

Stratégies de communication pour la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009

Po-Po Lam^{1,2}, Allison McGeer^{1,2}

¹Département de microbiologie, Mount Sinai Hospital

²Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

Introduction

Les communications en cas d'urgence en santé publique sont importantes, car elles déterminent le degré de confiance que les populations ont dans les capacités de leurs gouvernements à intervenir dans de telles situations. Une communication mal planifiée par les responsables de la santé publique peut entraîner des réactions négatives de la part des populations, un manque d'adhésion aux recommandations formulées en vue de prévenir les maladies, et une réponse désorganisée à la crise à surmonter (1). Lors de la pandémie de grippe de 2009, la nécessité de disposer d'un programme de communication d'urgence en santé publique soigneusement exécuté a revêtu une importance particulière à une époque où l'information est rapidement véhiculée par Internet et par des services de nouvelles diffusées 24 heures sur 24.

L'émergence d'une nouvelle souche grippale pandémique, en l'occurrence la H1N1 (pH1N1), a posé de nombreux défis de communication aux responsables de la santé publique. Lors des étapes initiales, la maladie présentait diverses « inconnues », telles que sa gravité et sa propagation (2). Le défi consistait à fournir rapidement les informations les plus précises possible en utilisant les

Points clés

- Des enquêtes menées en Australie, au Royaume-Uni et en France ont montré qu'un changement de comportement limité, motivé par la volonté de prévenir l'infection grippale, était intervenu dans le public.
- Comme il s'est avéré difficile de communiquer rapidement avec les prestataires de soins de santé agissant en première ligne durant la pandémie de grippe pH1N1, il importe de déterminer des mécanismes efficaces de communication avec les prestataires de soins de santé.
- Les outils de réseautage social ont été largement utilisés comme moyens de communication. L'efficacité et les pratiques optimales associées à l'utilisation des médias sociaux doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie.
- Des comparaisons des stratégies de santé publique aux niveaux provincial/territorial et local devront être effectuées afin de servir de base à l'élaboration des futures pratiques de communication en santé publique.

données disponibles. Au fur et à mesure de la progression de la pandémie, notre connaissance de la maladie a évolué également. Pour cette raison, les directives et les messages adressés au public ont dû être modifiés. La pandémie de grippe A (H1N1) présentait des caractéristiques qui lui étaient propres et rendaient difficile la diffusion de renseignements sur les risques. Bien que l'infection à

pH1N1 n'ait entraîné que des symptômes légers pour la majorité de la population considérée dans son ensemble, une pathologie grave s'est développée dans certains sous-groupes, notamment parmi les jeunes adultes et les femmes enceintes (3). Il y a également eu des problèmes liés au vaccin anti-pH1N1, notamment en ce qui concerne la disponibilité, l'innocuité, l'efficacité, et la distribution aux groupes



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

knowledge that's contagious!

Des saviors qui se transmettent!

Tableau 1

Stratégies de communication relatives à la pandémie de grippe H1N1 utilisées en Australie, au Canada, aux États-Unis, au Mexique et au Royaume-Uni pour le personnel des services de santé publique, les prestataires de soins de santé et le grand public

Pays	Stratégies spécifiques de communication relatives à la grippe pH1N1 :		
	Personnel des services de santé publique	Prestataires de soins de santé	Grand public
Australie	<ul style="list-style-type: none"> Centre des opérations d'urgence en santé publique Téléconférences/réunions Diffusion par télécopieur Textos Moyens axés sur le Web : site sur la grippe pH1N1, intranet, courrier électronique 	<ul style="list-style-type: none"> Centre national de réaction aux incidents : rapports journaliers sur la situation Une association professionnelle a créé un groupe de travail et mobilisé d'autres associations Téléconférences/réunions Télécopies Permanence téléphonique pour les résultats de laboratoire Messages sur le système Healthlink (notifications des services de pathologie) Sites Internet dédiés Personnes-contacts chargées d'assurer la liaison avec les hôpitaux privés Généralistes : division responsable de la médecine générale, département de la santé des États 	<ul style="list-style-type: none"> Médias classiques : télévision, affiches, bulletins, radio Moyens axés sur le Web : sites Web, courrier électronique Permanence téléphonique pour les résultats de laboratoire Permanence téléphonique pour les résultats de laboratoire Consultations rapides avec les groupes autochtones Téléconférences avec des membres clés de la communauté Plans de fermeture d'écoles définis à l'intention du personnel et des bureaux des districts chargés de l'enseignement
Canada	<ul style="list-style-type: none"> Système de gestion des incidents Téléconférences/réunions Unité créée spécifiquement pour la gestion des nouvelles informations Moyens axés sur le Web : pages Wiki, messagerie instantanée, courrier électronique 	<ul style="list-style-type: none"> Une association professionnelle a créé un groupe de travail dont les membres ont reçu des recommandations précises Téléconférences/séances d'information Télécopies Permanence téléphonique à l'intention des prestataires de soins de santé Moyens axés sur le Web : sites Web et courrier électronique 	<ul style="list-style-type: none"> Médias classiques : nouvelles, télévision, affiches, courrier Personnes-contacts pour les populations spéciales : écoles, garderies, communautés autochtones Moyens axés sur le Web : sites Web, Twitter, Facebook Ligne d'assistance téléphonique dédiée Exposés destinés aux partenaires des communautés locales
États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> Téléconférences/réunions Moyens axés sur le Web : site Web, courrier électronique Réseaux d'alerte de santé Collaboration avec diverses organisations en vue de l'élaboration de lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> Téléconférences/réunions Action de proximité sur le plan clinique et appels aux centres d'activité communautaires Moyens axés sur le Web : sites Web, courrier électronique Équipe de communication désignée Réseaux d'alerte de santé Centres d'appel désignés 	<ul style="list-style-type: none"> Médias classiques : télévision, radio, affiches, annonces Atelier destiné aux représentants des médias Moyens axés sur le Web : sites Web, Facebook, Twitter, bulletins de nouvelles, courrier électronique, balados, bannière consacrée aux médias Porte-parole désignés Communication dans différentes langues

page suivante

prioritaires (4).

Plusieurs stratégies et outils de communication ont été mis en place pour relever les défis posés par la pandémie de grippe pH1N1. Ce recensement

de la littérature a pour objet de donner un aperçu des approches utilisées pour diffuser des informations sur la souche pH1N1 et de faire la synthèse des résultats des évaluations initiales. L'accent a été mis sur trois groupes cibles : 1) le

grand public, 2) les prestataires de soins de santé et 3) le personnel des services de santé publique. Les stratégies et les outils de communication utilisés au Canada ont été comparés avec les méthodes employées dans d'autres pays.

Tableau 1 continué

Stratégies de communication relatives à la pandémie de grippe H1N1 utilisées en Australie, au Canada, aux États-Unis, au Mexique et au Royaume-Uni pour le personnel des services de santé publique, les prestataires de soins de santé et le grand public

Pays	Stratégies spécifiques de communication relatives à la grippe pH1N1 :		
	Personnel des services de santé publique	Prestataires de soins de santé	Grand public
Mexique	<ul style="list-style-type: none"> • Réunions avec divers niveaux de gouvernement • Informations fournies pour permettre à l'OMS† d'élaborer un vaccin 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuels techniques et sur les méthodes à appliquer destinés aux services de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Textos • Courrier électronique • Ligne d'assistance téléphonique dédiée • Leadership : porte-parole du secrétaire chargé de la santé • Port du masque obligatoire pour les chauffeurs d'autobus et de taxi • Déclaration de « l'état d'urgence sanitaire » • Mises à jour en temps réel sur l'évolution de l'épidémie • Exposés présentés par des caravanes de la santé
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> • Centres d'intervention contre la grippe • Téléconférences/réunions • Mises à jour des sites Web 	<ul style="list-style-type: none"> • Téléconférences/réunions • Bulletins diffusés en interne • Moyens axés sur le Web : site Web, intranet, courrier électronique • Communication directe entre les chefs de file des associations professionnelles et les généralistes « indépendants » • Permanence téléphonique des centres d'intervention contre la grippe 	<ul style="list-style-type: none"> • Médias classiques • Permanence téléphonique du service national de lutte contre la grippe pandémique • Portail Web • Circulaire d'information envoyée à tous les foyers

†OMS : Organisation mondiale de la santé

Résultats

Les informations sur la communication relative à la pandémie de grippe pH1N1 au Canada ont été extraites de rapports provinciaux sur la santé publiés en Colombie-Britannique (5) et en Ontario (6), et de rapports régionaux sur la santé publique provenant d'Ottawa (7) et de Middlesex-London (8). Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses a publié une série de comptes rendus sur les interventions mises en œuvre par les responsables de la santé publique en Ontario, en Colombie-Britannique et au Manitoba pour lutter contre cette pandémie (9). La recherche entreprise dans la littérature n'a pas

permis de trouver des rapports provenant d'autres provinces et territoires. Des associations nationales de professionnels de la santé (10) et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (11) ont apporté leurs propres réflexions sur la manière dont la communication a été gérée pendant la pandémie. Les informations sur les autres pays ont été tirées d'articles publiés dans des revues scientifiques et des rapports gouvernementaux.

Les stratégies de communication ont été classées en fonction des trois groupes cibles (grand public, prestataires de soins de santé et personnel de santé publique). Les stratégies utilisées en Australie, au

Canada, au Mexique, aux États-Unis et au Royaume-Uni sont présentées au Tableau 1. Elles fournissent une vue d'ensemble des principales méthodes de communication employées au niveau national ou provincial. Les différences entre les méthodes utilisées aux niveaux régional et institutionnel ne sont pas soulignées, sauf indication contraire. Certains outils de communication employés par des pays autres que le Canada figurent au Tableau 2. Les résultats des évaluations des méthodes de communication sont présentés sous forme récapitulative.

Tableau 2

Quelques-uns des outils de communication utilisés dans différents pays dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe pH1N1

Public cible	Quelques-uns des outils de communication utilisés dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe pH1N1
Agents des services de santé publique/fournisseurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • NetEpi : système national de collecte de données de santé publique basé sur le Web (Australie) • FLUZONE : base de données sur le Web créée pour rassembler des renseignements sur tous les cas possibles de grippe pH1N1 et sur tous les contacts (R-U.) • Arkadin : outil d'audiotéléconférence (États-Unis) • Health Emergency & Diseases Information System (Système d'information sur les maladies et les urgences en santé – HEDIS) : les États membres de l'UE ont accès à une série d'outils d'intervention en cas de crise et de données sur la santé publique distribués par la Commission européenne • Medisys : système de gestion des renseignements médicaux sur le Web permettant aux États membres de l'UE d'avoir accès à des données sur la santé publique (UE) • Système d'alerte précoce et de réaction : système basé sur le Web dont la fonction est de permettre à la Commission européenne de rester en contact avec les États membres de l'UE lorsque des notifications relatives à une crise sont diffusées (UE) • Health Alert Network : système d'envergure nationale conçu pour permettre les contacts entre les services de santé des États et des municipalités (États-Unis) • Page Wiki consacrée aux situations d'urgence dans le domaine de la santé publique (Australie) • Lignes directrices cliniques relatives à la lutte contre les infections (divers pays) • Trousses d'outils/fiches de données destinées aux praticiens (divers pays)
Grand public	<ul style="list-style-type: none"> • Trousses de communication pour le personnel de direction des petites entreprises et des lieux de travail, les garderies et les établissements d'enseignement supérieur (divers pays) • Disease Outbreak Response System (système d'intervention en cas de flambée épidémique) : différentes couleurs correspondent au niveau des mesures d'intervention prises en cas de pandémie (Singapour) • Ateliers sur la prévention de la grippe (divers pays) • Cartes à suspendre aux boutons de porte de toutes les maisons (Mexique) • Cartes de déclaration sur la santé pour les voyageurs (Singapour) • Outil destiné à aider les parents à évaluer la gravité de la maladie dont souffrent leurs enfants (divers pays)

Rôle de la planification précédant la pandémie dans la diffusion des informations

Dans l'optique de parer à la survenue d'une pandémie grippale, le Canada a élaboré le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza. Le processus d'élaboration de ce plan a été le point de départ des échanges de vues et des collaborations nécessaires entre le gouvernement, le secteur de la santé publique et les prestataires de soins avant la survenue de la situation d'urgence. Comme les voies de communication avaient été établies à l'avance, elles ont permis un échange rapide des informations entre les partenaires clés lors de la pandémie (10).

La mise en œuvre du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza a révélé l'existence de lacunes à combler dans le domaine de la communication, notamment avec les prestataires de soins de santé œuvrant en première ligne et les communautés autochtones. Divers groupes ont prôné l'intégration d'intervenants faisant partie des communautés autochtones au processus de préparation des mesures de lutte contre la pandémie (12). Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza a été révisé peu de temps après le début de cette dernière de façon à inclure une section abordant spécifiquement les questions liées à la population autochtone (12). Les prestataires de soins de premier recours ont également jugé que le plan de gestion de la pandémie était insuffisant lors de la première vague pandémique. Ils ont demandé que les informations concernant les services de soins primaires soient diffusées rapidement. À l'issue de cette première vague, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a collaboré avec des médecins de famille pour rédiger un document intitulé « Grippe pandémique H1N1 : Aide-mémoire à l'intention des cliniciens de première ligne », que les professionnels de la santé œuvrant à ce niveau ont estimé utile (10).

Outre la planification de la lutte contre les pandémies à l'échelle nationale, le Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza (PNAI-API) a été conçu pour mettre sur pied des moyens de communication et de coordination entre le Canada, les États-Unis et le Mexique (13). Le Règlement sanitaire international (RSI) publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) exige que tous les états membres aient un point focal national assurant une communication directe avec l'OMS et le signalement des urgences de santé publique de portée internationale (USPPI). Les mesures prises en application de ces exigences permettent l'acheminement d'une quantité prédéterminée de données et un échange rapide de renseignements entre les pays (13).

Communication avec le grand public

Au Canada, les gouvernements fédéral et provinciaux et les départements de santé publique ont fréquemment utilisé les moyens de communication classiques et ceux axés sur le Web afin de transmettre au grand public des informations sur la prévention de la grippe pH1N1 et sur la lutte contre cette maladie (5, 6, 9). Les moyens de communication classiques comprennent la télévision, la radio et les journaux, et tout autre type de support imprimé. Les textes de conférences de presse et d'avis de santé publique diffusés à intervalles réguliers ont été transmis aux médias (5). Des brochures contenant des informations sur la grippe ont été distribuées aux foyers. Des sites Web créés spécialement pour fournir des informations actualisées sur la grippe ont été mis à la disposition du grand public. Des outils de réseautage social tels que Twitter et Facebook ont également été utilisés pour permettre la diffusion de l'information à grande échelle. Par exemple, le Service de santé publique d'Ottawa s'est servi de Twitter pour envoyer aux habitants des mises à

jour périodiques sur les temps d'attente dans les cliniques de vaccination (7). Le service provincial de santé publique de la Colombie-Britannique a créé une page Facebook visant à fournir des informations sur la pandémie au grand public (5).

En complément des méthodes de communication de masse, des lignes d'assistance téléphonique ont été mises en place et des messages ciblés ont été diffusés. Les gouvernements provinciaux et les services de santé publique locaux ont pris en charge l'activité de centres d'appels et de lignes d'assistance diffusant des renseignements sur la grippe pandémique H1N1 afin de répondre aux questions à caractère personnel émanant du public (5, 6, 9). Des messages visant expressément à prévenir et maîtriser la pandémie de grippe pH1N1 ont ciblé des populations particulières. À titre d'exemple, en Ontario, des contacts clés responsables de la santé publique ont été chargés de communiquer avec des groupes vulnérables dans des milieux tels que les écoles, les crèches, les universités/collèges, les communautés autochtones et les centres pour personnes sans domicile fixe (9). En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé publique a élaboré un plan de lutte contre la pandémie en concertation avec les communautés des Premières nations (9). Des séances d'information tenues avec les partenaires des communautés locales ainsi qu'avec des organisations culturelles ont également permis de cibler différents groupes (7). Par exemple, l'ASPC a organisé des réunions périodiques sur la pandémie de grippe pH1N1 avec 11 organisations autochtones nationales (14).

D'autres pays qui ont utilisé des médias traditionnels similaires et des méthodes comparables axées sur le Web pour communiquer avec le public ont également employé des approches différentes. La campagne mexicaine de communication de masse sur la pandémie

de grippe pH1N1 s'est servie d'un personnage de dessin animé facilement reconnaissable qui avait fait l'objet d'essais pilotes et été utilisé pour diffuser d'autres messages de santé publique avant la pandémie (15). L'objectif de l'utilisation d'un personnage fictif connu était d'assurer une communication efficace avec les populations peu alphabétisées. En outre, le gouvernement mexicain a diffusé des mises à jour sous forme de textos sur les téléphones portables (15). Par ailleurs, à Singapour, un système d'intervention en cas de flambée épidémique (Disease Outbreak Response System, ou DORS) a été mis en place, dans le cadre duquel les niveaux d'intervention face à la pandémie sont représentés par différentes couleurs (16). Au Royaume-Uni, au lieu de prévoir une ligne d'assistance distincte pour chacun des services régionaux de santé publique, les autorités ont mis sur pied une ligne téléphonique d'urgence dédiée au service national de lutte contre la grippe pandémique (17).

Communication avec les prestataires de soins de santé

Les prestataires de soins de santé obtiennent des renseignements auprès de diverses sources, parmi lesquelles leur service de santé publique régional, l'organisation provinciale de la santé et les associations professionnelles (par ex. l'Association médicale canadienne). Pendant la pandémie, la communication rapide des informations cliniquement pertinentes à tous les établissements a présenté des défis. Les prestataires de soins de santé agissant en première ligne, en particulier les médecins de famille, ont signalé des lacunes au niveau des recommandations destinées aux centres de santé de premiers soins lors de la première vague de la pandémie (5). Au début de la pandémie, avant que des lignes directrices cliniques nationales applicables à la grippe pH1N1 ne soient diffusées, les autorités sanitaires provinciales et les associations

médicales professionnelles ont émis leurs propres recommandations provisoires à l'intention des prestataires de soins de santé (10). Les mises à jour fréquentes à publier à mesure que la pandémie progressait constituaient également un défi à surmonter (11).

Au Canada, les voies de communication avec les prestataires de soins de santé comprenaient des téléconférences et des séances d'information organisées par les ministères provinciaux/territoriaux de la santé et les services régionaux de santé (6, 7, 10, 11). Par exemple, en Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont tenu des téléconférences portant sur les soins critiques afin de mettre en commun

Au commencement de la pandémie, les attitudes à l'égard des messages portant sur la grippe pH1N1 variaient suivant les pays.

les stratégies et de discuter des normes de soins (11). Les sites Web fédéraux et provinciaux contenaient des sections consacrées à la diffusion des informations sur la pandémie pH1N1 adaptées aux besoins des prestataires de soins de santé. Des lignes directrices fédérales et provinciales sur les soins cliniques ainsi que les trousseaux d'outils destinés aux praticiens ont été communiquées par voie électronique et par télécopie.

D'autres pays ont mis en œuvre des méthodes de communication similaires pour les prestataires de soins de santé. Avant la pandémie, les États-Unis avaient établi un réseau d'alerte de santé (Health Alert Network) afin de promouvoir les échanges d'informations sur la santé à

travers tout le pays (15). Ce réseau s'est avéré être un moyen rapide et efficace de diffusion des renseignements relatifs à la pandémie. Les centres américains de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention, ou CDC) l'ont employée pour transmettre des informations à l'échelle nationale, et les réseaux régionaux (par ex. le New York Clinical Information Exchange) l'ont utilisée au niveau local avec leurs prestataires de soins de santé (18). Par ailleurs, en Australie, la Thoracic Society of Australia and New Zealand (TSANZ) a créé un groupe de travail sur la grippe pH1N1 et a joué un rôle de chef de file en mobilisant les énergies d'autres sociétés de professionnels de la santé (19). La TSANZ a publié en temps opportun des mises à jour sur la pandémie de pH1N1 sur son site Web, et rédigé des lignes directrices sur la prise en charge clinique destinées aux professionnels.

Communication avec le personnel des services de santé publique

Au Canada, les communications avec les membres du personnel des services de santé publique et entre ces derniers ont eu lieu par le biais de téléconférences et de réunions périodiques (6, 7, 10). Certains services de santé publique ont indiqué avoir utilisé un système de commandement des interventions/ de gestion des incidents pour organiser leur réponse à la pandémie (7). D'autres services comptaient sur des départements dûment mandatés à cette fin pour assurer la gestion et la mise à jour des informations destinées à d'autres agents au cours de la progression de la pandémie (5). Le courrier électronique, le partage des documents électroniques et les outils de réseautage social ont permis la diffusion rapide des connaissances (5, 7). Par exemple, le service de santé publique d'Ottawa a utilisé des pages Wiki pour faire des mises à jour sur les changements concernant la pandémie,

et a également employé un service de messagerie instantanée (Yammer) pour communiquer des nouvelles de dernière minute à son personnel (7).

D'autres pays se sont servis de réseaux d'échange d'informations et d'outils de partage sur le Web déjà en place pour favoriser une communication rapide entre les agents des services de santé publique. L'Australie a conçu un site Wiki sur les urgences en matière de santé pour l'archivage de documents portant sur les interventions, que les agents des services de santé publique pouvaient consulter et modifier (20). Ils pouvaient également accéder à NetEpi, un système de collecte de données de santé publique basé sur le Web (20). Par ailleurs, au Royaume-Uni, les services de protection sanitaire ont été regroupés pour former les centres de réponse à la grippe lors de la pandémie (17). Au sein de l'Union européenne, des outils de communication variés ont été utilisés, notamment Arkadin (outil d'audiotéléconférence fourni par le Comité de sécurité sanitaire) et des réseaux d'échange d'information (Medisys, Health Emergency and Diseases Information System, ou HEDIS) (21). La recherche entreprise dans la littérature n'a pas permis de localiser une évaluation des stratégies de communication destinées au personnel des services de santé publique.

Évaluation des stratégies de communication avec le grand public

La recherche effectuée dans la littérature a isolé deux études visant à mesurer l'effet direct d'une stratégie de communication avec le public pour diffuser l'information et promouvoir des comportements de protection spécifiques à la lutte contre la pandémie de pH1N1. On a trouvé aussi plusieurs autres études portant sur les connaissances relatives à la grippe pH1N1 et les attitudes et les comportements du grand public. Ces études permettent de comprendre les mécanismes par lesquels la population a reçu les

informations concernant la pandémie, les attitudes quant à différentes sources d'information et les lacunes au niveau de l'éducation du public. Toutefois, elles n'évaluent pas l'efficacité des stratégies de communication sur les connaissances du public ou les changements de comportement.

Une étude menée au Royaume-Uni a montré qu'une brochure d'information n'avait entraîné aucun changement de comportement vis-à-vis de la pandémie (22). Une brochure contenant des informations sur la grippe pH1N1, distribuée à tous les foyers britanniques au début de la pandémie, comprenait

Une évaluation effectuée après la pandémie a montré que les résidents américains étaient peu conscients de l'existence de groupes prioritaires pour la vaccination anti-pH1N1 et qu'ils comptaient principalement sur leurs prestataires de soins pour leur fournir des conseils au sujet du vaccin.

trois recommandations : 1) augmenter la fréquence du lavage des mains, 2) augmenter la fréquence du nettoyage des surfaces, 3) discuter de ce qu'il faut faire avec les amis ou la famille si une personne contracte la maladie. Sur les 1 000 participants interrogés, 39 % seulement ont indiqué avoir reçu cette brochure, et 26 % ont dit qu'ils l'avaient lue. Aucune différence de comportement n'a été observée entre les participants qui ont reçu la brochure et ceux qui ne l'ont pas reçue (OR = 0,9 ; IC à 95 % : 0,7-1,2). Seulement 38 % des personnes interrogées ont répondu qu'elles avaient adopté un ou plusieurs des changements

de comportement recommandés au cours des quatre jours précédents.

À l'instar des efforts dont fait état l'étude britannique, la campagne nationale australienne de sensibilisation et d'information sur la pandémie de pH1N1 (utilisant la radio, la télévision et les médias écrits) n'a entraîné que très peu de changement de comportement de la part du grand public (23). À l'issue de la première vague pandémique, sur un total de 830 résidents australiens, 44 % ont relevé des messages liés à la campagne environ une fois par semaine, tandis que 20 % n'étaient même pas au courant de leur existence. Parmi les personnes exposées à la campagne, 88,2 % ont indiqué que les informations diffusées n'avaient eu que peu d'effet, voire aucun effet, sur leur comportement.

Des études portant sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis de la grippe H1N1 ont été menées à différents stades de la pandémie et à travers plusieurs pays. Au commencement de la pandémie, les attitudes à l'égard des messages portant sur la grippe pH1N1 variaient suivant les pays. Sur les 506 Norvégiens interrogés, 80 % considéraient que les autorités fournissaient des informations fiables et équilibrées, et la moitié des répondants estimaient qu'elles n'exagéraient pas les risques liés à la grippe pH1N1 (24). Environ 60 % des personnes interrogées jugeaient que la couverture médiatique de la pandémie de pH1N1 était excessive. En revanche, 44 % des 620 Australiens interrogés estimaient qu'ils ne disposaient pas d'informations suffisantes sur la pandémie de pH1N1, et 42 % s'accordaient à dire que les autorités de santé exagéraient les risques posés par cette infection (25).

Une étude menée auprès d'Américains d'origine chinoise ayant une compréhension limitée de l'anglais a examiné leurs attitudes et leurs comportements au début de la pandémie (26). Presque toutes les personnes

interrogées connaissaient l'existence de la grippe pH1N1. Toutefois, 39 % des 100 participants ne savaient pas qu'il existait un médicament antigrippal, et 43 % croyaient que le vaccin anti-pH1N1 était déjà disponible. Les sources d'informations sur la grippe pH1N1 les plus fréquentes étaient la télévision (81 %) et les journaux en langue chinoise (69 %). Seulement 2 % des personnes interrogées ont indiqué obtenir leurs informations auprès des services de santé publique ou par le biais des lignes téléphoniques d'assistance. Il faudrait peut-être que les services de santé publique intensifient leurs efforts pour assurer la communication avec les minorités ethniques.

Au milieu de la pandémie, deux études portant sur les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette maladie ont été menées, l'une en Australie, et l'autre en France. Ces enquêtes ont révélé un changement limité de comportement motivé par le désir de prévenir la grippe dans certains segments de la population, et un manque d'intention/de volonté de recevoir le vaccin anti-pH1N1. Selon une étude, 63 % des 625 Australiens interrogés comprenaient les événements liés à la pandémie et 57 % pensaient que les autorités la géraient correctement (27). En ce qui concerne les comportements liés à la grippe pH1N1, 48 % des répondants ont indiqué qu'ils se lavaient les mains plus fréquemment, 38 % qu'ils utilisaient plus fréquemment du gel hydroalcoolique pour les mains, et 31 % qu'ils nettoyaient les surfaces plus souvent. Toutefois, très peu de répondants (3 % à 8 %) ont signalé un comportement de distanciation sociale, tel qu'éviter les lieux surpeuplés, annuler des événements sociaux, et ne pas envoyer leurs enfants à l'école. Au cours d'une autre étude australienne, 2 882 membres du personnel et étudiants d'une université ont répondu à une enquête en ligne sur les comportements face à la pandémie (28). Chez 76 % des participants, la pandémie n'a conduit à aucun changement de comportement

(28). Sur les 1 876 étudiants, 75 % ont indiqué qu'ils assisteraient quand même aux cours s'ils étaient malades. Par ailleurs, en France, seulement 17 % des 2 253 personnes interrogées avaient l'intention de recevoir le vaccin anti-pH1N1 ou avaient déjà été vaccinées (29). Les personnes à qui le médecin traitant avait donné des conseils positifs au sujet du vaccin étaient significativement plus susceptibles de recevoir le vaccin anti-pH1N1 (OR = 4,57 ; IC à 95 % : 2,92-7,14).

Une évaluation effectuée après la pandémie a montré que les résidents américains étaient peu conscients de l'existence de groupes prioritaires pour

Des outils de réseautage social tels que Facebook et Twitter ont été largement employés, et il se peut qu'ils constituent des méthodes de communication utiles pendant une pandémie.

la vaccination anti-pH1N1 et qu'ils comptaient principalement sur leurs prestataires de soins pour leur fournir des conseils au sujet du vaccin. Seulement 29 % des 4 040 Américains interrogés ont été en mesure de s'identifier comme faisant partie d'un groupe cible auquel il était recommandé de se faire vacciner contre la grippe pH1N1 (30). La sensibilisation aux groupes prioritaires pour la vaccination était plus élevée (56 %) chez les individus ayant reçu une recommandation de vaccination de la part de leur prestataire de soins. Au cours d'une autre enquête nationale auprès de 3 917 résidents américains, le prestataire de soins de santé était la source d'information utilisée le plus souvent pour décider de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière (31). En revanche, en ce qui concerne

les informations sur le vaccin contre la pandémie, les personnes interrogées se procuraient des renseignements auprès de sources diverses, dont leurs prestataires de soins de santé, les CDC/services de santé publique, et les bulletins d'information. Les personnes indiquant que leurs sources d'informations les plus déterminantes étaient les CDC/services de santé publique, leur prestataire de soins de santé et leur employeur étaient les plus susceptibles d'être en accord avec les déclarations sur l'innocuité et l'efficacité des vaccins grippaux (31).

Évaluation des stratégies de communication avec les prestataires de soins de santé

Trois études évaluant les perceptions des prestataires de soins de santé vis-à-vis des comportements liés à la pandémie de pH1N1 ont été identifiées. Elles avaient été menées après la première vague pandémique. Une étude nationale canadienne a montré que 77 % des 207 médecins de famille et 83 % des 714 pédiatres canadiens interrogés avaient l'intention de recevoir le vaccin anti-pH1N1 (32). La plupart des répondants recommandaient le vaccin contre la pandémie à leurs patients. Cependant, 47 % des médecins de famille et 36 % des pédiatres estimaient que leurs connaissances sur le vaccin anti-pH1N1 étaient insuffisantes. Environ 38 % des médecins de famille et 54 % des pédiatres se sont dits très influencés par les recommandations concernant le vaccin émises par les associations professionnelles. Par ailleurs, une enquête menée auprès de 1 434 médecins généralistes français a montré que 62 % des répondants avaient l'intention de recevoir le vaccin anti-pH1N1 (33). La majorité des médecins généralistes avaient pris connaissance du plan national de préparation à une pandémie de grippe. En outre, sur les 367 généralistes interrogés au Royaume-Uni, 79 % comprenaient comment obtenir

des médicaments contre la grippe pour leurs patients (34). Cependant, 61 % des répondants considéraient que les conseils fournis par le service national de santé et l'agence de protection sanitaire au sujet de la gestion de la pandémie de pH1N1 n'étaient pas toujours clairs et qu'ils étaient parfois même contradictoires. Quarante-quatre pour cent des médecins généralistes britanniques interrogés ne se sentaient pas impliqués dans le processus de préparation à la pandémie.

Évaluation des informations publiées sur le Web concernant H1N1

Deux études ont analysé les informations relatives à la pandémie disponibles sur Internet. La première a examiné le contenu des vidéos diffusées en anglais sur YouTube qui se rapportait à la grippe pH1N1 entre avril et juin 2009 (35). Ce contenu a été classé par deux chercheurs indépendants dans les catégories suivantes : utile (informations scientifiquement correctes), trompeur (contenu non démontré scientifiquement) ou mises à jour nouvelles (aucune information au sujet de la prévention ou du traitement). La majorité des vidéos diffusées sur YouTube concernant la grippe pH1N1 ont été considérées comme utiles (61 %) et 16,2 % comme trompeuses. Les thèmes des vidéos classées trompeuses comprenaient des messages contre la vaccination, des théories de conspiration sur la fabrication du virus pH1N1 par l'homme, de la propagande gouvernementale, et des descriptions exagérées des risques liés à pH1N1. Le taux d'audience des vidéos jugées utiles était comparable à celui des vidéos trompeuses. Les vidéos provenant des CDC ont obtenu le taux d'audience le plus élevé.

Une autre étude a examiné le contenu lié à la grippe pH1N1 des sites Web des services de santé américains (États et municipalités) (36). Les chercheurs ont analysé les informations publiées sur Internet dans les 30 heures suivant

l'annonce du déclenchement d'une intervention de santé publique d'urgence pour faire face à la pandémie de pH1N1 par le Département américain de la santé et des services aux personnes. Dans le cas des sites Web des départements de santé des États, 96 % présentaient des informations sur pH1N1 dont la plupart étaient accessibles en un clic ou moins. Cinquante-neuf pour cent des sites Web contenaient des informations destinées aux prestataires de soins de santé. Seuls neuf sites comprenaient des informations dans une langue autre que l'anglais sur leur page d'accueil. Parmi les 153 sites Web des départements de santé locaux sélectionnés, seulement 34 % comportaient des informations sur la grippe pH1N1.

Conclusions

Au Canada, la communication au sujet de la pandémie de pH1N1 avec le grand public, les prestataires de soins de santé et le personnel des services de santé publique était fréquente et avait une portée étendue. Les agences de santé provinciales et fédérale, les services de santé publique régionaux et les associations des professionnels de la santé ont tous participé à la diffusion des informations tout au long de la pandémie. La planification précédant la pandémie a établi les voies de communication nécessaires à la mobilisation rapide des ressources. Les médias classiques, ceux basés sur le Web et les lignes d'assistance téléphonique ont été largement utilisés pour communiquer avec le grand public. Les résultats des évaluations confirment la nécessité de disposer de méthodes de communication multiples. Par exemple, les brochures d'information considérées isolément et les campagnes traditionnelles de sensibilisation du public n'ont pas entraîné de changement significatif dans les comportements. Selon des enquêtes internationales, certains segments de la population ont estimé que les risques liés à

la grippe pH1N1 avaient été exagérés par les autorités de santé, et un grand nombre de ces enquêtes ont montré qu'aucun changement de comportement motivé par la volonté de prévenir l'infection grippale n'était intervenu. Les efforts de recherche futurs devront se concentrer sur les facteurs associés à l'absence d'un comportement visant à prévenir l'infection grippale et aux attitudes négatives face aux messages portant sur la grippe pH1N1.

Les téléconférences/réunions avec les prestataires de soins de santé et les lignes d'assistance téléphonique destinées expressément aux professionnels de la santé ont été fréquemment citées. Selon les résultats d'enquêtes, seuls certains médecins de famille auraient été fortement influencés par les recommandations émises par les associations professionnelles en faveur de la vaccination. Des études ultérieures devront évaluer les différentes sources d'informations utilisées par les prestataires de soins de santé au cours de la pandémie, et mesurer l'influence qu'elles peuvent avoir sur leur prise de décision. Des recherches plus poussées doivent être entreprises afin de déterminer des mécanismes efficaces de communication rapide avec les prestataires de soins de santé et les services locaux de santé publique.

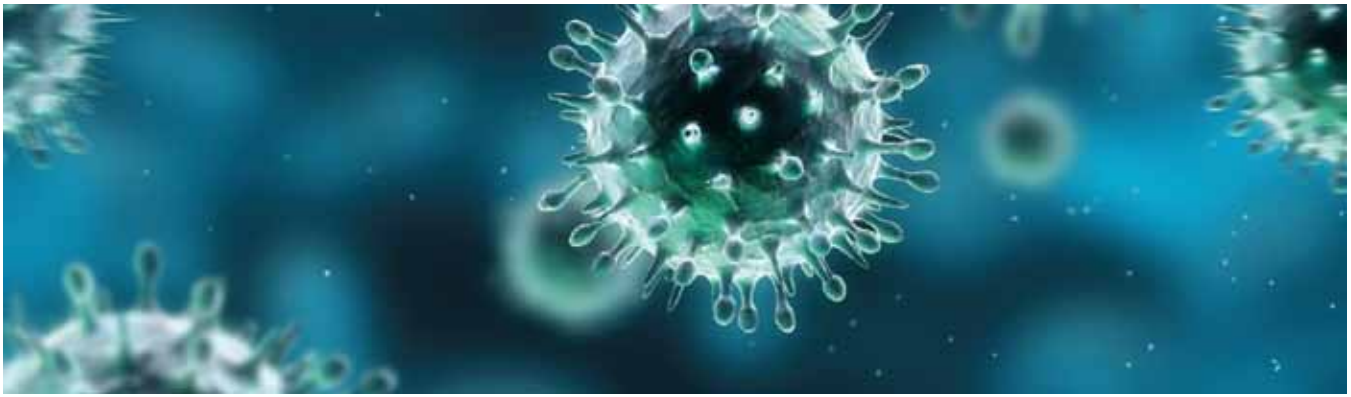
Des outils de réseautage social tels que Facebook et Twitter ont été largement employés, et il se peut qu'ils constituent des méthodes de communication utiles pendant une pandémie. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour déterminer les groupes à cibler en utilisant de telles méthodes et pour évaluer l'efficacité de ces outils par rapport aux approches classiques (radio, télévision, brochures). Les responsables de la santé publique doivent être conscients du problème posé par les contenus trompeurs véhiculés sur l'Internet au sujet de la pandémie, et ils doivent continuer à dénoncer les messages tardancieux que

le grand public peut facilement consulter.

Ce rapport offre un aperçu des méthodes de communication utilisées au cours de la pandémie de grippe pH1N1. Le nombre de rapports publiés sur les stratégies de communication provinciales/territoriales et régionales au Canada était limité au moment de ce recensement. Les évaluations des activités de communication se rapportant à la pandémie se poursuivent. La publication des résultats des nouvelles études permettra de comparer les différentes stratégies de santé publique aux niveaux provincial/territorial et local dans des recensements ultérieurs, l'objectif poursuivi étant d'identifier les pratiques optimales à adopter pour permettre une communication rapide.

Références

1. Reynolds B. Crisis and emergency risk communication. United States: Centres for Disease Control and Prevention; 2002.
2. Pan American Health Organization (PHAO). Response to pandemic (H1N1) 2009 in the americas: Lessons and challenges. Pan American Health Organization; 2009.
3. Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, et al. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in canada. *JAMA*. 2009 Nov 4;302(17):1872-9.
4. Clarke SP. What have we learned from the H1N1 crisis? *Canadian Journal of Nursing Research*. 2010 Mar;42(1):3-6.
5. Office of the BC Provincial Health Officer. B.C.'s response to the H1N1 pandemic: A summary report. Canada: BC Provincial Health; 2010.
6. Pandémie de grippe H1N1 – Répercussions pour l'Ontario – rapports du ministère - publications – information pour le public - MSSLD [page d'accueil sur Internet]; cité le 7/5/2010. Consultable à l'adresse suivante : http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ministry_reports/cmoh_h1n1/cmoh_h1n1_20100602.aspx.
7. Ottawa Public Health. Our fight against H1N1. Canada: Ottawa Public Health; 2010.
8. Middlesex-London Health Unit. Pandemic H1N1 influenza final summary. London, Ontario: 2010.
9. NCCID. 2009 H1N1 influenza pandemic debrief series - purple paper. Canada: NCCID; 2010. Report No: Issues 9-14.
10. Canadian Medical Association, The College of Family Physicians of Canada, National Specialty Society of Community Medicine. Lessons from the frontlines: A collaborative report on H1N1. Canada: 2010.
11. RNAO. Registered nurses' association of ontario feedback on MOHLTC response to 2009 H1N1 pandemic influenza. Canada: 2010.
12. Webster P. Aboriginal groups seek representation on pan-canadian public health network. *Canadian Medical Association Journal*. 2009;181(11):781-782.
13. Katz R. Use of revised international health regulations during influenza A (H1N1) epidemic, 2009. *Emerging Infectious Diseases*. 2009 Aug;15(8):1165-70.
14. Informing and communication with first nation and inuit communities [page d'accueil sur Internet]; 2009. Consultable à l'adresse suivante : http://www.phac-sp.gc.ca/alert-alerte/h1n1/faq/faq_rg_h1n1-anic-eng.php.
15. Bell DM, Weisfuse IB, Hernandez-Avila M, Del Rio C, Bustamante X, Rodier G. Pandemic influenza as 21st century urban public health crisis. *Emerging Infectious Diseases*. 2009 Dec;15(12):1963-9.
16. Tay J, Ng YF, Cutter JL, James L. Influenza A (H1N1-2009) pandemic in Singapore--public health control measures implemented and lessons learnt. *Ann Acad Med Singap*. 2010 Apr;39(4):313-2.
17. Cleary V, Balasegaram S, McCloskey B, Keeling D, Turbitt D. Pandemic (H1N1) 2009: Setting up a multi-agency regional response centre - a toolkit for other public health emergencies. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*. 2010 Mar;4(2):154-64.
18. Shapiro JS, Genes N, Kuperman G, Chason K. Clinical Advisory Committee H1N1 Working Group, New York Clinical Information Exchange. Richardson LD. Health information exchange, biosurveillance efforts, and emergency department crowding during the spring 2009 H1N1 outbreak in new york city. *Ann Emerg Med*. 2010 Mar;55(3):274-9.
19. Kotsimbos T, Waterer G, Jenkins C, Kelly PM, Cheng A, Hancox RJ, et al. Influenza A/H1N1_09: Australia and new zealand's winter of discontent. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*. 2010 Feb 15;181(4):300-6.
20. Spokes PJ, Cretikos MA, Ward JG. Pandemic (H1N1) 2009 influenza in NSW: An overview of the public health response. *New South Wales public health bulletin*. 2010;21(1-2(pp 4-9)):ate of Pubaton: 2010 Jan-Feb.
21. Health Protection Agency. Assessment report on the EU-wide response to pandemic (H1N1) 2009. UK: 2010.
22. Rubin GJ, Amlot R, Page L, Wessely S. Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. *BMJ*. 2009;339:b2651.
23. Eastwood K, Durrheim DN, Butler M, Jones A. Responses to pandemic (H1N1) 2009, australia. *Emerging Infectious Diseases*. 2010;16(8):1211-1216.
24. Woien G, Tonsberg KI. Norwegians approve of the health authorities' strategy to communicate worst case pandemic scenarios. *Euro Surveill: Bulletin européen sur les maladies transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*. 2009 Jun 4;14(22).
25. Seale H, McLaws ML, Heywood AE, Ward KF, Lowbridge CP, Van D, et al. The community's attitude towards swine flu and pandemic influenza. *Med J Aust*. 2009 Sep 7;191(5):267-9.
26. Yip MP, Ong B, Painter I, Meischke H, Calhoun B, Tu SP. Information-seeking behaviors and response to the H1N1 outbreak in chinese limited-english proficient individuals living in king county, Washington. *American Journal of Disaster Medicine*. 2009 Nov-Dec;4(6):353-60.
27. Seale H, Heywood AE, McLaws ML, Ward KF, Lowbridge CP, Van D, et al. Why do I need it? I am not at risk! public perceptions towards the pandemic (H1N1) 2009 vaccine. *BMC Infect Dis*. 2010 Apr 19;10:99.
28. Van D, McLaws ML, Crimmins J, MacIntyre CR, Seale H. University life and pandemic influenza: Attitudes and intended behaviour of staff and students towards pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health*. 2010;10:130.
29. Schwarzinger M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in french adult population: Did public health policy fuel public dissonance? *PLoS ONE [Electronic Resource]*. 2010;5(4):e10199.
30. Maurer J, Uscher-Pines L, Harris KM. Awareness of government seasonal and 2009 H1N1 influenza vaccination recommendations among targeted US adults: The role of provider interactions. *Am J Infect Control*. 2010 Aug;38(6):489-90.
31. Maurer J, Uscher-Pines L, Harris KM. Perceived seriousness of seasonal and A(H1N1) influenzas, attitudes toward vac-



- ination, and vaccine uptake among U.S. adults: Does the source of information matter? *Prev Med*. 2010 May 25.
32. Dube E, Gilca V, Sauvageau C, Boulianne N, Boucher FD, Bettinger JA, et al. Canadian family physicians' and paediatricians' knowledge, attitudes and practices regarding A(H1N1) pandemic vaccine. *BMC Res Notes*. 2010 Apr 14;3:102.
33. Schwarzinger M, Verger P, Guerville MA, Aubry C, Rolland S, Obadia Y, et al. Positive attitudes of french general practitioners towards A/H1N1 influenza-pandemic vaccination: A missed opportunity to increase vaccination uptakes in the general public? *Vaccine*. 2010 Mar 24;28(15):2743-8.
34. Caley M, Sidhu K, Shukla R. GPs' opinions on the NHS and HPA response to the first wave of the influenza A/H1N1v pandemic. *British Journal of General Practice*. 2010 Apr;60(573):283-5.
35. Pandey A, Patni N, Singh M, Sood A, Singh G. YouTube as a source of information on the H1N1 influenza pandemic. *Am J Prev Med*. 2010 Mar;38(3):e1-3.
36. Ringel JS, Trentacost E, Lurie N. How well did health departments communicate about risk at the start of the swine flu epidemic in 2009? *Health Aff*. 2009 Jul-Aug;28(4):w743-50.



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases

Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

413-445 AVENUE ELLICE, WINNIPEG, MB R3B 3P5

204.943.0051

NCCID@ICID.COM

WWW.CCNMI.CA

La production du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.
Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.