



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Qualité des supports de communication de crise lors de la pandémie de la COVID-19 au Grand Maghreb



Quality of “crisis communication” media during the COVID-19 pandemic in the Great Maghreb countries

A. Ben Abdelaziz^{a,b,c,d,e,*}, N. El Haddad^{b,c,e}, H. Hannachi^{c,e}, S. Nouira^{a,d}, S. Melki^{a,e},
D. Chebil^{a,c,e}, S. Chelly^{c,e}, A. Quessar^{a,c,f}, N. Boussof^{a,c,g}

^a Maghreb PRP2S Network (Pedagogy–Research–Health sciences publication), Sousse, Tunisie

^b Research laboratory LR19SP01, “Measurement and support for health establishment performance”, Sousse, Tunisie

^c Research group COV-MAG (COVID-MAGHREB), Sousse, Tunisie

^d Information systems directorate, CHU Sahloul of Sousse, Sousse, Tunisie

^e Ibn El Jassar medicine faculty of Sousse. University of Sousse, Sousse, Tunisie

^f Medicine and pharmacy faculty of Casablanca, Casablanca, Maroc

^g Medicine faculty of Constantine, Constantine, Algérie

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 juin 2020

Accepté le 2 mars 2021

Disponible sur Internet le 23 mars 2021

Mots clés :

Risque

Gestion du risque

Communication

Communication sur la santé

Gestion de l'information en santé

Moyens de communication

Pandémies

COVID-19

Message d'intérêt public

Tunisie

Algérie

Maroc

RÉSUMÉ

Objectif. – Évaluer la qualité des supports de communication de crise, au cours de la pandémie de la COVID-19, dans trois pays du Grand Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc).

Méthodes. – Il s'agit d'un audit de la conformité des communiqués de presse et des bulletins épidémiologiques, analysés via un référentiel de qualité, spécialement conçu par les auteurs. Ce référentiel, composé de cinq dimensions et de 50 items, cotés (0/1), a été appliqué par deux chercheurs en médecine préventive. La multiplication des notes par un coefficient de deux, a permis d'avoir un score partiel de 20 points pour chaque dimension et un score total de 100 points pour l'ensemble de la *check list*. La qualité des supports de communication a été jugée bonne au-delà des seuils de 15/20 pour les dimensions du référentiel et de 75/100 pour la totalité de la grille.

Résultats. – Un total de 141 supports de communication a été inclus dans cet audit (Tunisie : 60, Algérie : 60, Maroc : 21). Le score global médian de la qualité de ces supports a été seulement de 56/100 (IIQ : [46–58]), sans variabilité notable entre les pays. La dimension la plus appréciée a été le « maintien de la confiance de la population » avec un score médian global de 14/20 (12/20 pour les bulletins épidémiologiques et 16/20 pour les communiqués de presse). La dimension la moins bien notée a été le « renforcement de la participation communautaire », avec un score médian de seulement 4/20 (6/20 pour les bulletins épidémiologiques et 4/20 pour les communiqués de presse).

Conclusion. – La qualité des supports maghrébins de communication de crise, au cours de la COVID-19, a été insuffisante dans la majorité de ses dimensions et de ses items (dont surtout psychosociaux). Le renforcement des capacités des chargés de communication, dans l'élaboration des supports d'information, au cours des crises sanitaires, est indispensable et urgent.

© 2021 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ahmedbenabdelaziz.prp2s@gmail.com (A. Ben Abdelaziz).

A B S T R A C T

Keywords:

Risk
 Risk management Communication
 Health communication
 Health information management
 Communications Media
 Pandemics
 COVID-19
 Public Service Announcement
 Tunisia
 Algeria
 Morocco

Objective. – To objectively assess the quality of “crisis communication” media, during the COVID-19 pandemic, in the three Greater Maghreb countries (Tunisia, Algeria, Morocco).

Methods. – A compliance audit for press releases and epidemiological bulletins was analyzed against a quality benchmark, which had been specifically designed by the authors. This framework, made up of five dimensions and 50 items, graded (0/1), was applied by two researchers in preventive medicine. Multiplying the scores by a coefficient of two resulted in a partial score of 20 points for each dimension and a total score of 100 points for the checklist taken as a whole. The quality of the communication media was considered to be good when exceeding the thresholds of 15/20 for the different dimensions and 75/100 for the entire grid.

Results. – A total of 141 information media were included in this audit (Tunisia: 60; Algeria: 60; Morocco: 21). The overall median quality score for these media was only 56/100 (IQR: [46–58]), without major variability between countries. The most appreciated dimension was “maintaining the confidence of the population”, with an overall median score of 14/20 (12/20 for epidemiological bulletins and 16/20 for press releases). The most poorly rated dimension was “strengthening community participation”, with a median score of only 4/20 (6/20 for epidemiological bulletins and 4/20 for press releases).

Conclusion. – The quality of the Maghreb crisis communication media during COVID-19 was insufficient in most of its dimensions and items, particularly from a psychosocial standpoint. Reinforcement of the capacities of communication officers to develop information material and supports during health crises is indispensable and should be considered as an urgent matter.

© 2021 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La communication en situation d'urgence est une composante essentielle de la stratégie de management des risques, en plus de leur identification (via des sources *science-based*) et de leur contrôle *policy-based*. Elle a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'échange en temps réel d'informations, de conseils et d'avis entre les experts, les responsables communautaires, les décideurs politiques et les populations en situation de risque [1] ». La finalité de la communication de crise est l'augmentation des capacités des responsables, dans la prise des décisions éclairées, pour la bonne gestion des urgences par les activités de protection et de prévention [1]. Son importance a été rapportée par le Règlement sanitaire international (RSI) [2], dans la préparation et la riposte contre les épidémies, reposant sur trois principes fondamentaux : l'information, la mobilisation et la réassurance du grand public [1].

Lors des urgences de santé publique, les stratégies de communication sur les risques, dont les épidémies, doivent mobiliser tous les acteurs de la riposte, mettre régulièrement à jour les sources d'information (accessibles aux médias et à la population générale), sélectionner les informations valides, pertinentes et intelligibles, choisir les supports pédagogiques de communication (adaptés aux besoins des populations), diffuser les informations, et enfin évaluer la qualité de la communication sur les risques [3]. Conformément aux directives des sociétés savantes, lors d'une pandémie telle que celle de la COVID-19, tous les pays devraient d'une part inclure la communication sur les risques dans leurs compétences de base et leurs stratégies de riposte, et d'autre part évaluer sa performance.

Au cours de la pandémie de la COVID-19, les autorités publiques des pays du Grand Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc) ont adopté des plans de riposte, avec des stratégies similaires de communication, en produisant assez régulièrement deux types de supports d'information : un communiqué de presse quotidien (destiné au grand public) et un bulletin épidémiologique (orienté beaucoup plus vers les professionnels de la santé). Ceux-ci ont été diffusés par les ministères chargés de la santé, leurs services chargés de la surveillance épidémiologique et leurs comités de lutte contre la COVID-19, sur leurs sites Web, et leurs comptes sur les réseaux sociaux. Ces deux supports

fournissaient des données factuelles sur la situation épidémiologique et les mesures de prévention et de contrôle de la pandémie. Ils ont été communiqués lors des points de presse, avec les représentants des agences des chaînes de télévision, des stations de radio, des journaux papiers et électroniques, et des associations de la société civile.

L'évaluation de la qualité de ces deux supports d'information, trois mois après leur édition, au cours de la pandémie de la COVID-19, fournira une aide précieuse aux décideurs et aux acteurs opérationnels du management des épidémies au Maghreb, pour l'amélioration de la qualité de la communication de crise lors des nouvelles vagues de la COVID-19, ou lors des éventuelles autres urgences sanitaires. L'objectif de cette étude a été d'évaluer la qualité des supports de la communication de crise, au cours de la pandémie de la COVID-19, dans trois pays du Grand Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc), en se référant à une grille spécialement conçue par les auteurs.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude de type audit de la qualité des supports de la communication de crise au cours de la pandémie de la COVID-19 dans trois pays du Grand Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc). Deux supports d'information (communiqué de presse et bulletin épidémiologique) ont été édités depuis l'annonce de la pandémie de la COVID-19. Les textes complets de ces fichiers ont été téléchargés à travers les adresses électroniques officielles des ministères chargés de la santé ou de ses directions spécialisées dans la surveillance épidémiologique (Encadré 1).

Ces supports de communication ont été produits par les départements d'épidémiologie et les observatoires des maladies émergentes, dans des points presse/conférences de presse, en présence des représentants des agences nationales et internationales de communication. Ils ont constitué une matière princeps pour tous les canaux de diffusion, dont les plus populaires ont été les chaînes de télévision publiques et privées (journaux télévisés, plateaux télévisés, débats publics), ayant suivi la situation épidémiologique, en présence des experts des spécialités médicales dont particulièrement la virologie, la microbiologie, la pneumologie, la réanimation médicale, l'épidémiologie... Les directions régionales de santé, relais informationnels, se char-

Encadré 1. Caractéristiques générales des supports maghrébins de communication sur la COVID-19.

	Tunisie (Population : 11 565 200 habitants)*	Maroc (Population : 36 029 140 habitants)*	Algérie (Population : 42 228 430 habitants)*
Pandémie de la COVID-19			
Date Premier cas confirmé	02/03/2020	02/03/2020	25/02/2020
Nombre des cas à J30	495	844	367
Taux d'incidence à J30	4,28/100 000 habitants	2,34/100 000 habitants	0,87/100 000 habitants
Communiqués de Presse			
Intitulé	Communiqué	Epidémie de la COVID-19 au Maroc	Suivi quotidien
Premier Communiqué après l'épidémie	02/03/2020	02/03/2020	15/03/2020
Adresse électronique	https://www.facebook.com/santetunisie.rns.tn/	http://www.covidmaroc.ma/Pages/Communique.aspx	http://www.sante.gov.dz/communique.html
Bulletins	Epidémiologiques		
Intitulé	Notes sur la situation épidémiologique COVID-19	Bulletin de l'Urgence de Santé Publique liée au COVID-19	COVID-19 point de situation
Premier Bulletin après l'épidémie	02/03/2020	14/02/2020	22/03/2020
Adresse électronique	https://www.onmne.tn/fr/publications.php?id_rub=5&id=123	https://www.sante.gov.ma/Publications/Pages/Bulleten_%C3%89pid%C3%A9miologique.aspx	https://www.facebook.com/#!/groups/epidemiology.for.all/

*Population 2018 (Source: Banque Mondiale).

geaient de la présentation, particulièrement sur les ondes des radios locales et sur les réseaux sociaux, de leurs données départementales, en les stratifiant par districts sanitaires, en les visualisant à l'aide du système d'information géographique, et en les diffusant dans des lettres quotidiennes d'information sur la situation épidémiologique régionale.

Les supports de communication ont été évalués pendant la première semaine du mois de juin 2020, quelques semaines après le déconfinement progressif instauré entre le 25 avril 2020 en Algérie et le 28 mai 2020 au Maroc (Tunisie : 4 mai 2020), suite à l'instauration du confinement obligatoire (partiel ou total), dans les pays du Maghreb, entre le 20 mars 2020 en Tunisie et le 27 mars en Algérie (Maroc : 22 mars 2020). Pendant la semaine d'étude (première semaine du mois de juin 2020), les 30 premiers numéros des communiqués de presse et des bulletins épidémiologiques, qui étaient déjà édités, ont été inclus à cet audit. Pour l'évaluation de la qualité de ces deux supports de communication, un référentiel spécifique a été conçu par l'équipe de recherche Cov-Mag (Covid-Maghreb), en se basant sur la documentation internationale du management de crise des *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) [3] et de l'OMS [1].

Le choix des items du référentiel a été guidé, en plus de la documentation des CDC [3] et de l'OMS [1], par le principe suivant : en plus de l'information factuelle par des données valides et fiables, les gens ont besoin d'une part d'être positivement rassurés [1,3] (pour leur éviter la panique et leur ouvrir des pistes d'espoir mobilisateur) et d'autre part d'être orientés vers les actions à entreprendre à court et à moyen terme [1,3] (pour prévenir l'extension de l'épidémie, et son contrôle, avec des méthodes « *evidence based* »). Une attention particulière a été accordée à la formulation des items du référentiel avec une terminologie culturellement adaptée et des exemples contextualisés dans l'environnement maghrébin.

Ce référentiel a été opérationnalisé sous forme d'une grille de vérification (*check list*), composée de cinq dimensions de la qualité des supports de communication de crise :

Encadré 2. Grille d'évaluation des supports d'information lors de la communication de crise

A. Fourniture d'une information crédible et efficace

1. Présenter les données épidémiologiques essentielles
2. Ne pas cacher les incertitudes

B. Maintien de la confiance de la population

1. S'adresser à la population générale
2. Veiller à la crédibilité des messages

C. Renforcement de la participation communautaire

1. Promouvoir les activités de prévention et de contrôle
2. Rappeler les actions à ne pas faire

D. Rassurance de la population de la maîtrise de l'épidémie

1. Présence d'une stratégie nationale de riposte et de communication
2. Engagement de tous les acteurs concernés dans la riposte

E. Respect du public cible dans les supports de communication

1. Manifester l'empathie envers la population, les patients et les soignants
2. Éviter la stigmatisation des régions et des personnes

- fourniture d'une information crédible et efficace, sur l'épidémie ;
- maintien de la confiance de la population, quant à l'information fournie ;
- renforcement de la participation communautaire dans la riposte ;
- rassurance de la population de la maîtrise de l'épidémie ;
- respect du public cible dans les textes des supports de communication.

Chaque dimension de la qualité des supports de la communication de crise a été divisée en deux sous-dimensions dont chacune

Encadré 3. Exemples des définitions opérationnelles des items du référentiel spécifique d'évaluation de la qualité des supports de communication de crise, au cours de la pandémie de la COVID-19, dans les pays du Grand Maghreb

Dimension B : Maintenir la confiance de la population

Sous-dimension 1 : S'adresser à la population générale

- Utiliser la langue officielle de la population (*parmi les langues officielles des pays du Grand Maghreb : la langue arabe*).
- Utiliser un vocabulaire peu technique, destiné au grand public, compréhensible par tout le monde (*moins de cinq mots techniques*).
- Rédiger un texte concis (*moins d'une page pour un communiqué de presse, soit de 500 mots et moins de deux pages pour un bulletin épidémiologique, soit 1000 mots*).
- S'assurer de la précision des effectifs et des pourcentages (*absence des erreurs de calcul*).
- Respecter la culture de la population (*dans les textes de la rédaction de l'introduction et de la conclusion du support*).

a été développée en cinq items, soit 10 items par dimension et un total de 50 items dans toute la liste de contrôle (Encadré 2). Un guide de lecture des supports de communication et du remplissage des fiches d'audit, a été élaboré pour les définitions opérationnelles des items retenus, objectivant par conséquent leur évaluation et leur notation. L'Encadré 3 présente quelques exemples des définitions opérationnelles des variables d'étude. Une échelle de cotation binaire (0/1) a été adoptée pour la mesure des 50 items retenus (0 : Non adéquat, 1 : Adéquat). Après multiplication de la note obtenue par deux, le score final de la dimension de la qualité des supports de la communication de crise, a été de 20 points ; celui

de toute la grille du référentiel a été, par conséquent, de 100 points. Ce référentiel spécifique de l'évaluation de la qualité de la communication de crise, au cours de la pandémie de la COVID-19 dans les pays du Maghreb, a été appliqué, séparément, par deux lectrices, résidentes en Médecine préventive et communautaire de la faculté de médecine de Sousse (Université de Sousse/Tunisie). En cas de discordance de notation par les deux chercheurs, le coordinateur de l'étude, professeur hospitalo-universitaire en santé publique, tranchait la notation soit dans le sens d'adéquation ou de non-adéquation. Des seuils de 15/20 et de 75/100 points ont été définis pour le jugement de la qualité des supports de la communication de crise, respectivement pour les scores de toutes les dimensions et de la totalité de la grille d'évaluation.

3. Résultats

Au total, 141 supports maghrébins de communication ont été inclus dans cette étude sur la qualité de la communication de crise, au cours de la pandémie de la COVID-19, dans les pays du Grand Maghreb, dont 60 en Tunisie, 60 en Algérie (30 communiqués de presse et 30 bulletins épidémiologiques) et 21 au Maroc (14 communiqués de presse et 7 bulletins épidémiologiques) (Tableaux 1 à 3).

Le score global médian de la qualité de deux supports de communication étudiés (communiqués et bulletins) dans les trois pays du Maghreb, a été seulement de 56/100 (IIQ : [46–58]), sans variabilité notable entre les pays du Maghreb : 48 (IIQ : [32–56]) en Algérie, 50 (IIQ : [44–57]) au Maroc, 58 (IIQ : [54–66]) en Tunisie. En ce qui concerne les bulletins épidémiologiques, le score médian global a été de 62/100 (IIQ : [60–64]), passant de 58/100 (IIQ : [40–66]) au Maroc, à 62 (IIQ : [62–72]) en Tunisie. Quant aux

Tableau 1

Évaluation spécifique des items des supports de communication (bulletins épidémiologiques et communiqués de presse), au cours de la pandémie de la COVID-19 dans les pays du Grand Maghreb.

Items	Tunisie N = 60		Algérie N = 60		Maroc N = 21		Total N = 141	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Fournir une information crédible et efficace								
Présenter les données épidémiologiques essentielles								
Nombre des cas confirmés	60	(100,0)	60	(100,0)	21	(100,0)	141	(100,0)
Nombre des décès enregistrés	37	(61,7)	47	(78,3)	5	(23,8)	89	(63,1)
Répartition géographique des cas	56	(93,3)	32	(53,3)	11	(52,4)	99	(70,2)
Courbe d'incidence de la maladie	59	(98,3)	51	(85,0)	16	(76,2)	126	(89,4)
Taux d'évolution des cas par rapport aux journées antérieures	60	(100,0)	56	(93,3)	16	(76,2)	132	(93,6)
Ne pas cacher les incertitudes								
Point de départ de l'épidémie	60	(100,0)	34	(56,7)	8	(38,1)	102	(72,3)
Jour du pic attendu de l'incidence de l'épidémie	–	–	1	(1,7)	–	–	1	(0,7)
Date attendue de la fin de l'épidémie	–	–	1	(1,7)	–	–	1	(0,7)
Disponibilité actuelle d'un vaccin efficace	–	–	6	(10,0)	–	–	6	(4,3)
Niveau d'efficacité des médicaments spécifiquement destinés à la maladie	1	(1,7)	6	(10,0)	5	(23,8)	12	(8,5)
Maintenir la confiance de la population.								
S'adresser à la population générale								
Utiliser la langue officielle de la population	33	(55,0)	7	(11,7)	14	(66,7)	54	(38,3)
Utiliser un vocabulaire peu technique, compréhensible par le grand public	49	(81,7)	30	(50,0)	17	(81,0)	96	(68,1)
Rédiger un texte concis	49	(81,7)	50	(30,0)	14	(66,7)	93	(66,0)
S'assurer de la précision des effectifs et des pourcentages	59	(98,3)	59	(98,3)	21	(100,0)	139	(98,6)
Respecter la culture de la population dans l'introduction et dans la conclusion	3	(5,0)	1	(1,7)	1	(4,8)	5	(3,5)
Veiller à la crédibilité des messages								
Cohérence interne entre les données factuelles et les conclusions	59	(98,3)	36	(60,0)	21	(100,0)	116	(82,3)
Adéquation interne entre les données factuelles et les recommandations	59	(98,3)	39	(65,0)	21	(100,0)	119	(84,4)
Respecter la régularité de l'édition des supports d'information	59	(98,3)	53	(88,3)	18	(85,7)	127	(90,1)
Edition à temps des informations	59	(98,3)	49	(81,7)	16	(76,2)	123	(87,2)

Tableau 1 (Suite)

Items	Tunisie N = 60		Algérie N = 60		Maroc N = 21		Total N = 141	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Stabilité de l'équipe éditoriale	60	(100,0)	59	(98,3)	7	(33,3)	126	(89,4)
Renforcer la participation communautaire								
Promouvoir les activités de prévention et de contrôle								
Recommander les moyens de protection individuelle (ex: lavage des mains, masques...)	38	(63,3)	9	(15,0)	6	(28,6)	53	(73,6)
Recommander les moyens de protection collective (ex : quarantaine, confinement,..)	55	(91,7)	12	(20,0)	8	(38,1)	75	(53,2)
Valoriser les structures communautaires engagées dans la lutte contre l'épidémie	38	(63,3)	1	(1,7)	4	(19,0)	43	(30,5)
Valoriser les initiatives communautaires	20	(33,3)	1	(1,7)	5	(23,8)	26	(18,4)
Appeler à la coordination des initiatives communautaires avec le groupe de pilotage	19	(31,7)	36	(60,0)	18	(85,7)	73	(51,8)
Rappeler les actions à ne pas faire								
Non-respect des bonnes pratiques d'usage des moyens de protection individuelle	10	(16,7)	3	(5,0)	-	-	13	(9,2)
Non observance des moyens de protection collective (ex : confinement...)	31	(51,7)	4	(6,7)	1	(4,8)	36	(25,5)
Ingérence dans les dossiers techniques de la riposte (ex : tests de dépistage...)	8	(13,3)	2	(3,3)	5	(23,8)	15	(10,6)
Négligence des pratiques de soins habituels (ex : suivi des maladies chroniques...)	-	-	2	(3,3)	2	(9,5)	4	(2,8)
Mauvais usage des moyens de prévention et de contrôle	2	(3,3)	5	(8,3)	2	(9,5)	9	(6,4)
Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie								
Présence d'une stratégie nationale de riposte et de communication								
Une stratégie nationale de riposte a été élaborée à temps	36	(60,0)	35	(58,3)	8	(38,1)	91	(64,5)
Une approche consensuelle a été appliquée pour son élaboration	17	(28,3)	28	(46,7)	8	(38,0)	53	(37,6)
Un comité de pilotage a été constitué pour l'application de la stratégie de riposte	18	(30,0)	21	(35,0)	6	(28,6)	45	(31,9)
Absences des « conflits d'intérêts » potentiels dans la stratégie de riposte	58	(96,7)	30	(50,0)	21	(100,0)	106	(75,2)
Absence de discrimination entre les régions, et les secteurs professionnels	59	(98,3)	50	(30,0)	21	(100,0)	109	(77,3)
Engagement de tous les acteurs concernés dans la riposte								
Les sociétés savantes et les structures responsables sont associées à la riposte	19	(31,7)	8	(13,3)	3	(14,3)	30	(21,3)
Le gouvernement, la société civile et les partis politiques sont impliqués	17	(28,3)	2	(3,3)	7	(33,3)	26	(18,4)
Les supports d'information sont suivis par des points presse	59	(98,3)	30	(50,0)	6	(28,6)	95	(67,4)
Les supports d'information sont publiés, en plus, sur les réseaux sociaux	59	(98,3)	30	(50,0)	6	(28,6)	95	(67,4)
Les membres du comité de pilotage de la lutte sont des modèles pour la population	15	(25,0)	2	(3,3)	1	(4,8)	18	(12,8)
Respecter le public cible des supports de communication								
Manifester l'empathie envers la population, les patients et les soignants								
Exprimer la souffrance à l'égard de l'épidémie par une terminologie culturellement décodée	18	(30,0)	2	(3,3)	2	(9,5)	22	(15,6)
Exprimer le désir de réussite dans la riposte contre l'épidémie, avec un vocabulaire explicite	56	(93,3)	31	(51,7)	21	(100,0)	108	(76,6)
Valoriser la protection des régions non encore affectées par l'épidémie	59	(98,3)	33	(55,0)	7	(33,3)	99	(70,2)
Valoriser le taux de guérison confirmée	20	(33,3)	21	(35,0)	4	(19,0)	45	(31,9)
Valoriser la performance des différents corps de métiers de soins de santé	38	(63,3)	28	(46,7)	16	(76,2)	82	(58,2)
Éviter la stigmatisation des régions ou des personnes								
Ne pas utiliser une terminologie négative envers les régions	57	(95,0)	59	(98,3)	21	(100,0)	137	(97,2)
Ne pas utiliser une terminologie négative à l'égard des personnes	5	(10,0)	57	(95,0)	20	(95,2)	83	(58,9)
Ne pas culpabiliser les mauvaises pratiques de la population	49	(81,7)	60	(100,0)	21	(100,0)	130	(92,2)
Ne pas culpabiliser le non-respect des personnes mises en quarantaine	49	(81,7)	60	(100,0)	21	(100,0)	130	(92,2)
Ne pas culpabiliser la faible adaptation à la pratique du distanciel physique	49	(81,7)	60	(100,0)	21	(100,0)	130	(92,2)

Tableau 2

Évaluation spécifique des items des Communiqués de Presse, au cours de la pandémie de la COVID-19 dans les pays du Grand Maghreb.

Items	Tunisie (N = 30)		Maroc (N = 14)		Algérie (N = 30)		Total (N = 74)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fournir une information crédible et efficace								
Présenter les données épidémiologiques essentielles								
Nombre des cas confirmés	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
Nombre des décès enregistrés	18	(60,0)	2	(14,3)	22	(73,4)	42	(56,7)
Répartition géographique des cas	26	(86,7)	6	(42,9)	20	(6,7)	52	(70,2)
Courbe d'incidence de la maladie	26	(86,7)	12	(92,9)	22	(73,3)	60	(81,0)
Taux d'évolution des cas par rapport aux journées antérieures	30	(100,0)	12	(92,9)	26	(86,7)	68	(91,8)
Ne pas cacher les incertitudes								
Point de départ de l'épidémie	30	(100,0)	2	(14,3)	5	(16,7)	37	(50,0)
Jour du pic attendu de l'incidence de l'épidémie	-	-	-	-	-	-	-	-
Date attendue de la fin de l'épidémie	-	-	-	-	-	-	-	-
Disponibilité actuelle d'un vaccin efficace	-	-	-	-	-	-	-	-
Niveau d'efficacité des médicaments spécifiquement destinés à la maladie	1	(3,3)	2	(14,3)	-	-	3	(4,0)
Maintenir la confiance de la population.								
S'adresser à la population générale								
Utiliser la langue officielle de la population	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
Utiliser un vocabulaire peu technique, compréhensible par le grand public	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
Rédiger un texte concis	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
S'assurer de la précision des effectifs et des pourcentages	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
Respecter la culture de la population dans l'introduction et dans la conclusion	-	-	-	-	-	-	-	-
Veiller à la crédibilité des messages								
Cohérence interne entre les données factuelles et les conclusions	30	(100,0)	14	(100,0)	6	(20)	50	(67,5)
Adéquation interne entre les données factuelles et les recommandations	30	(100,0)	14	(100,0)	9	(30)	53	(71,6)
Respecter la régularité de l'édition des supports d'information	26	(86,7)	12	(86,7)	23	(76,7)	61	(82,4)
Edition à temps des informations	30	(100,0)	14	(100,0)	29	(96,7)	73	(98,6)
Stabilité de l'équipe éditoriale	30	(100,0)	14	(100,0)	29	(96,7)	73	(98,6)
Renforcer la participation communautaire								
Promouvoir les activités de prévention et de contrôle								
Recommander les moyens de protection individuelle (ex : lavages des mains...)	8	(26,7)	5	(35,7)	5	(16,7)	18	(24,3)
Recommander les moyens de protection collective (ex : quarantaine, confinement...)	25	(83,3)	5	(35,7)	5	(16,7)	35	(47,2)
Valoriser les structures communautaires engagées dans la lutte contre l'épidémie.	8	(26,7)	2	(14,3)	-	-	10	(13,5)
Valoriser les initiatives communautaires de la société civile	9	(30,0)	2	(14,3)	-	-	11	(14,8)
Appeler à la fédération des initiatives, au réseautage et à la coordination	8	(26,7)	14	(100,0)	29	(96,7)	51	(68,9)
Rappeler les actions à ne pas faire								
Non-respect des bonnes pratiques d'usage des moyens de protection individuelle	1	(3,3)	-	-	-	-	1	(1,3)
Non observance des moyens de protection collective (ex : confinement...)	22	(73,3)	-	-	-	-	22	(29,7)
Ingérence dans les dossiers techniques de la riposte (tests de dépistage...)	-	-	2	(14,3)	-	-	2	(2,7)
Négligence des pratiques de soins habituels (suivi des maladies chroniques...)	-	-	2	(14,3)	-	-	2	(2,7)
Mauvais usage des moyens de prévention et de contrôle (ex : sédentarité...)	1	(3,3)	2	(14,3)	4	(13,3)	7	(9,4)
Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie								
Présence d'une stratégie nationale de riposte et de communication								
Une stratégie nationale de riposte a été élaborée à temps	6	(20,0)	14	(100,0)	6	(20,0)	26	(35,1)
Une approche consensuelle a été appliquée pour son élaboration	6	(20,0)	2	(14,3)	30	(100,0)	38	(51,3)
Un comité de pilotage a été constitué pour l'application de la stratégie de riposte	11	(36,7)	2	(14,3)	30	(100,0)	43	(58,1)
Absences des « conflits d'intérêts » potentiels dans la stratégie de riposte	30	(100,0)	12	(85,7)	30	(100,0)	72	(97,3)
Absence de discrimination entre les régions et les secteurs professionnels	30	(100,0)	14	(100)	30	(100,0)	74	(100,0)
Engagement de tous les acteurs concernés dans la riposte								
Les sociétés savantes et les structures responsables sont associées à la riposte	8	(26,7)	10	(71)	5	(16,7)	23	(31,0)
Le gouvernement, la société civile et les partis politiques sont impliqués	6	(20,0)	2	(14,3)	1	(3,3)	9	(12,1)
Les supports d'information sont suivis par des points presse	30	(100,0)	-	-	-	-	30	(40,5)
Les supports d'information sont publiés, en plus, sur les réseaux sociaux	30	(100,0)	14	(100,0)	-	-	44	(59,4)
Les membres du comité de pilotage de la lutte sont des modèles pour la population	10	(33,3)	-	-	-	-	10	(13,5)
Respecter le public cible des supports de communication								
Manifester l'empathie envers la population, les patients et les soignants								
Exprimer la souffrance par une terminologie culturellement décodée	17	(56,7)	-	-	-	-	17	(22,3)
Exprimer le désir de réussite dans la riposte, avec un vocabulaire explicite	26	(86,7)	14	(100,0)	20	(6,7)	60	(81,0)
Valoriser la protection des régions non encore affectées par l'épidémie	29	(96,7)	10	(71)	4	(13,3)	43	(58,1)
Valoriser le taux de guérison confirmée	6	(20,0)	10	(71)	3	(11,6)	19	(25,6)
Valoriser la performance des différents corps de métiers de soins de santé	8	(26,7)	3	(26,7)	5	(16,7)	16	(21,6)
Éviter la stigmatisation des régions ou des personnes								
Ne pas utiliser une terminologie négative envers les régions	30	(100,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	74	(100,0)
Ne pas utiliser une terminologie négative à l'égard des personnes	3	(10,0)	14	(100,0)	30	(100,0)	47	(63,5)
Ne pas culpabiliser les mauvaises pratiques de la population	19	(63,3)	14	(100,0)	30	(100,0)	63	(85,1)
Ne pas culpabiliser le non-respect des personnes en quarantaine	19	(63,3)	14	(100,0)	30	(100,0)	63	(85,1)
Ne pas culpabiliser la faible adaptation de la population au distanciation physique	19	(63,3)	14	(100,0)	30	(100,0)	63	(85,1)

Tableau 3

Évaluation spécifique des items des Bulletins Épidémiologiques, au cours de la pandémie de la COVID-19 dans les pays du Grand Maghreb.

Items	Tunisie (N = 30)		Maroc (N = 7)		Algérie (N = 30)		Total (N = 67)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fournir une information crédible et efficace								
Présenter les données épidémiologiques essentielles								
Nombre des cas confirmés	30	(100,0)	7	(100,0)	30	(100,0)	67	(100,0)
Nombre des décès enregistrés	19	(63,3)	3	(42,9)	30	(100,0)	52	(77,6)
Répartition géographique des cas	30	(100,0)	5	(71,4)	30	(100,0)	65	(97,0)
Courbe d'incidence de la maladie	30	(100,0)	3	(42,9)	29	(96,7)	62	(92,5)
Taux d'évolution des cas par rapport aux journées antérieures	30	(100,0)	3	(42,9)	30	(100,0)	63	(94,0)
Ne pas cacher les incertitudes								
Point de départ de l'épidémie	30	(100,0)	6	(85,7)	29	(96,7)	65	(97,0)
Jour du pic attendu de l'incidence de l'épidémie	-	-	-	-	1	(3,3)	1	(1,5)
Date attendue de la fin de l'épidémie-	-	-	-	-	1	(3,3)	1	(1,5)
Disponibilité actuelle d'un vaccin efficace	-	-	-	-	6	(20,0)	6	(9,0)
Niveau d'efficacité des médicaments spécifiquement destinés à la maladie	-	-	3	(42,9)	6	(20,0)	9	(13,4)
Maintenir la confiance de la population								
S'adresser à la population générale								
Utiliser la langue officielle de la population	3	(10,0)	-	-	-	-	3	(4,5)
Utiliser un vocabulaire peu technique, destiné au grand public, compréhensible	19	(63,3)	3	(42,9)	0	0	22	(32,8)
Rédiger un texte concis	19	(63,3)	-	-	-	-	19	(28,4)
S'assurer de la précision des effectifs et des pourcentages (absence des erreurs de calcul)	29	(96,7)	7	(100,0)	29	(96,7)	65	(97,0)
Respecter la culture de la population dans l'introduction et dans la conclusion	3	(10,0)	-	-	1	(3,3)	4	(6,0)
Veiller à la crédibilité des messages								
Cohérence interne entre les données factuelles et les conclusions	29	(96,7)	7	(100,0)	30	(100,0)	66	(98,5)
Adéquation interne entre les données factuelles et les recommandations	29	(96,7)	7	(100,0)	30	(100,0)	66	(98,5)
Respecter la régularité de l'édition des supports d'information	26	(86,7)	4	(57,1)	30	(100,0)	60	(89,6)
Edition à temps des informations	28	(93,3)	2	(28,6)	20	(66,7)	50	(74,6)
Stabilité de l'équipe éditoriale	30	(100,0)	6	(85,7)	30	(100,0)	66	(98,5)
Renforcer la participation communautaire								
Promouvoir les activités de prévention et de contrôle								
Recommander les moyens de protection individuelle (ex : lavages des mains, masques...)	30	(100,0)	1	(14,3)	4	(13,3)	35	(52,2)
Recommander les moyens de protection collective (ex : quarantaine, confinement...)	30	(100,0)	3	(42,9)	7	(23,3)	40	(59,7)
Valoriser les structures communautaires engagées dans la lutte contre l'épidémie	30	(100,0)	2	(28,6)	1	(3,3)	33	(49,3)
Valoriser les initiatives communautaires de la société civile et des actions multisectorielles	11	(36,7)	3	(42,9)	1	(3,3)	15	(22,4)
Appeler à la fédération des initiatives, au réseautage et à la coordination	11	(36,7)	4	(57,1)	7	(23,3)	22	(32,8)
Rappeler les actions à ne pas faire								
Non-respect des bonnes pratiques d'usage des moyens de protection individuelle	9	(30,0)	-	-	3	(10,0)	12	(17,9)
Non observance des moyens de protection collective (ex : confinement...)	9	(30,0)	1	(14,3)	4	(13,3)	14	(20,9)
L'ingérence dans les dossiers techniques de la riposte (ex : tests de dépistage...)	8	(26,7)	3	(42,9)	2	(6,7)	13	(19,4)
Négligence des pratiques de soins habituels (suivi des maladies chroniques...)	-	-	-	-	2	(6,7)	2	(3,0)
Mauvais usage des moyens de prévention et de contrôle	1	(3,3)	-	-	1	(3,3)	2	(3,0)
Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie								
Présence d'une stratégie nationale de riposte et de communication								
Une stratégie nationale de riposte a été élaborée à temps	30	(100,0)	6	(85,7)	29	(96,7)	65	(97,0)
Une approche consensuelle a été appliquée pour son élaboration	11	(36,7)	6	(85,7)	28	(93,3)	45	(67,2)
Un comité de pilotage a été constitué pour l'application de la stratégie de riposte	11	(36,7)	6	(85,7)	21	(70,0)	38	(56,7)
Absences des « conflits d'intérêts » potentiels dans le pilotage de la stratégie de riposte	30	(100,0)	6	(85,7)	30	(100,0)	66	(98,5)
Absence de toute forme de discrimination entre les régions, les secteurs professionnels	30	(100,0)	6	(85,7)	30	(100,0)	66	(98,5)
Engagement de tous les acteurs concernés dans la riposte								
Les sociétés savantes et les structures responsables sont associées au plan de riposte	11	(36,7)	2	(28,6)	3	(10,0)	16	(23,9)
Le gouvernement, la société civile et les pays politiques sont impliqués dans la lutte	11	(36,7)	5	(71,4)	1	(3,3)	17	(25,4)
Les supports d'information sont suivis par des points presse	30	(100,0)	6	(85,7)	30	(100,0)	66	(98,5)
Les supports d'information sont publiés, en plus, sur les réseaux sociaux	29	(96,7)	6	(85,7)	30	(100,0)	65	(97,0)
Les membres du comité de pilotage sont des modèles pour la population	5	(16,7)	1	(14,3)	2	(6,7)	8	(11,9)
Respecter le public cible des supports de communication								
Manifester l'empathie envers la population, les patients et les soignants								
Exprimer la souffrance à l'égard de l'épidémie par une terminologie culturellement décodée	1	(3,3)	2	(28,6)	2	(6,7)	5	(7,5)
Exprimer le désir de réussite dans la riposte contre l'épidémie, avec un vocabulaire explicite	30	(100,0)	7	(100,0)	29	(96,7)	66	(98,5)
Valoriser la protection des régions non encore affectées par l'épidémie	30	(100,0)	6	(85,7)	29	(96,7)	65	(97,0)
Valoriser le taux de guérison confirmée	19	(63,3)	3	(42,9)	21	(70,0)	43	(64,2)
Valoriser la performance des différents corps de métiers de soins de santé	8	(26,7)	2	(28,6)	23	(76,7)	33	(49,3)
Eviter la stigmatisation des régions ou des personnes								
Ne pas utiliser une terminologie négative envers les régions	27	(90,0)	7	(100,0)	29	(96,7)	63	(94,0)
Ne pas utiliser une terminologie négative à l'égard des personnes	3	(10,0)	6	(85,7)	27	(90,0)	36	(53,7)
Ne pas culpabiliser les mauvaises pratiques de la population	30	(100,0)	7	(100,0)	30	(100,0)	67	(100,0)
Ne pas culpabiliser le non-respect des personnes en quarantaine	30	(100,0)	7	(100,0)	30	(100,0)	67	(100,0)
Ne pas culpabiliser la faible adaptation de la population générale au distanciel physique	30	(100,0)	7	(100,0)	30	(100,0)	67	(100,0)

Tableau 4

Scores globaux et spécifiques d'évaluation de qualité des supports de communication (bulletins épidémiologiques et communiqués de presse) au cours de la pandémie de la COVID-19, dans les pays du Maghreb.

	Tunisie		Maroc		Algérie		Total	
	Médiane	IIQ	Médiane	IIQ	Médiane	IIQ	Médiane	IIQ
Bulletin d'Information Epidémiologique (score/20 points)	(N=30)		(N=7)		(N=30)		(N=67)	
A. Fournir une information crédible et efficace	12	10–14	8	6–12	12	10–14	12	10–12
B. Maintenir la confiance de la population	14	12–16	10	8–12	12	10–12	12	10–12
C. Renforcer la participation communautaire	6	6–16	6	4–08	0	0–04	6	4–08
D. Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie	10	8–18	16	14–18	14	12–16	14	12–16
E. Respecter le public cible des supports de communication	14	12–16	14	14–18	18	16–18	14	10–18
Score total/100 points	62	62–72	58	40–66	60	58–62	62	60–64
Communiqués de Presse (score/20 points)	(N=30)		(N=14)		(N=30)		(N=74)	
A. Fournir une information crédible et efficace	12	10–12	8	6–10	8	6–12	8	6–10
B. Maintenir la confiance de la population	18	16–20	16	14–18	12	11–14	16	12–18
C. Renforcer la participation communautaire	4	2–08	4	1–06	1	0–02	4	1–06
D. Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie	10	8–12	6	4–08	0	0–02	6	0–08
E. Respecter le public cible des supports de communication	12	10–16	14	12–16	10	8–12	12	10–14
Score total/100 points	55	52–62	49	44–51	32	30–32	49	32–54
Bulletins d'Information Epidémiologique et Communiqués de Presse (score/20 points)	(N=60)		(N=21)		(N=60)		(N=141)	
A. Fournir une information crédible et efficace	12	10–14	8	6–10	10	8–12	10	8–12
B. Maintenir la confiance de la population	17	16–18	16	14–18	12	10–14	14	12–16
C. Renforcer la participation communautaire	6	4–08	6	2–04	1	0–02	4	2–06
D. Rassurer la population de la maîtrise de l'épidémie	10	8–12	6	4–08	7	0–14	10	6–14
E. Respecter le public cible des supports de communication	14	12–16	14	12–16	14	10–18	14	10–18
Score total/100 points	58	54–66	50	44–57	48	32–56	56	46–58

communiqués de presse maghrébins, leur score médian global a été seulement de 49/100 (IIQ : [32–54]), variant de 32 (IIQ : [30–32]) en Algérie à 55 (IIQ : (52–62)) en Tunisie (Tableau 4).

Parmi les cinq dimensions constituant notre référentiel d'évaluation de la qualité de communication de crise, des supports maghrébins, développés au cours de la pandémie de la COVID-19, celle la mieux notée par les auditeurs, a été le « maintien de la confiance de la population » avec un score médian global de 14/20 (12/20 pour les bulletins épidémiologiques et 16/20 pour les communiqués de presse). Ce score a varié de 12/20 en Algérie à 17/20 en Tunisie. Les deux items de cette dimension les plus appréciés par les auditeurs, ont été l'assurance de la « précision des effectifs et des pourcentages » (sous dimension « s'adresser à la population générale ») et le respect de la « régularité de l'édition des supports d'information » (sous dimension « veiller à la crédibilité des messages ») (Tableau 1).

La dimension la moins bien notée dans les supports maghrébins de communication a été le « renforcement de la participation communautaire », avec un score médian seulement de 4/20 (6/20 pour les bulletins épidémiologiques et 4/20 pour les communiqués de presse). Ce score a varié de 1/20 en Algérie à 6/20 en Tunisie et au Maroc. Les deux items jugés les moins adéquats dans l'évaluation de cette dimension ont été d'une part la « valorisation des initiatives communautaires » (sous-dimension : promouvoir les activités de prévention et de contrôle) et d'autre part la négligence des pratiques de soins habituels, tel que le suivi des maladies chroniques (sous-dimension : rappeler les actions à ne pas faire) (Tableau 1).

Une des particularités de la communication de crise, dans les supports d'information en Algérie, particulièrement des bulletins épidémiologiques, a été la dimension « respect du public cible », avec un score atteignant 18/20. Les items les plus valorisés par les auditeurs, ont été ceux relatifs à l'évitement de la stigmatisation des régions et des personnes (ne pas culpabiliser les mauvaises pratiques de la population, le non-respect des personnes mises en

quarantaine ou en isolement, la faible adaptation à la pratique de distanciation physique) (Tableau 1).

4. Discussion

La pandémie de la COVID-19 a constitué par son ampleur et sa médiatisation, à la fois un risque, une urgence et un problème de santé publique majeur. C'est une véritable catastrophe épidémiologique ayant rempli tous les critères de la crise sanitaire : apparition inattendue, non contrôlée par le système de santé, nécessité d'une réponse immédiate et capacité de nuire à l'image des autorités publiques [3]. Après les flambées d'Ebola en 1970, du sida en 1981, de la grippe aviaire et de la grippe H5N1 en 1997 et du virus H1N1 en 2009, la pandémie de la COVID-19 a représenté une menace intense pour la santé humaine au niveau international.

Encadré 4. Les six principes de la communication efficace de crise [3]

- Be First** (Soyez le premier). Pour le grand public, la première source d'information devient souvent la source préférée.
- Be Right** (Soyez juste). L'exactitude des informations, connues et méconnues, établit leur crédibilité.
- Be Credible** (Soyez crédible) : l'honnêteté et la véracité ne doivent pas être compromises pendant les crises.
- Express Empathy** (Exprimez de l'empathie). La réponse à ce que les gens ressentent, renforce la confiance de la population.
- Promote Action** (Promouvoir l'action). La participation des gens à la riposte, apaise leur anxiété, et favorise leur sentiment de restauration de contrôle.
- Show Respect** (Faites preuve de respect). Une communication respectueuse favorise la coopération.

D'où l'importance de l'information répondant aux standards de la communication de risque de crise et d'urgence, selon la terminologie des CDC (CERC : *Crisis and Emergency Risk Communication*), et obéissant à ses six principes d'efficacité [3] (Encadré 4).

Cette évaluation pilote de la qualité des supports maghrébins de communication, développés par les managers des stratégies de riposte contre la COVID-19, avait deux principaux mérites. D'une part, elle a été fondée sur une *check list* originale, conçue par les auteurs en se basant sur les recommandations des organisations internationales (OMS et CDC). Cette liste aurait, en plus, un rôle instructif dans la formation des professionnels de santé, chargés de l'élaboration des supports de communication de crise. C'est un véritable *guideline* didactique des bonnes pratiques de rédaction des supports de communication, au cours des crises sanitaires, facilitant la mémorisation et l'intériorisation des clés de réussite.

D'autre part, elle a couvert la production de deux mois d'édition de deux types de supports d'information : les communiqués de presse et les bulletins épidémiologiques dans trois pays du Maghreb. Malgré la standardisation d'un référentiel d'évaluation, l'appartenance de deux auditeurs au même pays (Tunisie) et la non-couverture des enregistrements vidéo des points presse, des conférences de presse et des webinaires de mise au point et de synthèse des données épidémiologiques, pourraient affecter très faiblement la validité des données de cette évaluation, dont les tendances et les gradients inter-pays resteront similaires. L'association de cette étude sur la qualité technique intrinsèque de deux supports de communication, destinés *a priori*, à la partie la plus éduquée de la population, à une analyse des perceptions du grand public, aurait fourni des données extrinsèques, complémentaires pour l'évaluation globale de la qualité de la communication de crise, lors de la pandémie de la COVID-19, au Grand Maghreb.

Cet audit de la qualité de supports de communication produits par les ministères chargés de la santé des pays du Maghreb (Tunisie, Algérie, Maroc) et ses directions centrales, a révélé la non-conformité aux principes de la communication de crise, particulièrement à la dimension de renforcement de la participation communautaire, tout en maintenant la confiance de la population.

4.1. Une qualité insuffisante des supports de communication de crise

Notre audit de la qualité des supports de communication, relatifs à la COVID-19 au Grand Maghreb, a documenté sa faible qualité avec un score médian global uniquement de 56/100, sans variabilité notable entre les pays (Tunisie, Algérie, Maroc) et entre les deux types de supports de communication. L'insuffisance de la qualité des supports de communication aurait un impact négatif sur les deux autres piliers de la stratégie de management des risques, des urgences et des crises sanitaires, à savoir le dépistage des cas et leur contrôle [1,3]. Cette faible qualité des supports de communication de crise, lors de la pandémie de la COVID-19, entraînerait deux types d'attitudes négatives : d'une part la banalisation du risque (inhibant l'usage des mesures préventives, telle que l'utilisation des équipements de protection individuelle) et d'autre part la généralisation de la panique auprès de la population générale et des personnels de santé (entraînant une « sur fréquentation » des services de santé, désertés par des soignants exposés, conduisant ainsi à un risque d'effondrement des systèmes de santé). Il est actuellement admis que la gestion intégrée des risques, en cas de crise, doit inclure non seulement la menace elle-même, mais aussi sa communication à la population et aux professionnels » [4]. Un nouveau rapport des Nations Unies sur l'accident de Tchernobyl a attribué ses conséquences sur la santé mentale au « manque d'informations exactes » et à la communication inadaptée sur les risques [5–7].

Cette insuffisance de la qualité des supports de communication de crise a couvert les cinq dimensions étudiées dont particulièrement « le renforcement de la participation communautaire », d'une part à travers la non-valorisation des initiatives de la société civile et des actions multisectorielles (enseignement, jeunesse, industrie, gouvernance locale, culture...) et d'autre part le non-rappel de la nécessité d'observance des soins habituels tel que le suivi des maladies chroniques. Malgré l'émergence d'une dynamique de participation communautaire (contribution de la société civile) dans la riposte contre la COVID-19, les supports maghrébins de communication n'ont pas réussi à relater les innovations populationnelles, dans le domaine de la fabrication des équipements de protection individuelle et des dispositifs médicaux de réanimation. La culture biomédicale, l'approche curative et le pilotage clinique de la riposte contre la COVID-19, encore dominants au Maghreb, ont aussi eu une influence sur la communication selon une approche technique, centrée sur les soignants et peu ouverte sur la communauté. En plus, au cours des premiers mois de lutte contre la COVID-19, le Maghreb aurait enregistré un recul de tous les indicateurs de performance de ses programmes de santé : santé infantile, santé maternelle, management des maladies cardiovasculaires et des cancers... D'une part, les professionnels de santé ont été totalement orientés vers la COVID-19, considérée comme étant la « priorité des priorités ». D'autre part, le confinement de la population et les circuits spécifiques aux patients suspects de la COVID-19 dans les établissements de santé, ont démotivé les gens à l'utilisation des services de soins. Les patients étaient dans l'obligation d'adopter des parcours complexes pour une simple vaccination, un examen prénatal classique, ou un approvisionnement systématique en médicaments antihypertenseurs... [8]. En effet, depuis le début de la crise sanitaire actuelle de la COVID-19, les patients suivis pour des maladies chroniques, dans les services publiques de santé se sont faits, de plus en plus rares dans la plupart des pays dont la Chine [9]. D'ailleurs, le nombre réduit de consultations des patients, s'est associé à une augmentation significative de la mortalité au cours de cette même période de pandémie [10].

4.2. Maintien de la confiance de la population

Malgré la faiblesse globale de la qualité des supports maghrébins de communication, produits lors de la riposte contre la COVID-19, le contenu des communiqués de presse a réussi à « maintenir la confiance de la population », à travers l'assurance de la « précision des effectifs et des pourcentages » et le respect de la « régularité de l'édition des supports d'information ». Les départements de Santé publique des facultés des sciences de la santé au Grand Maghreb ont formé, au cours du demi-siècle dernier, des épidémiologistes et des biostatisticiens qui ont témoigné, au cours de la pandémie de la COVID-19, d'une grande performance dans la détection des cas, leur confirmation, le suivi de leur incidence, l'analyse de leur répartition tempo-spatiale et l'usage des méthodes graphiques et géographiques pour leur communication. Un grand intérêt a été accordé par toutes les franges de la population, au suivi des tendances d'évolution de la pandémie au niveau régional, national et mondial. La grande médiatisation de la couverture des nouvelles épidémiologiques, a exercé des pressions considérables sur les trois ministères chargés de la santé au Maghreb, pour l'édition des rapports quotidiens et réguliers, accompagnés par des conférences de presse, dirigées souvent par les Ministres de la Santé eux-mêmes, ou des hauts cadres de leurs départements de surveillance épidémiologique. Le temps est essentiel dans le contrôle des flambées épidémiques. Citons l'exemple de l'épidémie de SRAS CoV2 en Chine, où un manque de la qualité d'information au cours de la phase initiale a

Encadré 5. Les sept règles cardinales de communication des risques de l'Environmental Protection Agency (EPA)

1. Acceptez et impliquez le public comme un partenaire légitime

Les personnes et les communautés ont le droit de participer aux décisions affectant leur vie, leurs biens et les choses qu'ils apprécient.

2. Écoutez le public

Les gens sont souvent plus préoccupés par des questions telles que la confiance, la crédibilité, le contrôle, les avantages, la compétence, le caractère volontaire, l'équité, l'empathie, la bienveillance, la courtoisie et la compassion.

3. Soyez honnête, franc et ouvert

Avant qu'un message de communication des risques puisse être accepté, le messager doit être perçu comme digne de confiance et crédible.

4. Coordonnez et collaborez avec d'autres sources crédibles Les alliés peuvent aider efficacement à communiquer des informations sur les risques.

5. Répondre aux besoins des médias

Les médias ont généralement un agenda qui met l'accent sur les aspects les plus sensationnels d'une crise, et ont tendance à simplifier les histoires plutôt qu'à refléter la complexité.

6. Parlez clairement et avec compassion

Le langage technique et le jargon sont des obstacles à une communication réussie avec le public.

7. Planifiez soigneusement et évaluez la performance

La communication des risques ne réussira que si elle est soigneusement planifiée et évaluée.

détruit l'efficacité de la communication des risques et a élargi l'étendue de l'épidémie [11,12].

L'importance cruciale de la crédibilité de l'information dans la perception des comportements à risque [13], a été documentée par Desvilva et al. qui ont souligné que plus les détails sur la santé sont communiqués, et les menaces sont présentées, plus les gens perçoivent les risques à haut niveau. En plus, le professionnalisme des comités de pilotage des stratégies de riposte et leurs rôles modèles (exemplarité dans l'application des gestes barrières tels que le lavage des mains, le port des masques et la distanciation physique), au Grand Maghreb, auraient un effet de renforcement de la confiance des gens et de leur acceptabilité de l'information. L'OMS a déjà mentionné dans son rapport sur la préparation et la riposte à des situations d'urgence, que le comportement modèle du leadership, a un impact sur la cohérence et la rapidité de la diffusion de l'information publique, ainsi que sur la confiance du public cible [1].

Un autre point fort des supports de communication a été noté, particulièrement en Algérie : le respect du public cible, grâce à des messages non culpabilisants et non stigmatisants. Cette attitude serait essentiellement attendue, dans la communication de la crise sanitaire. Lors de la phase initiale d'une urgence, la population générale s'attend, en plus des informations simples, crédibles, précises, cohérentes et livrées à temps, à des preuves d'empathie et de réconfort réduisant ses incertitudes et ses craintes [3]. L'information en cas d'urgence sanitaire doit aider le public à comprendre ses responsabilités à l'égard de la crise et à s'engager dans les activités de promotion, de prévention et de contrôle [3]. C'est ainsi que le « *Seven Cardinal de l'Environmental Protection Agency* » (EPA), a cité dans ses règles principes de communication des risques, deux compétences essentielles savoir « écouter le public » et parler avec lui « clairement et avec compassion » [14] (Encadré 5).

Par ailleurs, l'élaboration du référentiel de qualité des supports de communication de crise aux pays du Maghreb et son application, ont révélé aussi la nécessité d'adaptation de ces

supports avec certains besoins particuliers en communication. Citons l'exemple des différentes communautés linguistiques du Maghreb, ou de la population des adolescents et des jeunes, approuvant beaucoup plus les messages concis, en images ou en vidéos.

En conclusion, la qualité des supports maghrébins de communication de crise, lors de la pandémie de la COVID-19 (communiqués et bulletins) a été insuffisante, limitant ainsi la réussite de la stratégie de management de cette crise sanitaire, dans ses volets de surveillance épidémiologique et de prise en charge des personnes à risque ou atteintes de la maladie. L'audit de la qualité de ces deux supports de communication explorés, à l'aide d'un référentiel multidimensionnel et culturellement adapté, a documenté les habilités techniques des professionnels de santé, chargés de communication, en matière de vulgarisation des résultats des analyses biostatistiques et épidémiologiques. Cependant, il a illustré aussi une faiblesse dans la maîtrise des compétences psychosociales, dont particulièrement la valorisation des initiatives communautaires et des actions multisectorielles, indispensables à la gestion de la panique de masse et à la mobilisation populationnelle.

Le renforcement des capacités de tous les intervenants dans le domaine de la communication de crise (savoir rédiger un communiqué de presse, savoir élaborer un bulletin épidémiologique), à travers une formation certifiante et un entraînement pratique, est nécessaire pour l'amélioration de la qualité des supports de communication, lors des éventuelles crises sanitaires. Les ministères chargés de la santé des pays du Grand Maghreb auraient un grand besoin aussi, de mettre en place, dans leurs directions centrales et régionales, des structures chargées de la communication, animées par des cadres ayant une double expertise : en épidémiologie (pour savoir extraire les indicateurs pertinents et sélectionner les bons messages à transmettre à la population) et en communication (pour réussir le choix des meilleurs canaux et des supports appropriés). La pandémie de la COVID-19 a dévoilé encore une fois, un *gap* important entre les capacités des structures publiques et la société civile, beaucoup plus en avance, en matière d'usage des technologies d'information, avec un besoin d'adaptation des contenus (plus d'image, plus de concision par exemple). La collaboration entre les médecins épidémiologistes, les professionnels de la communication et les ingénieurs des systèmes d'information, serait un premier pas de conciliation entre la validité de contenu et l'attractivité des supports, dans la communication de crise, lors du management des épidémies.

Déclaration de liens d'intérêts

Le Professeur Nadir Boussof est membre du comité scientifique de riposte contre la COVID-19 en Algérie et responsable de l'édition du bulletin épidémiologique algérien sur la COVID-19.

A. Ben Abdelaziz, N. El Haddad, H. Hannachi, S. Nouira, S. Melki, D. Chebil, S. Chelly, A. Quessar déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Les auteurs remercient vivement le CHU Sahloul de Sousse (Tunisie) et le Laboratoire de recherche LR19SP01 pour leur appui logistique et financier à cette étude.

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence; 2017.

- [2] Organisation mondiale de la santé. Règlement sanitaire international (2005). WHO. World Health Organization. Disponible sur : <https://www.who.int/ihr/9789241596664/fr/>.
- [3] CDC. Crisis and emergency risk communication. 2004^e éd.
- [4] Ropeik D. Poor risk communication in Japan is making the risk much worse. Comment. *Sci Am Online* 2011. Available www.SciComblogpost.Cfm.
- [5] chernobyl.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.iaea.org/sites/default/files/chernobyl.pdf>.
- [6] WHO | Chernobyl: the true scale of the accident [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 mai 2020]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr38/en/>.
- [7] Abrams EM, Greenhawt M. Risk Communication During COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020. S2213219820303639.
- [8] Zhang L, Li H, Chen K. Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China. *Healthcare* 2020;8(1):64.
- [9] Sin MSY. Masking fears: SARS and the politics of public health in China. *Crit Public Health* 2016;26(1):88–98.
- [10] Pan P-L, Meng J. The evaluations of swine flu magnitudes in TV news: a comparative analysis of paired influenza Pandemics. *Health Mark Q* 2015;32(2):129–47.
- [11] Ridde V, Ba MP. La pandémie du Covid-19 vue d'Afrique. *AOC Anal Opin Crit* 2020. <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010078531> [En ligne].
- [12] De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al. Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during Covid-19 Outbreak in Northern Italy. *N Engl J Med* 2020;0(0). null.
- [13] Decessi_2020_Nota.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://www.istat.it/it/files/2020/03/Decessi_2020_Nota.pdf.
- [14] Covello VT, Allen FW. Seven cardinal rules of risk communication. Washington, D.C: Environmental Protection Agency, Office of Policy Analysis; 1988.