

# Communication des risques et confiance en cas d'urgence liée à des agents pathogènes respiratoires

Facteurs, approches et implications pratiques  
pour la Santé publique



Rapport  
Mai 2026

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les meilleurs renseignements scientifiques du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario apporte un soutien scientifique et technique spécialisé au gouvernement, aux services de santé publique locaux et aux prestataires de soins de santé dans les domaines suivants :

- maladies transmissibles et infectieuses;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et santé au travail;
- préparation aux situations d'urgence;
- promotion de la santé, prévention des maladies chroniques et des blessures;
- services de laboratoire de santé publique.

Le travail de Santé publique Ontario comporte également des volets de surveillance, d'épidémiologie, de recherche, de perfectionnement professionnel et de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, consultez [www.santepubliqueontario.ca](http://www.santepubliqueontario.ca).

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario); Communication des risques et confiance en cas d'urgence liée à des agents pathogènes respiratoires : facteurs, approches et implications pratiques pour la Santé publique. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026.

ISBN : 978-1-4868-9850-3

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2026

## Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur sincère gratitude à leurs collègues des Services de bibliothèque de Santé publique Ontario pour leur aide dans les recherches documentaires qui ont servi de base à cette synthèse rapide des données probantes. Nous remercions également les experts en la matière, notamment les membres du Comité consultatif scientifique ontarien des urgences de santé publique (CCSOUSP) dont les connaissances et les points de vue ont contribué à enrichir ce rapport.

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Table des matières

Résumé .....	1
Contexte.....	4
Méthodologie.....	6
Conclusions principales.....	7
Résultats de la recherche.....	7
Les facteurs contextuels influant sur la confiance.....	7
Contextes liés à l'équité en matière de santé.....	7
Contextes idéologiques.....	8
Caractéristiques des messages favorisant la confiance.....	9
Stratégies et approches de communication des risques visant à renforcer la confiance .....	10
L'utilisation de messagers fiables .....	10
Choisir les canaux de communication adaptés.....	12
Accompagner avec empathie .....	13
Intégrer les approches relationnelles dans la communication sur les risques .....	13
Implications pour la pratique en matière de santé publique .....	16
Préparation aux situations d'urgence .....	16
Intervention d'urgence .....	17
Limites et points forts .....	19
Analyse et conclusions.....	20
Références .....	22
Annexe A : Méthodes de synthèse des données probantes.....	29
Annexe B : Caractéristiques des publications incluses .....	31

# Résumé

---

Le présent rapport résume les conclusions d'une synthèse des données disponibles concernant les approches et les stratégies visant à renforcer la confiance du public dans les messages de santé publique et envers ceux qui les diffusent, grâce à la communication des risques lors de situations d'urgence liées à des agents pathogènes respiratoires présentant un potentiel pandémique ou épidémique. Ces conclusions peuvent aider les professionnels de la santé publique et de la communication en leur fournissant des éléments fondés sur la pratique à prendre en compte pour une communication efficace des risques lors des urgences de santé publique. Afin de refléter l'évolution du paysage de la santé publique, ce rapport approfondit une synthèse antérieure publiée par Santé publique Ontario (SPO) en mai 2023 sur la communication des risques et la confiance dans la santé publique pendant la pandémie de COVID-19.

Une analyse rapide de la littérature indexée et de la littérature grise a été menée afin de relever les stratégies et les approches de communication des risques visant à instaurer, à rétablir ou à maintenir la confiance du public, et qui sont utilisées dans le cadre d'interventions d'urgence en santé publique pertinentes pour le contexte ontarien. Au total, 46 documents (38 issus de la littérature indexée et 8 de la littérature grise) ont été retenus, la plupart portant sur des données recueillies pendant la pandémie de COVID-19.

Les données disponibles indiquent que les facteurs liés à l'équité en matière de santé peuvent avoir un effet sur la confiance du public lors de crises sanitaires liées à des agents pathogènes respiratoires. L'intersection entre les identités sociales, les expériences vécues et les facteurs structurels, comme la discrimination de longue date au sein des établissements et des systèmes de santé, peut influencer la confiance accordée aux messages de santé publique et à ceux qui les diffusent. Il a également été constaté que le niveau de confiance variait en fonction de caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, ainsi que de facteurs idéologiques, comme la satisfaction à l'égard des responsables gouvernementaux, le comportement des dirigeants et l'idéologie politique.

La littérature a mis en évidence plusieurs caractéristiques des messages de communication sur les risques qui s'avèrent efficaces pour influencer la confiance du public en période de crise sanitaire, notamment :

- **La transparence** : partager ouvertement les informations, y compris les risques, les avantages et les incertitudes.
- **La clarté** : utiliser un langage simple et exempt d'ambiguïté, facile à comprendre pour le public.
- **L'utilisation de données probantes** : fonder les messages sur les meilleures données et connaissances scientifiques disponibles.
- **Une communication axée sur l'action** : indiquer précisément les mesures préventives et de protection que chacun peut prendre.

- **La rapidité** : être le premier à diffuser les informations relatives à l'évolution de la situation d'urgence sanitaire.

L'analyse des données disponibles a permis de cerner plusieurs stratégies et approches pouvant être envisagées pour instaurer ou maintenir la confiance lors de situations d'urgence liées à des agents pathogènes respiratoires, notamment :

- Faire appel à des messagers de confiance, comme des professionnels de la santé et des responsables communautaires, pour servir de porte-parole.
- Choisir les canaux appropriés pour atteindre des communautés diverses et lutter contre la désinformation.
- Intégrer l'empathie et la compassion dans les messages de communication sur les risques.
- Adapter le contenu, le format et les canaux de diffusion des messages afin de tenir compte des facteurs culturels, linguistiques, démographiques, d'alphabétisation et contextuels.
- Instaurer une communication bidirectionnelle entre les autorités de santé publique et le public.

La littérature propose des mesures concrètes à l'intention des professionnels de la santé publique, des décideurs et des autres acteurs impliqués dans la communication des risques en cas d'urgence sanitaire, qui peuvent être intégrées aux efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Parmi les principales initiatives de préparation à mettre en œuvre avant la survenue d'une urgence, on peut citer :

- Consacrer du temps à établir et à entretenir des relations avec les communautés, les organisations locales et les médias.
- Intégrer dans les plans de lutte contre la pandémie des stratégies favorisant une communication directe, accessible et conviviale avec le public et les médias.
- Renforcer les compétences des porte-parole de confiance en matière de communication claire et empathique sur les risques.

Parmi les mesures concrètes visant à favoriser et à maintenir l'instauration d'un climat de confiance lors d'une intervention d'urgence, on peut citer :

- Affecter des ressources, du personnel et du temps spécifiques à la communication bidirectionnelle.
- Adopter une approche fondée sur l'équité et axée sur l'action pour l'élaboration et la diffusion des messages.
- Suivre, évaluer et adapter les stratégies de communication sur les risques, tout en partageant les enseignements tirés à mesure que la confiance évolue tout au long d'une situation d'urgence.

Les conclusions de cette synthèse mettent en évidence la nature complexe et dynamique de la confiance, soulignant la nécessité d'investir du temps et des ressources de manière soutenue afin de renforcer les relations avec les communautés, les partenaires du système de santé et les médias. Les stratégies et approches présentées peuvent être adaptées par les organismes de santé publique afin d'orienter la conception et la mise en œuvre de stratégies de communication sur les risques qui sont efficaces et fondées sur l'équité, avant et pendant les urgences liées à des agents pathogènes respiratoires.

# Contexte

---

La communication sur les risques consiste à partager des informations, des conseils et des points de vue entre les experts ou les responsables gouvernementaux et le public en période d'incertitude<sup>1</sup>. Une communication efficace sur les risques permet au public de mieux comprendre les menaces pour la santé, de prendre des décisions éclairées pour réduire les risques et d'adopter des mesures de protection et de prévention<sup>2</sup>. Cela revêt une importance particulière lors des urgences liées à des agents pathogènes respiratoires, qui présentent un potentiel pandémique et épidémique accru en raison de leur transmissibilité plus élevée. Dans ces contextes dynamiques, les professionnels de la santé publique sont souvent chargés d'élaborer et de communiquer dans les plus brefs délais des conseils accessibles, coordonnés et fondés sur des données probantes<sup>2</sup>. L'échange de messages qui favorisent et maintiennent la confiance du public est au cœur d'une communication efficace sur les risques<sup>3-5</sup>.

Les enseignements du passé tirés des crises sanitaires liées à des agents pathogènes respiratoires, notamment la pandémie de maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) et l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003, montrent comment les lacunes dans la communication sur les risques peuvent ébranler la confiance et entraver les efforts de confinement<sup>2</sup>. Une baisse du niveau de confiance du public peut constituer un obstacle à une communication efficace sur les risques, et ainsi réduire la probabilité que les mesures de santé publique soient respectées et avoir un impact négatif sur les résultats en matière de santé publique<sup>6,7</sup>. À l'inverse, une hausse du niveau de confiance du public et une bonne cohésion sociale sont associées à une meilleure acceptation des mesures préventives de santé publique, telles que le port d'un masque bien ajusté, la distanciation physique et la vaccination<sup>6</sup>. Bien que la confiance du public lors des urgences de santé publique soit complexe, dynamique et influencée par de nombreux facteurs, ces enseignements soulignent que l'établissement d'une relation de confiance avec les populations touchées est essentiel aux efforts de communication des risques pendant les périodes marquées par une imprévisibilité accrue, l'urgence et des changements rapides<sup>2</sup>. Le rôle de la communication des risques dans une préparation et une réponse efficaces aux situations d'urgence est démontré par la place prépondérante qu'elle occupe dans de nombreux cadres internationaux, tels que le *Cadre de préparation en cas de grippe pandémique* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que dans les plans fédéraux et provinciaux de préparation aux pandémies<sup>5,8</sup>.

En s'appuyant sur ces expériences, il est essentiel d'intégrer les nouvelles données relatives au renforcement de la confiance en tant qu'élément clé d'une communication efficace sur les risques, afin de mieux se préparer et de mieux réagir aux futures urgences liées aux agents pathogènes respiratoires. Afin de refléter l'évolution du paysage de la santé publique, le présent rapport approfondit une synthèse des données publiée par Santé publique Ontario (SPO) en mai 2023 sur la communication des risques et la confiance dans la santé publique pendant la pandémie de COVID-19<sup>9</sup>. Le présent rapport explore des approches et des stratégies visant à renforcer la confiance du public dans les messages de santé publique et leurs messagers par l'entremise de la communication des risques lors de tous les types d'urgences liées à des agents pathogènes respiratoires présentant un potentiel pandémique ou épidémique. Bien que l'instauration de la confiance soit un processus continu qui s'inscrit dans l'ensemble du cycle de gestion des urgences, ce rapport se concentre sur les stratégies de communication des risques qui augmentent la confiance dans la santé publique pendant la phase

d'intervention d'urgence. Les conclusions peuvent aider les professionnels de la santé publique et de la communication en leur fournissant des approches fondées sur la pratique pour une communication des risques et une prise de décision efficaces et équitables pendant les périodes d'intervention, alors que le temps et les ressources sont souvent limités.

La confiance peut prendre bien des formes et des significations, sans norme objective, car elle est vécue et interprétée de manière subjective<sup>10,11</sup>. Aux fins de la présente synthèse des données, la confiance est définie comme la conviction du public qu'un message est vrai et fiable et que le messager (à titre individuel ou institutionnel) est digne de confiance grâce à la manifestation de caractéristiques personnelles et structurelles de confiance, notamment la compétence, l'honnêteté, l'intégrité et le sens civique<sup>10,11</sup>.

# Méthodologie

---

Une analyse rapide de la littérature a été menée en juin 2025 afin de recueillir des données issues de la littérature indexée et de la littérature grise. Les documents repérés pouvaient être retenus s'ils portaient sur des stratégies, des outils, des tactiques ou des approches de communication dont l'efficacité ou l'incidence sur la confiance du public avait été démontré dans un ou plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les documents ont été inclus s'ils traitaient de la communication des risques liée aux mesures, aux politiques et aux mises à jour sur les événements visant à informer le public ou à protéger et promouvoir la santé de la population pendant les phases d'intervention d'urgence. Étant donné que les messages de santé publique sont élaborés et diffusés par de nombreux canaux et messagers, cette revue a pris en compte plusieurs types de messagers, notamment les représentants du gouvernement et les élus (par exemple, les responsables politiques et les décideurs), les experts en santé publique, les médias traditionnels et sociaux (c'est à dire, les journalistes), les organisations et partenaires communautaires, ainsi que les professionnels de la santé de première ligne. Les données étaient exclues si elles se concentraient uniquement sur le renforcement de la confiance dans des contextes usuels ou non urgents, ou sur des populations rendues vulnérables par des facteurs biologiques. Les documents sur la couverture vaccinale en dehors des situations d'urgence, en tant que comportement influencé par la confiance, ont également été exclus, tout comme les commentaires, les éditoriaux, les résumés, les présentations de conférences, les livres, les protocoles et les prépublications. L'analyse a été complétée par des sources recherchées manuellement. Veuillez consulter l'[Annexe A](#) pour plus de détails sur la méthodologie.

# Conclusions principales

---

## Résultats de la recherche

La recherche dans les bases de données indexées a permis d'identifier un total de 997 documents, auxquels se sont ajoutés sept documents supplémentaires repérés grâce à une recherche manuelle ciblée. Trente-six documents indexés issus de la synthèse des données probantes de 2023 ont également été récupérés, ce qui porte à 1 040 le nombre total de documents indexés examinés. Après évaluation des titres, des résumés et des textes intégraux, 28 études issues de la recherche actuelle et 10 études issues de la synthèse des données probantes de 2023 ont été retenues pour l'extraction des données. La recherche dans la littérature grise a permis de repérer 1 131 documents, parmi lesquels huit ont été retenus pour l'extraction. Au total, 46 documents ont été inclus dans l'ensemble final (38 documents indexés, 8 sources de littérature grise).

Sur les 38 documents indexés répertoriés, 17 (45 %) reposaient sur un plan d'étude transversal, sept (18 %) étaient des essais contrôlés randomisés et six (16 %) constituaient des revues de la littérature. Parmi les documents indexés et la littérature grise, la plupart portaient sur la communication en matière de santé publique dans le contexte de la COVID-19 (n = 42, 91 %), bien que certains aient abordé des stratégies relatives aux agents pathogènes respiratoires généraux (n = 3, 7 %) et à la grippe (n = 1, 2 %). Les représentants du gouvernement et les élus étaient les messagers les plus cités en matière de communication des risques (seuls ou intervenant avec d'autres messagers) (n = 32, 70 %), suivis par les experts en santé publique, les responsables ou les agences (n = 13, 28 %). La plupart des documents rendaient compte de la communication au niveau national (n = 32, 70 %) et environ un tiers (n = 14) faisaient référence à des considérations d'équité. Le tableau B1 de l'annexe B résume les caractéristiques générales des documents inclus.

Les résultats de cette synthèse des données sont présentés selon trois thèmes : les facteurs contextuels influant sur la confiance; les caractéristiques des messages qui favorisent la confiance; et les stratégies et approches de communication sur les risques visant à renforcer la confiance.

## Les facteurs contextuels influant sur la confiance

La littérature a mis en évidence plusieurs facteurs contextuels, tant liés à l'équité en matière de santé qu'à des questions d'ordre idéologique, qui influencent la confiance du public dans les messages et les institutions de santé publique lors de crises sanitaires liées à des agents pathogènes respiratoires. Ces facteurs contextuels, résumés ici afin de favoriser une compréhension de cette synthèse qui est fondée sur l'équité et les atouts, sont pris en compte tout au long de ce document et contribuent à orienter l'application des caractéristiques des messages et des stratégies de communication des risques présentées dans les sections suivantes.

## Contextes liés à l'équité en matière de santé

La littérature a montré que les inégalités sanitaires et sociales existantes peuvent entraîner des répercussions disproportionnées des pandémies et des épidémies sur les groupes en situation de marginalisation, et influencer la manière dont ces groupes vivent, perçoivent et accordent leur

confiance aux messages et aux institutions de santé publique<sup>2,12-23</sup>. Les populations qui ont été historiquement marginalisées en raison d'inégalités systémiques, notamment les communautés racialisées<sup>15,18,20,24,25</sup>, les peuples autochtones<sup>15,24,26,27</sup>, les personnes handicapées<sup>25</sup>, les populations linguistiquement diverses et les nouveaux arrivants<sup>19,24</sup>, peuvent éprouver de la méfiance à l'égard de la communication des risques. Cette méfiance découle souvent de facteurs historiques et contextuels, ou est exacerbée par ceux-ci, notamment une discrimination de longue date qui a façonné les expériences avec les établissements et les systèmes de santé<sup>15,19,20,24</sup>. Les données ont souligné l'importance de cerner les occasions d'adopter une approche fondée sur l'équité pour élaborer la communication des risques, car la méfiance envers les institutions peut contribuer aux effets inéquitables des urgences de santé publique ou les aggraver<sup>19,20,24</sup>.

Les données indiquent également que le niveau de confiance accordé aux sources d'information et aux messages peut varier en fonction de facteurs sociodémographiques<sup>28</sup>, notamment le sexe<sup>28,29</sup>, l'âge<sup>14,22,28,30</sup>, le niveau d'éducation<sup>14</sup> et le statut socio-économique<sup>21,28</sup>. Les données suggèrent que, dans certaines populations, les femmes peuvent faire davantage confiance que les hommes<sup>28,29</sup>, les personnes âgées peuvent se montrer plus confiantes que les plus jeunes<sup>14,22,28,30</sup> et les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé peuvent se montrer plus confiantes que celles ayant un niveau d'éducation plus faible<sup>14</sup>. Bien que la promotion de l'équité en matière de santé nécessite une action plus large au niveau du système, les données soutiennent la nécessité de favoriser un renforcement continu et actif de la confiance avec les communautés et les organisations communautaires afin de mieux comprendre leurs préférences en matière de communication des risques, d'adapter la communication des risques en fonction des contextes et des capacités, et de (re)construire des relations avec des partenaires de confiance capables de partager ou de valider les informations de santé<sup>15-18,20</sup>. Le recours à des approches relationnelles dans la communication des risques, telles que l'établissement de relations, la communication bidirectionnelle et l'adaptation des messages, est examiné plus en détail dans la section ci-dessous consacrée aux stratégies et approches de communication des risques.

## Contextes idéologiques

La littérature a mis en évidence que les contextes idéologiques, notamment la satisfaction à l'égard du gouvernement et des institutions ainsi que la perception qu'on en a, les niveaux de confiance préexistants et l'idéologie politique, peuvent influencer la confiance dans la communication des risques en situation d'urgence. Une faible satisfaction à l'égard des responsables gouvernementaux au début de la pandémie de COVID-19 a été associée à des niveaux de confiance plus faibles dans les efforts déployés par ces derniers pour faire face à la pandémie<sup>31-33</sup>. De plus, les personnes qui ont pu constater que leurs responsables politiques adoptaient des comportements appropriés étaient plus susceptibles de faire confiance à leur gouvernement et, par conséquent, de suivre les directives de santé publique<sup>34</sup>. S'appuyant sur des conclusions suggérant que le degré de confiance varie selon les populations et les groupes, les stratégies de communication des risques peuvent s'avérer plus efficaces dans les communautés où la confiance envers les institutions est déjà élevée<sup>35,36</sup>, et peuvent être influencées par la réputation ou la crédibilité antérieures à la situation d'urgence<sup>36,37</sup>. Les niveaux de confiance préexistants ont influencé la façon dont le public a jugé crédibles les informations relatives à la crise, soulignant la nécessité d'établir des relations solides avec le public en dehors des périodes de pandémie<sup>38</sup>.

La littérature a montré que l'idéologie politique d'un individu peut également influencer la confiance accordée aux messages de santé<sup>23,29,39</sup>. Des données provenant des États-Unis recueillies lors de pandémies de pathogènes respiratoires ont montré que les personnes ayant des opinions politiques conservatrices avaient tendance à faire moins confiance aux mesures médicales et rencontraient davantage d'obstacles à l'adoption de comportements de santé publique protecteurs, même si elles percevaient les communications du gouvernement comme fiables, par rapport à celles ayant des idéologies politiques libérales<sup>23,39</sup>. La confiance accordée au messenger, façonnée par l'idéologie politique, peut ainsi influencer la manière dont les individus interprètent le risque et réagissent aux recommandations de santé publique<sup>23</sup>.

## Caractéristiques des messages favorisant la confiance

Plusieurs caractéristiques des messages de communication sur les risques qui s'avèrent efficaces se sont révélées être des facteurs déterminants pour la confiance du public lors des crises de santé publique. Bien que ces caractéristiques soient présentées séparément, leur efficacité pour renforcer la confiance du public dépend de leur application combinée<sup>13,40</sup>, ainsi que des stratégies et des approches décrites dans la section suivante.

- **La transparence**<sup>2,13,16,19,21-27,35-37,40-45</sup> : les approches de communication transparentes relevées comprenaient la divulgation ouverte et honnête de l'information, la mise en évidence des risques et des avantages des mesures préventives, l'explication du processus décisionnel, la présentation de toutes les possibilités et de tous les résultats, la mise en évidence des lacunes dans les connaissances, la communication des incertitudes et la notification de tout changement ou mise à jour des recommandations<sup>16,24-27,42-44</sup>.
- **La clarté et l'absence d'ambiguïté**<sup>2,16,21,24,35,39,42-44,46</sup> : les données disponibles indiquent que l'utilisation d'un langage clair, simple, exempt d'ambiguïté et facile à comprendre a favorisé la confiance du public envers le gouvernement et ses porte-parole<sup>16,21,24,35,42-44,46</sup>. L'utilisation d'un langage simple, d'analogies et le fait d'éviter le jargon technique pourraient faire partie d'une stratégie visant à renforcer la confiance (c'est-à-dire le niveau de confiance dans l'efficacité) dans les interventions de santé publique, à accroître les connaissances spécifiquement liées à la pandémie, la volonté d'adopter des mesures de protection sanitaire ainsi que la confiance dans la prise de décision en matière de santé<sup>2,24,39</sup>.
- **Le fondement sur des données probantes**<sup>2,14,16,19,21,26,27,32,45-50</sup> : la littérature a reconnu que les messages fondés sur des données probantes contribuaient à instaurer et à maintenir la confiance en fondant la communication et les décisions sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles<sup>14,16,32,47</sup>, en intégrant des données dans les messages<sup>14,32</sup>, et en fournissant au public des renseignements fiables pour étayer la prise de décision<sup>14</sup>. Les approches susceptibles de renforcer la crédibilité ou la confiance, en particulier pour des données surprenantes ou complexes, comprennent l'utilisation de modalités de présentation multiples<sup>49</sup>, de couleurs et d'éléments visuels<sup>26</sup>, de visualisations narratives<sup>50</sup>, de supports visuels positifs<sup>26</sup>, la présentation des données sur une échelle linéaire<sup>26</sup>, et l'utilisation de logos reconnaissables provenant de sources fiables<sup>21</sup>. La communication fondée sur des données probantes a également été citée comme un moyen de prévenir et de gérer la désinformation (le partage d'information fautive sans intention de nuire) en corrigeant les récits erronés et en

remplaçant la désinformation par des informations exactes. La désinformation survient couramment dans des contextes où l'information se diffuse rapidement et, si elle est négligée, elle affaiblit la confiance dans la science et envers les experts de la santé<sup>15,48</sup>.

- **Axé sur l'action**<sup>16,19,22,25,35,40,43,51,52</sup> : il a été démontré que les messages axés sur l'action favorisaient l'instauration d'un climat de confiance en fournissant au public des instructions claires et pratiques sur les mesures à prendre en cas d'urgence de santé publique<sup>40,51</sup>. Les données suggèrent que des stratégies de communication déséquilibrées, mettant l'accent sur la prise de conscience de la situation plutôt que sur des conseils concrets, peuvent contribuer à la méfiance du public<sup>40,51</sup>, soulignant ainsi l'importance d'associer les informations sur les risques à des mesures concrètes de prévention ou d'atténuation.
- **L'absence de délai inutile**<sup>16,19,22,28,30,35,40,43</sup> : La communication sans délai inutile d'information et de conseils de la part des praticiens et des porte-parole a été signalée comme étant particulièrement importante dans les contextes d'urgence de santé publique en évolution, car il a été observé que la confiance évoluait au fil du temps, variant selon les différentes phases des crises sanitaires<sup>28,30</sup>. La littérature a noté que la mise en place d'une communication transparente sur les risques dès le début d'une pandémie, même lorsque les informations restent incertaines ou évoluent rapidement, est un facteur important pour maintenir la confiance du public<sup>2,40</sup>.

## Stratégies et approches de communication des risques visant à renforcer la confiance

Pour renforcer la confiance dans la communication sur les risques sanitaires, les résultats suggèrent qu'il convient de prendre en compte non seulement le « contenu » des messages, tel que décrit dans la section précédente consacrée aux caractéristiques des messages, mais aussi la « manière » dont ils sont diffusés. Les stratégies et approches de communication avec le public au sujet des urgences liées aux agents pathogènes respiratoires sont résumées ci-dessous. Étant donné que les agences de santé publique disposent de ressources et opèrent dans des contextes opérationnels variés, ces stratégies peuvent être modulées ou adaptées en fonction des moyens et des capacités disponibles.

### L'utilisation de messagers fiables

La confiance dans la communication sur les risques sanitaires dépend à la fois du messager (celui qui transmet le message) et de la source du message (d'où provient l'information). Ces éléments, parfois utilisés de manière interchangeable, ont été abordés dans la plupart des publications examinées, ce qui souligne leur rôle central dans le renforcement de la confiance du public en période de crise sanitaire.

Dans l'ensemble de la littérature, les professionnels de santé de première ligne (par exemple, les médecins et les infirmières) ont été le plus fréquemment cités comme messagers et sources dignes de confiance, aux côtés des scientifiques et des universités<sup>12,14,15,21,25,26,28,30,32,38,49,53,54</sup>. Les établissements de santé publique (par exemple, les services ou agences de santé publique) et les porte-parole officiels qui les représentent (par exemple, les médecins ou les médecins hygiénistes) figuraient également parmi les messagers les plus dignes de confiance<sup>14,22,28,30,32,38</sup>. Certaines données suggèrent que les responsables de la santé publique inspirent davantage confiance lorsqu'ils sont plus proches du public visé (c'est-à-

dire l'unité de santé publique locale d'un individu par rapport à une agence fédérale de santé)<sup>38,55</sup>. Cependant, dans un contexte saturé de messages de santé publique provenant de diverses sources, comme lors de la pandémie de COVID-19, le niveau hiérarchique du messenger ou de la source au sein du système de santé publique peut ne pas avoir d'importance<sup>55</sup>.

Bien qu'ils soient considérés comme les plus fiables, les professionnels de santé n'étaient pas toujours la source la plus consultée<sup>14,30</sup>. Les médias traditionnels (par exemple, la télévision, les actualités en ligne et les journaux) et leurs représentants ont été cités comme principaux relais d'information ou sources dans de nombreux contextes publics, car ils sont généralement accessibles et réputés pour leur couverture et leurs mises à jour rapides. Cependant, les médias traditionnels ont souvent fait l'objet de méfiance en raison d'une perception d'exagération ou de sensationnalisme, ce qui a donné l'impression d'un décalage entre leurs objectifs (par exemple, attirer l'audience) et ceux des institutions de santé publique, en fonction du type d'information, d'opinions et de récits que les médias choisissaient de mettre à l'avant-plan<sup>12,51</sup>. Cette dichotomie, selon laquelle les sources les plus fiables n'étaient pas les plus fréquemment consultées, a été relevée dans plusieurs études et peut s'expliquer par une plus grande accessibilité et la fréquence des mises à jour provenant de sources non gouvernementales et informelles (par exemple, les réseaux sociaux et les médias)<sup>12,49,56</sup>.

Les réseaux personnels ont joué un rôle appréciable dans l'instauration de la confiance, en particulier parmi les nouveaux arrivants, les personnes noires, les personnes âgées et les populations issues de la diversité linguistique <sup>par exemple,15,17,21</sup>. Les données disponibles ont démontré que le recours à des personnalités de confiance confère de la crédibilité aux messages de communication sur les risques, permet de lutter contre le manque de confiance et la désinformation, et améliore la promptitude, l'adhésion et la mobilisation<sup>19-21</sup>. Pour les communautés ayant une méfiance historique ou systémique envers le gouvernement et les systèmes de santé, comme les communautés noires ou les communautés de nouveaux arrivants, les leaders communautaires de confiance, les groupes confessionnels et les influenceurs communautaires ont joué un rôle essentiel pour susciter la confiance dans les messages de santé publique<sup>15,19,27</sup>. Les organismes communautaires (OC), les services d'urgence locaux et les médias d'information ont également été cités comme des messagers de confiance pour les messages de santé publique, en particulier dans les zones rurales et mal desservies<sup>2,17</sup>.

En général, les responsables politiques ne figuraient pas parmi les messagers les plus dignes de confiance, surtout lorsque leurs messages semblaient motivés par des considérations politiques, manquaient de transparence ou qu'on leur reprochait un manque de convictions partisanes communes<sup>29,32</sup>. Des études ont montré que les experts en santé publique (par exemple, les médecins hygiénistes) jouissaient d'une grande confiance et étaient préférés comme messagers par rapport aux élus, qui étaient plus susceptibles d'être considérés avec scepticisme en raison de la perception d'intentions cachées ou d'objectifs politiques<sup>12,26,32</sup>.

De plus, on a constaté que des approches de communication diversifiées, à plusieurs niveaux (c'est-à-dire local, régional et national) et cohérentes revêtaient une importance particulière pour les stratégies de communication sur les risques liés à une pandémie. Il a été signalé que le manque de cohérence des messages entre les différents relais d'information et les informations contradictoires provenant de différents niveaux de gouvernement ou entre les gouvernements et les autorités sapient la confiance<sup>16,43</sup>. La coordination de l'élaboration des messages et de la diffusion de l'information entre les divers organismes, les responsables de la santé et les organisations internationales a été considérée

comme essentielle pour éviter toute confusion susceptible d'éroder la confiance du public dans le message<sup>43,44</sup>.

## Choisir les canaux de communication adaptés

La littérature a examiné le lien entre les canaux de communication, ou les plateformes de diffusion, et la confiance du public. Les plateformes numériques (par exemple, les réseaux sociaux, YouTube, les courriels et les SMS) ont été les canaux les plus fréquemment abordés, de nombreuses études soulignant leur rôle central dans la communication relative à la pandémie de COVID-19, ainsi que leur statut de plateforme novatrice nécessitant une gestion accrue par rapport aux pandémies passées (par exemple, la pandémie de grippe porcine/grippe A [H1N1] de 2009 [H1N1])<sup>51</sup>. Bien qu'ils soient largement utilisés par les autorités sanitaires et comptent parmi les plus consultés par le public, les données montrent que les réseaux sociaux et les plateformes de messagerie (par exemple, Facebook, Twitter, WhatsApp) ne sont pas nécessairement les plus fiables, et cela vaut pour toutes les catégories démographiques<sup>14,16,22,30</sup>. Une étude a révélé que YouTube était une source majeure de désinformation sur la COVID-19 et que les vidéos officielles sur la santé suscitaient un engagement relativement faible, ce qui soulève des inquiétudes quant à l'efficacité de ce canal en tant que moyen de communication des risques pour joindre la population<sup>49</sup>.

Cependant, les sites Web des autorités sanitaires gouvernementales, locales et internationales (par exemple, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies [CDC] et l'OMS) ont été cités à maintes reprises comme des sources fiables d'informations officielles, y compris par les responsables communautaires qui jouaient le rôle d'éducateurs en santé non professionnels au sein de leurs communautés<sup>15,26,49</sup>. Plusieurs études ont également fait état de l'impact des « infodémies » survenant parallèlement aux crises de santé publique. Les infodémies surviennent lorsque de grandes quantités d'informations, y compris des informations fausses ou trompeuses, se propagent lors d'une urgence de santé publique<sup>35</sup>, et ont été en partie alimentées et relayées par les canaux numériques, ce qui a érodé la confiance et semé la confusion pendant la pandémie de COVID-19<sup>12,15</sup>. Malgré ces défis, les réseaux sociaux et les plateformes en ligne ont été jugés utiles pour surveiller la perception du public vis-à-vis des informations partagées, diffuser des faits et lutter contre la désinformation<sup>48</sup>.

Les médias traditionnels (par exemple, la télévision, les sites d'information en ligne et la presse écrite) constituaient un canal de communication dominant, même si ceux-ci ou leurs porte-parole (par exemple, les journalistes) ne sont pas perçus comme dignes de confiance<sup>12,14,22,30,49,51</sup>. Les responsables de la santé publique au Canada ont souligné que le fait de collaborer de manière proactive avec les médias peut contribuer à atténuer la présentation problématique des mesures et des messages de santé publique qui, sans cette collaboration, risquerait d'atténuer la confiance du public<sup>51</sup>.

La communication en personne (par exemple, les actions de sensibilisation menées par les professionnels de la santé publique) a été relevée comme l'un des moyens les plus efficaces pour instaurer la confiance, en partie parce qu'elle garantit un véritable dialogue avec le public cible, en particulier dans les communautés rurales et mal desservies, ainsi qu'auprès des populations risquant d'être exclues de la communication numérique<sup>2,21</sup>. Diverses méthodes de diffusion ont été établies pour atteindre au mieux les populations dotées d'un accès limité à la technologie, notamment la distribution de tracts, les visites à domicile et le recours aux centres confessionnels et aux centres pour personnes âgées<sup>15</sup>.

Plusieurs études ont montré que les canaux de communication préférés ou jugés fiables variaient dans le temps et en fonction de facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, la religion et l'appartenance politique<sup>21,26,28,29</sup>. Les plus jeunes avaient tendance à privilégier les réseaux sociaux, tandis que les personnes âgées s'appuyaient davantage sur la télévision et la presse écrite<sup>14</sup>. De plus, les individus utilisaient plusieurs canaux de communication<sup>15,49</sup>. À ce titre, plusieurs études soulignent que les stratégies de communication des risques doivent s'appuyer sur des canaux et des formats multiples afin d'instaurer la confiance<sup>16,26</sup>. Cette approche a été jugée essentielle pour garantir une large portée et un accès plus équitable, car aucun canal de communication unique ne favorise systématiquement la confiance au sein de toutes les populations ou dans tous les contextes, ce qui souligne l'importance d'approches coordonnées et multicanaux.

## Accompagner avec empathie

La confiance était généralement plus forte lorsque la communication était claire, empathique et axée sur des conseils concrets plutôt que sur la peur, le blâme ou l'idéologie politique<sup>49</sup>. Les dirigeants politiques qui ont mis en œuvre des stratégies visant à améliorer le bien-être émotionnel et la mobilisation positive pendant la pandémie de COVID-19 ont été perçus comme plus dignes de confiance<sup>33</sup>. À l'inverse, les approches qui suscitaient l'inquiétude ou accentuaient les sentiments négatifs, comme l'anxiété, pouvaient en fin de compte atténuer la confiance<sup>33,47,51</sup>. Par exemple, pendant la pandémie de grippe H1N1, la couverture médiatique qui exagérait les risques, les récits centrés sur les victimes et le ton dramatique auraient réduit la confiance du public dans les messages et les mesures de lutte contre la pandémie<sup>51</sup>.

Le style de communication des porte-parole exerce une influence considérable sur la confiance. Les données suggèrent que les porte-parole les plus dignes de confiance communiquent avec empathie, en reconnaissant les difficultés et les incertitudes<sup>24,26</sup>, tandis qu'un style de communication condescendant, caractérisé par l'esquive, le rejet de la responsabilité, la politisation et l'autopromotion, réduit la confiance et la conviction<sup>22,32</sup>. Il est essentiel de présenter le message en évitant les jugements et les reproches, en particulier pour gagner la confiance de ceux qui pourraient se méfier de certains messages ou institutions<sup>24,26</sup>. Le sentiment d'être pris en charge et l'esprit communautaire sont également identifiés comme des moyens d'augmenter le niveau de confiance et la détermination des individus à rechercher des informations relatives à la santé<sup>25</sup>. À l'inverse, les attaques perçues contre les valeurs personnelles créent des expériences négatives et éloignent davantage les individus, tandis que les approches favorisant une écoute non moralisatrice créent des espaces sûrs et favorisent la confiance<sup>24,26</sup>.

## Intégrer les approches relationnelles dans la communication sur les risques

Les approches relationnelles de la communication sur les risques mettent l'accent sur l'établissement de relations, la compréhension commune et le dialogue entre les autorités de santé publique et les communautés, plutôt que sur une diffusion unidirectionnelle de l'information. Une collaboration active entre des messagers de confiance, des leaders communautaires (par exemple, des aînés et des médecins autochtones) et des organisations communautaires a aidé les organismes de santé publique à mieux cerner les forces et les besoins au niveau local, ainsi qu'à (re)tisser des liens avec des partenaires jugés dignes de confiance pour diffuser ou vérifier les informations sanitaires au nom de leur

communauté<sup>15-18,20</sup>. L'établissement de relations avec les partenaires communautaires a également contribué à une meilleure compréhension de ces derniers et à définir ce qui distinguait chaque groupe, garantissant ainsi que les messages de santé tiennent compte des aspects distinctifs de leur identité et de leur expérience<sup>20</sup>. L'établissement et le maintien proactifs de la confiance avec les partenaires communautaires en dehors des périodes de pandémie ont été cités comme des moyens efficaces de lutter contre la désinformation et de renforcer la confiance de manière plus générale<sup>15,17,20,24</sup>. Au-delà des leaders communautaires et des organisations communautaires, les stratégies spécifiques visant à impliquer le public pour renforcer la confiance comprenaient l'adaptation des messages et la communication bidirectionnelle.

## ADAPTER LES MESSAGES EN FONCTION DES PUBLICS ET DES CONTEXTES

Des études ont montré combien l'adaptation des messages et des stratégies de communication à des publics et à des contextes spécifiques avait une influence sur la confiance envers la santé publique, principalement dans le contexte de la pandémie de COVID-19<sup>2,12,13,15-18,21,24,26,42,48,49</sup>. L'adaptation consiste à ajuster le contenu, le format et les canaux de diffusion des messages afin de tenir compte des facteurs culturels, linguistiques, démographiques, liés à l'alphabétisation et situationnels. Au sein des communautés culturellement diverses, les données montrent qu'une communication sanitaire adaptée et tenant compte des spécificités culturelles permet d'éviter la propagation de fausses informations et la méfiance à l'égard du message<sup>20</sup>.

Plusieurs sources ont souligné que les messages génériques diffusés à grande échelle peuvent être inéquitables, voire préjudiciables aux populations défavorisées en période de crise sanitaire<sup>12</sup>. Par exemple, une analyse a cité le cas d'une étude sur les messages de risque liés à la grippe H1N1 menée auprès des Premières Nations et des Métis au Manitoba, au Canada, où les formats linguistiques et les canaux de diffusion des messages sur les risques ont été modifiés, mais où la communication n'a pas réussi à favoriser un changement de comportement ni à instaurer la confiance envers le gouvernement, car le public visé ne comprenait pas pourquoi il devait être prioritairement vacciné ou percevait le langage utilisé pour décrire les groupes prioritaires comme discriminatoire<sup>49,57</sup>. Reconnue comme une pratique exemplaire pour améliorer la portée et l'efficacité, l'adaptation à la fois du message et du canal est importante, parallèlement à des partenariats communautaires durables et à des mécanismes permettant de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies de communication<sup>16,24,26,42</sup>.

Les stratégies d'adaptation mentionnées dans la littérature comprennent : l'adaptation linguistique et la traduction pour les populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais<sup>17</sup>; l'adaptation culturelle des messages afin de les aligner sur les valeurs communautaires et les expériences historiques de méfiance<sup>2,15,18,49</sup>; le recours à des messagers de confiance pour diffuser le contenu adapté<sup>26,42</sup>; des ajustements des canaux et des formats de communication, tels que des dépliants avec de gros caractères et des images pour les personnes âgées, du matériel destiné à être imprimé ou diffusé sur les radios communautaires pour les populations ayant un accès limité à Internet, et des infographies destinées au partage sur les réseaux sociaux<sup>12,16,24</sup>; et l'adaptation des informations techniques pour améliorer la compréhension et réduire l'incertitude en fonction du niveau de littératie en santé ou des besoins de santé spécifiques à la population<sup>13,21,24</sup>.

Utilisées isolément, les stratégies d'adaptation ne suffisent pas à inspirer confiance. Par exemple, une analyse des communications des autorités sanitaires et gouvernementales néo-zélandaises pendant la pandémie de COVID-19 a révélé que, bien que les responsables aient été félicités pour leur utilisation du

te reo māori lors des points presse sur la santé publique, cela n'a probablement pas suffi à instaurer la confiance<sup>27</sup>. Mettre à l'avant-plan les porte-parole māoris est reconnu comme une stratégie clé pour inspirer confiance; néanmoins, les experts ou dirigeants maoris en matière de santé étaient manifestement absents des points presse<sup>27</sup>. La communication bidirectionnelle et le partenariat communautaire constituent une stratégie clé pour garantir que les messages « adaptés » soient réellement pertinents et atteignent les publics appropriés. À ce titre, il existait un chevauchement considérable dans la littérature traitant de ces deux sujets, ainsi qu'une part notable de méthodologies qualitatives et communautaires pour mener des recherches dans des contextes locaux ou régionaux<sup>2,15,17,18</sup>.

## ÉTABLIR UNE COMMUNICATION BIDIRECTIONNELLE

Plusieurs études soulignent qu'il est important que les messages de santé publique soient dynamiques et tout aussi importants de tenir compte des réactions des publics visés<sup>2,12,16-18,41,42,51</sup>. La communication bidirectionnelle désigne les stratégies qui favorisent le dialogue entre les autorités de santé publique et le public, plutôt que de s'appuyer uniquement sur une diffusion unidirectionnelle, du haut vers le bas. Il a été démontré que les pratiques de communication bidirectionnelle suscitent la confiance dans les institutions et améliorent l'accessibilité, l'acceptabilité et l'adoption des messages<sup>16,41</sup>.

Des études ont mis en évidence divers mécanismes permettant d'instaurer une communication bidirectionnelle, à adapter aux besoins et aux ressources dont disposent les communautés. Les réseaux sociaux ont souvent été cités comme un canal permettant aux autorités sanitaires de transmettre des informations directement au public et offrant des fonctionnalités interactives pour suivre les perceptions et lutter contre la désinformation en temps réel<sup>47,51</sup>. Contrairement à la communication unidirectionnelle, le public peut poser des questions, améliorer sa compréhension et appliquer les informations à son propre contexte de risque, autant de facteurs qui renforcent la perception de crédibilité et d'honnêteté, deux éléments essentiels à l'instauration de la confiance<sup>12</sup>. L'OMS a également reconnu que la confiance peut être établie grâce à une communication stratégique intégrant l'écoute sociale et le maintien de mécanismes de retour d'information de la communauté<sup>42</sup>.

Au-delà des interactions directes, la littérature souligne également le rôle important des partenariats proactifs et bidirectionnels avec des organisations communautaires de confiance et les responsables de la santé publique. Des entretiens menés avec les services de santé locaux et régionaux ainsi qu'avec des organisations communautaires pendant la pandémie de COVID-19 ont montré que des structures formelles telles que des comités directeurs et des visioconférences régulières favorisaient une collaboration efficace<sup>17,18</sup>. Il convient toutefois de noter que ces pratiques ne vont pas sans effort. Pour être mise en œuvre avec succès, la communication bidirectionnelle nécessite un investissement important en ressources, en infrastructures et en attention pendant les crises<sup>17</sup>.

# Implications pour la pratique en matière de santé publique

---

Cette synthèse présente les principaux enseignements tirés de la communication des risques en cas d'urgence liée à des agents pathogènes respiratoires, qui peuvent contribuer à instaurer, à maintenir ou à rétablir la confiance dans la santé publique. La section suivante propose des recommandations pratiques à l'intention des professionnels de la santé publique, des décideurs et des autres acteurs impliqués dans la communication des risques en cas d'urgence sanitaire. Ces recommandations sont classées par type d'actions pouvant être mises en œuvre dans le cadre des efforts de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

## Préparation aux situations d'urgence

Bien que cette synthèse se concentre sur les approches de communication des risques dans le cadre des interventions d'urgence, les données soulignent l'importance de mener en permanence des efforts visant à instaurer la confiance en dehors des périodes d'urgence, afin de favoriser une communication efficace lorsque celles-ci surviennent. Les travaux cités ont confirmé qu'il est essentiel de mettre à profit le temps qui précède ou sépare les urgences pour mener ces efforts, étant donné que les ressources, le temps, les capacités et les infrastructures sont souvent limités en cas d'urgence :

- **Consacrer du temps à établir et à entretenir des relations avec les communautés, les organismes communautaires et les médias en dehors des périodes d'urgence.** Les situations d'urgence exercent une pression considérable sur les systèmes de santé publique et la population. Étant donné que la confiance est un processus continu et dynamique, il convient d'établir et d'entretenir ces relations en dehors des périodes d'urgence, en accordant une attention particulière aux groupes défavorisés sur le plan de l'équité, notamment les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Cet investissement continu dans l'établissement de la confiance et des relations soutient à la fois le travail de santé publique courant et une communication efficace lorsque des situations d'urgence surviennent<sup>16</sup>. Tant les processus formels, tels que la mise en place de comités directeurs communautaires ou la création d'occasions de financement pour les organismes communautaires que les processus informels, tels que la sollicitation de retours d'expérience continus et l'adaptation des activités, peuvent démontrer le ferme engagement de la santé publique envers la collaboration et contribuer à favoriser ces relations avant les situations d'urgence<sup>17</sup>.
- **Intégrer dans les stratégies de communication des risques et les plans de lutte contre les pandémies des mesures favorisant une communication directe, accessible et conviviale avec le public et les médias.** Les plans de lutte contre les pandémies des trois paliers de gouvernement (local, provincial et fédéral) peuvent définir des approches qui favorisent une communication claire et sans délais inutiles avec le public et les médias, et veiller à ce que l'information gouvernementale soit facile à trouver, à comprendre et à utiliser<sup>51</sup>. Ces plans peuvent également aborder la manière dont les messages sont élaborés, coordonnés et diffusés à travers les trois paliers de gouvernement et au sein du secteur de la santé publique<sup>43,44</sup>. On a déterminé

que le renforcement des mécanismes visant à contrer la désinformation, associé à des efforts visant à améliorer l'éducation aux médias du public, était essentiel pour garantir que la communication des risques soit à la fois fiable et utile.

- **Nommer des porte-parole de confiance et leur permettre d'acquérir des compétences en matière de communication des risques, notamment pour communiquer de manière claire et empathique.** Afin de renforcer la crédibilité des porte-parole, les stratégies de communication des risques devraient inclure les personnes qui, selon la littérature, inspirent le plus confiance (par exemple, les professionnels de santé, les partenaires communautaires)<sup>par exemple,12,14,28,32</sup>. De plus, une boîte à outils de compétences en communication des risques et en communication en temps de crise peut être mise à la disposition de certains messagers afin de renforcer leur capacité à établir un lien avec le public et à le rassurer, notamment par l'utilisation efficace des signaux non verbaux, de l'empathie et de la clarté<sup>32</sup>.

## Intervention d'urgence

La communication sur les risques figure généralement parmi les premières interventions de santé publique, et les plus essentielles, en cas de crise sanitaire. La littérature a mis en évidence plusieurs implications visant à favoriser et à entretenir la confiance afin de soutenir les efforts de communication sur les risques lors des interventions d'urgence :

- **Mettre en œuvre des stratégies de communication bidirectionnelle adaptées au contexte.** Une communication bidirectionnelle efficace nécessite des ressources, du personnel et du temps; l'approche choisie doit refléter les besoins et les ressources des communautés concernées. Parmi les exemples concrets mis en œuvre lors des interventions, on peut citer les séances d'écoute ou les mécanismes de retour d'information qui permettent d'adapter les messages en temps réel, ainsi que l'intégration, lorsque cela est possible, d'organismes communautaires ou de représentants de la communauté dans les mécanismes d'intervention d'urgence ou les comités consultatifs<sup>2,17</sup>.
- **Adopter une approche fondée sur l'équité et axée sur l'action pour faciliter l'élaboration et la diffusion des messages.** Le recours à des messagers de confiance ne suffit pas à lui seul à instaurer et à maintenir la confiance. Pour préserver cette confiance, les messages de communication sur les risques doivent être fondés sur l'équité, concrets et pertinents pour les communautés concernées. Le cas échéant, les professionnels et les organismes de santé publique peuvent démontrer leur engagement en faveur d'approches équitables en veillant à ce que les informations et les recommandations en matière de santé publique s'ancrent dans les réalités sociales et environnementales des communautés<sup>58</sup>.
- **Suivre, évaluer et adapter la communication sur les risques en situation d'urgence.** Les niveaux de confiance fluctuent au cours des urgences de santé publique, en fonction de l'évolution des données, des circonstances et des besoins variés des différents groupes de population<sup>29,31</sup>. Le suivi de la réception des messages par le public permet de déterminer si les plans et stratégies de communication sur les risques favorisent effectivement la confiance ou s'ils nécessitent des ajustements, tout en permettant aux autorités de faire preuve de réactivité et de renforcer davantage le sentiment de confiance du public. Les méthodes d'évaluation peuvent inclure des

stratégies passives, telles que le suivi des médias traditionnels et sociaux et de l'engagement vis-à-vis des contenus Web<sup>35</sup>, ainsi qu'une communication bidirectionnelle plus active permettant de recueillir les réactions des médias et du public<sup>42</sup>.

## Limites et points forts

---

Cette synthèse des données probantes a été étayée par une stratégie exhaustive de recherche dans la littérature évaluée par des pairs et la littérature grise, élaborée en collaboration avec des documentalistes. Bien que la recherche ait permis d'identifier un volume de littérature suffisamment important pour l'analyse, il est toutefois possible que certains articles pertinents aient été omis en raison des limites liées aux bases de données consultées, à l'année, à la langue et au type de publication. La participation de plusieurs auteurs à la sélection des études, à leur examen et à l'extraction des données a permis de garantir la cohérence et l'exactitude des résultats dans le cadre des contraintes de ressources et de temps. De plus, les données probantes issues d'études de recherche primaires reposaient le plus souvent sur un plan d'étude transversal; il convient donc d'interpréter ces résultats avec prudence, en les considérant comme corrélationnels plutôt que causaux, et en tenant compte du risque de biais.

Les divergences dans la définition et la mesure de la confiance observées dans la littérature ont posé des difficultés lors de la comparaison des résultats entre les différentes études. Les auteurs ont retenu une définition standard de la confiance qui correspondait à la présente étude et s'y sont référé, dans la mesure du possible, afin d'assurer la cohérence. Pour les études dont les indicateurs de résultats portaient sur le renforcement de la confiance par la préparation ou la diffusion de messages de santé publique, les auteurs ont considéré que ces indicateurs constituaient un substitut approprié aux indicateurs de résultats visant à améliorer la confiance dans la santé publique et, plus largement, dans les messages de santé publique.

Peu d'études portaient sur les agents pathogènes respiratoires généraux, ce qui pourrait limiter l'applicabilité et la généralisation de ces résultats au-delà du contexte de la COVID-19. De plus, les conclusions des études primaires menées dans une région ou un sous-groupe de population spécifiques peuvent être propres à ce contexte et ne pas être généralisables à d'autres régions ou populations. Enfin, peu de documents se concentraient sur l'établissement d'une relation de confiance dans la communication des risques auprès des populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis, et un nombre encore plus restreint intégrait les concepts autochtones de confiance et de responsabilité relationnelle. Cela met en évidence une lacune et une occasion de s'associer aux initiatives menées par les Autochtones, telles que le Cadre national de préparation aux pandémies pour les Autochtones<sup>59</sup>.

Malgré ces limites, cette synthèse apporte un complément d'information au résumé de recherche de 2023 sur la communication des risques et la confiance dans la santé publique pendant la pandémie de COVID-19, en apportant des précisions supplémentaires sur les mesures d'impact et en mettant en évidence des implications claires pour la santé publique. Elle tient compte de l'évolution du paysage de la santé publique post-COVID en Ontario et accorde une attention particulière aux besoins et aux expériences des groupes défavorisés.

# Analyse et conclusions

---

La communication des risques concernant les agents pathogènes respiratoires présentant un potentiel pandémique et épidémique peut renforcer la confiance du public, lorsqu'elle est fondée sur des données probantes, diffusée en temps opportun, de manière claire et par l'intermédiaire de messagers et de canaux de communication fiables, de sources crédibles, et selon des modalités empathiques et adaptées au contexte de vie des populations touchées. Si la confiance du public se construit grâce à des actions soutenues et coordonnées entre les différents messagers et institutions, la littérature disponible propose toute une gamme de stratégies et d'approches visant à renforcer la confiance dans la communication des risques, ainsi que des caractéristiques des messages susceptibles d'influencer cette confiance. Les principaux thèmes et conclusions de ce rapport s'alignent sur les modèles et cadres de communication des risques existants, fondés sur des données probantes, qui vont au-delà des urgences liées aux agents pathogènes respiratoires, notamment le modèle de communication de crise et de risque du CDC<sup>60</sup> (U.S. Centers for Disease Control), renforçant ainsi les stratégies et approches proposées en tant que principes fondamentaux pour favoriser la confiance.

La mise en œuvre de ces stratégies nécessite de prendre en compte un large éventail de facteurs liés à l'équité en matière de santé et à l'idéologie qui ont une influence sur le niveau de confiance, notamment en accordant une importance aux différences entre les groupes de population quant à la manière dont un message est reçu, traité et mis en pratique<sup>4</sup>. Les identités sociales qui s'entrecroisent peuvent façonner la perception des valeurs et des motivations des messagers<sup>60,51</sup>. Cela implique que la confiance dans l'information peut être interprétée à travers le prisme des connaissances locales, du contexte culturel et des relations institutionnelles<sup>51</sup>. La capacité d'un individu à faire confiance et à adopter les comportements préventifs recommandés s'inscrit également dans un contexte historique, social, économique et environnemental plus large<sup>58</sup>. Cette interaction entre les déterminants individuels et structurels souligne l'importance de s'attaquer aux défis systémiques en matière d'équité et à la fiabilité perçue des messagers et des institutions<sup>6,25,58</sup>.

Les professionnels et les organismes de santé publique ont la responsabilité d'informer de manière constructive les communautés et de nouer des relations avec elles sur les questions de santé en période de pandémie<sup>58</sup>. L'établissement d'un climat de confiance peut passer par le renforcement de la participation communautaire, la priorité accordée à une mobilisation constructive et la prise en compte des expériences vécues et des connaissances locales afin d'élaborer conjointement des mesures de préparation et d'intervention avec les personnes concernées par les politiques et les programmes proposés<sup>6,61</sup>. Un exemple notable tiré de la pandémie de COVID-19 est le recours par la ville de Hamilton à des programmes d'ambassadeurs, qui ont permis d'impliquer efficacement des membres des communautés noires, autochtones et racialisées afin de partager des informations pertinentes sur la vaccination contre la COVID-19, de répondre aux préoccupations de la communauté, de surmonter les barrières linguistiques et d'apporter un soutien adapté à la culture locale pour favoriser la confiance<sup>62</sup>.

Les niveaux de confiance fluctuent au cours des urgences de santé publique, en fonction de l'évolution des informations et des besoins de santé publique au sein des différents groupes, comme on l'a observé tout au long de la pandémie de COVID-19 qui s'est étendue sur plusieurs années<sup>28,30</sup>. Il est essentiel de faire un suivi des progrès réalisés dans la mise en place de conditions qui favorisent la confiance pour

comprendre les forces et les faiblesses de la confiance du public, ainsi que la fiabilité des responsables de la santé publique et des représentants du gouvernement<sup>61</sup>. En outre, l'échange de données, d'évaluations, d'enseignements tirés et de modèles de stratégies de renforcement de la confiance entre les professionnels et les organisations de santé publique est essentiel pour soutenir les collègues poursuivant des objectifs similaires<sup>62</sup>.

Les conclusions de cette synthèse soulignent que la confiance est un processus continu, dynamique et qui se renouvelle au fil du temps, ce qui renforce l'importance d'entretenir des relations durables avec les communautés, les partenaires du système de santé et les médias, au-delà des périodes de pandémie et d'épidémie. Les différentes stratégies et approches présentées peuvent être adaptées à divers contextes afin d'orienter la conception et la mise en œuvre d'une communication sur les risques efficace et respectueuse des principes d'équité lors des urgences liées à des agents pathogènes respiratoires.

# Références

---

1. Organisation Mondiale de la santé (OMS). *Risk communications*, [Internet]. Genève : OMS; 2025 [cité le 10 novembre 2025]. Disponible à : <https://www.who.int/emergencies/risk-communications>
2. Leslie, A., E. K. Woods, E. M. van den Broek-Altenburg, G. S. Stein, J. K. Carney. « Lessons learned: enhancing rural risk communication for future health crises through the PHERCC framework », *Front Public Health*, 2025;13:1594833. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1594833>
3. Centres de collaboration national en santé publique (CCNSP). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 2.0*. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2025. Disponible à : <https://ccnsp.ca/projets/competences-essentielles-en-sante-publique-au-canada/>
4. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). *Public health emergency preparedness - core competencies for EU member states*. Stockholm : ECDC; 2017. Disponible à : <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/public-health-emergency-preparedness-core-competencies-eu-member-states.pdf>
5. Réseau pancanadien de santé publique. *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cpip-pclcpi/assets/pdf/report-rapport-02-2018-fra.pdf>
6. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada 2023 : Créer les conditions favorables à la résilience des communautés : une approche de santé publique en matière d'urgences*. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2023. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2023/report/rapport.pdf>
7. MacKay, M., T. Colangeli, A. Thaivalappil, A. Del Bianco, J. McWhirter, A. Papadopoulos. « A review and analysis of the literature on public health emergency communication practices », *J Community Health*, 2022;47(1):150-62. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10900-021-01032-w>
8. Organisation Mondiale de la santé (OMS). *Risk communication saves lives and livelihoods: pandemic influenza preparedness framework*, [Internet]. Genève : OMS; 2015 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/pip-risk-comms-saves-lives-livelihoods>

9. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). *Evidence brief: risk communication and trust in public health during the COVID-19 pandemic*. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023.
10. O'Doherty, K. C. « Trust, trustworthiness, and relationships: ontological reflections on public trust in science », *J Respons Innovat*, 2023;10(1):2091311. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/23299460.2022.2091311>
11. Law, S. F., A. T. Le. « A systematic review of empirical studies on trust between universities and society », *J Higher Educ Pol Manag*, 2023;45(4):393-408. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/1360080X.2023.2176598>
12. Coombs, N., J. Porter, M. Barbagallo. « An exploration of the influencing factors for effective public health messaging during disasters: a scoping review », *Public Health*, 2024;228:73-81. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1016/j.puhe.2023.12.023>
13. Diviani, N., M. Fiordelli, S. Rubinelli. « Understanding public response: government communication during the COVID-19 crisis through the eyes of the Swiss public », *PEC Innov*, 2024;5:100349. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1016/j.pecinn.2024.100349>
14. Fiordelli, M., S. Rubinelli, N. Diviani. « Acceptance of public health measures during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of the Swiss population's beliefs, attitudes, trust, and information-seeking behavior », *Int J Public Health*, 2023;68:1605982. Disponible à : <https://www.doi.org/10.3389/ijph.2023.1605982>
15. Githinji, P., A. L. MacMillan Uribe, J. Szeszulski, C. D. Rethorst, V. Luong, L. Xin et coll. « Public health communication during the COVID-19 health crisis: sustainable pathways to improve health information access and reach among underserved communities », *Hum Soc Sci Comm*, 2024;11(2024):1218. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1057/s41599-024-03718-7>
16. Ryan, R. E., C. Silke, A. Parkhill, A. Virgona, B. Merner, S. Hurley et coll. « Communication to promote and support physical distancing for COVID-19 prevention and control », *Cochrane Database Syst Rev*, 2023;10(10):CD015144. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD015144>
17. SteelFisher, G. K., H. L. Caporello, R. I. Stein, K. M. Lubell, L. Lane, S. Moharam Ali et coll. « Developing infectious disease outbreak emergency communications for populations with limited English proficiency: insights to sustain collaborations between local health departments and community-based organizations », *Am J Health Promot*, 2025;39(2):274-82. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1177/08901171241273349>
18. Washington, R., J. A. Weis, M. Monger, N. Burse, S. C. Melvin, A. A. Omondi et coll. « Adaptation of a bidirectional crisis and emergency risk communication framework by community-engaged research partnerships in rural Mississippi during the COVID-19 pandemic », *J Clin Translat Sci*, 2023;7(1):e79. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1017/cts.2023.15>

19. Independent Pandemic Management Advisory Committee. *Review of COVID-19 communications in Victoria*. Melbourne : Gouvernement de l'État de Victoria; 2022. Disponible à : <https://www.health.vic.gov.au/sites/default/files/2022-09/review-COVID-19-communications-in-victoria-ipmac.pdf>
20. Gouvernement du Royaume-Uni, Scientific Pandemic Influenza Group on Behaviours (SPI-B). *Public health messaging for communities from different cultural backgrounds*, [Internet]. Londres : droit d'auteur de la Couronne; 2020 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5f5223a7e90e071ec25d3724/s0649-public-health-messaging-bame-communities.pdf>
21. Université d'Anvers. *Inclusive COVID-19 Crisis Communication (ICC) Project Consortium. Towards an inclusive COVID-19 crisis communication policy in Belgium*, [Internet]. Anvers; Université d'Anvers; 2022 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://medialibrary.uantwerpen.be/files/159019/6b86ff6e-bfb5-457e-a0f8-f63fda6d2443.pdf>
22. Kim, S. « Dimensions of effective government pandemic-crisis communication in the context of COVID-19: a public-centric perspective », *J Contingencies Crisis Manage*, 2023;31(3):320–37. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1111/1468-5973.12441>
23. Li, J., Y. Lee. « Predicting public cooperation toward government actions in the early stages of an influenza pandemic in the United States: the role of authentic governmental communication and relational quality », *Communic Res*, 2023;50(2):230–57. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1177/00936502221096659>
24. Agence de la santé publique du Canada. *Vaincre l'hésitation face à la vaccination dans le contexte de la COVID-19 : À l'intention des fournisseurs de soins de santé*, [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2021 [cité le 1<sup>er</sup> novembre 2025]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/vaccins/vaincre-hesitation-vaccination.html>
25. Porat, T., R. Nyrop, R. A. Calvo, P. Paudyal, E. Ford. « Public health and risk communication during COVID-19—enhancing psychological needs to promote sustainable behavior change », *Front Public Health*, 2020;8:573397. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.573397>
26. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. *Rapid review update 2: what are best practices for risk communication and strategies to mitigate risk behaviours?*, [Internet]. Hamilton, ON : Université McMaster; 2023 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://www.nccmt.ca/covid-19/covid-19-rapid-evidence-service/24>
27. Beattie, A., R. Priestley. « Fighting COVID-19 with the team of 5 million: Aotearoa New Zealand government communication during the 2020 lockdown » *Soc Sci Humanit Open*, 2021;4(1):100209. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2021.100209>
28. Ali, S. H., J. Foreman, Y. Tozan, A. Capasso, A. M. Jones, R. J. DiClemente. « Trends and predictors of COVID-19 information sources and their relationship with knowledge and beliefs related to the pandemic: nationwide cross-sectional study », *JMIR Public Health Surveill*, 2020;6(4):e21071. Disponible à : <https://doi.org/10.2196/21071>

29. Reinhardt, M., M. B. Findley, R. A. Countryman. « Policy liberalism and source of news predict pandemic-related health behaviors and trust in the scientific community », *PLoS One*, 2021;16(6):e0252670. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252670>
30. Falcone, R., A. Sapienza. « How COVID-19 changed the information needs of Italian citizens », *Int J Environ Res Public Health*, 2020;17(19):6988. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/ijerph17196988>
31. Stanulewicz-Buckley, N., E. Cartwright. « Persuasiveness of public health communication during the COVID-19 pandemic: message framing, threat appraisal, and source credibility effects », *Int J Environ Res Public Health*, 2024;22(1):29. Disponible à : <https://www.doi.org/10.3390/ijerph22010030>
32. Capurro, G., R. Maier, J. Tustin, C. G. Jardine, S. M. Driedger. « The spokesperson matters: evaluating the crisis communication styles of primary spokespersons when presenting COVID-19 modeling data across three jurisdictions in Canada », *J Risk Res*, 2022;25(11-2):1395-412. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1080/13669877.2022.2128391>
33. Naughton, B., D. O'Shea, L. van der Werff, F. Buckley. « Influencing a nation: how a leader's interpersonal emotion regulation influences citizen compliance via trust and emotions during a global pandemic », *Emotion*, 2024;24(1):196-212. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1037/emo0001262>
34. Claeys, A., A. De Waele. « From message to messenger: should politicians lead-by-example to increase compliance with public health directives? », *Health Commun*, 2023;38(14):3393-408. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1080/10410236.2022.2150806>
35. Bollyky, T., M. Bang Petersen. « A practical agenda for incorporating trust into pandemic preparedness and response », *Bull World Health Org*, 2024;102(6):440–7. Disponible à : <https://doi.org/10.2471/blt.23.289979>
36. Crepez, M., G. Arkan. « Information disclosure and political trust during the COVID-19 crisis: experimental evidence from Ireland », *J Elect Public Opin Parties*, 2021;31(Suppl 1):96–108. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1080/17457289.2021.1924738>
37. Hirschfeld, G., M. T. Thielsch. « Impact of crisis communication strategies on people's attitudes toward behavioral guidelines regarding COVID-19 and on their trust in local officials », *Int J Disaster Risk Sci*, 2022;13(4):495–506. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1007/s13753-022-00424-3>
38. Bickham, S. B., D. B. Francis. « The public's perceptions of government officials' communication in the wake of the COVID-19 pandemic », *J Creat Commun*, 2021;16(2):190–202. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/09732586211003856>
39. Joslyn, S., C. Qin, J. H. Han, S. Savelli, N. Agrawal. « Reducing vaccine hesitancy by explaining vaccine science », *J Exp Psychol Appl*, 2023;29(3):489–528. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1037/xap0000464>

40. MacKay, M., T. Colangeli, D. Gillis, J. McWhirter, A. Papadopoulos. « Examining social media crisis communication during early COVID-19 from public health and news media for quality, content, and corresponding public sentiment », *Int J Environ Res Public Health*, 2021;18(15):7986. Disponible à : <https://www.doi.org/10.3390/ijerph18157986>
41. Li, J. Y., Y. Lee. « Predicting public cooperation with face covering at the early phases of COVID-19: building public trust, confidence, knowledge through governmental two-way symmetrical communication », *Health Commun*, 2024;39(12):2983–96. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1080/10410236.2023.2297496>
42. Organisation Mondiale de la santé (OMS). *WHO COVID-19 policy brief: building trust through risk communication and community engagement*, [Internet]. Genève : Organisation Mondiale de la santé; 2022 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/bb6e863c-d893-4b09-b234-51e77cd296da/content>
43. Organisation panaméricaine de la santé (OPS). *COVID-19: guidelines for communicating about coronavirus disease 2019. A guide for leaders*, [Internet]. Washington, DC : OPS; 2020 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52391>
44. Moss, S. M., E. M. Sandbakken. « "Everybody needs to do their part, so we can get this under control." Reactions to the Norwegian government meta-narratives on COVID-19 measures », *Polit Psychol*, 2021;42(5):881–98. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/pops.12727>
45. Schneider, C. R., A. L. J. Freeman, D. Spiegelhalter, S. van der Linden. « The effects of quality of evidence communication on perception of public health information about COVID-19: two randomised controlled trials », *PLoS One*, 2021;16(11):e0259048. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259048>
46. Schneider, C. R., A. L. J. Freeman, D. Spiegelhalter, S. van der Linden. « The effects of communicating scientific uncertainty on trust and decision making in a public health context », *Judgm Decis Mak*, 2022;17(4):849–82. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1017/s1930297500008962>
47. Mohamed Nour, M., A. Kisa. « Political leaders' communication strategies during COVID-19 in highly infected countries: a scoping review », *Healthcare*, 2024;12(6):607. Disponible à : <https://www.doi.org/10.3390/healthcare12060607>
48. Kisa, S., A. Kisa. « A comprehensive analysis of COVID-19 misinformation, public health impacts, and communication strategies: scoping review », *J Med Internet Res*, 2024;26:e56931. Disponible à : <https://www.doi.org/10.2196/56931>
49. Berg, S. H., J. K. O'Hara, M. T. Shortt, H. Thune, K. K. Bronnick, D. A. Lungu et coll. « Health authorities' health risk communication with the public during pandemics: a rapid scoping review », *BMC Public Health*, 2021;21:1401. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1186/s12889-021-11468-3>

50. Fansher M, Walls L, Hao C, Subramonyam H, Boduroglu A, Shah P et coll. « Narrative visualizations: depicting accumulating risks and increasing trust in data », *Cogn Res*, 2025;10(1):7. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1186/s41235-025-00613-w>
51. Driedger, M., R. Maier, G. Capurro, C. Jardine. « Drawing from the 'bank of credibility': perspectives of health officials and the public on media handling of the H1N1 pandemic », *J Risk Res*, 2021;24(11):1499–516. Disponible à : <https://www.doi.org/10.1080/13669877.2021.1936604>
52. Lungu, D. A., J. Roislien, S. H. Berg, I. Smeets, M. T. Shortt, H. Thune et coll. « Assessing the effect of nonvisual information factors in pandemic-related video communication: randomized controlled between-subjects experiment », *J Med Internet Res*, 2023;25:e42528. Disponible à : <https://www.doi.org/10.2196/42528>
53. Cucchiarini, V., L. Caravona, L. Macchi, F. L. Perlino, R. Viale. « Behavioral changes after the COVID-19 lockdown in Italy », *Front Psychol*, 2021;12:617315. Disponible à : <https://www.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.617315>
54. Botterill, L. C., J. Lake, M. J. Walsh. « Factors affecting public responses to health messages during the COVID-19 pandemic in Australia: partisanship, values, and source credibility », *Aust J Polit Sci*, 2021;56(4):358–75. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/10361146.2021.1978389>
55. Favero, N., S. Jilke, J. A. Wolfson, C. Xu, M. M. Young. « Messenger effects in COVID-19 communication: does the level of government matter? », *Health Policy Open*, 2021;2:100027. Disponible à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590229620300253>
56. King, C. L., M. Y. K. Chow, K. E. Wiley, J. Leask. « Much ado about flu: a mixed methods study of parental perceptions, trust and information seeking in a pandemic », *Influenza Other Respir Viruses*, 2018;12(4):514–21. Disponible à : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111%2Ffirv.12547>
57. Driedger, S. M., E. Cooper, C. Jardine, C. Furgal, J. Bartlett. « Communicating risk to Aboriginal Peoples: First Nations and Metis responses to H1N1 risk messages », *PLoS One*, 2013;8(8):e71106. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071106>
58. Best, A. L., F. E. Fletcher, M. Kadono, R. C. Warren. « Institutional distrust among African Americans and building trustworthiness in the COVID-19 response: implications for ethical public health practice », *J Health Care Poor Underserved*, 2021;32(1):90–8. Disponible à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33678683/>
59. Huyser, K. R., A. Mashford-Pringle, S. Blackstock, T. Robin, T. Chavez, D. Lin et coll; CIEDAR (Cluster for Indigenous Engagement, Development, and Research). *Developing a national framework for Indigenous Pandemic Preparedness: CIEDAR P2's inaugural workshop: UBC Cluster for Indigenous Engagement, Development, and Research Pandemic Preparedness (CIEDAR P2)*, [Internet]. Vancouver, C.-B. : CIEDAR; 2024 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://drive.google.com/file/d/1zstfO6AGdOUbOzklQ1hBi-WrkRS0PQsT/view>

60. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *(CERC) crisis + emergency risk communication: introduction*, [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2018 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : [https://www.cdc.gov/cerc/media/pdfs/CERC\\_Introduction.pdf](https://www.cdc.gov/cerc/media/pdfs/CERC_Introduction.pdf)
61. Bærøe, K., V. Árnason, M. Jansen, A. E. Yamin, A. L. Ruano, A. P. Davis. « Pandemic and crisis preparedness and response: conceptualizing cultural, social and political drivers of trustworthiness and collective action », *Public Health Ethics*, 2025;18(2):phaf004. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/phe/phaf004>
62. Ville de Hamilton. *Vaccine Ambassador pilot program: evaluation report*, [Internet]. Hamilton, ON : Ville de Hamilton; 2023 [cité le 23 avril 2026]. Disponible à : <https://pub-hamilton.escribemeetings.com/filestream.ashx?DocumentId=384805>
63. Veritas Health Innovation. *Covidence systematic review software*, [Internet]. Melbourne; Veritas Health Innovation; 2025 [cité le 6 novembre 2025]. Disponible à : <https://www.covidence.org>

# Annexe A : Méthodes de synthèse des données probantes

---

Une analyse rapide de la littérature indexée et de la littérature grise a été menée avec le soutien d'un spécialiste de l'information documentaire. La stratégie de recherche s'est appuyée sur la synthèse des données de 2023, élargissant la recherche initiale, qui portait sur les termes liés à la COVID-19, afin d'inclure tous les agents pathogènes respiratoires présentant un potentiel épidémique ou pandémique. La recherche a été limitée aux ressources en anglais publiées de 2020 à 2025. Un bibliothécaire-documentaliste a effectué des recherches dans la base de données MEDLINE le 18 juin 2025, puis dans Embase, CINAHL, PsycINFO et Scopus les 24 et 25 juin 2025. Afin d'éviter tout double emploi dans le tri et l'extraction des données, les documents datant de la période de la pandémie de COVID-19 (2020-2022) et déjà identifiés lors de recherches antérieures dans les bases de données ont été exclus. Une recherche effectuée les 22 et 23 juillet 2025 à l'aide de trois moteurs de recherche Google personnalisables (développés pour rechercher des ressources canadiennes et internationales en santé publique) a permis de repérer des sources de littérature grise. Les 100 premiers résultats de chaque chaîne de recherche ont été examinés. La recherche a été complétée par une recherche manuelle ciblée.

Les documents identifiés pouvaient être retenus s'ils traitaient de stratégies, d'outils, de tactiques ou d'approches de communication destinés au grand public et utilisés dans le domaine de la santé publique dans un ou plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Les documents étaient retenus s'ils fournissaient explicitement des preuves d'efficacité et d'impact sur la confiance du public. Les données étaient exclues si elles portaient uniquement sur le renforcement de la confiance dans des contextes courants ou non urgents ; sur des populations rendues vulnérables par des facteurs biologiques (par exemple, les patients atteints de cancer, les personnes immunodéprimées); ou si elles décrivaient des résultats liés à la confiance sans indication d'impact. Les documents sur la couverture vaccinale hors des situations d'urgence, en tant que comportement influencé par la confiance, ont également été exclus, tout comme les commentaires, éditoriaux, résumés, présentations de conférences, livres, protocoles et prépublications.

Deux auteurs ont participé au processus de sélection, en utilisant Covidence pour les documents indexés et un navigateur Web pour la littérature grise<sup>63</sup>. Un sous-ensemble d'articles a fait l'objet d'une double sélection au stade du titre et du résumé afin de garantir la concordance entre les auteurs, les articles restants ayant été examinés de manière indépendante. Les articles en texte intégral ont été récupérés et sélectionnés selon le même processus. Les auteurs sont parvenus à un consensus sur la sélection finale d'articles à l'issue de discussions. Par souci de continuité, la littérature évaluée par des pairs et la littérature grise incluses dans la synthèse des données probantes de 2023 ont été examinées à la lumière des critères d'inclusion et d'exclusion mis à jour. Ces documents ont été sélectionnés de manière indépendante tant au stade du titre et du résumé qu'à celui du texte intégral.

Trois auteurs se sont réparti l'ensemble final des articles retenus afin de procéder à l'extraction des données et à l'analyse thématique. Au cours d'un processus itératif, des thèmes ont été identifiés, leurs relations ont été cartographiées et ont été regroupées en sections bien définies. Enfin, des experts en

contenu ont été consultés pour valider et enrichir les résultats. Conformément aux méthodes d'analyse rapide des données probantes, la qualité méthodologique des études n'a pas été évaluée. Des détails supplémentaires concernant la méthodologie sont disponibles sur demande.

# Annexe B : Caractéristiques des publications incluses

**Tableau B1 : Sommaire des publications incluses (n = 46)**

Caractéristiques de l'étude	Nombre
<b>Année de publication</b>	
2020	5
2021	13
2022	6
2023	10
2024	9
2025	3
<b>Agent pathogène respiratoire</b>	
COVID-19	42
Agent pathogène respiratoire général	3
Grippe	1
<b>Type d'étude</b>	
Transversale	17
Essai contrôlé randomisé	7
Revue	7
Étude de cas	4
Non randomisée	2
Étude cas-témoins	1
Étude de cohorte	1
Non précisé ou sans objet	7
<b>Lieu</b>	
Europe	15
Amérique du Nord	17
Océanie	3
Plus d'un continent à l'étude	11

Caractéristiques de l'étude	Nombre
<b>Ordre de gouvernement</b>	
National	32
État/Provincial	2
Local/régional	4
Plus d'un ordre de gouvernement à l'étude	8
<b>Messagers<sup>a</sup></b>	
Pouvoirs publics et élus (c'est-à-dire les responsables politiques et les décideurs)	32
Experts, responsables et organismes de santé publique	13
Médias traditionnels ou réseaux sociaux (c'est-à-dire les journalistes)	8
Messagers communautaires ou locaux	8
Prestataires de soins de santé, professionnels et praticiens	7
Non précisé ou sans objet	3
<b>Aspects relatifs à l'équité</b>	
Oui	14
Non	32

Remarque. <sup>a</sup>À noter qu'une étude peut comporter plusieurs messagers d'intérêt et/ou en cours d'examen (d'où  $n > 46$ )

**Santé publique Ontario**  
661, avenue University, bureau 1701  
Toronto (Ontario)  
M5G 1M1  
416.235.6556  
[communications@oahpp.ca](mailto:communications@oahpp.ca)  
[publichealthontario.ca/fr](http://publichealthontario.ca/fr)

