

Coalition Communic'Action

Ce que la COVID-19 nous a appris

Revue de littérature sur la littératie et la santé publique

Réalisé par
Esther Filion

Septembre 2021

Table des matières

1.	Lien entre littératie et acceptation des recommandations / décisions éclairées	p.3
1.1	Les infos sur la COVID-19 ne sont pas accessibles /	
	La pandémie rend plus difficile de prendre des décisions éclairées	p.4
1.2	Exacerbation des inégalités	p.6
1.3	Communauté culturelles	p.8
1.4	Impacts de la faible littératie en temps de pandémie	p.10
2.	Solutions.....	p.11
2.1	Simplifier.....	p.11
2.2	Combattre l’infodémie.....	p.12
2.3	Combattre la fracture numérique.....	p.14
2.4	Concernant particulièrement les communautés culturelles.....	p.15
2.5	Littératie critique en santé (LCS).....	p.17
	Références	p.20

L'expérience de la pandémie de COVID 19 a confirmé les enjeux liés à la littératie en santé et a mis en lumière certains angles morts des communications publiques en santé. Plusieurs recherches ont déjà été publiées sur le sujet, de plusieurs endroits dans le monde. Une des choses que la Covid-19 a révélées, c'est à quel point la littératie en santé est un enjeu sous-estimé, dont les impacts sont énormes et dramatiques en temps de pandémie (1).

« The COVID-19 outbreak is health literacy's test to demonstrate that the concept *is* among the most critical personal and environmental approaches of the 21st century to population health and wellbeing. Only a year ago, Nutbeam wrote a retrospective entitled "Health Education and Health Promotion Revisited", highlighting the paradigm shift in the way in which public health problems are conceptualized and addressing the move from chronic diseases to new emerging threats such as SARS and Ebola. The concept of health literacy is adaptable to the challenges of our modern times to support the "voluntary changes in behavior" in the "new public health" paradigm while always considering the importance of context. » (2)

1. Lien entre littératie et acceptation des recommandations / décisions éclairées

Plusieurs études confirment le lien entre la littératie et l'acceptation des recommandations ou la capacité de prise de décision éclairée. En effet, une littératie en santé élevée permettrait d'être bien informé au sujet des risques, des ressources et des consignes, et cela favorise l'adoption de comportements qui sont solidaires et qui contribuent à la santé publique (2).

Des recherches menées aux États-Unis démontrent aussi qu'un haut niveau de scolarisation est associé à un plus haut degré de conformité aux consignes de santé publique, et ce dans toutes les communautés culturelles ou ethniques (3).

Dans une autre recherche qui étudiait le sentiment de se sentir bien informé ou confus par rapport aux informations sur le virus, les personnes qui présentaient un niveau de littératie en santé « inadéquat » ou « problématique » étaient moins susceptibles de se sentir bien informées et plus enclines à se sentir confuses (4).

Dans une étude malaisienne, on observe que le niveau de connaissances concernant la Covid-19 montrait des différences significatives selon le genre, l'âge, les régions, l'occupation et le revenu. Les scores les plus élevés étaient obtenus par les femmes de moins de 50 ans qui avaient les revenus les plus élevés (5).

Enfin, une équipe belge de spécialistes en promotion de la santé suggère que pour faire face aux fausses informations, il faut être capable de s'éloigner de ses réactions spontanées ou émotionnelles et d'adopter d'autres points de vue. Cela exige toutefois de la méthode. Par exemple, se poser certaines questions avant de se fier à une information, mettre en doute ce qui est trop « évident » (comme une recette miracle), et distinguer un fait d'une opinion. Suivre ces quelques principes « nécessite des ressources matérielles, techniques et mentales que la collectivité se doit de proposer à tout-e citoyen-ne » (6).

1.1 Les infos sur la COVID-19 ne sont pas accessibles / La pandémie rend plus difficile de prendre des décisions éclairées

Difficile de se référer aux communications publiques en temps de crise sanitaire sans être confronté au concept « d'infodémie ». Déjà, la nouveauté, la complexité et la fluctuation des informations rendent particulièrement difficile le fait de prendre des décisions éclairées et de suivre les recommandations de prévention. Ajouté à ceci, « l'infodémie », ou épidémie d'informations, ajoute à la confusion sur les informations liées à la pandémie. Cette « infodémie » affecte particulièrement et fortement les personnes qui ont moins accès aux informations (7).

Au Canada, 96% de la population adulte affirme avoir vu de l'information qu'elle suspectait être incorrecte. Toutefois, un peu plus d'un canadien sur deux, soit 58%, affirmait vérifier souvent ou toujours la justesse de l'information, tandis que 53% des personnes qui ne le font jamais disent avoir confiance en la source et 11% ne savent pas comment la vérifier. De plus, ce sont les personnes dont le plus haut niveau de scolarité atteint est le secondaire, qui ont partagé le plus souvent des informations sans en vérifier la justesse (8).

Parallèlement, on constate que les informations liées à la COVID-19 sont non seulement trop nombreuses, mais elles sont aussi inaccessibles. Par exemple, une étude internationale a analysé le

contenu de sites web de 15 pays (dont le Canada) qui avaient beaucoup de cas de COVID-19 (5000 et plus au début avril 2020). Il s'agissait de sites web qui offraient des informations sur la COVID-19, ainsi que trois sites de santé publique comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Pratiquement toutes les pages excédaient le niveau de littératie souhaité, que ce soit par le niveau de lecture, la complexité de la syntaxe ou le vocabulaire employé. L'étude révèle avec ironie que l'OMS peine à mettre en pratique ses propres recommandations. Il semble être difficile d'appliquer les principes de communication simple, même pour les organisations qui possèdent tous les outils pour le faire (9).

Dans une étude de Okan et coll. (4), 50,1% de l'échantillon étudié présentait un niveau de littératie qualifié de problématique ou inadéquat, tandis que 56% de la population globale s'est sentie confuse ou très confuse concernant la somme d'informations sur le virus. La plupart des participant-e-s à la recherche ont dit avoir un peu de difficulté à trouver l'information sur le virus et sur les consignes de protection, ou à comprendre l'information transmise par les professionnels de la santé, par les autorités sanitaires et les membres de leur famille. Entre 20% et 52% des participants ont affirmé trouver difficile ou très difficile d'avoir accès à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et d'agir relativement à certains aspects comme les informations médicales concernant le virus, la recherche d'aide, l'évaluation des risques personnels et l'information médiatique. Pour 20,9%, il est difficile de décider comment se protéger du virus sur la base de l'information des médias, tandis que 32,1% de l'échantillon dit trouver difficile de décider comment agir à partir des informations provenant des médias et finalement, 47,8% de la population a dit avoir du mal à déterminer si elle pouvait se fier à un médium d'information sur la COVID-19. Cette confusion était plus élevée chez les personnes qui présentent un faible niveau de littératie en santé. Plus de 20% des participants trouvent difficile de comprendre les informations provenant des médias sur les risques liés au virus. Choisir les comportements qui préviennent le mieux la contagion est difficile pour 22% de la population. Plus de 30% ont de la difficulté à déterminer s'ils appartiennent à un groupe à haut risque, et 33% a de la difficulté à trouver l'information sur les risques. Il est difficile pour 52% d'évaluer s'ils ont pu être infectés. Les personnes qui avaient un niveau de littératie faible se sentaient moins souvent bien informés et plus souvent confus par la somme d'informations sur le virus.

Un constat similaire est apparu concernant l'hésitation vaccinale :

« Le contexte de la pandémie de covid-19 est marqué par certaines spécificités qui viennent renforcer l'hésitation vaccinale : les vaccins ont été développés très rapidement, de nombreuses informations erronées ont été propagées sur les médias sociaux, des critiques ont émergé autour des enjeux politiques et financiers liés à la vaccination, la survenue de nouvelles variantes du virus et l'incertitude quant à la durée de l'immunité acquise avec le vaccin ont accru les doutes et sentiments négatifs (Finney Rutten 2020 ; APA, 2020 ; Su 2020) (10). »

1.2 Exacerbation des inégalités

Le faible niveau de littératie s'ajoute à une liste déjà longue de facteurs qui rendent certaines populations plus vulnérables à la contamination, parmi lesquels on retrouve : le type d'emploi, l'obligation d'utiliser les transports en commun, le manque d'accès aux soins de santé et l'impossibilité de s'isoler (11).

Les inégalités sociales sont énormes en temps de COVID (12, 13).

Acheter des masques, même dans des pays comme la Suisse, a été un enjeu pour les familles à faible revenu qui ont dû se priver d'autres biens essentiels (14).

En Belgique, la revue Lire et Écrire a inventorié une série de difficultés supplémentaires pour les personnes de faible littératie qui selon elle accroissent les inégalités sociales. En plus de l'accès à l'information, on mentionne l'accès aux outils numériques, la santé et l'accès aux soins de santé, l'accès aux services publics, le travail et les conditions de travail, l'isolement social, l'école et le rôle des femmes au sein du ménage. Plusieurs de ces difficultés sont en lien avec le recours à la numérisation (15).

La crise de la COVID vient ainsi accentuer les inégalités et les vulnérabilités préexistantes. Une étude québécoise sur les communautés culturelles suggère par exemple que les principaux facteurs qui vulnérabilisent certains groupes au sein des communautés culturelles incluent le fait d'être en situation de précarité financière; d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID; d'avoir un statut migratoire précaire ou d'être une personne sans statut; de ne pas avoir d'assurance médicale; d'être allophone; d'avoir un faible niveau de littératie; et/ou d'être l'objet de racisme (16).

Une inégalité particulièrement observée est la fracture numérique. Effectivement, la COVID-19 a provoqué des changements énormes, immédiats et sans-précédents dans l'usage des technologies des médias (17). Par exemple, le virus a constitué le plus fort thème de recherche dans l'histoire des recherches Google (2). En même temps, accéder à de l'information en santé valide et fiable sur Internet est parmi les plus grands défis pour les utilisateurs, et ce particulièrement en temps de COVID-19 (18).

On constate donc à quel point la littéracie numérique est déterminante dans un contexte de pandémie. Comme dans la littératie et la numératie traditionnelle, la littératie numérique comporte plusieurs aspects de recherche, de compréhension et d'utilisation de l'informatique et des médias numériques (19). Autrement dit, la littératie numérique inclut le niveau de capacité, de connaissances, de motivation et de compétences pour accéder, utiliser, traiter et comprendre l'information nécessaire pour obtenir des bénéfices de l'utilisation des technologies numériques :

« the degree to which individuals have the capacity, knowledge, motivation, and competence to access, process, engage and understand the information needed to obtain benefits from the use of digital technologies » (20).

Au-delà de la littératie numérique, l'accès au matériel informatique et à Internet est déjà inégal. Selon le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (CEFRIO), 7% de la population québécoise n'a pas Internet à la maison (21).

Les inégalités numériques (ou la fracture numérique) incluent donc autant l'accès aux technologies que les enjeux de littératie numérique. Un ensemble de facteurs y est associé, comme le statut socio-économique, l'âge, le niveau d'éducation, le statut d'immigrant, le réseau social et la littératie en santé. Les inégalités numériques ont un impact sur la capacité qu'un individu possède pour préserver sa santé et son bien-être. En effet, l'accès limité aux technologies numériques signifie un accès limité aux services, ressources et informations (de l'État, par exemple). Aussi, les personnes ayant un faible niveau de littératie sont plus vulnérables à la COVID-19 (contamination et propagation) puisqu'elles ont plus de mal à accéder à l'information, à la comprendre et à appliquer les mesures préventives (20).

Les inégalités numériques ont grimpé avec l'augmentation de l'utilisation des technologies observée pendant la crise de COVID-19. Elles ont fait que les personnes plus désavantagées sont plus à risque, autant au virus lui-même qu'aux autres conséquences (socio-économiques) de la crise. Aussi, dans le contexte de la COVID-19, la complexité est encore plus grande qu'à l'habitude : chaque décision à prendre implique une notion abstraite qui a un impact direct sur la vie courante, étant donné que chaque personne doit penser en termes de risque et de probabilités liées à des comportements et habitudes de tous les jours. De surcroît, les consignes de distanciation ont augmenté l'impact négatif des inégalités numériques notamment à travers l'offre de services thérapeutiques en ligne seulement (20).

La vie sociale est aussi moins facile sans accès aux services de communication virtuelle. Combinés, les inégalités de littératie en santé et la littératie numérique convergent vers le concept de littératie numérique en santé (« eHealth Literacy »), qui décrit la capacité à rechercher, comprendre et évaluer les informations de santé utilisées par le biais de sources numériques. Il décrit aussi la capacité à appliquer ces nouvelles connaissances pour comprendre ou résoudre des problèmes de santé :

« people's literacy, knowledge, motivation, and competence to access, understand, and appraised health information from electronics sources and to apply it to make decisions in everyday life to address healthcare, disease prevention, and health promotion to maintain or improve quality of life » (20).

1.3 Communautés culturelles

Certaines recherches se sont concentrées sur les obstacles vécus par les membres de communautés culturelles. C'est le cas notamment d'une enquête menée par l'Institut universitaire de recherche québécois SHERPA sur les impacts de la COVID-19 sur les communautés culturelles montréalaises (16). L'enquête a été menée auprès d'une cinquantaine de représentants d'associations ethnoculturelles et de groupes communautaires ainsi que d'autres intervenante-e-s.

Mentionnons d'entrée de jeu que « la vulnérabilité face à la pandémie au sein de ces communautés est liée à l'intersection de multiples facteurs économiques et sociaux, incluant le fait d'être défavorisé sur le plan socioéconomique, d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la

COVID-19, d'être allophone, d'avoir un faible niveau de littératie, d'avoir un statut migratoire précaire, d'être arrivé récemment, et/ou d'être l'objet de racisme » (16).

Les sources d'information consultées par les membres de communautés culturelles varient selon plusieurs facteurs, notamment la connaissance du français ou de l'anglais, la durée d'établissement au Québec, le niveau d'instruction, la littératie numérique, l'accès à un ordinateur, internet ou télévision et la présence de médias locaux dans la langue d'origine (16). Par ailleurs, plusieurs répondants ont souligné que « les documents produits par les gouvernements (même traduits) étaient souvent difficiles à comprendre pour les personnes moins scolarisées (trop de texte, niveau de langue trop complexe) » (16). De faibles niveaux de littératie sont particulièrement fréquents chez certaines personnes sans statut et/ou en situation de travail temporaire.

Les fausses informations ne semblent pas circuler plus ou moins chez les membres de communautés culturelles que dans le reste de la population. En revanche, on observe que les personnes qui ont de la difficulté à comprendre les informations sanitaires du gouvernement (pour des raisons de langue ou de littératie), ainsi que celles qui n'ont pas de lien de confiance avec les institutions publiques, peuvent être plus vulnérables à de fausses informations.

« Ceci met en relief l'importance de renforcer des liens de confiance entre les autorités sanitaires publiques et les membres plus marginalisés des communautés culturelles, et d'assurer la diffusion d'informations adaptées à leurs besoins, soit directement ou par l'entremise des groupes avec lesquels ils entretiennent déjà un lien de confiance. » (16)

Enfin, on mentionne que la grande majorité des membres de communautés culturelles manifestait une volonté de suivre les consignes sanitaires :

« Toutefois, certains facteurs objectifs peuvent faire obstacle au respect des consignes. Le fait de ne parler ni français, ni anglais, le faible niveau de littératie, le manque de littératie numérique (surtout chez les aînés) et l'absence d'accès à une connexion internet ont été des obstacles pour plusieurs. » (16)

Cette recherche fait écho à un article publié dans Le Devoir où le coordonnateur de la Table de concertation des aînés de Parc-Extension déplore que les organismes communautaires de première ligne ne soient pas consultés.

« L'intention est là, mais la façon de faire est mal définie », a-t-il constaté. Par exemple, les efforts de la Santé publique ne tiennent pas compte du fait qu'un certain nombre d'allophones sont également analphabètes. L'intervenant rappelle que plusieurs ne lisent pas dans leur propre langue. L'auteur de l'article ajoute que selon le recensement, près de 45 000 montréalais-e-s ne parlent ni français ni anglais ». (22)

Dans un article intitulé « Culture Matters in Communicating the Global Response to COVID-19 » (23), les auteurs observent que les outils de communications sur la COVID-19 proposés par l'OMS ne font pas appel à l'engagement de la communauté. Autrement dit, ils ne proposent pas la création d'espaces pour entendre les problèmes vécus et les solutions proposées par les membres d'une communauté. Cette approche permettrait pourtant d'identifier des façons de faire basées sur des valeurs importantes pour la communauté. Il y a un taux de mortalité disproportionnels au sein des population ethniques dans les communautés qui avaient déjà un historique d'iniquités en santé.

« Thus, community-engaged communication is crucial for acknowledging the voices of those in the community with culturally relevant solutions that are more likely to be sustained beyond the pandemic. » (23)

1.4 Impacts de la faible littératie en temps de pandémie

Les impacts de la faible littératie en santé étaient encore peu documentés en avril 2021 mais semblent bien réels, comme le démontrent les résultats de deux études menées au Vietnam (24, 25). On apprend notamment que les gens qui avaient la COVID-19 avaient globalement un plus faible niveau de littératie que ceux qui ne l'avaient pas. De plus, dans le groupe de personnes atteintes de la COVID-19, ceux qui démontraient un plus haut niveau de littératie s'alimentaient mieux et faisaient plus d'activités physiques que les autres. Surtout, ils étaient moins sujets à la dépression et avaient une meilleure qualité de vie. Les recherches concluent en affirmant que la littératie en santé peut aider non seulement à la promotion de la santé, à la prévention et au contrôle de la pandémie, mais aussi à

préservé la santé mentale ainsi que la qualité de vie (en santé – « health related ») pendant une pandémie (24, 25).

Dans une recherche menée dans cinq pays (26), on conclut d'une part, que de fortes habiletés en numératie et une confiance plus élevée envers les scientifiques sont associés à une plus faible perméabilité à la désinformation. D'autre part, cette perméabilité à la désinformation affecte négativement l'adhésion aux consignes de santé publique, ainsi que la volonté d'être vacciné (26).

Cela dit, une recherche états-unienne souligne que le groupe de personnes qui contient le plus grand nombre de personnes hésitantes face à la vaccination est celui des diplômé·e·s au doctorat. Le groupe de diplômé·e·s de l'école secondaire et des non-diplômé·e·s vient en deuxième (27).

2. Solutions

Il semble donc que tous les efforts de la Santé publique sont insuffisants s'ils ne sont pas accompagnés d'efforts de simplification des communications. Le rôle des experts et de la Santé publique sont ainsi déterminants, non seulement en termes de recherche, de consignes et d'informations, mais aussi en termes de communications.

En effet, pour que la population puisse agir de façon saine et responsable, elle a besoin d'informations fiables sur le virus. Cela est aussi important que les politiques gouvernementales qui visent à réduire la pression sur le système de santé (4).

Les organisations de santé publique et les autorités en santé jouent un rôle critique dans la conception et la transmission d'informations en santé de qualité (28).

Plusieurs solutions sont proposées.

2.1 Simplifier

Les solutions pour faciliter la recherche et la compréhension des informations en temps de COVID-19 font écho à celles que nous connaissons déjà. En effet, les concepteurs d'informations doivent

s'assurer que les informations sont basées sur les principes de littératie en santé comme être facilement accessibles, faciles à comprendre, faciles à utiliser, appropriées culturellement et adaptées aux diverses populations (29).

En plus d'être offerte en langage clair, l'information doit aussi être offerte en plusieurs langues et disponible dans une variété de contextes. Des consignes préventives universelles doivent aussi être privilégiées, car même des personnes scolarisées ont ressenti de la confusion et ont pu penser que certaines consignes ne leur étaient pas destinées. De plus, ce ne sont pas uniquement les consignes de santé publique qui doivent être accessibles, mais aussi les informations sur d'autres éléments vitaux comme la nourriture, les soins à l'enfance, la sécurité au travail et les mesures de soutien aux sans-emploi, qui changent aussi souvent et rapidement (2).

La majorité des chercheurs insistent plutôt sur la notion d'adaptation des communications aux besoins des populations. Pour cela, il faudrait initier des campagnes d'informations ciblées et conçues pour des populations et à partir d'elles. Cela permettrait par exemple d'identifier les sujets de désinformation et de procurer une information fiable qui permettrait de prendre des décisions de façon éclairée (4).

La numératie, soit la littératie des nombres, est aussi importante. Plusieurs informations sont basées sur des statistiques et prédictions qui peuvent être complexes à décoder. Une traduction par les experts de ces nombres et données en informations significatives peut soutenir la littératie en santé et la numératie. Il peut s'agir par exemple de fragmenter les données et d'en faire des comparaisons avec des éléments familiers, ou de les rendre plus concrètes en les personnifiant ou en les localisant. Les graphiques et autres outils visuels peuvent faciliter la compréhension des données. Il peut même être utile de raconter une histoire à partir des données. Un exemple probant serait le graphique qui illustre comment une personne infectant 2.5 personnes (qui à leur tour infectaient 2.5 personnes chacune) pouvait avoir des impacts énormes et rapides (2).

2.2 Combattre l'infodémie

L'infodémie devrait aussi être reconnue comme un « méta-risque » en soi, qui interfère et nuit à la santé des gens, ce qui a des impacts non seulement sur les personnes mais sur la société entière.

L'infodémie peut causer la panique chez la population de faible niveau de littératie et diminuer l'efficacité des informations diffusées par la santé publique (les gens n'ont pas les compétences pour discriminer les informations fiables des autres). Cela peut aller jusqu'à menacer la cohésion sociale. Les auteurs mentionnent cette étude vietnamienne qui a démontré que de plus hauts niveaux de littératie étaient liés à moins de peur et que la peur était liée à plus de mauvaises habitudes de vie comme l'augmentation du tabagisme et de la consommation d'alcool (30). Les auteurs citent aussi Eysenbach qui affirmaient que « an epidemic of fear may exhibit similar characteristics as a true epidemic » et concluent que de l'investissement et des efforts de littératie en santé (au niveau des populations et au niveau des systèmes) est absolument essentielle en regard de la réaction de la population envers des enjeux de santé publique comme celui que nous vivons (4).

Les médias sociaux, qui sont d'importants acteurs de l'infodémie, doivent quant à eux être sommés d'agir de façon responsable, de soutenir la diffusion d'informations en santé fiables, et de réduire la propagation de fausses informations sur leurs plateformes. Le gouvernement doit contribuer à cela par des politiques qui rendent les réseaux sociaux responsables de vérifier et d'identifier les fausses-informations (4).

Une étude réalisée aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada (31) s'est attardée aux liens entre les habiletés cognitives (« cognitive sophistication »), la polarisation politique, la partisanerie politique et les perceptions sur la COVID-19. Une des conclusions générales est que les habiletés cognitives et la capacité de raisonnement (qui incluent des aspects de littératie) permettent d'identifier de mauvaises informations sur la COVID-19 et l'intention de se faire vacciner, mais pas nécessairement pour identifier les autres comportements les plus efficaces ou pour adopter d'autres comportements souhaités. La littératie semble être un plus fort prédicateur de résistance aux mauvaises perceptions que l'idéologie politique. Les auteurs déduisent que d'améliorer la littératie scientifique et la capacité de raisonnement est une voie importante pour la vaccination, même face au problème de polarisation politique. Cela dit, si enseigner à la population les bases de la science mène à plus d'adhésion aux mesures et comportement souhaités, cela est amoindri par une forte polarisation politique (telle que celle qu'on a vue aux États-Unis) (31).

D'autre part, le manque de confiance envers les médias libéraux et la confiance envers les médias conservateurs étaient fortement associés (avec une corrélation parfois plus forte) aux croyances sur la

COVID-19 et intentions de comportements que la partisanerie politique. Cela démontre toute l'importance des élites politiques ainsi que des médias dans le développement de l'opinion publique. Les auteurs disent aussi confirmer une autre étude disant que des idées conspirationnistes ne sont pas directement liées au respect ou non des mesures. Donc, étant donné le degré de complexité et le niveau d'incertitudes liées aux risques, dangers et à l'issue de la pandémie, les chercheurs suggèrent que les communicateurs scientifiques se concentrent à communiquer des messages clairs et constants sur les comportements à adopter plutôt que de fournir de l'information sur les niveaux de risque, la transmission et d'autres facteurs complexes. Les auteurs ajoutent que d'axer les consignes comportementales (comme la distanciation) sur les bénéfices qu'elles peuvent avoir sur les autres semble être plus efficaces que ceux axées sur sa propre protection (31).

Dans un autre texte, on avance que de récentes études ont montré que pendant une pandémie, les gouvernements doivent tenir compte du fait que les travailleurs de la santé et les services de santé municipaux sont parmi les sources d'informations envers lesquels la population a le plus confiance. Les médias, quant à eux, se trouvent au niveau de confiance le plus bas (32).

Bref, tous les services de santé, des tests de dépistage à l'acquisition de respirateurs, ne peuvent pas résoudre ou même freiner un problème tel qu'une pandémie si les efforts ne sont pas aussi faits par les professionnels de la santé, les politiciens, les chercheurs et surtout la population qui, guidée par des sources fiables et pouvant comprendre le problème, peut ainsi remplir son rôle social (33).

2.3 Combattre la fracture numérique

Beaunoyer et coll. (20) proposent plusieurs solutions pour contrer la fracture numérique. Celles-ci sont partagées en deux catégories soit les stratégies ciblant les individus utilisateurs et celles concernant les messages diffusés virtuellement. Parmi les stratégies ciblant l'utilisation des technologies par les individus, on propose notamment d'augmenter l'accès au matériel informatique et à la connexion Internet, d'abord en identifiant les zones et populations plus vulnérables (les « déserts numériques ») (20).

Mais attardons-nous un peu plus sur les stratégies qui concernent les messages et leur diffusion. D'abord, il faut améliorer la diffusion des messages, et pour cela, les répéter en utilisant une variété de

média et de canaux de confiance. Parallèlement, des stratégies non-virtuelles devraient être utilisées pour rejoindre les personnes qui ne sont pas branchées, comme des feuillets et des appels téléphoniques. Les auteurs appuient leurs propositions par trois recherches qui concluent que des informations répétées propagent une information plus efficacement, et que les messages qui visent mettre de l'avant une narration ou une conversation devraient retenir davantage l'attention du public (20).

Un plus grand contrôle sur la qualité des messages serait aussi fondamental pour contrer l'impact désastreux des fausses nouvelles. Au-delà des moyens légaux qui permettraient d'éviter la propagation de fausses informations, une des stratégies les plus efficaces seraient d'augmenter la visibilité des sources fiables. Des démarches pourraient être faites avec les géants du web pour s'assurer que les informations de sources sûres comme la Santé publique apparaissent systématiquement en premier dans les moteurs de recherche. Aussi, les sites web officiels pourraient être plus visibles et plus faciles à utiliser et à comprendre. Cela sans négliger de mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation à la cybercriminalité (20).

Améliorer la compréhensibilité des messages devrait aussi faire l'objet d'efforts majeurs. Plus précisément, il s'agit de simplifier les messages, d'augmenter leur lisibilité et leur facilité d'utilisation (« actionability »). Le focus devrait être mis sur l'essentiel, et les informations non-essentiels utilisées avec parcimonie. Des tableaux, graphiques et illustrations peuvent aussi aider. Enfin, pour s'assurer de l'acceptabilité des informations et consignes, il faut tenir compte du contexte socio-culturel et des besoins des individus. Il faut certainement éviter les tons paternalistes ou autoritaires. Il faut informer des alternatives qui sont offertes aux services fermés (20).

2.4 Concernant particulièrement les communautés culturelles

L'équipe du SHERPA a formulé une série de solutions dont certaines s'attardent aux communications. D'abord, elle insiste sur l'importance de favoriser la concertation et la consultation communautaire. Cela permettrait non seulement de tenir compte de la diversité de la population, mais aussi de favoriser l'engagement des communautés. On mentionne d'abord les organisations communautaires. Les tables de concertation, par exemple, pourraient contribuer à préciser les besoins, les orientations et les ajustements des mesures. Mais d'autres types d'organisations sont aussi très

importantes pour assurer une représentation plus large et diversifiée de différentes communautés. Pensons par exemple aux associations ethnoculturelles, aux groupes religieux et aux groupes d'entraide informels (16).

Sherpa suggère ensuite d'établir un plan de diffusion multilingue des informations, par exemple sur les plateformes web gouvernementales. Les consignes de santé et sécurité au travail liées à la COVID, ainsi que les recours des travailleurs en cas de non-respect des consignes, est une préoccupation précisée. Selon le contexte, cela peut nécessiter le recours à des services d'interprètes, par exemple pour des lignes d'informations comme Info-Santé ou Info-COVID, des cliniques de dépistage ou dans le réseau de la santé. Les communications devraient inclure des « outils d'information faciles à comprendre pour des personnes avec un faible niveau de littératie, notamment en améliorant l'infographie avec plus d'images et un texte allégé, et en produisant de courtes capsules vidéo » (16). Pour créer ce contenu adapté sur les plans culturel et linguistique, on suggère de faire appel à des professionnels de la santé provenant des principales communautés culturelles connues et respectées.

Une autre solution consiste en miser sur les médias qui sont privilégiés par les communautés culturelles, comme les postes de radio et les journaux des communautés, des sites web et pages Facebook d'associations culturelles et de groupes communautaires, des applications pour téléphones cellulaires (comme WhatsApp) pour rejoindre les personnes qui n'ont pas accès à Internet, et des affiches dans les transports en commun. Enfin, on suggère de créer une page web avec une liste centralisée de toutes les ressources essentielles liées à la pandémie comme le dépannage alimentaire ou les mesures de soutien financier (16).

Pour Rose Ngo Ndjel et Nelson Ojeda, interviewés par Le Devoir (22), « il faut un accompagnement personnalisé pour les gens qui ne comprennent pas bien le système de santé québécois ou qui ne parlent pas la langue » (22). Et il serait plus efficace que cela soit fait sur le terrain, par des personnes issues des communautés ciblées.

Par ailleurs, selon l'INSPQ, « face à la COVID-19, les représentants des communautés et des organisations autochtones ont rapidement pris des mesures et utilisé leurs connaissances pour protéger leurs populations, en particulier les aînés et les personnes aux prises avec des maladies chroniques » (34). Les stratégies mises de l'avant s'appuient sur des facteurs de résilience

communautaire reconnus : une communication fréquente et adaptée, un leadership local fort, la protection et l'accès au territoire, une réponse adaptée aux besoins de la communauté et le maintien de liens familiaux et sociaux (34).

Miser sur la résilience communautaire paraît être une avenue prometteuse pour protéger la santé et le bien-être des Autochtones au Québec comme ailleurs dans le monde. La résilience communautaire sera favorisée par des actions qui :

- Considèrent la santé des populations autochtones dans une perspective holistique de la santé.
- Informent les Autochtones du bilan COVID-19 de leur population pour mieux les outiller à promouvoir les mesures sanitaires et à prévenir les infections et les éclosions dans les communautés ou auprès des personnes qui les fréquentent.
- Soutiennent un processus de sécurisation culturelle des soins et des services pour favoriser un meilleur accès aux Autochtones ayant des besoins de santé ou de services sociaux.
- Documentent/évaluent la résilience communautaire de façon globale, c'est-à-dire en considérant l'interaction entre les différents facteurs de résilience (34)

Un groupe de chercheurs états-uniens proposent d'appliquer le modèle PEN-3 aux communications sur la COVID-19. Il s'agit par exemple d'offrir un espace d'expression pour les membres d'une communauté, et de comprendre les logiques derrière les comportements et prises de décisions. Cela, joint à un effort de (re)connaître les aspects positifs d'une communauté et sa résilience collective, permet de créer des messages mieux adaptés aux communautés. Il ne faut pas seulement s'attarder à ce qu'une communauté (plus vulnérable) fait de mal, mais d'abord ce qu'elle fait correctement. Reconnaître que la science est influencée par un contexte culturel et politique peut aussi favoriser des communications plus efficaces (23).

2.5 Littérature critique en santé (LCS)

S'il faut des mesures pour augmenter la disponibilité et l'accessibilité des informations il faut aussi trouver un moyen d'augmenter la confiance du public dans ces informations. Une approche pour habiliter la population à juger si elle peut se fier ou non à une information est de promouvoir la

littératie critique en santé (« critical health literacy »). Celle-ci peut aider les gens à identifier les sources d'information fiables et à identifier les informations trompeuses (35).

On entend par littératie en santé critique les compétences sociales et cognitives les plus avancées pouvant être appliquées à l'analyse critique d'informations sur la santé provenant de différentes sources ainsi qu'à l'utilisation de ces informations pour exercer un plus grand contrôle à la fois sur des décisions de santé personnelle et sur des éléments qui influencent plus largement ces décisions. Dans ce domaine, l'éducation pour la santé peut non seulement porter sur la communication d'informations sur des risques personnels pour la santé, mais aussi sur des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. De cette façon, la littératie en santé critique est souvent conceptualisée comme une forme de citoyenneté sanitaire qui donne aux personnes les moyens et les capacités de s'associer à des processus sociaux et politiques pour modifier des déterminants de la santé (16). Par conséquent, ce type de littératie en santé est de toute évidence davantage lié à des bénéfices pour la population, en même temps qu'il profite à l'individu (36).

La clé serait d'aborder la crise comme un processus d'apprentissage individuel et sociétal. Il s'agit de fournir à la population les outils pour comprendre et accepter la complexité et la non-prédicabilité d'un nouvel enjeu de santé comme une pandémie (et de sa gestion). Les experts en santé publique de toutes les disciplines peuvent contribuer à cela. La littératie critique en santé (l'habileté des individus à réfléchir aux enjeux complexes et à évaluer l'information disponible) pourrait ainsi être une pièce du casse-tête sur la façon de promouvoir, encourager et augmenter les comportements qui sont adéquats durant une crise comme celle-ci (35).

La littératie critique en santé concerne non seulement la sélection et l'utilisation des informations disponibles, mais surtout la capacité des individus à réfléchir aux conditions et aux conséquences de leurs actions dans le cadre d'une urgence de santé publique qui affecte la société dans son ensemble (et pas seulement eux et leur famille). La littératie critique en santé contient quatre composantes principales : elle permet une évaluation critique de l'information ; elle contribue à une conscience des enjeux ; elle facilite la participation dans la communication ; et elle encourage l'implication dans les décisions ; tout cela en lien avec la santé. Mais contrairement à d'autres contextes, la LCS-P (P pour pandémie) doit en plus tenir compte des enjeux de complexité et d'incertitude d'une pandémie (35).

D'abord, il faut tenir compte du fait que les décisions qui sont prises et les actions qui sont posées par les individus sont basées sur leur position sociale, sur leurs connaissances, leurs conditions de travail et sur les ressources qui leur sont disponibles. La LCS-P devrait même être considérée comme faisant partie de la reproduction sociale des inégalités en santé en temps de pandémie. La LCS-P devrait inclure une amélioration de la conscience par la population des pièges de l'information (le matraquage des réseaux sociaux et les différentes formes de propagande), des compétences pour accéder aux informations fiables de façon critique, une compréhension des conséquences individuelles et collectives des comportements et l'habileté à répondre aux consignes de santé publique tout en acceptant les incertitudes des connaissances scientifiques en construction.

Les experts en santé publique devraient viser une approche qui à la fois favorise l'acquisition de ces compétences et les mette à contribution. Pour permettre aux individus d'agir en citoyens actifs, les experts doivent acquérir une perspective à la fois individuelle et collective. Ils doivent aussi tenir compte du fait que les opportunités d'acquérir et d'appliquer la LCS-P est distribuée de façon inégale dans les classes sociales. L'approche est basée sur la population : elle s'adresse aux individus comme à des citoyens évoluant dans des conditions de vie spécifiques. Il ne s'agit pas de classer les gens avec des niveaux de littératie en santé « suffisants » ou « insuffisants ». Il s'agit plutôt d'une ressource « warranted » en temps de pandémie mais inégalement distribuée, selon les inégalités sociales bien établies. Il faudrait même se demander si elle ne contribue pas à la reproduction sociale des inégalités en santé en temps de pandémie. Tenant compte de tout ça, la LCS-P :

- comprend les compétences nécessaires pour comprendre et répondre de façon efficace à l'urgence d'agir à tous les niveaux, la complexité inhérente aux causes et conséquences, et les changements dans le développement de la science au fil du temps ;
- soutient les individus dans le développement de leur habileté à accéder de façon critique aux informations et à réfléchir aux conditions nécessaires pour mettre en œuvre les actions appropriées
- « strengthens individual and collective agency » renforce la capacité des individus de choisir et agir dans les communautés et contribue à une réaction sociale plus globale à une pandémie (37).

Références

1. Paakari, L. et Okan, O. COVID-19 : health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*, Vol. 5 (5) 2020. DOI : 10.1016/S2468-2667(20)30086-4
2. Sentell, T., Vamos, S. et Okan, O. Interdisciplinary perspectives on health literacy research around the World : more important than ever in a time of COVID-19. *International journal of Environmental research and Public health*, 17, 3010, 2020. DOI : 10.3390/ijerph17093010
3. Weiss, B.D. et Paasche-Orlow, M.K. Disparities in adherence to COVID-19 public health recommendations. *Health literacy research and practice*, Vol.4 (3), 2020. DOI : 10.3928/24748307-20200723-01
4. Okan, O., Bollweg, T.M., Berens, E-M., Hurrelmann., Bauer, U. et Schaeffer, D. Coronavirus-related health literacy : a cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International journal of Environmental research and Public health*, 17, 5503, 2020. DOI : 10.3390/ijerph17155503
5. Azlan, A.A., Hamzah, M.R., Sern, T.J., Ayub, S.H. et Mohamadi, E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 : a cross-sectional study in Malaysia. *MedRxiv*, 2020. DOI : <https://doi.org/10.1101/2020.04.29.20085563>
6. Cultures et santé. La littératie en santé des populations à l'épreuve de la Covid-19 : le défi de l'évaluation de l'information. *Éducation santé*, 2020. <https://educationsante.be/la-litteratie-en-sante-des-populations-a-lepreuve-de-la-covid-19-le-defi-de-levaluation-de-linformation/>
7. Zarocosta, J. How to fight an infodemic. *The Lancet*, Vol. 395 (2), 2020. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)
8. Garneau, K. et Zossou, C. Misinformation during the COVID-19 pandemic. *Statistics Canada, February*, 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00003-eng.htm>
9. Mishra, V. et Dexter J. P. Comparison of readability of official public health information about COVID-19 on websites of international agencies and the governments of 15 countries. *JAMA Network Open*, 3 (8), 2020. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2020.18033
10. Lambert, H. et Malengreaux, S. L'hésitation vaccinale : menace ou opportunité ? *Éducation santé, mai*, 2021. <https://educationsante.be/lhesitation-vaccinale-menace-ou-opportunite/>
11. Bezera, A.C.V., Silva, C.E.M.D., Soares, F.R.G. et Silva, J.A.M.D. Factors associated with people's behavior in social isolation during the COVID-19 pandemic. *Ciência Saúde Coletiva*, 2020;25. DOI : <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
12. Takian A., Kiani M. M., Khanjankhani K. COVID-19 and the need to prioritize health equity and social determinants of health. *International Journal of Public Health*, 65, 521–523, 2020. DOI : [https://doi.org/10.1007/s00038-020-01398-z\(0123456789\(\),.-volV\)\(0123456789](https://doi.org/10.1007/s00038-020-01398-z(0123456789(),.-volV)(0123456789)

13. Berkowitz S. A., Cené C. W., Chatterjee A. Covid-19 and health equity - time to think big. *New England Journal of Medicine*, 383, e76, 2020. DOI : 10.1056/NEJMp2021209
14. SKOS. Finanzierung von Masken für sozialhilfebeziehende Personen. *Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe*, 2020. <https://skos.ch/aktuell/artikel/finanzierung-von-masken-fuer-sozialhilfebeziehende-personen/>
15. Lire et écrire. Covid-19. Vers une meilleure prise en compte de la situation des personnes en difficulté avec l'écrit. *Lire et écrire*, 2020. <https://lire-et-ecrire.be/Covid-19-Vers-une-meilleure-prise-en-compte-de-la-situation-des-personnes-en>
16. Cleveland, J., Hantley, J., Jaimes, A. et Wolofsky, T. Impacts de la crise de la Covid-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises : Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables. *Institut universitaire SHERPA*, 2020. <https://sherpa-recherche.com/publication/impacts-de-la-crise-de-la-covid-19-sur-les-communautes-culturelles-montrealaises-enquete-sur-les-facteurs-socioculturels-et-structurels-affectant-les-groupes-vulnerables/>
17. Guitton, M.J. Cyberpsychology research and COVID-19. *Computers in Human Behavior*. 2020:106357. DOI : 10.1016/j.chb.2020.106357.
18. Cuan-Baltazar, J.Y., Muñoz-Perez, M.J., Robledo-Vega, C., Pérez-Zepeda, M.F. et Soto-Vega, E. Misinformation of COVID-19 on the Internet : Infodemiology Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020, 6, e18444. DOI : 10.2196/18444
19. Zelezny-Green, Ronda., Vosloo, S. et Conole G. Digital inclusion for low-skilled and low-literate people : A landscape review. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), 2018. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000261791>
20. Beaunoyer, E., Dupéré, S. et Guitton, M.J. COVID-19 and digital inequalities : Reciprocal impacts and mitigation strategies. Elsevier Ltd, Vol 111 (106424), 2020. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106424>
21. Le Soleil. 93% des adultes québécois possèdent une connexion Internet à la maison. *La presse canadienne*, 2019. <https://www.lesoleil.com/2019/07/31/93-des-adultes-quebecois-possedent-une-connexion-internet-a-la-maison-2a1b83f5cd7e69712fd885c968b55045>
22. Crête, M. Les allophones dans l'angle mort de la campagne de vaccination. *Le Devoir*, 9 mars 2021. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/596577/vaccination-allophones-dans-l-angle-mort>
23. Airhihenbuwa, C.O. et coll. Culture matters in communicating the global response to COVID-19. *Preventing Chronic Disease : Public health research, practice, and policy*, Vol. 17 (E60), 200245, 2020. DOI : <http://dx.doi.org/10.5888/pcd17.200245>
24. Nguyen, H.C., Nguyen, M.H., Do, B.N., Tran, C.Q., Nguyen ,T.T.P., Pham, K.M., et coll. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related

- quality of life: the potential benefit of health literacy. *J Clin Med.* 2020;9(4):965. DOI : 10.3390/jcm9040965
25. Do, B.N., et coll. Déterminants of health literacy and it's associations with health-related behaviors, depression among the older people with and without suspected COVID-19 symptoms : A multi-institutional study. *Frontiers in Public health*, 2020. DOI : <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.581746>
 26. Roozenbeek, J., Schneider, C.R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A.L.J., Recchia, G., Bles, A.M.V.D., et Linden, S.V.D. Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal society open science*, Vol. 7 (201199), 2020. DOI : <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.201199>
 27. The Post. The most vaccine-hesitant group of all ? *The Post*, 11 août 2021. https://unherd.com/the-post/the-most-vaccine-hesitant-education-group-of-all-phds/?fbclid=IwAR2hraKicagijjgVctbNGzUQL_izUrclL034VufrMULPojlj-ksip7Q4UM
 28. Hernández-García, I., et Giménez-Júlvez, T. Assessment of Health Information About COVID-19 Prevention on the Internet: Infodemiological Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020, 6, e18717. DOI : 10.2196/18717
 29. Okan, O., Sørensen, K., et Messer, M. COVID-19: A guide to good practice on keeping people well informed. *Conversation* 2020, 19, 2020. <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046>
 30. Nguyen, H. T. et coll. Fear of COVID-19 scale-Associations of it's scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *International Journal of environmental research and public health*, Vol. 17 (4164), 2020. DOI : 10.3390/ijerph17114164
 31. Pennycook, G., McPhetres, J., Bago, B. et Rand, D.G. Beliefs about COVID-19 in Canada, the U.K., and the U.S.A. : A novel test of political polarization and motivated reasoning. *Personality and social psychology bulletin*, In press, 2021. DOI : 10.31234/osf.io/zhjpk
 32. Khosravi, M. Perceived risk of COVID-19 pandemic : The role of public worry and trust. *Electronic journal of general medicine*, 17 (4), em203, 2020. DOI : <https://doi.org/10.29333/ejgm/7856>
 33. Pan, A., Liu, L., Wang, C., Guo, H., Hao, X., Wang, Q. et al. Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(19):1-9. DOI : 10.1001/jama.2020.6130
 34. Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Covid-19 : la résilience des autochtones, un levier à soutenir. Gouvernement du Québec, 2020. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3075-resilience-autochtones-covid19.pdf>
 35. Abel, T. et McQueen, D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 1;35(6) : pp. 1612-1613, 2020. DOI : 10.1093/heapro/daaa040

36. Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES). Une perspective pratique pour un monde compétent en matière de santé : Document de position de l'UIPES sur la littératie en santé. *UIPES*, 2018. https://www.iuhpe.org/images/IUHPE/Advocacy/UIPES_litteratie_en_sante.pdf
37. Abel, T. et McQueen, D. Critical health literacy in pandemics : The special case of COVID-19. *Health Promotion International*, Vol. 36 (5) : pp. 1473-1481, 2021. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa141>