec elles et les impliquer dans la prise de décisions pour que les interventions se déroulent de manière collaborative et soient adaptées au contexte, et que la communauté s'approprie le processus de communication.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a constaté que les données factuelles permettant de comparer l'efficacité de plusieurs stratégies de participation communautaire étaient peu nombreuses. Toutefois, certaines données, jugées de qualité moyenne, suggéraient que le fait d'inclure les membres de la communauté dans la planification des activités avait des conséquences bénéfiques sur la planification et sur la préparation et la riposte à un événement. Un vaste corpus de littérature grise descriptive portant sur les expériences avec différentes approches montre qu'il est avantageux d'identifier des personnes en qui les communautés ont confiance et de les impliquer dans la prise de décisions. Les effets néfastes observés étaient l'incapacité à comprendre le contexte et la culture lors de l'élaboration des interventions.

Remarques : 'Community' englobe une large gamme de groupings.

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre : Le retour d'informations est un élément essentiel pour une participation communautaire efficace.

Les enquêteurs ont peu cherché directement à établir quelles stratégies ou tactiques s'étaient révélées les plus efficaces pour mobiliser la communauté.

Les études sur la participation communautaire aux activités de préparation montrent qu'inclure les membres de la communauté dans la planification et dans la préparation à un événement a amélioré la préparation et la riposte. Les activités spécifiques qui ont été étudiées étaient :

- l'élaboration de la planification
- la diffusion d'informations
- la formation sur les rôles, les responsabilités et les tâches
- la mise en œuvre de mesures de préparation
- le renforcement/la construction d'un lien de confiance.

La formation sur les rôles et les responsabilités est bénéfique si elle prend en compte les aspects communautaires, le contexte local et les expériences passées, ce qui contribue non seulement à la coopération et à la collaboration, mais peut également remédier au paradoxe sur le risque, qui tient du décalage entre perception et expérience.

La création et le renforcement de liens est destiné non seulement à ce que les populations fassent confiance aux dirigeants, mais permet aussi d'établir des liens entre les personnes, ainsi que de constituer des réseaux.

Il apparaît clairement que les activités menées avant un événement mobiliseront davantage la communauté que lorsqu'un événement est déjà en cours.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

La majorité des études et des rapports qui constituent la littérature grise constatent que la participation communautaire doit jouer un rôle primordial en situation d'urgence. Les actions locales se sont révélées cruciales en 2014–2015, durant la flambée de la maladie à virus Ebola, car le tournant décisif a été atteint avant que le dispositif de riposte ne soit entièrement opérationnel (19). La revue a mis en évidence des rapports sur les différentes méthodes utilisées pour améliorer la mobilisation de la communauté, mais sans évaluation formelle de leur efficacité. On trouvera dans le Tableau 3 les plus courantes.

Tableau 3.
Méthodes employées pour améliorer la participation communautaire

Méthode	Nombre de documents examinés
Mobiliser les personnes clés et les responsables locaux	31
Adapter les interventions en fonction de la population, du sexe, des circonstances et de la langue	26
S'appuyer sur la population locale pour la mobilisation	16
Laisser les communautés élaborer leurs interventions	15
Mobiliser des groupes locaux	15
Se montrer à l'écoute et mettre en place un dialogue	15
Recourir aux médias locaux	12
Effectuer un suivi et une évaluation (retours) constants	11
Utiliser des analyses anthropologiques	10
Déployer la communication en amont	8
Recourir à des aides visuelles, à des jeux de rôles et à des schémas narratifs	6
Faire réaliser par la communauté ses propres analyses d'une flambée	3
Prendre les décisions à l'échelon local	3

Intégrer la CRU dans les systèmes de riposte sanitaire et d'urgence

La communication sur les risques à des fins de protection de la santé doit opérer au sein des systèmes de santé. C'est pourquoi le GLD s'est placé dans la perspective des systèmes de santé lorsqu'il a sélectionné certaines des questions prioritaires. Les questions qui fournissaient des données factuelles aux recommandations relatives à l'intégration de la CRU dans les systèmes de santé s'appuyaient sur les « piliers » du système de santé que sont la gouvernance, les systèmes d'information, le renforcement des capacités et le financement.

B.1. Gouvernance et leadership

La CRU devrait avoir un rôle stratégique bien défini dans les équipes mondiales et nationales qui dirigent la préparation et la riposte aux situations d'urgence, de même que des rôles et des responsabilités bien définis pour le personnel chargé de la communication.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a constaté que les données factuelles indiquaient qu'il était utile de considérer que la CRU jouait un rôle stratégique car cela facilitait l'intégration de la communication sur les risques en tant que « pilier » fonctionnel pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence. Cette recommandation a des conséquences en termes de ressources, cela nécessite de former et de rémunérer des professionnels de la communication sur les risques. Cependant, le GLD a conclu que les avantages surpassaient largement les considérations de ressources.

Remarques : Cela s'applique aux équipes chargées de la préparation et de la riposte aux échelons local, national, régional et international.

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique (20)

On a identifié six articles présentant des exemples de mécanismes susceptibles de permettre l'intégration des fonctions de CRU dans la structure de direction. Ces mécanismes peuvent être classés selon trois thématiques/résultats :

- intégrer les fonctions de CRU dans la structure nationale de leadership ;
- créer une proximité organisationnelle entre les praticiens de la CRU et le leadership de la riposte nationale ;
- élaboration de lois, règlements, politiques et cadres en appui à la CRU.

Données factuelles issues des examens en chinois

Les personnes qui ont réalisé les examens systématiques se sont penchées sur la littérature en chinois et les rapports décrivant la nécessité de renforcer la formation, de définir des rôles professionnels (personnes qui suivent les médias et porte-parole), et de permettre la diffusion en temps opportun d'informations pertinentes sur les flambées de maladies et la prévention.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

Très peu de rapports dans la littérature grise traitent de cette question. L'Assemblée générale des Nations Unies a affirmé que le respect du RSI (2005) passait notamment par la mise en place de mécanismes de préparation et de riposte. La participation communautaire et une communication tenant compte des spécificités culturelles sont partie intégrante de ces mécanismes (21). Cela suppose également d'intégrer la communication sur les risques dans les plans de santé nationaux. En outre, dans son Ebola Response Improvement Plan, le Department of Health and Human Services des États-Unis a souligné combien il était important d'accorder la priorité à la communication sur les risques. Il s'agissait d'élaborer une stratégie CRU à l'échelle du ministère, qui portait notamment sur la formation du personnel au rôle de porte-parole et sur la planification afin de garantir la disponibilité d'un personnel suffisamment nombreux et formé à la communication sur les risques (22).

B.2. Systèmes d'information et coordination

B.2.1 : Créer et étoffer des réseaux de parties prenantes et d'organisations par-delà les frontières géographiques, disciplinaires et, le cas échéant, des pays.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a convenu que des données factuelles de qualité moyenne indiquaient qu'il serait possible d'améliorer la coordination et la circulation de l'information en créant des groupes spéciaux et des comités réunissant l'ensemble des principales parties prenantes, indépendamment de leur situation géographique, de leur discipline ou d'autres facteurs. Cette recommandation a des conséquences sur les ressources : temps, ressources humaines et financières. Cependant, le GLD a convenu que l'avantage que présente l'amélioration de la coordination et de la circulation de l'information était nettement supérieur aux inconvénients et aux considérations de ressources.

B.2.2 : Adapter les systèmes d'information et de communication aux besoins des utilisateurs et faire participer les parties prenantes locales afin de garantir la circulation de l'information entre les secteurs.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a étudié les avantages, étayés par des données factuelles, que procure la participation des acteurs locaux à la circulation de l'information. L'une des préoccupations portait notamment sur la diffusion d'informations dans tous les secteurs, en particulier lorsque les politiques et les lois interdisent la circulation de ces informations. Les éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre tiennent compte de cette préoccupation.

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre : Les professionnels de la CRU ont besoin d'être appuyés par les lois et les politiques. La diffusion d'informations peut être interdite et la circulation de l'information peut être très limitée par niveau d'autorité dans certains pays.

Remarques : Parmi les exemples d'« utilisateurs » figurent les agents de la fonction publique, la société civile, les communautés locales, les équipes d'intervention/de secours d'urgence, les organisations humanitaires, etc.

Conclusions tirées de la revue systématique (20)

Trois axes se dégagent de la littérature comme étant susceptibles d'améliorer le partage d'informations et la coordination.

1. La création de groupes de travail et de comités avec des parties prenantes clés fait partie des mécanismes permettant d'améliorer ou de faciliter le partage d'informations entre les autorités nationales et infranationales, ainsi qu'entre les agences. On a identifié un certain nombre d'éléments favorisant un fonctionnement efficace des réseaux, des groupes de travail et des comités. Il s'agit notamment de l'importance des relations existantes entre les intervenants avant un incident, du rôle des équipes de réseau, par opposition aux équipes hiérarchiques, pour améliorer l'efficacité des interventions d'urgence et la prise de décisions, et de l'importance de l'échange et de la diffusion de l'information entre unités décisionnelles. Mais aussi de l'utilisation de gestionnaires de l'information pour coordonner l'information entre les agences afin de réduire la demande d'information et d'améliorer la fourniture d'informations clés, ainsi que l'importance que peut jouer un responsable de l'information pour améliorer la diffusion de l'information.
2. Il est possible d'utiliser les plateformes et les systèmes d'information existants pour renforcer la CRU. Gresham *et al.* (23) ont présenté le Consortium du Moyen-Orient sur la surveillance des maladies infectieuses (MECIDS), un réseau régional de surveillance des maladies regroupant des experts en santé publique et des responsables du Ministère de la santé d'Israël, de l'Autorité palestinienne et de la Jordanie, comme étant un exemple d'utilisation des réseaux régionaux de surveillance des maladies pour le partage de l'information. MECIDS réunit des responsables de la santé publique de différents

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

pays du Moyen-Orient et contribue à la santé et à la stabilité régionales en participant régulièrement à des échanges d'informations transfrontaliers, en organisant régulièrement des réunions de son conseil exécutif, en proposant des formations pour le renforcement des capacités de laboratoire et de communication sur les risques, et en mettant en œuvre des technologies de communication innovantes. Initialement axé sur les maladies d'origine alimentaire et hydrique, le partenariat a développé un réseau de laboratoires, de protocoles pour la collecte d'échantillons et le diagnostic des maladies diarrhéiques, ainsi que des capacités de partage et de notification des données pour analyser et communiquer des informations sur les menaces liées aux maladies.

3. La participation des parties prenantes locales est importante pour que la stratégie CRU soit efficace. Les mécanismes suivants ont été identifiés pour la participation des parties prenantes locales aux efforts de communication :

- l'utilisation des réseaux sociaux existants dans les petites municipalités pour les activités de réduction des risques de catastrophe (24);
- la nécessité de centraliser les ressources qui peuvent être utilisées pour faciliter la communication avec des communautés de diverses cultures (25);
- l'identification et la désignation de l'agence (par exemple à Taiwan, la police) dont la couverture géographique et communautaire est la plus adaptée pour conduire le processus de partage d'informations en matière de CRU (26).

Il était également important de combler les lacunes technologiques dans les zones pauvres en ressources, d'intégrer les organisations non gouvernementales (ONG) dans le système d'information sur la gestion des urgences et de développer les capacités pour surveiller et utiliser les réseaux sociaux pertinents.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

La littérature grise donnait peu de données factuelles sur les meilleurs moyens d'assurer la coordination et le partage de l'information. Au total, 33 documents ont été identifiés comme potentiellement pertinents pour la coordination : 18 de sources moyennement fiables et 15 de sources hautement fiables. Cependant, la plupart des rapports traitaient de la collaboration et de la coordination en général, plutôt que de la communication sur les risques. Ils décrivent des activités de collaboration, mais n'étudient ni ne mesurent l'efficacité. Un document faisait état d'un manque de compréhension entre les personnes chargées d'évaluer les risques et celles chargées de communiquer sur les risques, au point qu'ils donnaient l'impression de parler des langues différentes. Pour remédier à cette situation, il suggérait de réaliser des exercices de simulation et de former le personnel chargé de la communication sur les risques aux principes de l'évaluation des risques (27). Deux documents traitaient de l'importance de la coordination avec la presse avant et pendant un incident, en répondant



aux questions des journalistes et en restant à leur disposition. Ce type de coordination a été considéré d'autant plus important que beaucoup de personnes utilisent les médias pour obtenir des informations pour leur santé (28,29). Trois articles traitaient des efforts de collaboration locale. Dans le comté de Montserrado (Libéria), le Comité international de secours (CIS) a dirigé un consortium de quatre ONG. Cette stratégie s'est avérée plus efficace que de travailler séparément, car elle a permis aux organisations de se concentrer, de capitaliser sur leurs points forts et de solliciter plus efficacement l'aide du gouvernement. Le partage d'informations entre les membres a contribué à renforcer la confiance, tout comme la contribution technique de l'OMS (19).

B.3. Renforcement des capacités

Recommandation

La préparation et la formation du personnel sur la CRU devraient être organisées régulièrement et se concentrer sur la coordination entre les parties prenantes concernées.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a constaté que des données factuelles de qualité moyenne indiquaient que la formation axée sur la coordination entre les agences conduit à l'amélioration des capacités de CRU. Bien que cela suppose de modifier l'axe des exercices de formation, on n'a pas considéré que cela avait des conséquences, notamment délétères, significatives en termes de faisabilité et de ressources. L'examen des données factuelles a également révélé que l'intégration de la formation aux médias et la participation des professionnels des médias à ces formations étaient également bénéfiques. Cependant, le GLD a examiné des données factuelles relatives à des conséquences négatives potentielles, en particulier concernant la faisabilité et l'utilisation des ressources, ce qui a conduit le groupe à convenir que cet élément devait constituer une considération de mise en œuvre.

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre : Lorsque l'on planifie la formation, il faut envisager d'intégrer la formation aux médias et faire participer des représentants des médias aux exercices de formation, le cas échéant.

Remarques : « Mettre l'accent sur la coordination » signifie s'assurer que les exercices de formation évaluent la capacité à partager l'information et à élaborer des interventions coordonnées en matière de communication sur les risques.

Synthèse des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique (30)

La majorité des études identifiées étaient basées sur des exercices, notamment des exercices sur table, des simulations et, dans quelques cas, des cours ou des ateliers. La synthèse des conclusions issues de tous les axes méthodologiques indique que ces exercices devraient se concentrer sur la coordination entre les agences, le renforcement des compétences dans le traitement des relations avec les médias et la conception de messages adaptés aux besoins du grand public et qui puissent être facilement compris par celui-ci. Le consensus général qui se dégage de la littérature est que les exercices sur table et de simulation peuvent améliorer, et souvent améliorent effectivement, la sensibilisation et la compréhension. Ces résultats s'accompagnent cependant d'importantes réserves. La plupart des conclusions présentaient des limitations allant de modérées à importantes concernant la rigueur méthodologique, la pertinence et l'adéquation des données. Parmi les conclusions prescriptives de la revue, on ne peut retenir les suggestions tendant à ce que les exercices portent sur la coordination interinstitutions et intègrent la formation dans le domaine des médias, même lorsque le niveau de confiance est modéré.

On peut accorder une certaine confiance aux conclusions descriptives relatives aux normes en vigueur dans la formation à la CRU. La synthèse de tous les axes méthodologiques indique que les exercices de formation actuels n'emploient pas les rapports post-action de manière à promouvoir un apprentissage généralisé, qu'ils contiennent peu d'instructions sur l'utilisation des réseaux sociaux, qu'ils sont généralement catastrophiques, qu'ils n'utilisent presque jamais de formats mixtes en ligne et en face-à-face et comprennent rarement une formation à l'évaluation. Cependant, du fait de leur nature descriptive, ces résultats ne peuvent que suggérer des directions pour la recherche future. Il conviendra de mener d'autres enquêtes pour déterminer l'influence de chacun de ces facteurs sur les compétences en matière de CRU.



Les chercheurs ont identifié un manque général de rigueur dans les études portant sur la formation à la préparation aux situations d'urgence. Ils observent qu'il existe peu d'outils d'évaluation normalisés. Il est donc difficile de déterminer si le succès des exercices pratiques, des ateliers, des cours et des autres types de formation se traduit par des compétences et des connaissances supplémentaires (31). Il convient également de noter que les évaluations publiées sur la formation à la préparation aux catastrophes et sur le perfectionnement du personnel portent principalement sur les États-Unis, ce qui signifie que même si les modèles de recherche étaient plus solides, les résultats pourraient ne pas être applicables aux autres contextes nationaux.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

Les rapports sur ce sujet s'accordent sur le fait qu'il est nécessaire de renforcer les capacités de communication sur les risques aux niveaux national, provincial et local. La présence ou l'absence d'un plan de communication sur les risques ne renseigne pas nécessairement sur les capacités, de même que les éléments de l'infrastructure ne renseignent pas nécessairement sur les capacités opérationnelles. L'incapacité à étoffer des capacités de communication sur les risques au niveau local amène à faire appel à des experts externes qui sont engagés lors d'une crise. Plutôt que de recourir à une assistance extérieure, il faudrait que des capacités de communication existent à chaque échelon géographique (local, national, régional et mondial), les doter de rôles, de responsabilités et d'infrastructures clairement définis, et mettre l'accent sur le développement des capacités nationales. Une catégorie de personnel devrait être formée aux crises sanitaires et à la communication sur les risques, et un cours de perfectionnement devrait être dispensé au moins une fois par an. Le personnel des médias devrait être formé à la communication de crise (32,33,34).

Les rapports mettent l'accent sur les capacités qui doivent être renforcées, à savoir :

- des compétences dans le domaine de la communication et des relations interpersonnelles ainsi que dans celui de la recherche de consensus (y compris la préparation de documents) ;
- analyse, documentation ;
- suivi et évaluation ;
- savoir reconnaître les variables connues pour provoquer l'indignation, telles qu'un sentiment d'injustice, l'indifférence morale et les conséquences sur les populations vulnérables ;
- élaboration de stratégies, de plans et de normes de pratique en matière de communication ;
- communications avec les parties prenantes et les partenaires ;
- participation communautaire ;
- analyse sociopolitique, économique et culturelle pour la communication des risques ; et
- traduction de communications techniques en matériel compréhensible et contextualisé.



B.4. Finance

Recommandation

La CRU a besoin d'un budget défini et soutenu qui devrait être une composante de la budgétisation de base pour la préparation, l'intervention et le relèvement en rapport avec les situations d'urgence.

Recommandation forte

Données factuelles de très faible qualité

Justification : Une recherche approfondie de données factuelles a constaté que les politiques, mécanismes ou aspects relatifs à l'importance d'un budget défini et soutenu en matière de communication sur les risques font rarement l'objet de discussions. Le GLD a décidé toutefois que les données factuelles issues de la littérature grise montrant que le manque de financement a entravé la CRU lors des crises récentes mettaient en évidence l'importance de recommander l'élaboration de politiques et de mécanismes de ce type.

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique ⁽³⁵⁾

Rares sont les données factuelles qui abordent utilement la question. Bien que 341 documents potentiellement pertinents aient été identifiés, la plupart ne traitent pas directement du financement de la communication sur les risques. Certains d'entre eux mentionnent des mécanismes de financement, tels que le microcrédit, l'assurance et les fonds mutualisés à utiliser pour la gestion des risques de catastrophe (GRC). Beaucoup indiquent que la communication sur les risques ou la sensibilisation/l'éducation du public s'inscrit dans le cadre de la réduction des risques de catastrophe (RRC). Certains précisent que même si des supports de sensibilisation/d'éducation à la RRC existent, les messages de prévention ne parviennent pas jusqu'au niveau local. D'autres mentionnent la nécessité pour les gouvernements de consacrer des fonds (par exemple 1 % du budget national) à la RRC/GRC. Presque tous les documents classent le financement comme un défi majeur pour la GRC/la RRC, certains notant que la GRC/la RRC se trouvent dans un vide entre les programmes de développement et les programmes de secours, et ne sont donc financées par aucun des deux. Un autre message fréquent : la nécessité de combiner le financement et les efforts en matière de GRC/DRR et d'adaptation au changement climatique (ACC).

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

La littérature grise contenait peu de matériel pertinent. Cependant, ces documents mentionnent de façon récurrente que le manque de financement a entravé les premiers efforts de communication sur les risques au début de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014–2015 (36,37,38,39).

Pratique de la CRU

Lors de la réunion initiale qui consistait à délimiter la portée des lignes directrices, le GLD a défini des questions prioritaires pour rechercher des données factuelles sur les meilleurs moyens de déployer la communication sur les risques, compte tenu de l'évolution des nouveaux médias et des principaux changements sociétaux et démographiques. Les prises de position et recommandations suivantes en matière de meilleures pratiques reposent sur les données factuelles examinées pour ces questions.

C.1.

Planification stratégique de la communication

La planification stratégique inclut principalement l'appréciation et l'évaluation des activités d'intervention afin d'améliorer la sensibilisation du public et d'influencer les comportements avant, pendant et après une urgence de santé publique. L'examen des données factuelles a indiqué qu'il existe plusieurs stratégies pour assurer une communication efficace dans de telles situations. Le GLD a convenu que la planification représente une meilleure pratique générale qui devrait être présentée avant les recommandations spécifiques sur la pratique en matière de CRU.

Prise de position sur la meilleure pratique

La planification de la CRU doit avoir lieu nettement en amont, et être un processus continu axé sur la préparation et la riposte. La planification doit être sensible aux besoins des parties prenantes, participative, adaptée au contexte et elle doit tenir compte des réactions des groupes concernés.

Remarques

- La planification fonctionne de façon optimale lorsqu'il y a collaboration entre les groupes constitutifs avec des rôles et des responsabilités clairement définis. Les agences de santé, les systèmes d'urgence et d'autres services publics doivent collaborer et établir des réseaux de communication pour se préparer aux événements.
- La planification de la communication doit prendre en compte les communautés, les cultures et les styles de vie des différents segments de la population et, en outre, concevoir l'éducation et la préparation aux catastrophes autour de ces structures sociales.
- Il convient d'identifier et d'utiliser de multiples canaux et moyens de communication afin de véhiculer les messages sur les catastrophes.
- La planification devrait inclure des mises à jour de la formation/de l'information pour le personnel chargé de la communication, et des mécanismes pour réaliser une rapide évaluation initiale de la situation.
- La planification devrait inclure le repositionnement des ressources/supports de communication, y compris les principaux messages, les informations (par exemple les aide-mémoire) et les points à aborder pendant les discussions.
- La planification devrait inclure la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation de l'efficacité des messages et les ajuster si nécessaire.
- La planification doit être un processus inclusif dans lequel on recherche tous les groupes concernés, on les inclut, on les écoute et on les fait participer afin qu'ils s'approprient le processus. Les communautés susceptibles d'être concernées doivent participer dès le stade de la planification.

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Conclusions tirées de la revue systématique (40)

Les études examinées montrent qu'il est important de fusionner l'expertise scientifique avec les connaissances locales (expérience directe) des communautés touchées par une urgence de santé publique. Les efforts de planification stratégique doivent prendre en compte le rôle de la culture dans la préparation et la riposte afin de contextualiser les efforts visant à répondre aux besoins de populations diverses. Les efforts déployés au cours des différentes phases de l'événement doivent faire participer les parties prenantes locales, qui jouent un rôle important dans la communication des messages clés et pour inciter les populations à passer de la sensibilisation à l'action.

La recherche se concentre sur les interventions en cas de catastrophe, ce qui permet de comprendre les étapes nécessaires pour atténuer les effets des situations de catastrophe. Cependant, les études figurant dans la présente revue encouragent à intensifier les efforts de préparation aux catastrophes. C'est d'autant plus essentiel dans les régions et les communautés qui peuvent être désensibilisées à la menace et aux dommages causés par une catastrophe, car leurs expériences passées peuvent avoir amoindri leur perception du risque. Ainsi, une information accrue n'entraîne pas automatiquement un changement de comportement, et il est important d'utiliser de multiples canaux et moyens de communication pour atteindre ces populations. Il faut, pour ce faire, passer des formes traditionnelles de communication de masse à des formes mieux adaptées sur le plan local. On peut, par exemple, utiliser les membres de la communauté et de la famille pour diffuser des messages clés, des programmes d'intervention, des campagnes de sensibilisation à long terme, ainsi que la diffusion d'informations dans les centres communautaires, les centres religieux et d'autres canaux permettant d'accéder à l'information au moment où une catastrophe survient.

Les conclusions de la présente revue concordent largement avec celles des revues précédentes présentées ci-dessous.

- Les agences de santé, les systèmes d'urgence et d'autres services publics doivent collaborer et établir des réseaux de communication en prévision des événements.
- Les stratégies de communication doivent prendre en compte les communautés, les cultures et les styles de vie des différents segments de la population et, en outre, concevoir l'éducation et la préparation aux catastrophes autour de ces structures sociales.
- La perception du risque est le principal facteur prédictif des comportements de prévention et d'atténuation des catastrophes.
- La perception du risque est elle-même déterminée par divers facteurs, notamment la connaissance des catastrophes, la confiance dans les représentants de l'État et les caractéristiques démographiques.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

Selon la littérature grise, une planification efficace de la communication stratégique commence bien avant une crise et comporte un certain nombre d'étapes : il faut élaborer une stratégie et un cadre afin de communiquer avec toutes les parties prenantes, développer et valider des messages fondamentaux pour répondre à des problèmes susceptibles de survenir en période de crise, former le personnel chargé de la communication et mettre au point un système d'examen et d'approbation rapides des messages (22,28,41). Il convient de décrire et de définir clairement les rôles et les responsabilités (28), et de constituer et maintenir un réseau de partenariats en matière de communication. Il convient d'élaborer un plan de collaboration avec les médias (42,43), ainsi qu'une trousse à outils pour les médias (29). Il convient de veiller à l'obtention d'un financement adéquat et en temps opportun (44).

Deuxième conclusion : le processus de communication doit commencer tôt (38) et une première étape essentielle consiste à mener une évaluation avec les responsables communautaires et les membres de la communauté afin d'identifier les canaux de communication privilégiés, les obstacles ou les problèmes potentiels, ainsi que les solutions envisageables (32,45). Une étude a noté que l'évaluation anthropologique médicale devrait être utilisée au début de la phase de riposte, afin que les messages et les interventions puissent être élaborés en conséquence (46). Cette évaluation devrait inclure l'écoute des doléances et la prise en compte des coutumes et des cultures de tous les groupes concernés (28,47).

L'approche CLEME (Community Led Ebola Management and Eradication) constitue un exemple de cette démarche (48). On a commencé par une évaluation de la situation, une cartographie communautaire et la collecte d'informations sur la prise en charge des malades et des morts, ainsi qu'une visite auprès de la communauté. La communauté a ensuite décidé ensemble des interventions, les a adaptées à des groupes spécifiques et les a mises en œuvre. L'analyse contextuelle, le retour d'information et des visites de suivi ont servi à ajuster les interventions.

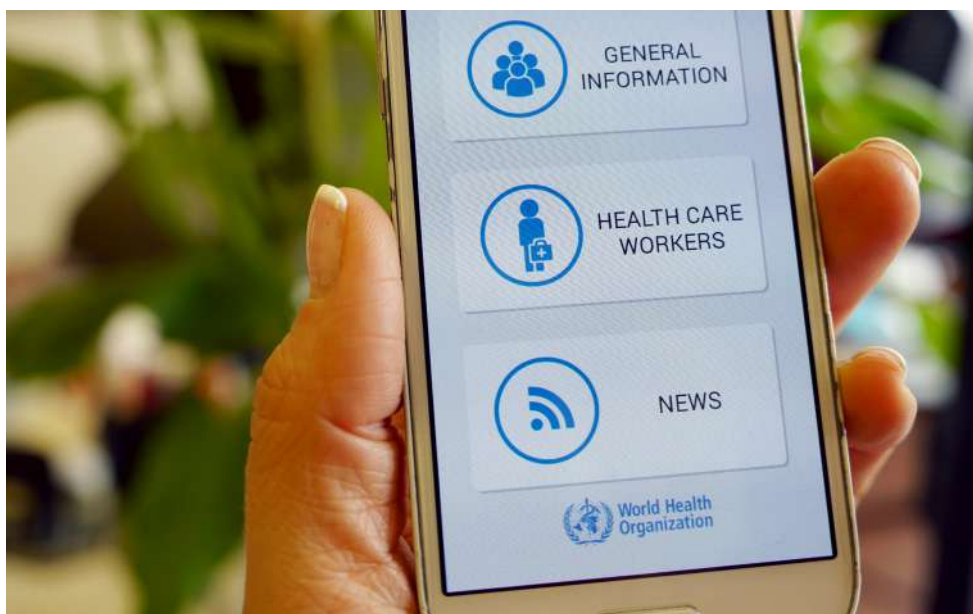
Voici d'autres éléments d'une bonne planification des communications : distinguer les messages fondés sur des données factuelles des messages incertains (36); s'assurer que les enseignements ont été compris et appliqués (44) ; et renforcer les capacités de communication locales (42).

C.2. Outils de suivi et d'évaluation

Recommandation en faveur de nouvelles recherches

La recherche est nécessaire pour établir les meilleurs mécanismes et méthodes permettant d'évaluer rapidement les interventions de CRU, et d'incorporer les conclusions de l'évaluation et les commentaires des parties prenantes et des communautés afin d'informer, et d'améliorer les ripostes actuelles et futures.

Justification : Le GLD a convenu qu'il était essentiel d'établir une « boucle de rétroaction » efficace permettant l'intégration des résultats de l'évaluation dans la CRU, mais l'examen systématique n'a pas trouvé de données factuelles attestant de l'efficacité des outils d'évaluation actuels. Le GLD a donc décidé de recommander que les outils utilisés pour établir des boucles de rétroaction, qui sont tous actuellement utilisés (voir la liste ci-dessous), mais pour lesquels on ne cherche pas systématiquement à prouver l'efficacité à l'aide de données factuelles, devraient constituer un domaine prioritaire de la recherche sur les risques. Bien que tous les domaines de la pratique de communication sur les risques nécessitent des recherches plus approfondies (voir la section « priorités et lacunes de la recherche » ci-dessous), cela a été considéré comme une lacune tellement importante que le GLD en a fait une recommandation distincte.



Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

Bien qu'il n'y ait pas de données factuelles indiquant quels outils fonctionnent le mieux, le tableau 4 répertorie les outils utilisés pour rassembler et classer les données de la littérature par phase de riposte, ce qui peut être envisagé comme domaine de recherche pour établir les meilleurs mécanismes permettant de développer une boucle de rétroaction.

Tableau 4
Outils de collecte des données

Préparation (outils à des fins d'exploration et de participation lors de l'élaboration de stratégies de CRU)	Riposte/relèvement (outils permettant d'évaluer et de surveiller l'efficacité des stratégies de CRU)
Groupes de discussion	Groupes de discussion
Entretiens	Entretiens
Enquêtes	Enquêtes
Approches participatives	Suivi des médias/réseaux sociaux Suivi des sites Web Études de cas

C.3. Réseaux sociaux

Recommandations

C.3.1 Les réseaux sociaux peuvent être utilisés pour faire participer le grand public, faciliter la communication entre pairs, faire prendre conscience de la situation, surveiller et répondre aux rumeurs, aux réactions de la population et aux préoccupations en cas d'urgence, et faciliter les interventions au niveau local.

Recommandation conditionnelle

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Des données factuelles de qualité moyenne indiquent que les réseaux sociaux font participer le grand public et permettent de faire prendre conscience de la situation, de surveiller et de dissiper les rumeurs, d'apporter une réponse aux préoccupations et aux réactions de la population et de faciliter la communication entre pairs et les interventions au niveau local. Cependant, le GLD, ayant évalué les besoins en ressources, la faisabilité et les préjudices tels que la mauvaise utilisation, les préoccupations culturelles et les limites, a décidé que cette recommandation devrait être conditionnelle en raison de la nature contextuelle de l'utilisation et de l'application des réseaux sociaux. Les réseaux sociaux englobent un large éventail d'activités et d'outils, tels que le réseautage, le partage de photos/vidéos, la diffusion en direct et le microblogging, chacun ayant ses propres limites, et un intérêt différent selon les circonstances et les différents niveaux d'accessibilité financière.

C.3.2 Les réseaux sociaux et les médias traditionnels devraient faire partie d'une stratégie intégrée avec d'autres formes de communication pour faire converger des informations vérifiées et précises.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Des preuves de qualité moyenne indiquent que l'intégration des réseaux sociaux dans les actions des médias traditionnels favorise la convergence de l'information et la confiance dans cette information. Les répercussions sur le plan des ressources sont minimales, et on n'a identifié ni inconvénients significatifs ni problèmes de faisabilité. C'est pourquoi le GLD a décidé que cette recommandation devait avoir le statut de forte.

Considération relative à la mise en œuvre (s'applique à la mise en œuvre des deux recommandations ci-dessus) : Les agences gouvernementales et les partenaires de mise en œuvre doivent former, employer et rémunérer des responsables des réseaux sociaux afin de nouer des relations avec les parties prenantes, et utiliser régulièrement les réseaux sociaux pour renforcer la confiance et la crédibilité avant, pendant et après les situations d'urgence.

Conclusions tirées de la revue systématique (49)

La plupart des études ont été menées en Australie, au Japon, en République populaire de Chine et aux États-Unis, ainsi qu'en Europe. Les phénomènes les plus souvent étudiés ont été les tremblements de terre, les ouragans, les maladies infectieuses et les inondations. La plupart des études sur l'utilisation des réseaux sociaux pour la communication sur les risques se concentrent sur les messages postés par les agences publiques et gouvernementales sur Twitter, Sina Weibo (l'équivalent de Twitter en Chine) et Facebook. Une minorité d'études se concentre sur d'autres réseaux sociaux (tels que Flickr), les SMS, les blogs, YouTube et les applications de cartographie. Les phases les plus couramment analysées sont la phase de confinement ou la phase de confinement en combinaison avec les phases de préparation, d'apparition et/ou de relèvement. La plupart des études portent sur la population en général ou sur les responsables des agences de santé. Seule une petite minorité d'entre elles contient des données démographiques sur les groupes vulnérables.

L'examen a révélé que les réseaux sociaux, en particulier Twitter et Facebook, pourraient être utilisés pour diffuser des informations véridiques et pour vérifier les informations afin de dissiper les rumeurs et la désinformation pendant les crises de santé publique. C'est particulièrement important pour les réseaux sociaux alternatifs qui ne sont pas immédiatement contrôlés par le gouvernement dans les pays où la population se méfie des messages officiels et des campagnes menées par les pouvoirs publics, et se tourne vers les internautes pour trouver plus d'informations.

Des études démontrent que les utilisateurs des réseaux sociaux, en particulier Twitter et Facebook, vérifient la grande majorité des messages par eux-mêmes. Les agences utilisent activement des messages permettant de dissiper les fausses informations afin de mettre fin aux rumeurs et de diffuser des

Résumé des données factuelles et éléments à prendre en compte

informations dignes de foi. Si la surveillance et la correction par les pairs garantissent largement l'exactitude des messages diffusés par les réseaux sociaux, on observe que les agences gouvernementales et les partenaires de mise en œuvre doivent former, employer et rémunérer des responsables des réseaux sociaux afin de nouer des relations avec les populations à risque et les parties prenantes, d'utiliser régulièrement les réseaux sociaux pour renforcer la confiance et la crédibilité et de mettre fin aux rumeurs et à la désinformation dès qu'elles apparaissent.

L'utilisation de hashtags a été jugée utile pour combattre les idées fausses. C'est ce qu'a montré une série d'études basées en Australie pendant une inondation, où la police locale a été citée en exemple pour avoir utilisé ses comptes sur les réseaux sociaux afin de dissiper rapidement les idées fausses et de fournir des informations cohérentes, précises et en temps voulu. On a constaté que les organismes gouvernementaux devraient utiliser des hashtags qui se sont développés « organiquement » sur les réseaux sociaux, qui sont déjà utilisés par la majorité des gens et qui sont largement diffusés, plutôt que de créer leurs propres hashtags liés à un événement et d'insister pour que les autres les utilisent.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

Une étude a révélé que 87 % des médecins au Brésil utilisent WhatsApp pour communiquer avec les patients et que le téléphone portable a dépassé la télévision en tant que principale forme de consommation médiatique (50). En Afrique de l'Ouest, les applications de chat, en particulier WhatsApp, étaient considérées supérieures aux SMS parce qu'elles coûtent moins cher. WhatsApp s'est également révélée utile pour traquer les rumeurs (36). Parmi les autres nouveaux outils multimédia, on note le système RapidPro SMS (51). On a également constaté que les réseaux sociaux sont de plus en plus utilisés pour surveiller ce que le public dit sur les questions de santé publique (27).

Les SMS ou les messageries texte ont été utilisés avec succès pour suivre et combattre les rumeurs et communiquer avec des personnes dans les zones de quarantaine pendant l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (38,39,43). Un effort de collaboration entre la British Broadcasting Corporation (BBC) et WhatsApp a permis à des messages de l'OMS, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis d'être transmis directement à 20 000 abonnés, dont la plupart se trouvaient en Afrique de l'Ouest. En Sierra Leone, la version locale de cette application comptait 15 000 abonnés à la fin de l'épidémie (44). La messagerie textuelle a également été utilisée pour la surveillance en temps réel (34). Le Nigéria a eu recours aux téléphones portables pour diffuser des messages sur le virus Ebola (52), et le gouvernement de la Sierra Leone a choisi WhatsApp comme l'un de ses moyens de riposte officiels. Les réseaux sociaux ont permis à la diaspora de la Sierra Leone de jouer un rôle dans la mobilisation sociale, bien qu'elle vive à l'étranger, par le biais de Skype, Facebook, WhatsApp et des smartphones pour partager des informations sur l'épidémie. Les membres de la diaspora qui travaillaient dans les métiers de la santé ont utilisé les réseaux sociaux pour mobiliser leurs réseaux professionnels, commerciaux et politiques, ainsi que leurs familles (53).

C.4. Communication de messages

Recommandations

C.4.1 Le risque ne devrait pas être expliqué en termes techniques, car cela ne permet pas de promouvoir les comportements susceptibles d'atténuer les risques.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : Le GLD a convenu qu'il y avait effectivement préjudice lorsque le langage technique déroutait les gens ou les empêchait d'adopter des mesures et des comportements protecteurs. Ses membres s'accordent à dire qu'en évitant l'emploi de termes techniques, on pouvait améliorer l'atténuation des risques, et que cette mesure est réalisable et n'entraîne pas de conséquences majeures en termes de ressources.

C.4.2 Les messages cohérents doivent provenir de différentes sources d'information et être diffusés au début d'une situation d'urgence.

Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : La présente revue et d'autres revues consacrées à la confiance et à l'incertitude apportent toutes des données factuelles sur le fait que l'envoi de messages cohérents par l'intermédiaire de différentes sources d'information dans une situation d'urgence accroît la probabilité que les gens croient ces messages et en tiennent compte. Le GLD a convenu qu'il s'agissait là d'une pratique importante pour la diffusion de messages. Il a également souligné les inconvénients que peut présenter une diffusion tardive des messages, car les rumeurs risquent de s'enraciner et de former la base d'idées reçues.

C.4.3 Les messages devraient promouvoir des actions spécifiques que les gens peuvent raisonnablement prendre pour protéger leur santé.

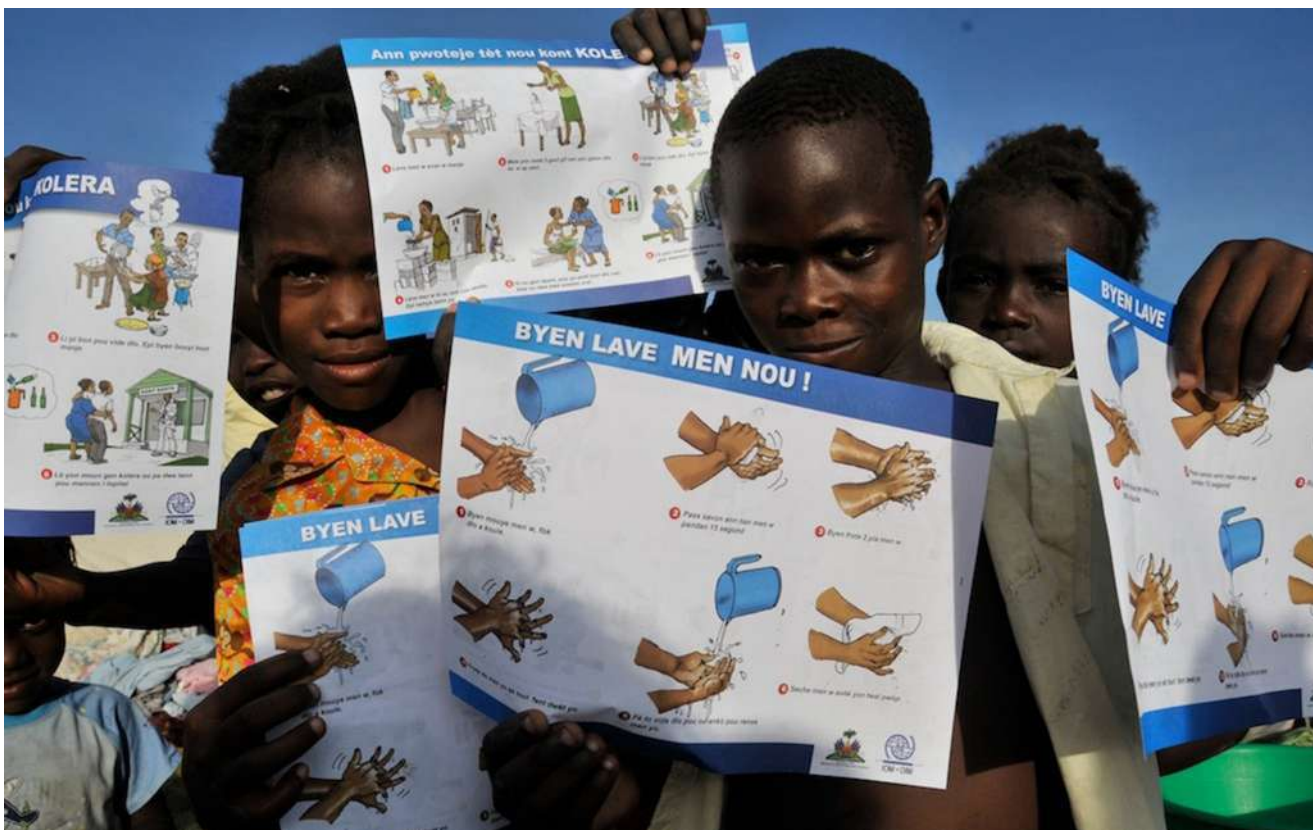
Recommandation forte

Données factuelles de qualité moyenne

Justification : La présente revue et d'autres revues axées sur la confiance ont souligné l'intérêt des actions spécifiques, adaptées à la culture et au contexte, que les gens peuvent prendre pour se protéger lors d'une situation d'urgence. Le GLD a noté que la diffusion de messages vagues ou généraux qui ne veulent pas dire grand-chose et déroutent les gens constitue un préjudice. L'équité (qui consiste à communiquer des actions réalistes à des groupes vulnérables, tels que les personnes handicapées) a joué un rôle important dans la décision de faire de cette recommandation une recommandation forte.

Remarques

Éléments à prendre en compte pour la mise en œuvre pour toutes les recommandations relatives à la communication de messages : i) les messages doivent s'inscrire dans des contextes culturels et être adaptés à ceux-ci en effectuant des tests préalables auprès des publics visés ; ii) les messages doivent être revus et redéfinis périodiquement à mesure que la situation d'urgence évolue.



Conclusions tirées de la revue systématique (54)

Les résultats de l'examen de 34 études en langue anglaise et de 33 autres études dans les langues des Nations Unies sont énumérés ci-dessous.

- Les responsables de la santé publique semblent être la source la plus crédible d'information sur les risques. Selon la culture, dans certains cas, on constate, en général, que les responsables publics et les sources d'informations non locales sont moins crédibles.
- Bien que l'étude ait constaté que les médias de masse traditionnels, en particulier la radio et la télévision, ont le plus d'impact, les réseaux de communication interpersonnelle prennent de l'importance lorsque les événements incluent notamment l'interruption ou l'arrêt de l'alimentation électrique.
- Les messages cohérents doivent provenir de différentes sources d'information et être diffusés au début d'une situation d'urgence, sinon les rumeurs risquent de s'enraciner.
- Les messages doivent être transmis dans un langage non technique.
- Les messages provenant d'un ensemble de sources seront intégrés dans les messages provenant d'autres sources, qu'ils émanent des médias de masse, de la famille et des amis. Étant donné que les messages sont intégrés au niveau individuel, ils doivent être élaborés « de bas en haut » de sorte à tenir compte de la culture et du contexte politique.
- En tenant compte de la nécessité de comprendre la culture locale, il sera possible d'élaborer des messages pour recommander des comportements spécifiques de protection de la santé adaptés à la culture en question.
- Il est important de noter que les individus et parfois les communautés rejettent de nombreuses sortes de messages pour diverses raisons, qui sont parfois communes mais difficiles à généraliser.
- Par exemple, il est difficile d'obliger les gens à évacuer ou à obéir aux restrictions de quarantaine selon la culture et le système politique auxquels ils appartiennent, mais les raisons qui sous-tendent cette difficulté sont très diverses.

Conclusions tirées de la revue de la littérature grise

La revue de la littérature grise révèle qu'il est essentiel de savoir comment les individus obtiennent des informations sur la santé (55). Sinon, même les messages les mieux conçus peuvent ne servir à rien s'ils sont placés là où on ne les verra pas. Le groupe cible devrait permettre d'évaluer cette éventualité étant donné la grande diversité de la consommation médiatique.

La crédibilité et la fiabilité de la source ont une incidence sur les changements de comportement. Plusieurs études ont révélé que l'invocation de sources crédibles (28,43,56) ou l'opinion de responsables communautaires, de membres de la famille ou d'amis en qui l'on a confiance pouvait influencer le changement de comportement (73). L'utilisation de messages communiquant le nombre et les récits de survivants a également encouragé l'adoption de certains comportements (50). Un rapport note que si l'on a recours à des experts, il faut également souligner qu'ils sont dignes de foi (43).

7.1 Priorités et lacunes de la recherche

Tableau 5
Priorités et lacunes de la recherche

Domaine	Lacunes identifiées
A.1 Confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture insuffisante des pays à faible revenu. • Absence d'examen complet des diverses composantes de la confiance ainsi que des concepts qui recoupent largement la confiance, mais qui peuvent s'exprimer différemment, comme la certitude. • Absence d'études longitudinales. • Recherche insuffisante sur la façon dont les médias de masse et les réseaux personnels interagissent pendant les événements.
A.2 Communication sur les incertitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de mener des travaux de recherche sur l'impact des médias numériques et sur la fracturation du paysage de l'information en prenant pour axe la façon dont les populations évaluent et font confiance à ce qu'elles voient, ce qu'elles entendent et ce qu'elles lisent. • Absence d'examen complet des différentes conceptualisations et composantes de l'incertitude • Insuffisance des études examinant la conception des messages susceptibles d'améliorer la compréhension des informations relatives à l'incertitude. • Recherche comparative insuffisante entre les pays, en particulier dans ceux à faible revenu et à revenu élevé. • Attention insuffisante accordée aux populations vulnérables, qui sont souvent celles qui ont le moins accès aux informations et sont les moins exposées aux informations officielles. • Absence d'études longitudinales.
A.3 Participation communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'études sur les moyens efficaces de faire participer les communautés à des activités de planification, de préparation et d'intervention. Cela s'applique aux activités avant, pendant et après les catastrophes/situations d'urgence, et aux différents niveaux communautaires, aux communautés dans leur ensemble, aux secteurs communautaires et aux individus/ménages appartenant à la communauté. • L'absence de distinction dans la littérature entre la participation pendant la préparation et la riposte révèle des lacunes qui nécessitent une attention particulière. Même si les catastrophes/situations d'urgence surviennent toujours au niveau local, il est possible de mener des activités qui fassent participer les communautés à différents échelons (État, régional, national et international). • Aucune étude n'a examiné comment les communautés (dans leurs nombreuses définitions) pourraient jouer un rôle dans les activités menées au niveau le plus éloigné.
B.1 Gouvernance et leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche nécessaire dans les pays/régions à revenu faible ou intermédiaire. • Nécessiter de mener des travaux de recherche qui mesurent l'effet d'une intervention/activité plutôt que de se contenter de la décrire.
B.2 Systèmes d'information et coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche nécessaire dans les pays/régions à revenu faible ou intermédiaire. • Nécessité de mener des travaux de recherche qui mesurent l'effet d'une intervention/activité plutôt que de se contenter de la décrire.
B.3 Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Les données factuelles existantes sur la meilleure façon de développer et de maintenir la capacité du personnel chargé de la CRU sont rares, et on ne peut s'empêcher d'en conclure que la détermination des facteurs qui contribuent à l'efficacité de la formation suscitent peu d'intérêt.
B.4 Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Une recherche approfondie de données factuelles n'a trouvé aucune discussion sur les politiques, mécanismes ou aspects relatifs à l'importance d'un budget défini et soutenu en matière de communication sur les risques. • Il est urgent de réaliser des recherches/analyses sur les moyens efficaces permettant d'assurer un financement durable de la CRU.

Domaine	Lacunes identifiées
C.1 Planifier	<ul style="list-style-type: none"> • Géographie : Les études sont massivement axées sur les populations aux États-Unis, quelques-unes s'intéressent à l'Afrique et à l'Australie, certains pays asiatiques, tels que la Chine et le Japon, ainsi que l'Europe de l'Est ; environ la moitié des études se concentrent sur la phase de démarrage et un peu plus de la moitié sur la phase d'évaluation. • Type de situation d'urgence : Les types de catastrophes/d'urgences de santé publique les plus souvent étudiés sont les événements sismiques tels que les tremblements de terre et les tsunamis, les phénomènes météorologiques tels que les tempêtes et les inondations, ainsi que les maladies infectieuses émergentes ; la plupart sont basés sur des données provenant d'échantillons de petite taille ; il est donc peu probable que les chercheurs aient recueilli des échantillons entièrement représentatifs des populations touchées. • Phase : Peu d'études se sont concentrées sur des stratégies spécifiques qui établissaient un lien clair entre l'augmentation de la quantité d'information pendant la phase de planification/préparation et le changement d'intervention pendant les phases de démarrage, de confinement et de relèvement.
C.2 Suivi et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Les revues systématiques et celles issues de la littérature grise n'ont pas mis au jour de données factuelles permettant d'établir si l'un des outils d'évaluation actuels aboutissait effectivement à une boucle de rétroaction capable de mieux informer la réponse actuelle et future en matière de communication sur les risques. • Le GLD a recommandé de mener des recherches sur des boucles de rétroaction efficaces et notamment sur les points suivants : moment de l'évaluation, quand et comment procéder, raisons pour lesquelles cela n'a pas été fait, outils permettant une évaluation rapide et capacités devant être en place pour effectuer une évaluation rapide.
C.3 Réseaux sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'études s'intéressent à l'utilisation des réseaux sociaux pendant les phases de relèvement et de préparation. D'un point de vue géographique, l'Afrique, l'Amérique centrale et du Sud, l'Asie centrale et du Sud-Est, et le sous-continent indien ainsi que l'Europe de l'Est restent largement sous-étudiés • Lorsque les réseaux sociaux sont étudiés, l'analyse des caractéristiques démographiques des utilisateurs dépasse rarement leur localisation géographique, le fait qu'ils se trouvent à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone concernée, ainsi que la fréquence et le contenu des messages qu'ils envoient. • Les données démographiques socioéconomiques ne sont pas collectées et/ou analysées pour explorer plus avant ce qu'implique l'utilisation des réseaux sociaux pour atteindre les populations vulnérables. • Certains aspects demeurent largement sous-étudiés, comme par exemple : quelles sont les personnes que parviennent à atteindre les campagnes sur les réseaux sociaux et quelles sont celles qu'il faut atteindre par d'autres moyens, quel est l'impact des réseaux sociaux dans le cadre d'une stratégie de communication multimodale ? • Les études indiquent une surcharge d'informations et une confusion pouvant découler de l'utilisation des réseaux sociaux lors d'événements/de catastrophes. Cependant, la façon dont les individus peuvent utiliser correctement les réseaux sociaux et recouper les informations trouvées sur Internet avec celles d'autres médias demeure mal comprise.
C.4 Communication de messages	<ul style="list-style-type: none"> • On observe une absence de données sur l'impact des premiers messages sur les risques pendant les premiers jours (apparition précoce du risque d'urgence) et une absence de recherches sur la façon de promouvoir la préparation individuelle aux maladies infectieuses d'urgence. • La vulnérabilité est généralement définie selon des critères géographiques ou liés à l'âge, au sexe et au handicap physique. De nouvelles recherches devraient examiner la vulnérabilité sous l'angle psychosocial ou socioéconomique. • Il n'existe pas d'étude empirique sur la façon dont l'information sur les risques doit être modifiée au cours d'un événement (liée à la recommandation relative à la recherche en évaluation). • La création de « nouvelles normes », par exemple se laver les mains, peut se révéler plus utile que la simple fourniture d'informations, qui doivent être étudiées et mesurées.

7.2

Composition des groupes chargés d'élaborer des lignes directrices

Groupe d'orientation interne (GOI)

Mis en place en 2014, le GOI comprend des membres du personnel de l'OMS qui travaillent dans le domaine de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence ainsi que dans la communication. Une première discussion informelle a eu lieu en octobre 2014, suivie d'une réunion officielle en mars 2015. Le GOI supervise la portée des lignes directrices, la sélection des membres du GLD, la gestion des revues systématiques et la production finale des lignes directrices. La liste complète des membres du GOI figure au Tableau 6 de l'annexe 1.

7.3

Groupe chargé de l'élaboration des lignes directrices

Le secrétariat a consulté les principaux partenaires, les parties prenantes et le GOI afin d'identifier les personnes disposant des compétences requises, notamment dans les domaines de travail suivants : situations d'urgence, pandémies et épidémies, gestion des risques de catastrophe, communication et d'autres disciplines pertinentes telles que l'anthropologie, la sociologie et les systèmes de santé. Les membres ont été sélectionnés de sorte à respecter un équilibre entre hommes et femmes et entre régions géographiques. Le Tableau 7 de l'annexe 1 donne la liste complète des membres du GLD, les organisations auxquelles ils sont rattachés, leurs domaines de compétence et les intérêts qu'ils ont déclarés.



Présidents du GLD

Marsha Vanderford, alors Directrice adjointe chargée des communications aux Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Health, Atlanta (Géorgie, États-Unis) a été la première présidente du GLD, lors de la première réunion visant à définir le champ d'application, à formuler des questions et à chercher des données factuelles. Mais, lorsqu'en janvier 2016, le Dr Vanderford est devenue membre du personnel de l'OMS, elle a dû cesser de participer au GLD. Elle a été remplacée par deux Présidents, Amrita Gill Bailey des Strategic Communication Programs de l'Université Johns Hopkins de Baltimore (Maryland, États-Unis) et Peter Banga de la Polytechnic School of Journalism and Media Studies, de Bulawayo (Zimbabwe). Mme Bailey et M. Banga ont coprésidé la réunion d'élaboration des lignes directrices, qui s'est tenue à Genève les 16 et 17 février 2017, au cours de laquelle le GLD a utilisé les données factuelles recueillies pour énoncer des recommandations.

Groupe de revue externe (GRE)

Le GRE se composait d'experts en communication sur les risques et de praticiens ayant de l'expérience dans les situations d'urgence, dont les recherches universitaires portent sur l'analyse des stratégies et des expériences de communication des risques, et travaillant dans des régions du monde qui connaissent des flambées et des situations d'urgence. Ils avaient pour rôle de réexaminer le projet de lignes directrices afin d'y apporter plus de clarté, de commenter sur la faisabilité ou l'utilité des recommandations, et d'identifier les problèmes contextuels, les conséquences en termes de mise en œuvre, les problèmes pour les utilisateurs finals et tout autre domaine ou question jugés importants (annexe 1, le Tableau 8 répertorie les membres du GRE, les organisations auxquelles ils sont rattachés et les conflits d'intérêts, le cas échéant).

Gestion des conflits d'intérêts

Tous les experts participant à l'élaboration de ces lignes directrices (membres du GLD, membres du GRE, experts réalisant les revues systématiques, spécialistes en méthodologie et autres consultants) ont au préalable été invités à remplir un formulaire de déclaration d'intérêts (DI) détaillant tout intérêt susceptible de poser problème.

Le secrétariat a également effectué une recherche en ligne sur les activités et publications des membres potentiels du GLD et du GRE afin de déterminer s'ils avaient des intérêts divergents empêchant leur participation à l'élaboration des lignes directrices. Les membres du GLD ont également été invités à soumettre de courtes biographies, qui ont été publiées pour commentaires avant que leur adhésion ne soit confirmée.

Le secrétariat a examiné et évalué tous les intérêts déclarés avant chaque réunion afin de déterminer si des participants avaient des intérêts divergents susceptibles d'empêcher ou de limiter leur participation au processus. Tous les intérêts déclarés qui pourraient être considérés comme des intérêts concurrents ont été transmis pour examen au Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique de l'OMS. Avant chaque réunion du GLD, les participants ont été invités à mettre à jour leurs formulaires de déclaration d'intérêts. Celles-ci ont été résumées et présentées à l'ensemble du groupe, de sorte que le groupe était au courant de tous les intérêts potentiellement concurrents existants.

Lors de chaque réunion du GLD, une explication claire de ce qui était considéré ou défini comme un conflit d'intérêts a été fournie. Ceux-ci incluaient tout intérêt (par exemple universitaire) qui pourrait raisonnablement être perçu comme affectant l'objectivité et l'indépendance d'une personne travaillant avec l'OMS. On a ensuite demandé à tous les membres du GLD présents s'ils avaient des intérêts concurrents à déclarer au groupe en plus de ceux indiqués dans leurs formulaires de déclaration d'intérêts.

Comme nous venons de l'expliquer, toutes les personnes invitées à apporter une contribution substantielle à l'élaboration des lignes directrices (dont la préparation de revues systématiques et de profils de données factuelles, ou la formulation de recommandations et la rédaction de directives) ont également rempli les formulaires de déclaration d'intérêts avant que leur rôle ne soit confirmé. On a jugé qu'aucun des membres du GLD ou du GRE, aucun des experts réalisant les revues systématiques, aucun des spécialistes de la méthodologie et aucun des consultants en appui du groupe d'orientation n'avait d'intérêts divergents qui justifient d'empêcher ou de limiter sa participation. Voir l'annexe 1 pour les intérêts déclarés.



World Health
Organization

8.

Plans pour la diffusion et l'évaluation de l'effet de ces recommandations

L'efficacité de la présentation, du ciblage, du marketing et de la diffusion de ces lignes directrices est essentielle pour atteindre les principaux destinataires : décideurs et praticiens chargés de la communication sur les risques avant, pendant et après une urgence sanitaire. Un volet important de la stratégie de diffusion consiste à élaborer des outils comprenant des guides pas-à-pas, des manuels de terrain, des listes de contrôle et des cours de formation en ligne, afin de faciliter la mise en œuvre des recommandations d'ensemble.

Présentation

Les lignes directrices existeront dans toutes les langues officielles des Nations Unies (anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe), ainsi qu'en portugais. Elles seront aussi traduites dans les langues locales utilisées dans les pays connaissant des flambées de maladies ou des épidémies, ou risquant fortement d'y être confrontés.

Diffusion

Les lignes directrices seront diffusées par les canaux suivants.

- Note d'orientation (dossier d'information) à tous les États Membres et bureaux de pays de l'OMS, par l'intermédiaire de l'Unité Partenariat et coopération avec les pays de l'OMS.
- Courrier électronique à l'ensemble des partenaires opérationnels au sein du système des Nations Unies, ONG internationales, partenaires de financement, etc.
- Écoles de journalisme et réseaux de radio nationaux, locaux et communautaires, par le biais de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
- Information des points focaux, partenaires, chercheurs et milieux universitaires des États Membres sur la plateforme OpenWHO, y compris agences et experts faisant actuellement partie des réseaux OMS de communication sur les risques et d'interventions en sciences sociales.
- Publication sur le site Web de l'OMS et diffusion des liens connexes à l'ensemble des individus et partenaires associés à l'élaboration des lignes directrices ; tous les intervenants des programmes d'urgence et de communication sur les risques au sein de l'OMS, par des listes de distribution ; partenaires contribuant à la communication sur les risques/participation communautaire, par le réseau de coordination de la communication sur les risques ; réseau de formation de journalistes de l'OMS ; réseau de communication d'urgence (ECN) de l'OMS ; liste OMS des médias.
- Documents imprimés mis à disposition au Siège de l'OMS et dans les bureaux régionaux, et accessibles, sur demande, aux personnes et partenaires associés à l'élaboration des lignes directrices.
- Conférences universitaires, tables rondes et réunions auxquelles assistent les personnes chargées des revues systématiques, membres du GLD et le secrétariat pour analyser et promouvoir les conclusions et les recommandations des lignes directrices à compter de mai 2017.
- Manuels, cours de formation et modes opératoires normalisés, qui seront constitués pour la mise en application des recommandations des lignes directrices, en consultation avec les partenaires et utilisateurs finals.

8.1

Suivi et évaluation

Suivi de l'utilisation des lignes directrices

Le suivi de l'utilisation des lignes directrices sera effectué principalement de cinq manières.

- Retour d'information direct par les utilisateurs dans le cadre des méthodes de marketing et de diffusion décrites plus haut.
- Enquête en ligne auprès des principaux acteurs mondiaux et régionaux, ainsi que des acteurs nationaux de premier plan sélectionnés, six et 12 mois après le lancement.
- Analyse des références aux lignes directrices dans les publications, documentations, stratégies d'intervention d'urgence et plans d'action connexes.
- Retour d'information par les utilisateurs des cours OpenWHO.
- Retour d'information lors des évaluations externes conjointes (JEE) réalisées périodiquement afin de jauger les principales capacités pour la gestion des urgences de santé publique, dont la communication sur les risques. Une question sur la connaissance de l'utilisation et de l'utilité des lignes directrices sera incluse dans l'outil d'évaluation JEE.

8.2

Revue par date

La CRU est un domaine qui évolue rapidement. Nombre des revues systématiques ayant décelé des lacunes dans les études (décrites plus haut et résumées dans le Tableau 5), on peut s'attendre à la production de nouvelles données factuelles qui feront apparaître une amélioration des approches et de la pratique. Il faudra donc envisager de revoir et de réviser ces recommandations cinq ans après leur publication (2022). Si, entre-temps, de nouvelles données indiquent qu'il est nécessaire de changer certaines pratiques recommandées, les lignes directrices seront révisées en conséquence.

Références bibliographiques

1. Règlement sanitaire international (2005), Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
2. Allen C, Arbutnott K, Bhaumik S, Bosch-Capblanch X, Bradley D, Clarke M et al. Report of the World Health Organization flash literature review: Guidance on emergency risk communication. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/systematic-reviews/en/>, consulté le 27 juillet 2017).
3. Cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005) : Outil d'évaluation extérieure conjointe Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208174/1/9789242510171_fre.pdf?ua=1, consulté le 24 mai 2017).
4. Ebola: ending the current outbreak, strengthening global preparedness and ensuring WHO's capacity to prepare for and respond to future large-scale outbreaks and emergencies with health consequences. WHO Executive Board, Special session on Ebola, Agenda item 3. Geneva: World Health Organization; 25 January 2015 (EBSS3.R1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-en.pdf).
5. Communication pour un impact comportemental (COMBI) – Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012 (WHO/HSE/GCR/2012.13, (http://www.who.int/ihr/publications/COMBI_ToolKit_fr.pdf?ua=1, consulté le 27 juillet 2017).
6. Effective media communication during public health emergencies – a WHO handbook. Geneva: World Health Organization; July 2005 (WHO/CDS/2005.31; <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf?ua=1>, consulté le 27 juillet 2017).
7. Effective media communication during public health emergencies – a WHO field guide. Geneva: World Health Organization; July 2005 (WHO/CDS/2005.31a; <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20FIELD%20GUIDE.pdf?ua=1>, consulté le 27 juillet 2017).
8. Outbreak communication – best practices for communicating with the public during an outbreak. Report of the WHO Expert Consultation on Outbreak Communications held in Singapore, 21–23 September 2004. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHO/CDS/2005.32; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69138/1/WHO_CDS_2005.32.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
9. Lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des flambées de maladies. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHO/CDS/2005.28, http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28fr.pdf?ua=1, consulté le 27 juillet 2017).
10. Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies, édition 2008. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44161/1/9789242597448_fre.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
11. GRADE (2011–2015). Key DECIDE tools [site Web]; <http://www.decide-collaboration.eu/>.
12. Sopory P, Wilkins L, Day A, Novak J, Eckbert KS, Wilkins LL et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q5: Quelles sont les activités les plus efficaces et les plus systématisables en matière de communication sur les risques pour que les autorités de santé apparaissent aux communautés concernées et à d'autres parties prenantes comme des sources fiables d'information pour la protection de leur santé ? Detroit, MI: Wayne State University; 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
13. Davis T, Srinivasan A. Ebola barrier analysis compendium: summary of barrier analysis studies on Ebola-related behaviors. Curamericas Global; 2016 (http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/BA_Ebola_Compendium.pdf, consulté le 17 juillet 2017).
14. Denney L, Mallett R, Jalloh R. Research livelihoods and services affected by conflict. After Ebola: why and how capacity support to Sierra Leone's health sector needs to change. London: Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC). Overseas Development Institute; 2015 (http://www.securelivelihoods.org/resources_download.aspx?resourceid=362&documentid=457, consulté le 27 juillet 2017).
15. Mallett R, Denney L. After Ebola: towards a smarter model of capacity building. London; Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC), Overseas Development Institute; 2015 (http://www.securelivelihoods.org/resources_download.aspx?resourceid=363&documentid=481).
16. Sopory P, Wilkins L, Day A, Novak J, Eckbert KS, Wilkins LL et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q11: What are the best ways to communicate uncertainties to public

- audiences, at-risk communities, and stakeholders? Detroit, MI: Wayne State University, 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q11-Final-Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
17. McKay J. Ebola response provides key lessons for risk communications: the CDC fumbled initial communications about Ebola transmission but recovered. What about next time? [site Web]. Emergency Management; 2015 (<http://www.emergencymgmt.com/health/Ebola-Response-Provides-Lessons-Risk-Communications.html>).
 18. Novak J, Day A, Sopory S, Wilkins LL, Padgett D, Eckert KS et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q9: Quelles sont les meilleures manières d'associer les communautés aux activités de communication sur les risques en situation d'urgence selon les événements/le contexte ? Detroit, MI: Wayne State University, 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q9-Final-Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
 19. Toppenberg-Pejcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Gamhewage G et al. Executive summary: rapid grey literature evidence review to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Final-Report-Executive-Summary-Rapid-Grey-Lit-Review.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
 20. Savoia E, Lin L, Short S, Jha A, Argentini, Klein N et al. Evidence syntheses to support the WHO Guidelines on Emergency Risk Communication. Harvard T.H. Chan School of Public Health, USA; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Harvard-WHO-report-q1.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
 21. Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures. Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires. Santé mondiale et politique étrangère. In : Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 9 février 2016. New York (NY) : Nations Unies, 2016 (A/70/723) (<http://undocs.org/fr/A/70/723>, consulté le 27 juillet 2017).
 22. U.S. Department of Health and Human Services Ebola response improvement plan 2016. Based on lessons learned from the 2014–2016 Ebola epidemic. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response; 2016 (<https://www.phe.gov/Preparedness/responders/ebola/Documents/EbolaIP.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
 23. Gresham L, Ramlawi A, Briski J, Richardson M, Taylor T. Trust cross borders: responding to 2009 H1N1 influenza in the Middle East. *Biosecure Bioterror*. 2009; 7:399–404.
 24. Cole JM, Murphy BL. Rural hazard risk communication and public education: strategic and tactical best practices. *IJDRR*. 2014; 10:292–304.
 25. Shepherd J, van Vuuren K. The Brisbane flood: CALD gatekeeper's risk communication role. *Disaster Prevention and Management*, 2014; 23:469–483.
 26. Chang N. Operations of the emergency information management system in Taiwan. *Fudan Public Admin Rev*. 2013; 2:147–168.
 27. Savoia E, Viswanath K. How to evaluate emergency risk communications activities. "How to" guide (draft outline March 15th 2015). Boston, MA: Harvard T.H. Chan School of Public Health; 2015 (<http://www.who.int/risk-communication/training/D12-risk-comm-outline.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
 28. Schoch-Spana M, Kwik Gronvall G, Brunson E, Kirk Sell T, Ravi S et al. How to steward medical countermeasures and public trust in an emergency – a communication casebook for FDA and its public health partners. Baltimore, MA: Center for Health Security; 2016 (http://www.upmchealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2016/MCMCommCasebookJune102016.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
 29. Community engagement and case analysis methods for developing post-incident risk communication strategies for intentional biological environmental contamination incidents. Final report. Washington, DC: United States Environmental Protection Agency (EPA); 2015 (https://cfpub.epa.gov/si/si_public_file_download.cfm?p_download_id=528739, consulté le 27 juillet 2017).
 30. Savoia E, Lin L, Short S, Jha A, Argentini, Klein N et al. Evidence syntheses to support the WHO Guidelines on Emergency Risk Communication. Q3 : How best to develop and sustain emergency risk communication staff capacity for preparedness and response. Orlando, FL: University of Central Florida: Nicholson School of Communications; 2017.
 31. William J, Nocera M, Casteel C. The effectiveness of disaster training for healthcare workers: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2008; 52:211–204.
 32. DeRoeck D. Guidance note on the use of oral cholera vaccines. Los Angeles, CA, and New York, NY: International Medical Corps (IMC) and International Rescue Committee (IRC); 2016 (<http://www.platformecholera.info/attachments/article/286/Guidance%20Note%20on%20the%20Use%20of%20Oral%20Cholera%20Vaccines%20-%20FULL%2042616.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
 33. Gautier L. Analysis of the community-led infection prevention strategy adopted in the context of preparing the response to the Ebola virus disease. New York, NY: International Rescue Committee; 2016.

34. Francia M. Social mobilizers empower 'hotspot' communities to fight Ebola in Sierra Leone. New York, NY: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (https://www.unicef.org/infobycountry/sierraleone_78953.html, consulté le 27 juillet 2017).
35. Toppenberg-Pejcic D. Evidence to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Search summary. Q4: Comment garantir un financement suffisant et durable pour la communication sur les risques en situation d'urgence ? Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Report-finance-review.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
36. Wilkinson S. Using media and communication to respond to public health emergencies: lessons learned from Ebola. Practice Briefing 01. London: BBC Media Action; 2016 (<http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/pdf/practicebriefings/ebola-lessons-learned.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
37. Sierra Leone YMCA Ebola outbreak emergency response evaluation report: YMCA. London: YCare International; 2016 (<http://1c8puy1lyrov7ssf1oz3o22.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2016/03/SLYMCA-Ebola-Emergency-Response-Evaluation-Report.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
38. Ebola outbreak, Liberia: communication: challenges and good practices 2015. Geneva: Assessment Capacities Project (ACAPS); 2015 (https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/u_liberia_communication_challenges_and_good_practices_dec_2015-ilovepdf-compressed_ul.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
39. Ebola outbreak, Sierra Leone: communication: challenges and good practices 2015. London: Assessment Capacities Project (ACAPS); 2015. Disponible à l'adresse : https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/v_sierra_leone_communication_challenges_and_good_practice_dec_2015_2-ilovepdf-compressed_ul.pdf, consulté le 27 juillet 2017.
40. Padgett D, Sopory P, Nickell J, Day A, Wilkins LL, Eckert KS et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q7: Quels sont les éléments et les étapes d'une planification stratégique de la communication efficace ? Detroit, MI: Wayne State University, 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q7-Final-Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
41. Fielding J, Allen T, Chu B, Galdo J, Gayle H. Report of the Independent Panel on the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Ebola Response. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response; 2016 (<https://www.phe.gov/Preparedness/responders/ebola/EbolaResponseReport/Documents/ebola-panel.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
42. WHO Emergency Reform Workshop report: emergency risk communication. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/who-er-consultation-24-25-nov-2015.pdf?ua=1, consulté le 27 juillet 2017).
43. Turner MM, Shaikh H, Rimal R. Ebola risk communication project in Liberia: lessons in crisis communication. Washington, DC: Department of Prevention and Community Health, George Washington University; 2016 (http://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2016/09/GW-Report-Ebola-Risk-Communication-Project-Liberia_Lessons-in-Crisis-Communication1.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
44. Sugg C. Coming of age: communication's role in powering global health. London: BBC Media Action; 2016 (<http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/policybriefing/role-of-communication-in-global-health-report.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
45. Africa APPG inquiry: community led health systems and the Ebola outbreak. Brighton, Sussex, UK: University of Sussex, Institute of Development Studies (IDS); 2016? (<http://www.ebola-anthropology.net/wp-content/uploads/2015/07/Africa-APPG-inquiry-IDS-submission.pdf>, consulté le 27 juillet 2017).
46. Allie M-P, Colebunders R, de Clerck V, Gabaldon J. OCB Ebola review, Part 1. Medico-operational. Stockholm: Médecins Sans Frontières, Stockholm Evaluation Unit; 2016 (http://cdn.evaluation.msf.org/sites/evaluation/files/attachments/ocb_ebola_review_medop_final_2.pdf, consulté le 27 juillet 2017).
47. Anoko J. Communication with rebellious communities during an outbreak of Ebola virus disease in Guinea: an anthropological approach [site Web]. Ebola Anthropology Response Platform; 2014 (http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/communication-with-rebellious-communities-during-an-outbreak-of-ebola-virus-disease-in-guinea-an-anthropological-approach/, consulté le 31 juillet 2017).
48. ACF Sierra Leone. Case study. Community led Ebola management and eradication (CLEME). Trigger behavioral change to strengthen community's resilience to Ebola outbreaks. Boston, MA: ACF International, 2015 (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Community%20Led%20Ebola%20Management%20and%20Eradication_Case_Study.pdf, consulté le 31 juillet 2017).
49. Eckert KS, Sopory P, Day A, Wilkins LL, Padgett D, Novak J et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q10: Quels sont les meilleurs canaux et les meilleures pratiques pour promouvoir des mesures de protection de la santé sur les réseaux sociaux et pour dissiper les

- rumeurs et les informations erronées lors d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ? Detroit, MI: Wayne State University, 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q10-Final-Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
50. Modarres N. Community perspectives about Ebola in Bong, Lofa and Montserrado counties of Liberia: results of a qualitative study. Final report. Baltimore, MA, and Monrovia; Johns Hopkins Center for Communication Programs and Resource Center for Community Empowerment and Integrated Development; 2015 (<https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2015/02/HC3-Liberia-Qualitative-Report.pdf>, consulté le 31 juillet 2017).
 51. Hot spot nusters: a community focused intervention in Sierra Leone [site Web]. Geneva: Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2016 (<https://ebolacomunicationnetwork.org/ebolacomresource/communication-development-responding-ebola/?lang=fr/>, consulté le 31 juillet 2017).
 52. Kamai-Yanni M. Never again: building resilient health systems and learning from the Ebola crisis [site Web]. Oxford: Oxfam International; 2015 (<https://www.oxfam.org/en/research/never-again-building-resilient-health-systems-and-learning-ebola-crisis>
 53. Rubyan-Ling D. Briefing paper: diaspora communications and health seeking behavior in the time of Ebola: findings from the Sierra Leonean community in London [site Web]. Ebola Response Anthropology Platform; 2015 (http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/diaspora-communications-and-health-seeking-behaviour-in-the-time-of-ebola-findings-from-the-sierra-leonean-community-in-london-2/, consulté le 31 juillet 2017).
 54. Wilkins LL, Sopory P, Day A, Eckert S, Padgett D, Novak J et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q12: What elements and timing of messages are best at influencing public/ community levels of concern to motivate relevant actions to protect health? Detroit, MI: Wayne State University, 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q12-Final-Report.pdf?ua=1>, consulté le 22 août 2017).
 55. Abramson D, Piltch-Loeb R. U.S. public's perception of Zika risk: awareness, knowledge, and receptivity to public health interventions. New York, NY: New York University; 2016 (Briefing Report; https://www.nyu.edu/content/dam/nyu/publicAffairs/documents/PDF/research/PIR2_Zika_Report_rf.pdf, consulté le 31 juillet 2017).
 56. Wilkinson S, Upham LS, Pennington SA, O'Reilly S, Asproloupous D, McIntyre HD et al. Who's responsible for the care of women during and after a pregnancy affected by gestational diabetes? *Med J Aust.* 2014; 201(3 Suppl): S78–81.
 57. Toppenberg-Pejcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Garnhewage G. Rapid grey literature evidence review to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Final-Report-Rapid-Grey-Lit-Review.pdf?ua=1>, consulté le 31 juillet 2017).
 58. Shea B, Grimshaw J, Wells G, Boers M, Andersson N, Hamel C et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol.* 2007; 7:10.
 59. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews [site Web]. EPOC Resources for review authors. 2017 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, consulté le 31 juillet 2017).
 60. Davids E, Roman N. A systematic review of the relationship between parenting styles and children's physical activity. *African J Phys Health Educ Recreat Dance.* 2014; 2:228–46.
 61. CASP qualitative checklist [site Web]. Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017 (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>, consulté le 31 juillet 2017).
 62. Mixed Method Appraisal Tool – MMAT [base de données en ligne]. McGill University, 2017 (<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPag>, consulté le 31 juillet 2017).
 63. Tyndall J. How low can you go? Towards a hierarchy of grey literature [site Web]. Paper presented at Dreaming 08 – Australian Library and Information Association Biennial Conference, Alice Springs, 2–5 september 2008. Flinders University, Bedford Park, South Australia; 2008 (<http://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/3326>, consulté le 31 juillet 2017).

Annexe 1. Composition des groupes chargés des lignes directrices

Tableau 6.
Membres du groupe d'orientation interne (GOI)

Nom	Lieu
Surangani Abeysekera	AFRO ^a /Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Sylvain Aldighieri	AMRO ^b /Analyse en santé concernant les maladies transmissibles
Henk Bekedam	EMRO ^c /Bureau de l'OMS en Égypte
Aphaluck Bhatiasevi	Siège ^d /Gestion des risques infectieux
Funke Bolujoko	Siège ^d /Département Coopération avec les pays et collaboration avec le système des Nations Unies
Sylvie Briand	Siège ^d /Gestion des risques infectieux
Leticia Lin Campana	AMRO ^b /Relations avec les médias
Zhanat Carr	Siège ^d /Interventions pour des environnements sains
Cintia Diaz-Herrera	Siège ^d /Gestion des interventions en situation d'urgence
Delanyo Dovlo	AFRO ^a /Systèmes et services de santé
Ibrahima-Soce Fall	AFRO ^a /Directeur régional pour les situations d'urgence
Christy Feig	Siège ^d /Département Communication : jusqu'à son départ de l'OMS, à la fin de 2016
Pierre Formenty	Siège ^d /Épidémies dans les milieux vulnérables/Gestion des risques infectieux
Florence Fuchs	Siège ^d /Évaluation, maintien et développement des capacités
Gaya Gamhewage (chair)	Siège ^d /Gestion des risques infectieux
Monika Gehner	Siège ^d /Département Communication
Vismita Gupta-Smith	SEARO ^e /Sensibilisation pour l'information du public jusqu'en 2016, puis au Siège/ Département Communication
Margaret Harris	Siège ^d /Gestion des risques infectieux
Takeshi Kasai	WPRO ^f /Gestion de programme
Li Ailan	WPRO ^f /Directeur régional pour les situations d'urgence
Susan Mackay	WPRO ^f /Équipe de communication interagences des Nations Unies, Viet Nam
Jaouad Mahjour	EMRO ^c /Directeur de la gestion de programme
Cristina Mana	AMRO ^b /Analyse en santé concernant les maladies transmissibles
Andreas Mlitzke	Siège ^d /Département Conformité, gestion des risques et éthique
Davison Munodawafad	AFRO ^a /Déterminants socioéconomiques de la santé
Tim Nguyen	EURO ^g /Veille en matière de données factuelles pour l'élaboration de politiques
Rafael Obregon	AFRO ^a /Responsable de la communication pour la section Développement, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Navaratnasamy Paranietharan	SEARO ^e /Bureau de l'OMS au Bangladesh
Cristiana Salvi	EURO ^g /Maladies transmissibles, sécurité sanitaire et environnement
Carmen Savelli	Siège ^d /Sécurité sanitaire des aliments et zoonoses
Shamila Sharma	SEARO ^e /Information et sensibilisation du public
Sameera Suri	Siège ^d /Préparation, surveillance et riposte
Rebekah Bosco Thomas	Siège ^d /Genre, équité et droits de l'homme
Hans Troedsson	Siège ^d /Gestion générale

a. Bureau régional OMS de l'Afrique.
b. Bureau régional OMS des Amériques.
c. Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

d. Siège de l'OMS.
e. Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.
f. Bureau régional OMS du Pacifique occidental.
g. Bureau régional OMS de l'Europe.

Tableau 7. Membres du groupe chargé d'élaborer les lignes directrices (GLD)

Nom	Sexe (H/F)	Institution/organisation	Discipline	Lieu	Intérêts déclarés
Mesafint Alebachew	H	Ministère de la santé, Éthiopie	Éducation à la santé et communication sanitaire, S&E, formation à la communication	Éthiopie AFRO ^a	Aucun
Ombretta Baggio	F	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	Communication sur les risques sanitaires au niveau mondial/participation de la population/responsable de la mise en œuvre	Suisse EURO ^b	Aucun
Amrita Gill Bailey (coprésidence)	F	Johns Hopkins University, Baltimore (États-Unis)	Préparation à la communication d'urgence dans le pays, outils et ressources de communication pour la préparation, communication sur le changement de comportement	États-Unis AMRO/PAHO ^c	Travaux à la Johns Hopkins University financés par l'USAID ^d
Peter Banga (coprésidence)	H	Harare Polytechnic School of Journalism and Media Studies	Formation à l'utilisation des médias, S&E, actions de sensibilisation, médias audiovisuels	Zimbabwe AFRO ^a	Aucun
Claudine Burton-Jeangros	F	Université de Genève	Sciences sociales, perception et gestion des risques, études en santé au niveau mondial	Suisse/EURO ^b	Aucun
Bishakha Datta	F	Point of View (ONG) ^e	Communication, préparation de l'action en santé au niveau mondial, droits et autonomisation des femmes	Inde/SEARO ^f	Aucun
Frode Forland	H	Institut norvégien de santé publique	Élaboration de lignes directrices reposant sur des données factuelles, préparation de l'action en santé, santé publique	Norvège/EURO ^b	Aucun
Natasha Howard	F	London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)	Études sur les systèmes de santé, sur les liens entre conflits et santé, évaluation	Royaume-Uni/EURO ^b	Aucun
Akram Khayatzaheh-Mahani	F	Université des sciences médicales de Kerman	Économie de la santé/modélisation en santé/politique de santé	Iran (République islamique d')/EMRO ^g	Aucun
Nombulelo Leburu	F	National Department of Health (Afrique du Sud)	Communication stratégique en santé, communication extérieure et sur les risques	Afrique du Sud/AFRO ^a	Aucun
Sovann Ly	H	Ministère de la santé, Cambodge	Prévention et lutte contre les flambées	Cambodge/WPRO ^h	Aucun
Jenny Moberg	F	Norwegian Knowledge Centre for the Health Services	Élaboration d'outils en ligne pour communiquer et faciliter la prise de décisions sur les soins de santé	Norvège/EURO ^b	Aucun
Mohamed Nour	H	Supreme Council of Health (Qatar)	Communication, communication pour un impact comportemental (COMBI) en santé	Qatar/EMRO ^g	Aucun
Nobuhiko Okabe	H	Institut de santé publique de Kawasaki	Maladies infectieuses/RSI ⁱ /préparation aux pandémies	Japon/WPRO ^h	Aucun
Patricia Lima Pereira	F	Ministère de la santé, Paraguay	Planification stratégique de la communication	Paraguay AMRO/PAHO ^c	Aucun
Ortwin Renn	H	Université de Stuttgart	Transformer la recherche sur la théorie de la communication en (actions de) participation et communication	Pays-Bas/EURO ^b	Intervenant rémunéré pour la communication sur les risques Board member of non-profit research
Maria-Isabel Rivero	F	Inter-American Commission on Human Rights	Planification stratégique de la communication	États-Unis AMRO/PAHO	Aucun
Lisa Robinson	F	Senior Adviser BBC Media	Résilience et riposte aux situations de crise	EURO	Aucun
Caroline Rudisill	F	London School of Economics and Political Science	Économie de la santé, pandémies, politique de santé, perception des risques et choix de santé	Royaume-Uni/EURO ^b	Aucun
Matthew Seeger	H	Wayne State University, Detroit	Études appliquées en communication sur les risques, sécurité sanitaire mondiale, communication en situation de crise	États-Unis/AMRO/PAHO ^c	Aucun
Luechai Sringernyuang	H	Université Mahidol, Bangkok (Thaïlande)	Anthropologie, méthodologie des études qualitatives	Thaïlande/SEARO ^f	Aucun
Karen Tan	F	Ministère de la communication et de l'information, Singapour	Responsable de la mise en œuvre de la communication sur les risques de flambée, planification de la communication stratégique	Singapour/WPRO ^h	Aucun
Chadin Tephaval	H	The Bangkok Post	Communication, communication de crise et journalisme	Thaïlande/SEARO ^f	Aucun
Theresa Thompson	F	University of Dayton	Évaluation, théorie de la communication, communication interpersonnelle/interculturelle	États-Unis/AMRO/PAHO ^c	Aucun
Marika Valtier	F	Ministère français des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes	Communication, communication sur les risques et de crise, sécurité sanitaire mondiale	France/EURO ^b	Intervenante rémunérée pour la communication sur les risques à l'intention du public (max. €500)
Marsha Vanderford ^d	F	Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	Théorie de la communication sur les risques, mise en œuvre de la communication sur la santé au niveau mondial, sécurité sanitaire	États-Unis/AMRO/PAHO ^c	Aucun
Sophia Wilkinson	F	BBC Media Action	Conception et mise en œuvre des interventions de communication en santé, formation	Royaume-Uni/EURO ^b	Aucun
Xie Ruiqian	H	Université internationale de Beijing/Centre chinois d'éducation à la santé	Communication sur les risques, épidémiologie, statistiques, renforcement des capacités	Chine/WPRO ^h	Aucun

M&E: monitoring and evaluation.

^a Bureau régional OMS de l'Afrique.^b Bureau régional OMS de l'Europe.^c Bureau régional OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la santé.^d Agence des États-Unis pour le développement international (USAID).^e Organisation non gouvernementale.^f Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.^g Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.^h Règlement sanitaire international (2005).ⁱ Bureau régional OMS du Pacifique occidental.^j Présidente jusqu'à la fin de décembre 2015, date à laquelle elle a rejoint l'OMS et a dû quitter le GLD.

Spécialiste en méthodologie épaulant le GLD et supervisant l'extraction de données factuelles : Jane Noyes

Équipes chargées de la revue systématique

Harvard T. H. Chan School of Public Health, Emergency Preparedness, Research, Evaluation and Practice Program, Boston (États-Unis) (Questions 1, 2, 6, 8) : Giorgia Argentini (consultante en projets pour l'Amérique latine et le Brésil), Azan Jha, Noah Klein (rédacteur), Leesa Lin, Elena Savoia (responsable) et Sarah Short.

Nicholson School of Communication, University of Central Florida, Floride (États-Unis) (Question 3) : Rebecca Freihaut (recherche de la littérature grise), Lindsay Neuberger, Ann Neville Miller, Timothy Sellnow (responsable) et Andrew Todd.

Wayne State University, Detroit, Michigan (États-Unis) (Questions 5, 7, 9, 10, 11, 12) : Ashleigh Day, Stine Eckert, Julie Novak, Donyale Padgett, Pradeep Sopory et Lillian Lee Wilkins (responsable).

Question 4 et mise à jour rapide sur la littérature grise : Deborah Toppenberg-Pejcic, consultante indépendante. Annex 2.

Tableau 8.
Membres du groupe de revue externe (GRE)

Nom	Organisation	Pays/Région OMS	Compétence	Conflit d'intérêts
Supriya Bezbaruah	–	Inde/SEARO ^a	Riposte aux situations d'urgence	Non
Christopher Colvin	–	Afrique du Sud/AFRO ^b	Interface entre communautés et systèmes de santé, méthodologie des études de sciences sociales sur la santé publique	Non
Joshua Greenberg	–	Canada/AMRO ^c	Couverture médiatique des risques de maladies infectieuses, activités de communication sur les risques et stratégies des principaux acteurs de la santé publique	Non
Ali Akbar Haghdoost	Kerman University of Medical Sciences, Iran	Iran/EMRO ^d	Épidémiologie	Non
Sarb Johal	Massey University	Nouvelle-Zélande	Communication de crise	Non
Marwa Kamel	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	EMRO ^d	Responsable de la mise en œuvre de la communication sur les risques	Non
Lucy Knight	Oxfam	Royaume-Uni/EURO ^e	Promotion de la santé publique	Non
Li Richun	Centre de lutte contre les maladies, Chine	Chine/WPRO ^f	Responsable de la mise en œuvre de la communication sur les risques	Non
Abderrahmane Maaroufi	Ministère de la santé, Maroc	Maroc/EMRO ^d	Préparation et riposte aux situations d'urgence	Non
Erma Manoncourt	Consultante indépendante sur les questions de développement	Barbade/AMRO ^c	Participation communautaire/prise de décisions participative	Non
Ki Soo Park	Centre de lutte contre les maladies, Corée	Corée/WPRO ^f	Responsable de la mise en œuvre de la communication sur les risques	Non
Cynthia Sawe	–	–	–	–
Anton Schneider	USAID	États-Unis/AMRO ^c	Communication sur les risques/participation communautaire	Non
Thomas Tufte	University of Leicester	Royaume-Uni/EURO ^e	Théorie universitaire de la communication sur les risques	Non

– sans objet.

^a Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est.

^b Bureau régional OMS de l'Afrique.

^c Bureau régional OMS des Amériques.

^d Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

^e Bureau régional OMS de l'Europe.

^f Bureau régional OMS du Pacifique occidental.

Annex 2

Méthodes d'élaboration des lignes directrices

L'élaboration des présentes lignes directrices a commencé en octobre 2014, avec la création d'un groupe d'orientation interne (GOI) et la demande de réalisation d'une revue flash de la littérature publiée entre janvier 2006 et mars 2015 et énonçant des orientations internationales et nationales pour la CRU (2). Cette revue flash (disponible ici) visait à produire :

- « un instantané » des orientations sur le terrain ;
- une vue d'ensemble des avis sur les orientations existantes ;
- une brève revue des domaines d'action ou d'amélioration potentiels.

Les personnes chargées de la revue, une équipe du cabinet Evidence Aid, ont trouvé 128 documents d'orientation, mais aucun reposant explicitement sur des données factuelles. La plupart des orientations étaient axées sur le renforcement des capacités/stratégies. La logistique et les technologies mobiles ont été deux thèmes les moins explorés. Des lacunes ont également été constatées dans la recherche en évaluation, l'évaluation des obstacles à la préparation et à la CRU lors de catastrophes dans les pays à faible revenu, les meilleurs moyens de renforcer les capacités afin que la CRU soit efficace pendant la phase de préparation, et la mise à profit des données factuelles et de l'expérience passée, afin d'améliorer la CRU dans la pratique.

Pendant la revue flash, le secrétariat des lignes directrices a cherché, avec l'aide du GOI, qui pourrait être membre du GLD. Des experts en communication sur les risques, riposte aux situations d'urgence, politique de santé publique, épidémiologie et autres dimensions pertinentes pour la CRU, issus de toutes les régions du monde, ont été invités à contribuer au processus (voir l'annexe 1 pour la liste complète des participants, de leur domaine de compétence et des organisations dont ils font partie).

Les conclusions de la revue flash définissant la portée des lignes directrices ont été présentées au GLD durant la première réunion qui s'est tenue à Genève (Suisse), les 22 et 23 juin 2015. La revue a servi de base pour définir le périmètre des lignes directrices et déterminer quels aspects de la CRU devaient être explorés plus avant par une recherche systématique de données factuelles. Lors de cette première réunion, 12 dimensions ont été identifiées, et Jane Noyes, la spécialiste en méthodologie qui épaulait le GLD, a guidé la formulation de questions utilisant le format SPICE. Une grande partie des études sur ces aspects était censée recourir à des méthodes qualitatives plutôt que quantitatives. Le format SPICE est jugé mieux adapté que le format PICO à la recherche de données factuelles s'appuyant sur une méthode qualitative et mixte. L'annexe 3 détaille le format SPICE des questions.

Après la formulation et la validation des questions SPICE, des appels à propositions ont été diffusés, et trois équipes chargées de la revue systématique (Harvard University, sous la conduite d'Elena Savoia, University of Central Florida, sous la conduite de Tim Sellnow, et Wayne State University, sous la conduite de Lillian Lee Wilkins) (voir l'annexe 1 pour des informations complètes sur ces équipes), ainsi qu'une personne, Deborah Toppenberg-Pejcic, ont été chargées d'effectuer la revue, en s'appuyant sur ces questions.

Tout au long de la période de recherche, d'analyse et de notification, ces équipes de revue ont été conseillées et épaulées par le Professeur Noyes, le secrétariat OMS des lignes directrices pour la communication sur les risques, et Tomas Allen, spécialiste de l'information à l'OMS, qui a apporté un appui concernant la base de données et la recherche de la littérature grise. Durant cette période, la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, l'apparition du syndrome du virus Zika et d'autres urgences majeures de santé publique ont fait l'objet d'une abondante littérature grise traitant de la communication sur les risques. À cette fin, une recherche rapide de la littérature grise (recherche à laquelle Deborah Toppenberg-Pejcic a également participé) a été menée. Elle a consisté à examiner des rapports ayant trait aux 12 questions, jusqu'au 31 décembre 2016.

À la fin de janvier 2017, toutes les revues avaient été achevées et présentées au secrétariat de l'OMS. Elles ont ensuite été diffusées à tous les membres du GLD. Afin que le GLD puisse facilement élaborer des recommandations transparentes et reposant sur des données factuelles, les conclusions des revues ont servi de base pour adapter les tableaux du cadre DECIDE Evidence to Decision (EtD) (11), ainsi que pour synthétiser les données factuelles portant sur ce qui avait fonctionné ou non, et sur d'autres éléments essentiels, tels que les valeurs, les préférences, l'utilisation des ressources et l'équité. (Les tableaux DECIDE soumis au GLD sont disponibles [ici](#).)

Un système initial de vote électronique anonyme a permis de définir la position du groupe, puis des recommandations ont été formulées et un consensus établi. Les recommandations émises lors de la réunion du GLD ont été compilées et envoyées à tous les membres du groupe, pour une revue supplémentaire. Cet ensemble de recommandations a ensuite été transmis, dans le cadre du document relatif aux lignes directrices, pour revue par le GRE, composé de praticiens de la CRU, d'intervenants chargés de la riposte aux situations d'urgence, d'universitaires et de décideurs (voir les noms et organisations en annexe 1). Les commentaires de ces participants ont permis d'affiner les recommandations et la présentation du document relatif aux lignes directrices, en consultation avec le GLD.

Questions prioritaires

D'après le périmètre et les dimensions définis lors de la première réunion du GLD, les 12 questions prioritaires suivantes, portant sur la confiance et la participation communautaire, l'intégration de la CRU dans les systèmes de santé, ainsi que la détermination des meilleures pratiques fondées sur des données factuelles, ont été formulées par la Présidente du GLD, la spécialiste en méthodologie des lignes directrices et le secrétariat, avec l'appui du GOI.

Q1 : Leadership et gouvernance : Comment optimiser l'intégration de la communication sur les risques en situation d'urgence dans la planification et la mise en œuvre par le leadership national d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Q2 : Systèmes d'information : Quels sont les mécanismes les plus adaptés pour établir des liens inter-juridictionnels efficaces pour le partage d'informations relatives à la communication sur les risques en situation d'urgence et à la coordination interne ?

Q3 : Ressources humaines : Comment former au mieux et durablement le personnel à la communication sur les risques en vue des étapes de préparation et de riposte ?

Q4 : Financement : Comment garantir un financement suffisant et durable pour la communication sur les risques en situation d'urgence ?

Q5 : Confiance : Quelles sont les activités les plus efficaces et les plus systématisables en matière de communication sur les risques pour que les autorités de santé apparaissent aux communautés concernées et à d'autres parties prenantes comme des sources fiables d'information pour la protection de leur santé ?

Q6 : Coordination : Quelles sont les meilleures manières d'assurer la coordination des activités de communication sur les risques entre les organismes de mise en œuvre des différentes organisations et entre les différents niveaux d'intervention ?

Q7 : Planification stratégique de la communication : Quels sont les éléments et les étapes d'une planification stratégique de la communication efficace ?

Q8 : Suivi et évaluation : Quels sont les outils les plus efficaces et les plus appropriés pour collecter, analyser et interpréter les données et les retours en matière de communication sur les risques, et pour intégrer les résultats dans les plans de communication sur les risques en situation d'urgence ainsi que sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie ?

Q9 : Participation communautaire : Quelles sont les meilleures manières d'associer les communautés aux activités de communication sur les risques en situation d'urgence selon les événements/le contexte ?

Q10 : Réseaux sociaux : Quels sont les meilleurs canaux et les meilleures pratiques pour promouvoir des mesures de protection de la santé sur les réseaux sociaux et pour dissiper les rumeurs et les informations erronées lors d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Q11 : Communication sur les incertitudes : Quelles sont les meilleures manières de communiquer sur les incertitudes à l'intention de la population, des communautés à risque et des parties prenantes ?

Q12 : Communication de messages : Quel est le bon moment pour diffuser des messages et quels éléments ces messages doivent-ils contenir pour influencer au mieux les populations et les communautés concernées, de sorte qu'elles prennent les mesures nécessaires pour protéger leur santé ?

On a développé ces questions pour établir des termes de recherche potentiels, à l'aide du cadre SPICE. (L'annexe 3 détaille les termes SPICE utilisés pour chaque question.)

La revue flash définissant la portée des lignes directrices indique que la plupart des orientations OMS se fondent sur des événements antérieurs à 2003 ou survenus cette année-là. C'est pourquoi les revues systématiques ont commencé en 2003. En raison de plusieurs grandes urgences de santé publique, dont la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014–2015) et la flambée mondiale de la maladie à virus Zika (2015–2016), qui ont donné naissance à une abondante littérature grise traitant de la CRU, une revue rapide supplémentaire de la littérature grise récente, couvrant les 12 questions, a été commandée vers la fin du processus (57).

Recherche des données factuelles

Chaque équipe de revue systématique a travaillé avec Tomas Allen (spécialiste de l'information à l'OMS) pour concevoir et mener des recherches approfondies dans des bases de données sur des études en anglais, dans d'autres langues officielles des Nations Unies (arabe, chinois, espagnol, français, russe) et en portugais, parallèlement à la recherche de la littérature grise. Un compte rendu détaillé est inclus dans chaque rapport de revue, disponible [ici](#).

Production d'une carte systématique du savoir

Pour chaque question, il a été demandé aux équipes de revue de cartographier la littérature et de repérer les lacunes en utilisant les catégories suivantes :

- type de catastrophe
- phase de la catastrophe
- localisation
- pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé
- aspects relatifs à l'équité
- type d'étude (par méthode)
- revues systématiques publiées
- littérature grise.

Revue existantes

Les revues existantes ont été évaluées à l'aide d'AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews, outil de mesure pour l'évaluation des revues systématiques). AMSTAR sert à jauger la qualité méthodologique des revues systématiques (58). Les revues de qualité faible ont été extraites, et leurs études examinées pour inclusion éventuelle dans les revues demandées par l'OMS. Les revues de qualité moyenne-élevée ont été placées dans un dossier virtuel partagé, et leurs principales conclusions ont servi à contextualiser celles des revues demandées.

Évaluation de la qualité des études et de la littérature grise

La qualité des études primaires a été évaluée avec les outils ci-dessous :

- Approche quantitative – groupes de comparaison – Cochrane's Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Risk of Bias tool (59).
- Approche quantitative – enquête descriptive – adaptation de Davids and Roman (2014) (60), ou un outil similaire.
- Approche qualitative – Critical Appraisal Skills Programme (CASP) pour les études qualitatives (61).
- Approche mixte et étude de cas – Mixed Method Appraisal Tool (MMAT) de l'Université McGill (62).

Les études citées dans la littérature grise ont été évaluées avec l'outil propre à la méthode retenue. La littérature grise qui ne rendait pas compte d'une étude a été évaluée au moyen de l'outil AACODS (Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, and Significance) (63). Chaque aspect inclus dans AACODS est évalué ainsi : « oui », « non » ou « ne sait pas ». Les études ont reçu une appréciation finale : « forte » (aucune faille importante), « moyenne » (faillies mineures influant sur la crédibilité/validité), « faible » (des failles susceptibles d'influer sur la crédibilité/validité) ou « très faible » (faillies importantes influant sur la crédibilité/validité). Un important facteur de pondération AACODS est assigné aux aspects concernant l'autorité.

Extraction de données

Les caractéristiques suivantes ont été extraites de données individuelles reposant sur des études primaires de tous les types de méthodes : pays, type de catastrophe/d'urgence, phase de la catastrophe/de l'urgence, et prise en compte ou non des populations à risque/vulnérables. Des données factuelles d'intérêt, correspondant aux phénomènes d'intérêt et aux résultats/effets associés à la question sur laquelle portait la revue, ont été identifiées et extraites. Pour les études quantitatives, des données chiffrées, comme des moyennes, écarts types ou valeurs de probabilité, ont été extraites. Pour les études qualitatives, des énoncés clés, des phrases et des citations directes ont été extraits. Pour les approches mixtes et les études de cas, des données chiffrées et des énoncés, phrases et citations directes clés, reliés à chaque méthode de façon appropriée, ont été extraits.

Conception de la revue

La conception de la revue avait pour objectif général de permettre aux équipes de revue d'assembler et de configurer successivement les données factuelles, de manière à différencier « le signal du bruit » et de présenter « ce qui s'est passé, ce qui a fonctionné, les conséquences et impacts, et ce qui est efficace ».

Les études ont été initialement organisées selon quatre axes méthodologiques :

- approche quantitative - groupes de comparaison
- approche quantitative - enquête descriptive
- approche qualitative
- approche mixte et étude de cas.

Synthèse des conclusions pour chaque axe méthodologique

En raison du très petit nombre d'études recourant à des groupes de comparaison (randomisés ou non), et de l'hétérogénéité de ces études, il n'a été possible d'effectuer une méta-analyse quantitative, pour aucune des revues. Les équipes de revue ont par conséquent mis en œuvre une approche fondée sur un résumé pour rendre compte des études quantitatives.

Pour l'axe méthodologique qualitatif, c'est le modèle de synthèse cadre qui a été utilisé (11,12). Les catégories de ce cadre ont été définies sur la base des objectifs de la revue et des concepts relatifs aux phénomènes d'intérêt, énoncés dans la question SPICE correspondante. Elles ont été modifiées, le cas échéant, d'après les connaissances sur ce sujet et l'analyse des différentes études. En s'appuyant sur les données factuelles issues des différentes études, on a synthétisé les conclusions au moyen d'éléments explicatifs, ainsi que d'éléments analytiques de niveau supérieur.

Pour l'axe méthodologique reposant sur une approche mixte et une étude de cas, les différentes études n'ont généralement pas différencié leurs conclusions globales en fonction de la méthodologie. Pour cet axe, les équipes ont recouru à un résumé.

Évaluation de la certitude/confiance dans les conclusions synthétisées pour les différents axes méthodologiques

La certitude/confiance dans les conclusions synthétisées a été évaluée séparément pour chaque axe méthodologique, au moyen des outils ci-dessous :

- Approche quantitative – groupes de comparaison (randomisés, non randomisés) – GRADE
- Approche quantitative – enquête descriptive – application des principes GRADE
- Approche qualitative – GRADE Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative Research (CERQual)
- Approche mixte et étude de cas – application des principes GRADE et GRADE-CerQual.

Dans les revues entrant dans le cadre de l'approche quantitative reposant sur une enquête descriptive par les équipes de la Wayne State University et de la University of Central Florida pour cet axe méthodologique, le degré de certitude des conclusions synthétisées a été évalué à l'aide d'un outil conçu spécialement pour ces revues, sur la base des principes GRADE. L'équipe de la Wayne State University a procédé à des ajustements, en collaboration avec Jane Noyes, la spécialiste de la méthodologie GRADE, afin d'élaborer un outil permettant d'évaluer le degré de certitude des conclusions provenant d'enquêtes transversales quantitatives sans groupes de comparaison pour les résultats/phénomènes d'intérêt. L'évaluation s'est appuyée sur une appréciation des facteurs considérés comme susceptibles de réduire le degré de certitude des conclusions d'une étude : limites de conception ou de réalisation de l'étude, résultats incohérents, données factuelles indirectes, résultats imprécis, et biais de publication. Les quatre catégories d'évaluation étaient les suivantes :

- qualité élevée – il est très probable que de nouvelles données factuelles ne modifieront pas substantiellement les conclusions de l'étude ;
- qualité moyenne – il est relativement probable que de nouvelles données factuelles ne modifieront pas substantiellement les conclusions de l'étude ;
- qualité faible – il est relativement probable que de nouvelles données factuelles modifieront substantiellement les conclusions de l'étude ;
- qualité très faible – il est très probable que de nouvelles données factuelles modifieront substantiellement les conclusions de l'étude.

De plus amples informations sur l'outil GRADE adapté sont présentées dans les appendices aux rapports de revue communiqués par les équipes de la Wayne State University et de la University of Central Florida, disponibles ici. L'outil GRADE-CERQual a servi à évaluer la confiance dans les conclusions synthétisées pour l'axe méthodologique qualitatif, grâce à l'examen des limites méthodologiques, de la pertinence, de la cohérence et de l'adéquation des données étayant la conclusion. Chaque conclusion a ensuite reçu une appréciation :

- confiance élevée – il est très probable que la conclusion représente les phénomènes ;
- confiance moyenne – il est probable que la conclusion représente les phénomènes ;
- confiance faible – il est possible que la conclusion représente les phénomènes ;
- confiance très faible – il n'a pas pu être clairement établi que la conclusion représente les phénomènes.

La certitude/confiance dans les conclusions synthétisées des études reposant sur des approches mixtes et des études de cas pour les différents axes méthodologiques a été évaluée au moyen des approches GRADE et GRADE-CERQual.

Synthèse des conclusions pour les différents axes méthodologiques

Les conclusions synthétisées pour un axe méthodologique donné ont été comparées et confrontées à celles concernant les autres axes méthodologiques. Dans le cas où les conclusions s'étayaient et se renforcent mutuellement, elles sont combinées afin de produire d'autres conclusions de niveau supérieur, qui représentent les synthèses pour les différents axes méthodologiques. L'évaluation de la certitude/confiance dans les conclusions synthétisées pour l'axe méthodologique concerné a été prise en compte durant tout ce processus.

Analyses par sous-groupes et de l'équité

La synthèse des conclusions a inclus des analyses par sous-groupes, dont l'examen du type et de la phase de la situation d'urgence, du pays connaissant cette situation d'urgence et de la présence de populations vulnérables. L'inclusion des deux derniers sous-groupes a permis de prendre en compte l'équité dans les conclusions synthétisées.

Présentation des conclusions de la revue

Les conclusions individuelles et comparées sont présentées dans les tableaux les résumant, avec évaluation correspondante de la certitude/confiance dans les données factuelles. On les trouvera dans tous les rapports de revue systématique complets, disponibles [ici](#).

« Vérification flash » des conflits d'intérêts des membres du GLD

L'unité Renforcement des capacités de communication (CCB) de l'OMS a effectué une recherche *ad hoc* en ligne sur les 25 personnes proposées par le GOI pour faire partie du GLD. Cette recherche, essentiellement une « vérification flash » des conflits d'intérêts possibles, a consisté à évaluer les liens de chaque candidat avec des entités privées ou des sources de financement d'entreprise, par exemple avec des projets d'étude financés par des sources privées. Cette recherche spécifique s'est principalement concentrée sur les conflits d'intérêts de nature financière, liés à toute entreprise fabriquant et/ou distribuant des produits du tabac, des armes à feu, des hydrocarbures, des produits pharmaceutiques, ou et/ou des aliments.

Selon les Lignes directrices de l'OMS pour la déclaration d'intérêts (experts de l'OMS), l'expression « conflit d'intérêts » s'entend du cas où

tout intérêt déclaré par un expert peut, ou peut être raisonnablement perçu comme pouvant influencer l'objectivité et l'indépendance des avis donnés par l'expert à l'OMS, et/ou conférer un avantage concurrentiel déloyal à l'expert ou aux personnes ou institutions avec lesquelles il a des intérêts financiers ou commerciaux (par exemple enfants ou frères et sœurs adultes, proches collègues de travail, unité ou service administratif).

Sources examinées

Pour la revue, les sources d'information publique disponibles qui suivent (liste non exhaustive) ont été évaluées.

ResearchGate : Un site de réseau social destiné aux chercheurs pour la publication et le partage des travaux auxquels ils ont contribué, ainsi que pour la mise en relation avec d'autres chercheurs. Utilisé pour évaluer les publications des candidats sous l'angle de la déclaration de conflits d'intérêts et des sources de financement.

PubMed : Un moteur de recherche gratuit qui donne accès au texte intégral d'articles, à des références et à des résumés sur des sujets relatifs aux sciences de la vie et à la biomédecine. Il est géré par la National Library of Medicine (NLM) des États-Unis. Utilisé pour évaluer les publications des candidats sous l'angle de la déclaration de conflits d'intérêts et des sources de financement.

Revue spécialisée : Provenant de divers sites et pages, les publications ou revues ne mentionnent pas toutes explicitement les conflits d'intérêts. Utilisé pour évaluer les publications et les articles des candidats sous l'angle de la déclaration de conflits d'intérêts et des sources de financement.

LinkedIn : Un site de réseau social utilisé principalement pour le réseautage professionnel, pour la diffusion de CV personnels ou pour le dépôt de candidatures. Utilisé pour évaluer la formation et l'expérience professionnelle des candidats.

Yasni : Un moteur de métarecherche allemand destiné au grand public, utilisé pour rechercher si les candidats ont des conflits d'intérêts.

Sites Web d'universités, d'entreprises, d'organisations, et membres du corps enseignant ou d'une équipe. Utilisé pour la recherche d'informations sur les publications des candidats, leurs relations professionnelles et personnelles, titres honorifiques, distinctions, prix, financements et leur expérience professionnelle.

Sites Web d'administrations publiques, de ministères, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'organisations gouvernementales internationales (OGI). Utilisé pour la recherche d'informations sur les candidats occupant un poste au sein d'un ministère de la santé ou dans une autre administration ou institution publique. On a également cherché quelles étaient les sources de financement de ces sites Web lorsqu'elles étaient rendues publiques.

Divers autres sites, dont ceux de sites ou d'organisations partenaires ayant des liens avec les candidats eux-mêmes, ou avec les organisations, universités, sociétés, etc., dont ces derniers font partie.

Processus de recherche

L'unité CCB a élaboré un modèle de recherche simple afin de passer au crible les informations publiques disponibles sur les candidats, puis a utilisé le moteur de recherche Google pour mettre en œuvre ce modèle. Le processus de recherche a consisté à :

1. évaluer les travaux des candidats apparaissant sur les plateformes de publication telles que PubMed ;
2. repérer la source de financement de ces travaux, et noter les conflits d'intérêts divulgués ;
3. déterminer si le candidat concerné fait partie d'une université, d'une OGI/ONG, d'un gouvernement, d'un journal/d'une publication et/ou d'une entreprise produisant et/ou distribuant des produits du tabac, des armes à feu, des hydrocarbures, des produits pharmaceutiques et/ou des aliments et boissons ;
4. évaluer le profil en ligne des candidats, disponible sur leur propre site Web, le site Web de l'université dont ils font partie ou le profil LinkedIn ou le CV pour connaître les affiliations actuelles et antérieures, les financements, les associations ou les biais ;
5. identifier les dons rendus publics des candidats à des écoles/institutions, etc. ;
6. enregistrer les vérifications flash individuelles, avec les informations pertinentes ;
7. diffuser les formulaires OMS de déclaration d'intérêts auprès des candidats sélectionnés, à la suite de la vérification flash.

Deux membres de l'équipe CCB ont procédé à cette vérification flash, sur trois jours ouvrés. L'unité CCB et le Département Conformité, gestion des risques et éthique se sont appuyés sur les résultats pour examiner le profil et les déclarations d'intérêts des candidats.

Annex 3

Questions SPICE

1.

Leadership et gouvernance

Comment optimiser l'intégration de la communication sur les risques en situation d'urgence dans la planification et la mise en œuvre par le leadership national et international d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux.

Phénomène d'intérêt : Intégration des fonctions de CRU dans le leadership des pouvoirs publics nationaux pour la riposte à des situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique.

Comparaison : Positionnement variable des fonctions de CRU dans la structure de leadership national, proximité organisationnelle des praticiens de la CRU avec le leadership national de la riposte sanitaire, distribution de la représentation de la CRU entre les secteurs assurant le leadership national, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la confiance du public dans l'information liée aux événements/situations d'urgence, sur la portée de l'information communiquée aux populations touchées, sur la coordination du partage de l'information, sur la capacité des praticiens à influencer les décisions, sur la rapidité de l'information atteignant le public lors d'un événement/d'une situation d'urgence.

Durée : depuis 2003.

2.

Systèmes d'information

Quels sont les mécanismes les plus adaptés pour établir des liens interjuridictionnels efficaces pour le partage d'informations relatives à la communication sur les risques en situation d'urgence et à la coordination interne ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires de district ou locaux), partenaires d'action et d'exécution.

Phénomène d'intérêt : Mise en place d'interactions et de mécanismes formels, interjuridictionnels, interagences et de communication pour le partage de l'information et la coordination de la communication, obstacles et facilitateurs concernant ces mécanismes et interactions.

Comparaison : Approches variables – réseaux, protocoles administratifs et modes opératoires normalisés, modèles de centre de commandement des interventions, et autres approches visant à organiser et à faciliter les connexions et la coordination, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la rapidité et la couverture de l'information publique, diffusion, cohérence de l'information partagée, impact sur la confiance de l'information partagée.

Durée : depuis 2003.

3.

Ressources humaines

Comment former au mieux et durablement le personnel à la communication sur les risques en vue des étapes de préparation et de riposte ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple autorités sanitaires de district ou locales).

Phénomènes d'intérêt : Renforcement et capacité durable du personnel pour la CRU.

Comparaison : Tactiques diverses – formation en cours d'emploi, formation initiale, programmes d'acquisition de compétences clés, et autres opportunités de développement, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur l'effectif disposant de compétences en CRU, étendue/profondeur des compétences, rétention du personnel.

Durée : depuis 2003.

4.

Financement

Comment garantir un financement suffisant et durable pour la communication sur les risques en situation d'urgence ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Donateurs, responsables budgétaires nationaux.

Phénomènes d'intérêt : Approches et calendrier de financement pour la CRU, dont modèles hiérarchisant et intégrant ce financement dans le processus décisionnel pour les budgets globaux de gestion des situations d'urgence et de riposte, obstacles et facilitateurs du financement.

Comparaison : Expériences dans différents contextes politiques et économiques et liés à l'ampleur variable des événements (par exemple une flambée de maladie par rapport à un séisme), aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Montant/part du financement destiné à la CRU dans le financement total alloué à la préparation et à la gestion des situations d'urgence, et calendrier de ce financement.

Durée : depuis 2003.

5.

Confiance

Quelles sont les activités les plus efficaces et les plus systématisables en matière de communication sur les risques pour que les autorités de santé apparaissent aux communautés concernées et à d'autres parties prenantes comme des sources fiables d'information pour la protection de leur santé ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (départements sanitaires locaux/de district), communautés touchées, et parties prenantes.

Phénomènes d'intérêt : Activités de CRU permettant aux communautés touchées et à d'autres parties prenantes d'avoir confiance dans les autorités sanitaires comme source d'information sur la protection de la santé.

Comparaison : Écouter (prendre acte des préoccupations/questions du public et y répondre), annonces précoces, cohérence des messages, solidité des relations pré-existantes, recours à des porte-parole compétents/crédibles, admettre les erreurs, reconnaître les incertitudes, diffusion des évaluations et des revues auprès du public, recours à des porte-parole et personnes influentes à l'échelle locale, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur les niveaux de connaissance précise et de respect des recommandations sanitaires parmi les populations touchées, perception de la crédibilité des autorités sanitaires par ces populations et autres parties prenantes.

Durée : depuis 2003.

6.

Coordination

Quelles sont les meilleures manières d'assurer la coordination des activités de communication sur les risques entre les organismes de mise en œuvre des différentes organisations et entre les différents niveaux d'intervention ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires pour la riposte et la mise en œuvre.

Phénomènes d'intérêt : Mécanismes et systèmes de coordination des activités de CRU entre pouvoirs publics nationaux, autorités sanitaires infranationales et autres partenaires pour la riposte.

Comparaison : Réseaux, modes opératoires normalisés/planification conjointe, structures organisationnelles, centres d'information conjoints, centres d'opérations pour les situations d'urgence, leadership collaboratif, compétences en renforcement de l'esprit d'équipe, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la cohérence et le calendrier de diffusion des messages, réduction des doublons, ressources humaines et financières mises à profit.

Durée : depuis 2003.

7.

Planification stratégique de la communication

Quels sont les éléments et les étapes d'une planification stratégique de la communication efficace ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires pour la riposte et la mise en œuvre.

Phénomènes d'intérêt : Approches de la planification de la communication stratégique, dont types de participants, processus de planification et composantes des plans résultants.

Comparaison : Tous les aléas/menaces particulières, processus de développement divers, pratiques reposant sur des données par rapport aux meilleures pratiques, inclusion de paramètres/indicateurs, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur l'ampleur/la généralisabilité du plan résultant, faisabilité de la mise en œuvre, adhésion du leadership et des responsables de la mise en œuvre.

Durée : depuis 2003.

8.

Suivi et évaluation

Quels sont les outils les plus efficaces et les plus appropriés pour collecter, analyser et interpréter les données et les retours en matière de communication sur les risques, et pour intégrer les résultats dans les plans de communication sur les risques en situation d'urgence ainsi que sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'une stratégie ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires d'action et d'exécution, communautés à risque, parties prenantes.

Phénomènes d'intérêt : Méthodes et systèmes de collecte, d'analyse et d'application des données liées à la CRU.

Comparaison : Entre types de données et collecte des données, retour d'information des communautés et des destinataires, tester les messages, sondages auprès du public, suivi de l'actualité et des réseaux sociaux, évaluations rapides des comportements, groupes de discussion, entretiens avec les principaux informateurs, etc., aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur le degré d'intégration des résultats dans les plans, stratégies et tactiques de CRU, rapidité à modifier les messages et supports de CRU sur la base des résultats, perception des communautés concernées selon laquelle les autorités sanitaires sont « à l'écoute », rapidité à gérer les rumeurs, impact sur la confiance du public dans l'information relative à la protection de la santé, perception des communautés à risque et parties prenantes selon laquelle la riposte est pertinente.

Durée : depuis 2003.

9.

Participation communautaire

Quelles sont les meilleures manières d'associer les communautés aux activités de communication sur les risques en situation d'urgence selon les événements/le contexte ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires d'action et d'exécution, communautés à risque et parties prenantes.

Phénomènes d'intérêt : Stratégies et tactiques pour encourager la participation des communautés à risque à la planification de la communication et de l'action.

Comparaison : Tactiques différentes – intégration des communautés à risque dans les processus de planification, incitations pour le leadership communautaire, utilisation de boucles de rétroaction et de systèmes de notification formels, entre autres, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur le degré de participation communautaire et de maintien de cette participation, confiance du public dans l'information sur la protection de la santé, niveau de couverture du partage d'informations, pertinence perçue, parmi les communautés, de la réponse nationale aux questions/préoccupations locales.

Durée : depuis 2003.

10.

Réseaux sociaux

Quels sont les meilleurs canaux et les meilleures pratiques pour promouvoir des mesures de protection de la santé sur les réseaux sociaux et pour dissiper les rumeurs et les informations erronées lors d'événements et de situations d'urgence ayant un impact sur la santé publique ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires d'action et d'exécution, communautés à risque et parties prenantes.

Phénomènes d'intérêt : Capacité de différents canaux et pratiques médiatiques à promouvoir l'information sur la protection de la santé, à dissiper les rumeurs et à lutter contre la désinformation – portée, degré d'influence, résultats, types de destinataires.

Comparaison : Source des messages sur les réseaux sociaux (autorités sanitaires, responsables communautaires, célébrités, ONG, etc.), types de réseaux sociaux (RapidPro SMS, Twitter, Facebook, etc.), aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la confiance de la population dans l'information relative à la protection de la santé, degré de couverture du partage d'information, conséquences délétères non anticipées, distorsion des messages/informations sur la protection de la santé, impact sur la participation communautaire.

Durée : depuis 2003.

11.

Communication sur les incertitudes

Quelles sont les meilleures manières de communiquer sur les incertitudes à l'intention de la population, des communautés à risque et des parties prenantes ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), partenaires d'action et d'exécution, communautés à risque, parties prenantes.

Phénomènes d'intérêt : Tactiques de CRU renforçant la confiance, pour faire état des incertitudes inhérentes aux événements et aux situations d'urgence ayant des conséquences en santé publique.

Comparaison : Différentes sources d'information (niveau d'autorité, communautés locales, pouvoirs publics nationaux), calendrier des recommandations, annonces, alertes, cohérence des messages, désignation des recommandations comme étant « provisoires », prise de conscience des éléments inconnus, prise de conscience de ce qui est connu, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la confiance du public dans l'information relative à la protection de la santé, acceptation et respect des recommandations, changements et évolutions de l'information au cours de l'événement/de la situation d'urgence.

Durée : depuis 2003.

12.

Communication de messages

Quel est le bon moment pour diffuser des messages et quels éléments ces messages doivent-ils contenir pour influencer au mieux les populations et les communautés concernées, de sorte qu'elles prennent les mesures nécessaires pour protéger leur santé ?

Cadre : Dans le contexte de la préparation et de la riposte à des événements/situations d'urgence, aux niveaux national et international, ayant un impact sur la santé publique dans les pays à revenu élevé, faible ou intermédiaire, ainsi que dans les États fragiles.

Intervenants : Pouvoirs publics nationaux et autorités infranationales concernées (par exemple départements sanitaires locaux/de district), journalistes, partenaires d'action, communautés.

Phénomènes d'intérêt : Calendrier et contenu des messages de CRU destinés à accroître/atténuer les préoccupations du public et des communautés à l'égard des menaces.

Comparaison : Différentes phases de l'événement/de la situation d'urgence, différentes sources d'information (niveau d'autorité, communautés locales, pouvoirs publics nationaux), cohérence et fréquence des messages, différents types d'appels, aspects à prendre en compte pour l'équité tels que les caractéristiques contextuelles et démographiques locales.

Évaluation : Impact sur la confiance du public dans l'information relative à la protection de la santé, degré de motivation à appliquer les recommandations sanitaires, degré de respect des recommandations sanitaires.

Durée : depuis 2003.

ISBN 978-92-4-255020-7



9 789242 550207