

Le scepticisme du personnel infirmier envers les maladies infectieuses émergentes :
héritage de la grippe pandémique A/H1N1

Thèse présentée à la Faculté des Sciences Economiques
Institut de Psychologie du Travail et des Organisations (IPTO)
Université de Neuchâtel

pour l'obtention du grade de docteur en psychologie
par

Mathieu MARIDOR

Acceptée par le jury de thèse :

Prof Adrian Bangerter, Université de Neuchâtel, directeur de thèse
Prof Franziska Tschan, Université de Neuchâtel, rapporteuse interne
Prof Alain Clémence, Université de Lausanne, rapporteur externe
Prof Eva Green, Université de Lausanne, rapporteuse externe

Soutenue le 22 novembre 2016

IMPRIMATUR POUR LA THÈSE

Le scepticisme du personnel infirmier envers les maladies infectieuses
émergentes : héritage de la grippe pandémique A/H1N1

Mathieu MARIDOR

UNIVERSITÉ DE NEUCHÂTEL
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES

La Faculté des sciences économiques,
sur le rapport des membres du jury

Prof. Adrian Bangerter (directeur de thèse, Université de Neuchâtel)
Prof. Franziska Tschan Semmer (présidente du jury, Université de Neuchâtel)
Prof. Alain Clémence (Université de Lausanne)
Prof. Eva Green (Université de Lausanne)

Autorise l'impression de la présente thèse.

Neuchâtel, le 5 décembre 2016



La doyenne

Carolina Salva

Remerciements

Cette thèse de doctorat n'aurait jamais pu voir le jour sans le soutien, les conseils et les encouragements de mon directeur de thèse, de mes collègues, de ma famille et de mes proches. Je profite de ces quelques lignes pour les remercier. Grâce à eux, j'ai survécu à la pandémie !

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur de cette thèse, Adrian Bangerter, pour m'avoir fait confiance dans la réalisation de ce travail. Je lui suis très reconnaissant pour les conseils donnés durant l'élaboration de ce travail. Plus largement, je le remercie pour son encadrement dans les tâches de recherche et d'enseignement, pour ses encouragements, et pour la patience dont il a fait preuve.

Je remercie aussi le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) qui a financé le projet de recherche *Public skepticism about emerging infectious diseases* (projet n°132386), ainsi que le programme doctoral *Pro*Doc Graduate School on Adaptivity in Communication and Health* dont les enseignements ont inspiré une partie substantielle de ce travail.

Je tiens également à remercier le comité d'experts, les Professeurs Franziska Tschan, Eva Green et Alain Clémence pour avoir pris le temps de lire mon travail et pour avoir assisté à ma défense.

Que mes collègues de l'IPTO soient également chaleureusement remerciés pour leurs « p'tits coups de pouce », mais aussi et surtout pour l'ambiance de travail fantastique, avec une mention spéciale pour les tournois de tennis de table et les « cafés-pipelettes ». Parmi ceux-ci, j'aimerais particulièrement remercier Véronique Emery, mon « binôme ». Qu'elle soit remerciée pour sa précieuse collaboration tout le long de ce projet de recherche et pour le partage de rires et d'inquiétudes liées au travail d'assistant-doctorant. J'ai aussi une pensée pour Françoise Baumgartner, secrétaire de l'IPTO. Je la remercie pour les discussions dans son bureau ou à la cafétéria. Elles m'ont toujours procuré de précieuses énergies positives.

Je remercie les sites hospitaliers ayant accepté de participer aux recherches : les directeurs des soins, pour leur aide logistique ; les infirmiers/ères, pour leur participation aux entretiens et à l'étude par questionnaire, ainsi que les organisateurs des campagnes de vaccination, pour leur participation aux entretiens. Puisse ce travail être à la hauteur de leur accueil.

Ma reconnaissance va également aux étudiantes de Master qui ont participé à la récolte des données par entretiens avec le personnel infirmier, et dont j'ai eu le plaisir d'encadrer les mémoires.

Je voudrais remercier Simon Ruch pour sa précieuse collaboration en matière d'analyses statistiques. Je lui suis reconnaissant d'avoir pris le temps de m'aider dans cette tâche. Qu'il soit également remercié d'avoir toujours été disponible pour, parfois, de longues « séances statistiques ».

Je voudrais également remercier mes parents, Anne-Lise et Roger, pour m'avoir offert les conditions les plus favorables de développement. Cette thèse de doctorat est en partie la leur. Merci également à David, Émilie, Mélanie, Christophe, Samuel, Lucie et toute la « smala » pour leur soutien qui dépasse largement le cadre de cette thèse.

Merci également à mes amis qui, inconsciemment ou non, m'ont toujours rappelé qu'il y avait d'autres buts et d'autres joies dans la vie que celui de réaliser une thèse.

Je voudrais exprimer ma gratitude envers Mélanie pour sa patience et pour ses encouragements. Merci d'avoir aimé le thésard que j'ai été. Je sais que cela n'a pas toujours été facile, aussi c'est pourquoi je la remercie de m'avoir supporté durant cette étape de ma vie, de notre vie.

Abstract

Vaccination is the most efficient way to prevent and contain the propagation of influenza viruses (OMS, 2014). Nurses are one of the main target groups for vaccination recommendations (CDC, 2006). However, nurses' vaccination rates against influenza remain recurrently low. Much research has investigated nurses' vaccination reluctance using theories of risk perception and health behavior. The 2009 H1N1 pandemic is one of the several recent recurrent emerging diseases people had to be confronted with, which has been less severe than predicted, and perhaps has led to risk fatigue (Liao & Fielding, 2014). This thesis assessed the presence and the nature of skeptical attitudes towards emerging infectious diseases (EIDs) among nurses, and whether nurses' vaccination decisions are also due to the adoption of such attitudes. Skepticism towards EIDs is manifested by doubts about the real threat of emerging diseases and distrust in institutions engaged in the fight against them. Study 1 explored how nurses experienced the 2009 pandemic vaccination campaign and whether remembering the pandemic episode may reveal skeptical attitudes towards EIDs. Fifty-eight registered nurses of four hospitals of the French-speaking part of Switzerland were interviewed at their workplaces between 2011 and 2012. Eleven professionals in charge of vaccination campaigns from the same hospitals were also interviewed to observe potential differences in perceiving the pandemic episode and influenza vaccination. Results confirmed the presence of skeptical attitudes among nurses, which were different from the rationalist attitudes of persons in charge of vaccination campaigns. Through a cross-sectional questionnaire study among 334 Swiss nurses in 2013 using a new developed scale measuring skepticism towards EIDs, Study 2 assessed whether skepticism towards EIDs constitutes an additional predictor of nurses' vaccination intentions against seasonal and pandemic influenza, after having controlled for other known determinants of influenza vaccination, such as vaccination habits, feeling at risk to catch the disease, and perceiving vaccination as a professional duty. Study 2 also investigated whether effect of negative past experiences with pandemics on vaccination intentions for a future pandemic transits through the indirect effect of skepticism towards EIDs. Results showed that skepticism affected nurses' vaccination intentions for both seasonal and pandemic influenza. Negative experiences with past pandemics may have forged skeptical attitudes towards EIDs, which in turn may reduce nurses' vaccination intentions for a future pandemic influenza. Theoretical contributions as well as future research directions are discussed. Finally, practical implications are proposed.

Keywords: vaccination behavior; health-care workers; pandemic (H1N1) 2009; skepticism; emerging infectious diseases

Résumé

La vaccination est le moyen le plus efficace pour prévenir et contenir la propagation du virus influenza (OMS, 2014). Le personnel infirmier est l'un des principaux groupes-cibles des recommandations de vaccination (CDC, 2006). Malgré cela, les taux de vaccination contre la grippe de ce groupe professionnel restent habituellement bas. La plupart des recherches investiguant la question de l'aversion à la vaccination emploient les théories de perception du risque et du comportement de santé. La pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 est l'une des nombreuses maladies infectieuses récentes auxquelles le public a été confronté. Celles-ci ont été souvent moins graves que prévu et ont suscité un sentiment de fatigue du risque (Liao & Fielding, 2014). Cette thèse investigate la présence et la nature des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) parmi les infirmiers/ères, et la mesure dans laquelle leur décision de vaccination sont aussi dues à l'adoption de telles attitudes. Le scepticisme envers les MIE se manifeste par des doutes quant au réel danger que représentent les maladies émergentes, ainsi que par de la méfiance dans les institutions censées lutter contre elles. L'étude 1 explore la façon dont les infirmiers/ères ont vécu la campagne de vaccination lors de la pandémie de grippe de 2009 et demande si les souvenirs de cet épisode révèlent des attitudes sceptiques envers les MIE. Cinquante-huit infirmiers/ères diplômé(e)s de quatre hôpitaux de Suisse romande ont été interviewé(e)s sur leur lieu de travail entre 2011 et 2012. Dans les mêmes hôpitaux, onze organisateurs des campagnes de vaccination ont également été interviewés afin d'observer des différences de perception de l'épisode pandémique et de la vaccination. Les résultats confirment la présence d'attitudes sceptiques parmi les infirmiers/ères, lesquelles se détachent des attitudes rationalistes des organisateurs des campagnes de vaccination. Au travers d'une étude transversale par questionnaire effectuée en 2013 auprès de 334 infirmiers/ères, employant une nouvelle échelle mesurant le scepticisme envers les MIE, l'étude 2 demande si le scepticisme envers les MIE constitue un prédicteur supplémentaire des intentions de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière et pandémique, au-delà d'autres déterminants de vaccination connus, tels que les habitudes de vaccination, la perception du risque et la perception de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel. L'étude 2 se demande en outre si l'effet d'expériences négatives avec des pandémies passées sur les intentions de vaccination contre une future grippe pandémique transite par l'effet indirect du scepticisme envers les MIE. Les résultats montrent que le scepticisme affecte les intentions de vaccination du personnel infirmier à la fois contre la grippe saisonnière et contre une future grippe pandémique. Les expériences négatives avec des

pandémies passées ont vraisemblablement forgé des attitudes sceptiques envers les MIE, qui, à leur tour, sont susceptibles de réduire les intentions de vaccination des infirmiers/ères contre une nouvelle grippe pandémique. Cette thèse présente et discute différentes contributions théoriques, de même que des pistes pour de futures recherches. Enfin, ce travail propose quelques implications pratiques.

Mots-clés : comportement de vaccination ; travailleurs de la santé ; pandémie de grippe A/H1N1 ; scepticisme ; maladies infectieuses émergentes

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Les recommandations de vaccination contre la grippe des autorités de santé publique.....	1
1.2. Les faibles taux de vaccination du personnel infirmier hospitalier	2
1.3. Introduction au projet « Public skepticism about emerging infectious diseases »	2
1.4. Rétrospective de l'épisode de la pandémie de grippe de 2009 et de ses controverses	3
1.5. L'épisode de la pandémie dans les hôpitaux suisses	9
1.6. Controverses publiques, scepticisme et cynisme.....	10
2. Histoire des maladies infectieuses	12
2.1. La transmission des maladies infectieuses et les transitions épidémiologiques	12
2.2. Les défis contemporains de santé publique	17
3. Perception du risque et comportements de santé	24
3.1. Biais et heuristiques.....	25
3.2. Le Health Belief Model.....	28
3.3. La théorie sociale cognitive.....	30
3.4. La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié	31
3.5. Le modèle transthéorique du changement.....	35
3.6. Les problèmes des théories et des modèles de comportements de santé.....	37
4. L'approche des représentations sociales	40
4.1. Les représentations sociales du risque et des maladies	43
4.2. Le coping symbolique collectif	48
5. La théorie du <i>sensemaking</i> dans les organisations.....	50
5.1. L'élaboration collective de sens dans un contexte de surprise.....	51
5.2. Les propriétés du <i>sensemaking</i>	54
5.3. <i>Sensemaking</i> et représentations sociales	58
6. La confiance dans la gestion des maladies infectieuses émergentes	59
6.1. La confiance dans les institutions.....	60
6.2. La méfiance dans les institutions.....	68
6.3. Les concepts de scepticisme et de cynisme	70
7. La résistance au changement organisationnel	73
7.1. Définition du concept sous le prisme des campagnes de vaccination hospitalières	73
7.2. Dépasser la résistance au changement organisationnel : les théories classiques	74
7.3. Les campagnes de vaccination face au scepticisme et cynisme organisationnels	75
7.4. Dépasser la résistance au changement en considérant celle-ci comme une ressource	78
8. La vaccination contre la grippe au sein du personnel infirmier	79
8.1. La vaccination contre la grippe sous le prisme des biais de perception du risque	81
8.2. La vaccination contre la grippe et l'identité professionnelle infirmière.....	88
8.3. Campagnes de vaccination contre la grippe et usage du marketing social.....	95
8.4. La question éthique de la vaccination volontaire ou obligée pour le personnel infirmier ...	100

9.	Préambule de la partie empirique.....	108
9.1.	Résumé des approches théoriques.....	108
9.2.	Les nouvelles facettes du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes	113
9.3.	Buts de la thèse et questions de recherche.....	117
9.4.	Présentation des études.....	119
10.	Étude 1 : Comment le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont vécu l'épisode pandémique sur leur lieu de travail.....	123
10.1.	Buts de l'étude.....	123
10.2.	Méthode.....	125
10.2.1.	Participants	125
10.2.2.	Entretiens.....	128
10.2.3.	Analyse thématique	130
10.3.	Résultats	132
10.3.1.	Thème 1 : Perception de la campagne de vaccination.....	134
10.3.1.1	Recommandations de vaccination	137
10.3.1.2	Mesures prises par l'hôpital	142
10.3.1.3	Information officielle au sein de l'hôpital	146
10.3.2.	Thème 2 : Perception du risque et décision de vaccination.....	149
10.3.2.1	Vaccination comme devoir professionnel	154
10.3.2.2	Nocivité du vaccin.....	158
10.3.2.3	Gravité et conséquences liées à la grippe A/H1N1	160
10.3.2.4	Influence des collègues	162
10.3.2.5	Influence des proches et des patients.....	164
10.3.2.6	Comportements de vaccination passés	166
10.3.3.	Thème 3 : Gestion de la crise dans la sphère publique.....	167
10.3.3.1	Traitement médiatique.....	169
10.3.3.2	Rôle des autorités de santé publique	177
10.4.	Discussion	180
10.4.1.	L'existence d'attitudes sceptiques au sein du personnel infirmier	180
10.4.2.	Des professionnels de la santé aux points de vue différents.....	181
10.4.3.	L'impact de la pandémie sur les pratiques professionnelles quotidiennes	183
11.	Étude 2 : Le scepticisme des infirmiers/ères envers les maladies infectieuses émergentes et leurs intentions de vaccination antigrippale	187
11.1.	Résumé des observations de l'étude 1	187
11.2.	Buts de l'étude.....	188
11.3.	Méthode.....	191
11.3.1.	Distribution et contenu du questionnaire.....	191
11.4.	Résultats préliminaires	196
11.4.1.	Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon	196
11.4.2.	Différences entre les sites et corrélations des variables principales	205

11.4.3.	Consistance interne des principales échelles créées	213
11.4.4.	Échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)	214
11.4.5.	Démonstration de la validité de l'échelle	217
11.5.	L'influence du scepticisme sur les intentions de vaccination.....	228
11.5.1.	Le scepticisme comme prédicteur supplémentaire des intentions de vaccination...	228
11.5.2.	Conclusions relatives à l'influence du scepticisme sur la vaccination	235
11.6.	Les origines du scepticisme et ses conséquences sur les intentions de vaccination	236
11.6.1.	Conclusions relatives aux origines et conséquences des attitudes sceptiques	241
11.7.	Discussion	242
11.8.	Limites de l'étude et pistes pour de futures études.....	246
12.	Conclusion.....	247
13.	Références	257
14.	Annexes	276
	Annexe 1 : Taux de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 et évolution des taux de vaccination de plusieurs sites hospitaliers suisses.....	276
	Annexe 2 : Courriel destiné aux directeurs des soins qui explique le projet de recherche.....	278
	Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et guides d'entretien pour le personnel infirmier	279
I.	Formulaire de consentement éclairé.....	279
II.	Guide d'entretien de Bombolo (2012).....	281
III.	Guide d'entretien de Foglia et Gani (2012).....	283
IV.	Guide d'entretien de Jeanmaire et Monney (2012)	285
	Annexe 4 : Guide d'entretien pour les organisateurs des campagnes de vaccination	288
	Annexe 5 : Questionnaire adressé au personnel infirmier	290
	Annexe 6 : Lettre d'accompagnement du questionnaire	307

1. Introduction

1.1. Les recommandations de vaccination contre la grippe des autorités de santé publique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses États membres recommandent la vaccination annuelle contre la grippe, car il s'agit du moyen le plus efficace de se prémunir de cette maladie (OMS, 2014). La vaccination réduit le risque d'infection et, surtout pour les personnes vulnérables, le risque de développer des complications. Enfin, les autorités de santé publique expliquent que par l'acte de vaccination, l'individu vacciné évite la transmission des virus grippaux à son entourage (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2016).

Pour ces raisons, les autorités internationales de santé publique recommandent la vaccination, en particulier aux femmes enceintes, les enfants de six mois à cinq ans, les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus, les personnes souffrant d'affections chroniques et les agents de santé (OMS, 2014). Sous certaines conditions, et selon la décision du médecin, la vaccination peut être contre-indiquée, notamment en cas d'allergie aux composants du vaccin (OFSP, 2016). Ces recommandations, basées sur l'évidence scientifique d'essais cliniques (Siegrist, 2010), voient se lever contre elles de nombreux questionnements, doutes et réticences des individus, y compris certains professionnels de la santé. L'ensemble de ce travail sera traversé par la question de la difficulté de certains individus à adopter un raisonnement en matière de vaccination contre la grippe qui mobilise en premier lieu les connaissances scientifiques et les recommandations des autorités de santé publique. La décision de vaccination comporte, en effet, une charge émotionnelle et une part d'incertitudes liées à différents facteurs psychosociaux, tels que la circulation de croyances ou d'idées reçues sur le vaccin.

Le personnel infirmier constitue un des premiers publics concernés par la question de la vaccination contre la grippe. Désignés comme priorité de vaccination, les membres du personnel infirmier doivent décider chaque année s'ils veulent se faire vacciner contre la grippe ou non. Chaque année, les hôpitaux mettent en place des campagnes de communication encourageant le personnel infirmier à se faire vacciner contre la grippe. Souvent, les messages de ces campagnes mettent en évidence le fait que les membres du personnel infirmier sont d'importants vecteurs d'infection dans les hôpitaux et que, pour la sécurité des patients, il faut réduire au maximum la possibilité de favoriser les infections nosocomiales. Les campagnes de vaccination renvoient les membres du personnel infirmier à leur devoir professionnel de ne pas porter préjudice aux patients. Dans ces campagnes, il est aussi souvent expliqué que les potentiels effets secondaires de la vaccination sont moins incommodes que les symptômes de

la grippe. En somme, les campagnes de vaccination réunissent de nombreux arguments en faveur de la vaccination et sont censées déboucher sur l'acceptation volontaire de la vaccination de la part du personnel infirmier.

1.2. Les faibles taux de vaccination du personnel infirmier hospitalier

En Suisse, les taux de vaccination moyens contre la grippe du personnel infirmier hospitalier varient habituellement aux alentours des 20 à 25% (Agence télégraphique suisse, 2015). Il n'existe à ce jour en Suisse aucune recension systématique et générale des taux de vaccination contre la grippe dans les hôpitaux. Il n'existe que des statistiques élaborées par une grande partie des hôpitaux cantonaux, souvent par le médecin du personnel de chaque hôpital. Ceci explique le fait de devoir se référer à des chiffres mentionnés dans des journaux. La nouvelle stratégie nationale de prévention de la grippe (GRIPS) 2015-2018 prévoit des mesures pour mieux connaître ces taux de vaccination (OFSP, 2014). Quoiqu'il en soit, il s'agit de taux relativement bas, et ce, malgré les efforts consentis chaque année par les autorités de santé publique et les managers des hôpitaux en faveur de la promotion de la vaccination contre la grippe.

Plusieurs recherches ont été menées pour en connaître les raisons, et ainsi, différentes théories apportent des éléments de réponse. En résumé, de nombreuses études sur la réticence à la vaccination contre la grippe du personnel infirmier indiquent un manque de connaissances sur la maladie de la grippe et le vaccin. C'est-à-dire que plus le personnel infirmier possède des connaissances inexactes ou erronées relatives au vaccin, son efficacité et ses potentiels effets, plus il sera réticent envers la vaccination (Zhang, While, & Norman, 2012). En outre, ces études démontrent très souvent une perception biaisée du risque lié à la grippe. Les membres du personnel infirmier qui sous-estiment les risques liés à la grippe ont tendance à figurer parmi ceux qui refusent la vaccination (Weinstein et al., 2007). En parallèle aux manques de connaissances et à la perception parfois biaisée du risque lié à la maladie de la grippe, l'identification au groupe professionnel infirmier joue un rôle dans la décision de vaccination. Plus les membres du personnel infirmier s'identifient à leur profession, plus ils ont tendance à considérer la vaccination contre la grippe comme faisant partie de leur devoir professionnel, et plus ils ont tendance à se faire vacciner (Falomir-Pichastor, Toscani, & Despointes, 2009).

1.3. Introduction au projet « Public skepticism about emerging infectious diseases »

Cette thèse s'inscrit dans le projet « Public skepticism about emerging infectious diseases » financé par le Fond National de Recherche Scientifique (FNS) (projet n°132386). La

particularité de ce projet est l'adoption d'une approche dynamique de la perception du public des pandémies. Il veut mettre en exergue le rôle de la mémoire collective de pandémies vécues pour tenter de prédire le plus adéquatement possible la réaction du public aux futures pandémies. Cette thèse, en particulier, investigate le rôle du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) du personnel infirmier dans le cadre de la grippe pandémique de 2009; ceci afin d'identifier de nouveaux facteurs de décision de vaccination, d'évaluer le souvenir de cette période dans les hôpitaux et de mettre en lien les attitudes des membres du personnel infirmier envers les maladies infectieuses émergentes et les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle pandémie de grippe.

1.4.Rétrospective de l'épisode de la pandémie de grippe de 2009 et de ses controverses

Un retour contextuel sur les événements mondiaux liés à l'avènement, la propagation et à la gestion de la grippe pandémique de 2009 par les autorités de santé publique m'aidera à introduire la notion de scepticisme envers les maladies infectieuses. Cette rétrospective se justifie par le fait que les attitudes et croyances du personnel infirmier envers le vaccin et la vaccination, sa représentation de la maladie, de même que le souvenir de cette période pandémique sur son lieu de travail ont été forgés au gré des péripéties et des controverses rattachées à ce qui fut un problème de santé publique d'envergure mondiale ; la première pandémie du XXI^e siècle. Par ailleurs, les souvenirs de la période de la pandémie de grippe A/H1N1 se rattachent à un contexte d'incertitude. En ce temps-là, l'évolution de la propagation de la maladie comportait encore quelques inconnues et la gestion de la pandémie dans les hôpitaux était majoritairement tributaire de la succession des informations diffusées régulièrement par les autorités internationales de santé publique, telles que l'OMS, institution des Nations-Unies en charge de l'action sanitaire mondiale et autorité centrale de la gestion de la pandémie. Il était question, pour ainsi dire, d'un contexte incertain et évolutif.

En mars 2009, une propagation inhabituelle de cas de syndromes de type grippal est révélée au Mexique. Au mois d'avril, des cas de pneumonie sévère touchant de jeunes adultes jusque-là en bonne santé surviennent dans diverses régions du Mexique. Les autorités mexicaines de santé publique commencent dès lors à renforcer la surveillance de ce nouveau virus. Durant cette période, et proche de la frontière mexicaine, on découvre deux cas similaires d'enfants californiens souffrant de maladie respiratoire aigüe. A la mi-avril 2009, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), agence gouvernementale américaine de santé publique, indiquent que ces enfants avaient été infectés par un nouveau virus grippal A/H1N1 d'origine

porcine (CDC, 2009). Le 27 avril 2009, l’OMS décide de monter le niveau d’alerte de la phase 3 à la phase 4 (voir Tableau 1, p. 5, pour la description des phases de pandémie), indiquant de ce fait que la probabilité d’une pandémie a augmenté, mais qu’elle n’est néanmoins pas inéluctable. L’OMS se base sur trois critères pour juger de la gravité d’une pandémie : « (i) Les caractéristiques du virus, avec ses manifestations épidémiologiques et cliniques ; (ii) la vulnérabilité de la population ; et (iii) la capacité d’action de la population » (OMS, 2009, p. 197). Selon l’OMS, la décision de monter le niveau d’alerte à la phase 4 s’est basée sur « des données épidémiologiques démontrant l’existence d’une transmission interhumaine et l’aptitude du virus à provoquer des flambées à l’échelon communautaire » (OMS, 2009a). Deux jours plus tard, le 29 avril 2009, le niveau de l’alerte de pandémie est poussé à la phase 5, toujours relativement à l’augmentation de pays rapportant des cas de grippe pandémique A/H1N1. Ainsi, l’OMS demande à tous les pays d’activer « leur plan de préparation pour faire face à la pandémie. Les pays doivent rester en état d’alerte avancée pour déceler des flambées inhabituelles de syndrome de type grippal et de pneumonie grave » (OMS, 2009).

L’OMS, dans un de ses relevés épidémiologiques hebdomadaires faisant le point sur la situation mondiale de la propagation du nouveau virus grippal au 12 mai 2009, indique que ce virus « n’avait jamais été identifié auparavant dans aucune espèce » (OMS, 2009b, p. 178). L’OMS suppose alors qu’il s’agit d’un virus porcine triplement réassorti ; c’est-à-dire qu’il contiendrait du matériel génétique d’origine aviaire, humaine et porcine. L’OMS est alors confrontée à un virus Influenza sortant des schémas classiques de la grippe saisonnière, qui commence à se répandre dans le monde entier et dont la vitesse ainsi que l’étendue de la propagation sont incertaines. « L’insuffisance des données historiques et de celles sur la couverture géographique à partir des populations porcines limite à l’échelle mondiale la possibilité de tirer des conclusions sur le lieu et le moment auxquels ce virus est apparu (...) Depuis sa détection initiale au Mexique et aux États-Unis, le nouveau virus grippal A/H1N1 réassorti a continué de se propager dans le monde entier. Néanmoins, on n’est pas encore certain de la vitesse à laquelle il va se répandre et s’il va s’établir très largement » (OMS, 2009, p.178).

Après l’isolement de la souche du virus en avril 2009 au Mexique et en Californie, l’OMS déclare, le 27 mai 2009, que les virus vaccins réassortis sont désormais disponibles. Les principaux groupes pharmaceutiques du monde, tels que Sanofi Pasteur, GlaxoSmithKline Biologicals S.A, Baxter A.G, ou encore Novartis Vaccines and Diagnostics S.r.l. peuvent dorénavant se pencher sur la production de vaccins contre la grippe A/H1N1. Alors que la phase de préparation des vaccins suit son cours, le 11 juin 2009, la directrice générale de l’OMS, le

docteur Chan, annonce l'élévation du niveau d'alerte à la phase 6, le niveau maximal. Le terme de « pandémie » devient dès lors celui qui désigne la propagation du nouveau virus grippal A/H1N1. Dans sa déclaration publique, le docteur Chan indique que 30'000 cas ont été identifiés à ce jour dans soixante-quatorze pays, et qu'« à quelques exceptions près, les pays enregistrant un grand nombre de cas sont des pays dotés de bons systèmes de surveillance et de dépistage (...) Dans plusieurs régions du monde, le virus circule désormais largement au sein de la population générale. La poursuite de cette propagation est considérée comme inévitable ». La directrice générale de l'OMS précise que la décision d'augmenter le niveau d'alerte a été prise à la suite de la consultation d'experts (spécialistes de la grippe, virologistes, et responsables de santé publique) et d'un « comité d'urgence », soit une structure consultative liée aux décisions à prendre quant à la pandémie, dont les membres sont restés anonymes durant la période pandémique. Chan déclare également que la plupart des cas atteints de la grippe (surtout des jeunes de moins de vingt-cinq ans) présentent des symptômes bénins, et qu'au niveau mondial, la mortalité est faible. Ce qui semble particulièrement inquiéter l'OMS est le fait que les cas décelés jusque-là provenaient de pays riches, et qu'une incertitude règne sur le comportement de ce virus dans des régions en développement.

Tableau 1 : Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS (OMS, 2009).

DESCRIPTION DES PHASES DE PANDEMIE	
PHASE 1	Aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.
PHASE 2	On sait qu'un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et il est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.
PHASE 3	Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de maladie dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l'échelon communautaire.
PHASE 4	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.
PHASE 5	Le virus identifié a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une même Région OMS.
PHASE 6	Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre Région de l'OMS.
PERIODE SUIVANT LE PIC DE LA PANDEMIE	Le nombre de cas de grippe pandémique a chuté au-dessous de celui observé lors du pic dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
NOUVELLE VAGUE POSSIBLE	L'activité de la grippe pandémique augmente à nouveau dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.
PERIODE POSTPANDEMIE	L'activité grippale a retrouvé les niveaux normalement observés pour la grippe saisonnière dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.

J'ouvre ici une parenthèse pour aborder les commentaires des sphères médicales et politiques relatives à la déclaration de la pandémie. Ces commentaires ont été émis pour la plupart en 2010, après l'annonce de la fin de la pandémie. Au sein de la sphère médicale et politique, la déclaration de la phase 6 par l'OMS a suscité un certain nombre de commentaires au sujet des potentiels conflits d'intérêts, du manque de transparence du processus décisionnel relatif à la déclaration de la pandémie et de la crédibilité de l'OMS. Parmi les plus illustres commentaires, figure celui du Conseil de l'Europe, avec comme figures de proue le Dr Wodarg, expert médical spécialiste en épidémiologie et ancien président de la sous-commission de la santé de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) et Paul Flynn, parlementaire britannique. Dans la résolution 1749 du 24 juin 2010, intitulée « Gestion de la pandémie H1N1 : nécessité de plus de transparence », l'APCE affirme être « alarmée par la façon dont la grippe pandémique H1N1 a été gérée, non seulement par l'OMS, mais aussi par les autorités de santé compétentes tant au niveau de l'Union européenne qu'au niveau national. Elle s'inquiète notamment de certaines répercussions de décisions et d'avis ayant entraîné une distorsion des priorités au sein des services de santé publique à travers l'Europe, un gaspillage de fonds publics importants et l'existence de peurs injustifiées relatives aux risques de santé encourus par la population européenne en général. L'Assemblée fait état d'un grave manque de transparence dans les prises de décisions liées à la pandémie, qui soulève des préoccupations quant à l'influence que l'industrie pharmaceutique a pu exercer sur certaines des décisions les plus importantes concernant la pandémie. L'Assemblée craint que ce manque de transparence et de responsabilité ne fasse chuter la confiance accordée aux conseils délivrés par les grands organismes de santé publique. Cela pourrait se révéler désastreux en cas d'une prochaine maladie de nature pandémique qui pourrait être beaucoup plus grave que la grippe H1N1 » (Conseil de l'Europe, 2010). Le Conseil de l'Europe a aussi critiqué la manière dont les pouvoirs publics ont communiqué les informations liées à la grippe pandémique. Selon le Conseil de l'Europe, ces informations, relayées par les médias, ont contribué à alimenter des craintes au sein de la population et ont ainsi éloigné les citoyens d'un regard objectif de la situation. Le Conseil de l'Europe a également relevé le fait que l'OMS a modifié en mai 2009 la description des phases d'alerte pandémique, soit durant les premiers temps de l'épidémie de grippe A/H1N1. Le Conseil de l'Europe a critiqué le fait que les nouveaux critères ne prenaient plus en compte le niveau de gravité de la maladie.

Le British Medical Journal (BMJ) a également critiqué l'OMS et sa gestion de la pandémie (Godlee, 2010). Dans son éditorial du 4 juin 2010, faisant écho à une enquête menée

conjointement par le BMJ et le Bureau of Investigative Journalism, la rédactrice en chef de la revue, Godlee, accuse l'OMS d'avoir exagéré la menace que représente la grippe A/H1N1 et accuse cette organisation d'avoir été conseillée, pour la gestion de la pandémie, par des experts ayant d'étroits liens avec l'industrie pharmaceutique. Elle déplore le fait que l'OMS n'ait pas fait preuve de davantage de transparence, en expliquant dans quelle mesure l'organisation était consciente des potentiels conflits d'intérêts et la manière dont elle les a gérés. Elle écrit qu'en 2003, l'OMS a publié des directives recommandant à ses collaborateurs ayant des conflits d'intérêts de ne pas prendre part aux discussions et travaux (OMS, 2003). Selon le BMJ, l'OMS n'a pas suivi ses propres directives. L'éditorial conclut que la question des conflits d'intérêts dans la gestion des problèmes mondiaux de santé publique est plus que jamais inévitable. Godlee est d'avis que les experts ayant des liens avec l'industrie pharmaceutique peuvent être consultés, mais ne devraient pas prendre part aux prises de décision. De même que l'OMS devrait dorénavant adopter une politique de transparence, en publiant les noms des membres présents dans les comités décisionnels, en établissant et en faisant respecter des règles strictes qui éviteraient au maximum les conflits d'intérêts.

L'OMS a répondu aux critiques de l'éditorial en reconnaissant les potentiels conflits d'intérêts inhérents à une organisation mondiale de santé publique (Chan, 2010). Elle a reconnu que des règles plus strictes devaient être établies en ce qui concerne les relations de ses collaborateurs avec l'industrie. D'ailleurs, Chan indique qu'elle a suggéré en janvier 2010 la création d'un Comité d'examen indépendant de la gestion de la pandémie par l'OMS, qui suivrait le Règlement sanitaire international ; ceci afin de répondre objectivement aux suspicions de conflits d'intérêts. Par contre, Chan a réfuté fermement le fait d'avoir été influencée par des intérêts commerciaux dans sa décision d'élever le niveau d'alerte pandémique au maximum.

La directrice s'est défendue aussi d'avoir instauré un climat de peur infondée en annonçant le début de la pandémie. Elle indique avoir souligné depuis le début que le nombre de décès dans le monde dus à la grippe pandémique était petit, qu'il ne fallait pas s'attendre à une expansion massive d'infections fatales, que la grande majorité des personnes infectées ne présentait que des symptômes bénins et qu'elles guérissaient rapidement. Dans sa réponse, Chan explique également que l'anonymat des membres du Comité d'urgence, durant la période pandémique, a été décidé afin que ceux-ci ne fassent pas l'objet d'influences commerciales ou autres. L'anonymat de ces membres a été levé lors de l'entrée en période post-pandémique. Les discussions de ce comité ont toutes été enregistrées et mises à disposition du Comité d'examen.

Chan aborde aussi les accusations d'avoir changé la définition d'une pandémie de manière à y inclure des maladies de faible gravité, et ainsi de favoriser l'industrie pharmaceutique, comme l'a soupçonné le Conseil de l'Europe. Elle explique que le plan actuel de préparation pour une pandémie a été finalisé en février 2009, après deux ans de consultation, et qu'en ce temps-là, le nouveau virus H1N1 n'était pas encore apparu. Enfin, Chan dit que si le Comité d'examen devait affirmer que la définition des phases de pandémie devrait être « revue dans un sens plus étroit » ou retravaillée, l'OMS se chargerait d'appliquer ces recommandations.

De par l'intérêt public des controverses liées à la déclaration de la pandémie, de tels commentaires ont été médiatisés, engendrant de ce fait une baisse de crédibilité publique de l'OMS, mais également des doutes sur le réel danger que représentait la grippe pandémique. Une étude a d'ailleurs analysé les commentaires postés en ligne au sujet du vaccin contre la grippe pandémique sur le site de trois grands journaux canadiens durant la pandémie (Henrich & Holmes, 2011). Cette étude montre que la plupart des commentaires ont reflété une sorte de méfiance envers les motifs de la politique de santé publique du gouvernement canadien et sa politique, ainsi qu'en sa capacité à gérer une crise sanitaire. Les commentaires ont également majoritairement fustigé les médias, dont la couverture de l'épisode pandémique a été considérée généralement comme manquant de mise en perspective, ne permettant pas ainsi de prendre des décisions relatives à la vaccination de manière éclairée. Enfin, les médias ont été accusés d'avoir exagéré l'épisode de la pandémie dans le but de vendre davantage de contenus, et d'avoir, de ce fait, créé un sentiment de fausse alarme. Dans la même veine, une étude longitudinale de Bangerter et al. (2012) sur les perceptions du public de la pandémie de grippe en Suisse révèle la montée d'adoption d'attitudes sceptiques. La pandémie de grippe A/H1N1 a laissé un souvenir négatif parmi la population suisse. La confiance dans les institutions a chuté, alors que la méfiance envers les médias s'est, quant à elle, développée. Une grande part du public a expliqué avoir suivi les recommandations des autorités de santé publique relatives à la grippe A/H1N1. Cependant, le public a quand même exprimé des craintes envers le vaccin, en pensant que celui-ci pouvait provoquer des effets secondaires non-anticipés. Enfin, les participants ont exprimé des doutes sur la manière dont le gouvernement et les médias ont géré la crise pandémique. Les auteurs de cette étude soulignent l'importance d'investiguer la confiance du public dans les institutions ayant un rôle dans la gestion des épidémies, de manière à mettre en place une communication de santé adaptée aux attitudes du public.

Je referme la parenthèse pour revenir sur la rétrospective des événements ayant suivi la déclaration de la pandémie.

Le 13 juillet 2009, l'OMS a publié ses recommandations des groupes cibles à vacciner. Ainsi, le personnel de santé a été considéré comme une priorité, de manière à préserver les structures de santé publique de tous les pays. Au début de l'automne 2009, l'OMS a organisé la distribution des vaccins contre la grippe pandémique dans plusieurs pays, dont la Suisse. En Suisse, les questions de santé publique sont traitées selon le système fédéral à trois niveaux : Confédération, cantons, communes. L'autorité nationale suisse de santé publique est l'OFSP. Usuellement, la Confédération et les cantons se partagent la responsabilité de la santé publique. Pourtant, selon l'art. 7 de la loi fédérale sur les maladies transmissibles de l'homme du 28 septembre 2012 (= LEp ; RS 818.101), en cas de situation extraordinaire, comme lors d'une pandémie, le Conseil fédéral est autorisé à ordonner la mise en place de dispositions sanitaires et charger les cantons de les appliquer. Dans ce cadre légal, le Conseil fédéral a géré l'acquisition de vaccins contre la grippe pandémique. L'OFSP, en partenariat avec les cantons, a organisé la vaccination de la population suisse, des travailleurs de la santé, et notamment du personnel infirmier hospitalier.

1.5. L'épisode de la pandémie dans les hôpitaux suisses

Au sein des hôpitaux suisses, la campagne de vaccination contre la grippe pandémique pour le personnel de santé, et ainsi donc pour le personnel infirmier, s'est globalement déroulée d'octobre 2009 à janvier 2010. Deux doses de vaccin ont été proposées, à savoir, une dose pré-pandémique dite « H5N1 », et une dose spécialement conçue pour la grippe pandémique (OFSP, 2009). C'est précisément sur l'application des recommandations de vaccination contre la grippe pandémique, et l'impact de celles-ci sur le quotidien du personnel infirmier dans les hôpitaux suisses, que ce travail porte l'attention. En Suisse, selon l'article 22 de la loi fédérale sur les maladies transmissibles de l'homme du 28 septembre 2012 (= LEp ; RS 818.101), « les cantons peuvent déclarer obligatoires des vaccinations pour les groupes à risque, pour les personnes particulièrement exposées et pour les personnes exerçant certaines activités, pour autant qu'un danger sérieux soit établi ». Cependant, à l'époque de la pandémie de grippe de 2009, la vaccination n'était pas obligatoire pour le personnel infirmier.

Dans la plupart des hôpitaux de Suisse, il a été recommandé au personnel infirmier de se faire vacciner et de porter un masque de protection chirurgical durant les huit jours suivant la vaccination ; le vaccin n'étant pas immédiatement efficace. En cas de refus, les infirmiers/ères non-vacciné(e)s ont été prié(e)s de porter un masque de protection chirurgical pour tous contacts avec les patients à moins d'un mètre durant toute la période pandémique. Très souvent,

les hôpitaux ont souligné le fait que la vaccination contre la grippe pandémique était le moyen le plus efficace de lutter contre la propagation du virus et de prévenir les complications qu'il peut engendrer. La plupart des hôpitaux ont également mis l'accent sur la responsabilité des travailleurs de la santé en matière de protection des patients.

A l'issue de la campagne de vaccination dans les hôpitaux suisses, on constata des taux de vaccination relativement bas pour le personnel infirmier. Ces taux étaient de 30 à 40% pour le personnel infirmier (OFSP, 2010). On a dénombré des taux similaires à l'échelon international (Sanchez-Paya et al., 2012). Les faibles taux de vaccination du personnel infirmier recensés lors de la grippe pandémique de 2009 ont ressemblé à ceux recensés habituellement pour la grippe saisonnière, même si les hôpitaux ayant participé à nos enquêtes ont enregistré une légère augmentation des taux de vaccination du personnel infirmier durant la pandémie. Dans plusieurs hôpitaux, dont ceux ayant participé à nos enquêtes, l'épisode de la grippe pandémique de 2009 a fait redescendre les taux habituels de vaccination contre la grippe saisonnière l'année suivante (voir Annexe 1).

1.6. Controverses publiques, scepticisme et cynisme

Le bref retour chronologique sur les événements liés à la gestion controversée de la pandémie de grippe A/H1N1 a laissé entrevoir ce qu'est le scepticisme. Il s'agit d'une attitude psychosociale généralement indexée dans un contexte d'incertitude et exprimée par des doutes sur les nouveaux phénomènes expliqués par les experts, les politiciens, ou les médias (Dudo, Dahlstrom, & Brossard, 2007). Le scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes se définit, lui, comme la manifestation de doutes partagés à grande échelle sur le réel danger que représente une maladie infectieuse émergente pour les individus et la société. Les doutes sur le danger que représente une maladie infectieuse émergente et l'impression que le danger est surestimé sont dès lors les composantes principales du scepticisme public envers les maladies infectieuses émergentes. L'épisode de la grippe pandémique de 2009 a bien montré que le scepticisme se manifeste lorsqu'un décalage entre l'absence d'expérience de risque et l'alarmisme des informations est perçu (Allan, 2002 ; Signorielli, 1993). Le scepticisme d'un individu envers une maladie infectieuse émergente peut naître de la comparaison entre des messages diffusés dans l'espace public, qui mentionnent l'émergence et le danger potentiel d'une maladie, et son expérience personnelle du danger.

Le cynisme est une attitude plus extrême que le scepticisme. Une attitude cynique envers les maladies infectieuses émergentes soutient l'idée que les institutions qui diffusent les

informations au public sur une maladie infectieuse émergente, et les institutions censées en gérer son endiguement sont mal intentionnées, cachant la vérité au public pour leur propre intérêt. Le cynisme envers les maladies infectieuses est lié aux théories du complot, selon lesquelles la vérité, ou du moins une partie de la vérité, est cachée de manière à ce que cela profite à des groupes d'intérêts (Bangerter, 2008). En l'occurrence, une personne cynique accuserait les organisations de santé publique et les firmes pharmaceutiques d'être de connivence, afin de tirer le maximum de profits d'une épidémie en vendant davantage de médicaments et de vaccins (Mayor et al., 2012).

Il ne faudrait cependant pas croire que le scepticisme et le cynisme envers les maladies infectieuses émergentes sont des attitudes psychosociales nouvelles apparées aux maladies infectieuses de ces dernières décennies. Ce qui est par contre remarquable, c'est l'accélération récente de la succession de crises sanitaires mondiales liées à l'émergence ou la réémergence de maladies infectieuses. Cette succession périodique d'épidémies de maladies infectieuses amplement relayées par les médias conduit à une sorte de banalisation des informations et contribue au scepticisme public grandissant envers les maladies infectieuses émergentes. Comme décrit plus haut, la gestion mondiale de l'épisode de la grippe pandémique de 2009 a suscité de nombreuses controverses publiques.

De semblables controverses ont également vu le jour lors d'épidémies passées. Ainsi, en 2005, l'épidémie de « grippe aviaire » H5N1 a également suscité de vives suspicions de complot entre les firmes pharmaceutiques et les autorités de santé publique. Il en a été de même, en 2003, pour l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), ou en ce qui concerne le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons, qui, dans une étude publiée en 1998, et rétractée par la suite, a été faussement associé à l'autisme (Wakefield et al., 1998), ou encore, dans les années 1990, avec les inquiétudes liées à la transmission de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) à l'homme via l'ingestion de viande. Ce sont là de nombreux exemples de risques, qui au moment de leur éclosion, ont été considérés comme très dangereux et dont les scénarios ont été jugés a posteriori comme exagérés. La succession de ce genre de « fausses alarmes » mène le public à une certaine fatigue (Liao & Fielding, 2014). A cette fatigue, peut s'ajouter l'héritage négatif de plusieurs cas de fraude scientifique et d'affaires de corruption des décideurs politiques par de puissants lobbys sur des questions de santé publique, comme le changement climatique ou la nocivité de la cigarette (Fielding, 2011) ; héritage qui se greffe dans la mémoire collective.

Dedet (2010) fait une analogie entre la théorie des phases de deuil et les attitudes de la population lors de l'apparition d'une épidémie. « La première [phase] correspond au déni, où la réalité est écartée car trop gênante. Lorsque le phénomène se confirme, vient la phase de recherche de sens, suivie de la dépression avec ses formes de résignation, ou à l'inverse de rébellion et de fuite. Enfin, l'acceptation conduit le corps social à l'organisation pour une tentative de résolution de la crise » (Dedet, 2010, p. 190-191).

Nous allons voir dans la partie qui suit, que les attitudes des individus envers les maladies infectieuses évoluent selon l'état des connaissances scientifiques sur leur origine et leur transmission, selon les changements de mode de vie des sociétés, ou encore selon la médiatisation grandissante des questions de santé.

2. Histoire des maladies infectieuses

2.1. La transmission des maladies infectieuses et les transitions épidémiologiques

L'état des connaissances au sujet de la transmission des maladies infectieuses modifie les croyances, les comportements de santé et le rapport à l'hygiène des individus. Une approche historique des théories de transmission des maladies infectieuses nous apprendra que divers paradigmes se sont succédé entre les théories de la contagion miasmatique et celles amenées par des germes. La grande majorité des éléments décrits dans cette partie relative à l'histoire sociale des maladies infectieuses est tirée de l'ouvrage de Washer (2010).

Au temps des peuplades primitives, les connaissances sur la transmission des maladies infectieuses étaient sommaires, voire quasi inexistantes. De sorte que les épidémies, aussi rares étaient-elles, étaient expliquées par la magie ou la mythologie. En Ancienne Perse, par exemple, la démonologie a occupé une place prépondérante dans l'explication des maladies infectieuses. Un culte était voué à Nergal, démon de la guerre et de la peste (Karamanou, Panayiotakopoulos, Tsoucalas, Kousoulis, & Androutsos, 2012). Les maladies étaient envoyées par les esprits démoniaques, et il fallait les contrôler au travers de la pratique de l'exorcisme (Jastrow, 1898)

De l'Antiquité au XVIIIe, en passant par l'Empire romain, les maladies étaient expliquées par des défaillances et des excès de fluides corporels comme la bile et le sang. On traitait alors les patients souvent par des saignées, des vomissements et des purges (Washer, 2010). On pensait alors que l'origine des maladies provenait des miasmes, c'est-à-dire d'émanations de vapeurs

putrides et toxiques de matières en décomposition. La contagion provenait de l'air nauséabond comportant des miasmes. Etant donné que l'on considérait les corps sains comme des corps dont l'équilibre des fluides corporels était assuré, et que l'on considérait les corps comme étant perméables aux différents fluides environnants, l'immersion dans l'eau était considérée comme risquée et les baignades pouvaient constituer une exposition dangereuse aux miasmes. On pensait aussi que la respiration pouvait être un canal de transmission des maladies. Les puanteurs des miasmes pouvaient affecter les individus.

Dès lors, les mauvaises odeurs émanant de certains individus étaient considérées comme des sources de contamination. Les prostituées, dont l'équilibre des fluides corporels était rompu par leurs pratiques sexuelles étaient souvent considérées comme une menace de contamination (Washer, 2010). Les juifs ont aussi souffert de l'ostracisme, car on croyait qu'ils répandaient une odeur supposée caractéristique des juifs, le « Foetorjudaicus » dont les propriétés soi-disant pestilentielles pouvaient causer des maladies. Le moyen de combattre le « Foetorjudaicus » était la conversion au christianisme (Nelkin & Gilman, 1988).

A l'époque médiévale, la théorie des miasmes était encore prédominante. Mais en 1546, le poète, physicien et mathématicien Fracastoro publia un ouvrage dans lequel il défendait l'idée que les maladies infectieuses se transmettent via des petits organismes vivants, invisibles à l'œil nu, et susceptibles de se reproduire. Selon Fracastoro, les maladies se transmettent soit par contact direct, soit par les airs et tout ce que les individus touchent, ou encore par les prédispositions génétiques des individus. La théorie de Fracastoro demeurait à cette époque trop abstraite, et les moyens technologiques pour la confirmer étaient trop rudimentaires. La théorie des miasmes a continué d'être le paradigme dominant. Ce n'est qu'avec l'invention du microscope dans les années 1600 que l'intuition de Fracastoro a été reconnue et que l'on considère depuis sa théorie comme la prémisse de l'épidémiologie (Karamanou et al., 2012).

Jusqu'au milieu du XIXe siècle, la théorie des miasmes était encore largement acceptée par la communauté scientifique en Europe et aux États-Unis. Cependant, une communauté de plus en plus importante de médecins commençait à défendre un autre paradigme, celui de la théorie des germes (Sachs, 2008). C'est avec les travaux de Pasteur et de Koch que la théorie des germes a, petit à petit, pris le dessus sur les croyances liées aux miasmes et aux liens entre odeur et contagion. Pasteur travailla sur des ferments et se demandait alors d'où ceux-ci pouvaient venir. Ses expériences lui permirent de démontrer que les microorganismes étaient partout et qu'ils ne se généraient pas spontanément comme on avait pu le croire auparavant (Karamanou et al.,

2012). Quant à Koch, il développa avec son assistant Loeffler la conception moderne de la transmission des maladies en formulant, en 1884, quatre critères d'établissement d'un lien causal entre un microbe et une maladie.

- 1) Le microbe doit se trouver en abondance dans tous les organismes malades et ne doit pas se trouver dans les organismes sains ;
- 2) Le microbe doit être isolé d'un organisme malade et conservé dans un environnement stérile ;
- 3) Le microbe conservé doit causer la maladie lorsqu'il est injecté dans un organisme sain ;
- 4) Le microbe doit être isolé une deuxième fois de l'organisme testé de manière à vérifier si le microbe est identique à l'agent pathogène original (Karamanou et al., 2012).

La théorie des germes allait transformer les pratiques hygiéniques de la société. Les populations des sociétés occidentales ont eu une nouvelle conception de la contagion. Au début du XXe siècle, on ne parlait plus de miasmes, mais de germes dont il faut se prémunir en faisant attention à ce que l'on touche et aux contacts sexuels. Le savon est devenu une denrée essentielle (Washer, 2010). Se laver régulièrement et ne pas se toucher la bouche avec les mains sont devenu des messages d'hygiène publique courants (Martin, 1994). Ainsi donc, l'hygiène corporelle est devenue une importante composante de la santé publique et progressivement une norme sociale. Les germes sont considérés depuis lors de manière métaphorique comme des envahisseurs contre lesquels il faut se battre (Gwyn, 1999 ; Washer, 2010). L'évolution de la théorie des miasmes à la théorie des germes a été suivie parallèlement d'une transformation des rapports aux maladies et à leurs représentations. J'aborderai au chapitre 4.1 plus en profondeur la thématique des représentations sociales des maladies.

L'émergence des maladies infectieuses et la menace qu'elles représentent sont indissociablement liées à la naissance de la civilisation (Diamond, 1999). Le mode de vie des êtres humains et la technologie ont évolué parallèlement avec l'avènement d'épidémies diverses. La théorie de la transition épidémiologique, avancée par Omran (1971), a eu un fort impact dans le domaine de la santé publique, notamment par le fait de considérer les évolutions sanitaires comme parties du changement social (Caldwell, 2001).

Omran dénombre trois étapes successives de la transition épidémiologique dans l'histoire de l'humanité et affirme que « les maladies dégénératives et de société (*man-made*) remplacent les pandémies d'infection en tant que première cause de morbidité et mortalité » [traduction libre]

(Omran, 1971, p. 509). La première étape est appelée « l'Âge des pestes et de la famine » (*Age of Pestilence and Famine*), « dans lequel la mortalité est élevée et fluctuante, empêchant ainsi l'accroissement de la population. Durant cet âge-là, l'espérance de vie moyenne à la naissance est courte et varie entre vingt et quarante ans » [traduction libre] (Omran, 1971, p. 511). La deuxième est décrite comme « l'Âge du recul des pandémies » (*Age of Receding Pandemics*), « où la mortalité décline progressivement et où les pics d'épidémies deviennent moins fréquents ou disparaissent. L'espérance de vie moyenne à la naissance varie alors entre trente et cinquante ans. L'accroissement de la population commence à décrire une courbe exponentielle » [traduction libre] (Omran, 1971, p. 511). La troisième étape de la transition épidémiologique est dénommée « l'Âge des maladies dégénératives et des maladies de société » (*Age of Degenerative and Man-Made Diseases*). « La mortalité continue de décroître et tend à se stabiliser à un bas niveau. L'espérance de vie moyenne à la naissance augmente graduellement jusqu'à dépasser les cinquante ans. C'est durant cette étape que la fertilité devient le facteur crucial de l'accroissement de la population » [traduction libre] (Omran, 1971, p. 511). La succession de ces étapes se sont faites au travers de transitions épidémiologiques.

La première transition épidémiologique a eu lieu il y a environ dix mille ans, durant le passage d'une société de chasseurs-cueilleurs à l'agriculture. Cette période est caractérisée par la sédentarisation des êtres humains et les groupements à proximité des animaux et de leurs agents pathogènes. Auparavant, les individus étaient des nomades et évoluaient en petits groupes qui n'avaient que peu de contacts entre eux. Avec l'adoption d'un mode de vie sédentaire, le risque d'épidémies s'est accru. La tuberculose, la lèpre, la variole, la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la scarlatine, ou encore la diphtérie sont des maladies endémiques dont la propagation a été favorisée par ce nouveau mode de vie et les débuts du commerce (Washer, 2010).

Les êtres humains ont souffert de longues périodes de pestes et de famines durant ce temps-là. La mortalité était très élevée et l'espérance de vie se situait entre vingt et quarante ans. En Europe, l'époque romaine a vu le phénomène d'urbanisation s'accélérer. Les villes romaines ont à plusieurs reprises été un tremplin pour de nombreuses épidémies. Durant la dernière partie de l'époque médiévale en Europe, les épidémies de peste coïncidèrent avec les périodes de famines ; périodes durant lesquelles les organismes étaient affaiblis. Entre 1347 et 1352, la « peste noire » a décimé entre 30 et 50% de la population européenne de l'époque, soit environ vingt-cinq millions de personnes. Les guerres et le transport maritime ont facilité sa propagation. Entre 1493 et 1530, la syphilis s'est répandue à travers le continent européen. La

découverte du Nouveau monde par Christophe Colomb a précipité la propagation de maladies à une nouvelle échelle intercontinentale. En outre, comme décrit plus haut, durant cette période, nombreuses étaient les croyances associant les maladies au châtement divin ainsi qu'aux miasmes. Les Juifs ont aussi été victimes de violences, accusés d'être à l'origine de la propagation de l'épidémie en ayant empoisonné puits et cours d'eau.

La seconde transition épidémiologique a eu lieu en Europe occidentale entre le XVIIIe et le XIXe siècle avec les progrès de la médecine, la mise en place de mesures de santé publique, ainsi que l'amélioration de la nutrition. L'espérance de vie a atteint cinquante-cinq ans. La mortalité et les épidémies de maladies infectieuses ont décliné. La confiance de la population envers la médecine était grandissante au début des années 1900 (Tognotti, 2003). Les spécialistes parlent alors du début de « l'Age d'or » de la médecine, à cause de l'augmentation des identifications d'agents infectieux parmi les êtres humains et les animaux, du développement sans précédent de médicaments antibiotiques et de vaccins, comme la pénicilline en 1928, et le vaccin contre la grippe durant les années 1930 (Washer, 2010). L'« Age d'or » durera, comme nous le verrons plus loin, jusqu'aux années 1980 et l'épidémie du syndrome d'immunodéficience acquise, plus connu sous le nom de SIDA.

Cependant, malgré les avancées de la médecine, les taux de mortalité dus aux maladies infectieuses sont restés considérables, y compris dans les pays industrialisés. L'exemple le plus parlant, et qui fait encore référence en matière de pandémie de grippe, est celui de la « grippe espagnole » de 1918. Cette grippe a atteint près de 500 millions d'individus et en a tué quarante à cent millions dans le monde (Johnson & Mueller, 2002). La « grippe espagnole » a particulièrement été dévastatrice auprès des jeunes adultes engagés durant la Première Guerre mondiale. Le dramatique bilan de cette pandémie a néanmoins eu l'avantage de pousser les nations du monde à réfléchir à la mise en place d'actions sanitaires menées en commun. C'est à cette époque que la Société des Nations a émis l'idée d'instaurer un Comité international d'hygiène. Ce comité allait devenir l'OMS en 1948 (Dedet, 2010).

La fin des années 1960 a vu la mise en place de programmes internationaux de vaccination. Les épidémies de polio ont pu être maîtrisées. En 1967, le Programme intensifié d'éradication de la variole, placé sous la houlette de l'OMS, a permis d'éradiquer la maladie de la plupart des parties du globe. Dans la foulée, des programmes internationaux de vaccination destinés aux enfants ont été soutenus par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) pour lutter contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et la variole. Les taux

internationaux de vaccination contre ces maladies ont atteint les 80%. Cette dynamique de victoires contre les maladies infectieuses a encouragé les efforts dans les programmes internationaux de vaccination. Les maladies infectieuses pouvaient être combattues par les progrès de la médecine et faisaient moins peur qu'à la fin du XIXe siècle.

La troisième transition démographique se serait produite durant les années 1970, lorsque les pays occidentaux ont vu une augmentation des cas de maladies dégénératives et de société, comme le cancer et les maladies cardiaques. Ces dernières ont commencé à susciter davantage de craintes que les maladies infectieuses, dont on pensait qu'elles seraient contrôlées grâce aux progrès de la médecine. L'espérance de vie moyenne s'est également allongée pour dépasser les soixante-dix ans. Les progrès de la médecine et les programmes sanitaires mondiaux ont permis aux pays en voie de développement de connaître une transition similaire, même si la mortalité due aux maladies infectieuses continuait de rester importante. Vinrent ensuite les années 1980 et l'épidémie de SIDA qui sonnèrent le glas de l'« Age d'or » de la médecine.

2.2. Les défis contemporains de santé publique

Je retrace ici les épidémies de maladies infectieuses contemporaines qui ont particulièrement marqué la fin du XXe et le début du XXIe siècle et posé des défis à la santé publique. Je m'inspire pour cela des sélections d'épidémies faites par Dedet (2010) et Washer (2010). Ainsi, je traiterai premièrement de l'apparition, dans les années 1970, de la fièvre hémorragique Ebola. Dans un second temps, je m'intéresserai à l'avènement du SIDA dans les années 1980. Ensuite de quoi j'aborderai brièvement la crise de la « vache folle » dans les années 1990. Les épidémies des années 2000 concluront cette revue d'épidémies contemporaines, avec les cas du SRAS et de la « grippe aviaire ».

Les épidémies de maladies décrites ci-dessous sont de natures infectieuses diverses, mais elles ont en commun le fait d'avoir attiré sur elles à la fois l'attention des médias, des politiciens, des spécialistes de la santé publique, et de la population. Ces épidémies sont toutes indexées dans un contexte de globalisation qui recèle de nombreux facteurs favorisant leur (ré)émergence et leur propagation, à l'instar de l'intensification du transport et du commerce international, l'intensification des méthodes industrielles dans l'agriculture, ainsi que la diffusion ultra rapide des informations provenant de toute la planète via internet. La succession de ces épidémies dans un laps de temps relativement court qu'est celui de la fin du XXe et du début du XXIe a débouché sur une évolution du discours du risque et de la manière de s'en protéger par des mesures d'hygiène adaptées, ou, comme nous le verrons au chapitre 4.2, par des mécanismes

de *coping* symbolique (Wagner, 2001). L'expérience de la succession de ces épidémies a vraisemblablement sédimenté dans les mémoires d'une partie des individus qui ont vécu la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009, leur donnant des points d'ancrage pour mieux la comprendre et y réagir de la meilleure des façons possibles.

Les années 1970 ont été marquées par l'avènement d'épidémies de fièvres hémorragiques qui ont fait parler d'elles, avec notamment les virus de Marburg, de Lassa et d'Ebola. Il est particulièrement intéressant de se pencher sur le traitement médiatique occidental des épidémies d'Ebola des années 1970 et 1990 et celle qui s'est déroulée en 2014, car des similitudes sont à constater. Comme les épidémies de fièvre Ebola des années 1970 et 1990, celle de 2014 était présentée comme étant avant tout une épidémie africaine, et par conséquent, comme une épidémie lointaine ; comme si le terme de virus Ebola était associé à celui de l'Afrique (Joffe & Haarhoff, 2002). Si dans les années 1970 l'épidémie concernait le Soudan et le Zaïre, celle des années 1990 concernait le Gabon, la Côte d'Ivoire et le Zaïre. Celle de 2014 touchait principalement le Liberia, la Sierra Leone, la Guinée, et la République démocratique du Congo (ancien Zaïre).

Les reportages médiatiques ont mentionné pour chaque épidémie le manque de moyens sanitaires des pays africains pour contrôler et endiguer les épidémies. La plupart des médias présentent les lieux de l'épidémie comme des lieux dans lesquels règne un certain chaos qui nécessite l'intervention d'organisations sanitaires occidentales. Ainsi, en 2014, la plupart des reportages sur le virus Ebola dans les pays souffrant de l'épidémie suivent les activités de soignants de Médecins sans Frontières, association médicale internationale créée à Paris en 1971 par des médecins et des journalistes. Dans un monde globalisé, la préoccupation des pays européens, après l'annonce du désastre africain, a été de savoir si une telle épidémie pourrait avoir lieu chez eux, et si leurs systèmes hospitaliers seraient prêts à y faire face. En 2014, ce qui a pu aviver les craintes de la population occidentale relative au virus Ebola est la médiatisation de cas de soignants infectés sur le terrain africain et revenus en avion sur le territoire occidental en ayant potentiellement infecté leur réseau de connaissances. Les médias et les autorités de santé publique concernées par ces cas, voulant couper court aux craintes de voir l'épidémie « descendre de l'avion » (*stepping off a plane scenario*) (Ungar, 1998) ont tout de suite informé la population que la fièvre Ebola n'était pas contagieuse tant que la personne infectée ne présentait pas de symptômes.

Toutefois, le contenu des médias relatifs à une épidémie telle qu'Ebola ne crée pas forcément de panique au sein de la population. Même si l'épidémie a souvent été décrite de façon spectaculaire dans les médias, le public garde une certaine distance face aux informations et se représente cette maladie comme étant lointaine et dont le danger est vu comme exclusivement réservé à l'Afrique (Joffe & Haarhoff, 2002).

Le SIDA, apparu en 1981, a constitué une pandémie qui a forcé les plus optimistes à rompre avec l'idée que la médecine pouvait vaincre toutes les maladies infectieuses. On a attribué à cette maladie alors inconnue des origines diverses de manière plus ou moins rationnelle. Le SIDA a représenté un phénomène autant social, que politique et médical, du fait qu'au-delà de sa propriété dévastatrice, son émergence s'est produite dans une période de médiatisation grandissante des sujets de santé. L'épidémie de SIDA s'est révélée être un sujet « captivant » de par ses thématiques adjacentes que furent la sexualité, la drogue, le racisme, la religion et la politique (Washer, 2010). Elle a toutefois dû attendre deux ans après son émergence pour attirer véritablement l'attention médiatique, car contrairement à d'autres maladies plus préoccupantes, comme le cancer, il ne s'agissait « que » d'une maladie infectieuse qui, de surcroît, ne concernait qu'une minorité de la population. Au fil de son évolution, cette maladie a de plus en plus mobilisé de nouveaux acteurs, comme les associations de malades, les militants homosexuels et les médias.

Les premiers rapports concernant la maladie du SIDA ont parlé de différents patients souffrant d'immunodéficience sans raison apparente (Centers for diseases control and prevention, 1981). La seule chose qu'ils aient eue en commun a été le fait d'être des homosexuels, selon un rapport publié dans le *New England Journal of Medicine* (Gottlieb et al., 1981). Dès lors, avant l'intronisation du terme officiel de syndrome d'immunodéficience acquise, en septembre 1982, la maladie a été plus communément appelée le « cancer gay », le « fléau gay », ou encore la « maladie immunitaire des gays » (*Gay related immune deficiency*). En 1983, le CDC désigna des groupes à risque. Les gays n'étaient pas le seul groupe considéré comme « à risque ». D'autres groupes à risque ont été communément appelés le « club des quatre H » : homosexuels, héroïnomanes, Haïtiens et hémophiles. Cette désignation de groupes à risque dichotomisa la population en deux parties. Celle de la « population générale », qui ne pensait pas être un groupe à risque, et celle « à risque », qui a subi une forte stigmatisation sociale, notamment dans le monde du travail (Schiller, Crystal, & Lewellen, 1994).

L'épidémie de SIDA a connu une explosion de sa couverture médiatique principalement par le biais de groupe d'intérêts tels que les militants homosexuels, victimes d'ostracisme, et par la proposition d'experts sanitaires selon laquelle le virus du SIDA pourrait être transmissible à la population entière au travers de contacts rapprochés routiniers (Oleske et al., 1983). La maladie et sa potentialité d'infection du public hétérosexuel a été véritablement publiquement reconnue en grande partie par la médiatisation de cas de célébrités atteintes du SIDA. C'est le cas de Rock Hudson, acteur d'Hollywood qui, en juin 1985, annonça qu'il était victime du SIDA et qui mourut quelques mois plus tard. Sa mort a eu un véritable impact sur la visibilité de la maladie du SIDA. Au moment de la révélation de sa maladie, le public ne savait pas que Rock Hudson était homosexuel. Ce n'est qu'un mois après la révélation de sa maladie que les journaux ont commencé à évoquer l'homosexualité de Hudson. Ainsi donc, le cas de Hudson a autant favorisé la prise de conscience de la dangerosité du SIDA que l'idée d'une maladie exclusivement destinée aux gays. Le cadrage médiatique du SIDA allait également dans le sens de la désignation des homosexuels comme bouc émissaire. Les photographies de visages cadavériques et l'accompagnement de textes évoquant les pratiques homo- ou bisexuelles jugées déviantes constituaient la vision médiatique la plus répandue de cette nouvelle épidémie au début des années 1980. Ces visages représentaient la « face » du SIDA, avec la part de jugement moral sous-jacent : ils ont eu ce qu'ils méritaient (Kitzinger, 1995 ; Joffe, 1995). Parfois, la désignation de bouc émissaire était personnifiée. Le steward canadien Gaetan Dugas a été accusé d'avoir introduit le SIDA aux Etats-Unis en ayant eu des rapports sexuels avec des gays américains dont le dépistage s'est révélé positif. Dugas est ainsi devenu la figure anxieuse des hommes gays coupables d'avoir importé le SIDA dans le territoire national, et d'avoir ainsi rendu la population américaine vulnérable (King, 2003). Les gays représentaient plus que jamais des personnes menaçantes à blâmer.

Les choses ont changé dès 1986 avec l'apparition de plus en plus fréquente de cas de SIDA de personnes hétérosexuelles. La fin des années 1980 a vu l'essor des campagnes de prévention, mettant l'accent sur l'utilisation du préservatif en cas d'ignorance de son propre statut VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou de celui de son/sa partenaire et d'éviter les relations sexuelles avec plusieurs partenaires. Ainsi, la maladie que l'on pensait rattachée aux homosexuels devient une menace pour l'ensemble de la population. Le cadrage médiatique a dès lors également évolué, passant de la désignation des gays comme coupables, à un cadrage dans lequel on distinguait deux catégories, à savoir, d'un côté, les victimes « responsables » : les homosexuels, les consommateurs de drogue et les prostituées, et de l'autre, les victimes

« innocentes », qui ont été infectées à leur insu par des porteurs du virus imprudents, voire même malicieux (Washer, 2010). Cette période a aussi été marquée par des scandales et les peurs de plus en plus prononcées liées à l'infection au travers du sang contaminé. L'« affaire du sang contaminé » en est un exemple. A cause du décalage entre la connaissance des canaux de transmission du virus VIH et le moment où les autorités de santé publique ont pris des mesures, de nombreux hémophiles et transfusés ont été « négligemment » infectés. En Suisse, la Croix-Rouge a été accusée et reconnue coupable d'avoir utilisé des produits sanguins incertains (Pasteur, 2009). Il s'agit aussi d'une période où les règlements de sports de contact ont été modifiés. Ainsi, les joueurs de football qui saignent doivent depuis lors sortir du terrain de jeu pour se faire soigner, afin d'éviter toute infection.

Enfin, la fin des années 1980 a été également caractérisée par un changement de perspective sur la maladie. Le discours de prévention est devenu de plus en plus rationnel, passant de la désignation de groupes à risque à des comportements à risque (Alcibes, 2009). A la fin des années 1990, des thérapies antirétrovirales commencent à voir le jour. Ces nouvelles thérapies modifient la perception de la maladie des personnes qui en ont l'accès. Ainsi, d'une maladie dévastatrice, on est passé à une maladie chronique au même titre que le diabète. Les individus prennent petit à petit conscience que l'on peut continuer de vivre tout en étant séropositif. Le SIDA est devenu vers les années 2000 une peur du passé. Néanmoins, l'épidémie du SIDA a révélé que la médecine, aussi performante soit-elle, n'est plus infallible et que des épidémies de maladies infectieuses peuvent toujours provoquer d'importants dégâts et changements sociaux. L'épidémie du SIDA a par ailleurs lancé la tendance à l'accroissement de la couverture médiatique, durant les années 1990, des maladies infectieuses émergentes.

La maladie de la « vache folle », terme populaire pour désigner l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), est un exemple de la médiatisation croissante de ce qui fut une crise sanitaire et agroalimentaire en Angleterre. En 1985, en Angleterre, des cas de vaches agressives et développant des problèmes de coordination sont découverts. Ces vaches sont mortes dix-huit mois après, malgré un traitement. Jusqu'en 1987, des cas similaires ont augmenté. La cause de ces maladies est découverte en 1988. Il s'agissait des farines animales issues de carcasses de ruminants broyées, contenant des prions repliés, que les fermiers donnaient à leur bétail. En 1990, le gouvernement britannique pris des mesures en interdisant les organes bovins les plus infectieux de la chaîne alimentaire humaine.

L'Union européenne a restreint l'importation de bœuf anglais en 1989 et l'a interdit dans un second temps, avant de l'accepter de nouveau, à condition que le bœuf soit certifié sûr. Le gouvernement britannique a dû redoubler d'efforts afin de soutenir la consommation de bœuf anglais en Angleterre à coup de grandes campagnes promotionnelles. En 1994, un documentaire établissant un lien possible entre une nouvelle forme de maladie de Creutzfeldt-Jakob et l'ESB provoqua une peur collective. Dans un contexte marqué par l'épidémie du SIDA, l'annonce du lien probable entre le BSE et la maladie de Creutzfeldt-Jakob donnait à penser que la maladie de la « vache folle » pouvait déboucher sur une autre large épidémie. Le gouvernement britannique ne pouvait dès lors plus ignorer cette crainte et décida d'interdire les abats de veau et de bœuf à la consommation.

La maladie était perçue comme « déshumanisante » de par les démences qu'elle provoquait et les contractions brutales des muscles. Des controverses publiques ont vu le jour. Les membres du Parti conservateur étaient fortement soupçonnés d'avoir des liens d'intérêts avec l'industrie agroalimentaire. Les méthodes de l'industrie agroalimentaire ont également été critiquées. La maladie de la « vache folle » a été considérée comme une punition envers les méthodes non-naturelles. Le nouveau cadrage médiatique se centrait moins sur les conséquences déshumanisantes de la maladie que sur le conflit entre le gouvernement britannique et le protectionnisme de l'Union européenne. En Europe, l'épisode de la « vache folle » a fait ressurgir certains stéréotypes sur la « mauvaise » nourriture britannique. Il s'agissait, d'une certaine manière, de repousser la menace de la maladie en l'expliquant par le fait que les britanniques ont l'habitude de manger de la « mauvaise » nourriture (Washer, 2010).

Puis, petit à petit, l'intérêt médiatique pour l'ESB déclina en faveur d'autres maladies infectieuses émergentes. Même si le bilan a été lourd pour l'industrie agroalimentaire en termes de bovins infectés et tués, la crainte de voir des millions de personnes victimes de l'épidémie ne s'est finalement pas concrétisée, puisqu'on a dénombré « seulement » quelques centaines de victimes. La crise de la « vache folle » a poussé à l'amélioration de la traçabilité des produits bovins et, dans la même veine, a amené à une plus grande prise de conscience de l'importance de la précaution dans l'agroalimentaire.

Le SRAS, ou syndrome respiratoire aigu sévère a connu le développement d'une épidémie partie de Hong Kong en février 2003 pour parcourir le monde, car très contagieuse. Le SRAS était alors une pathologie émergente, totalement inconnue. On pensait alors qu'il s'agissait d'une grippe, étant donné qu'à cette époque, Hong Kong était également le point de départ de

la « grippe aviaire » A/H5N1. L'épidémie de SRAS a rapidement été endiguée grâce à la mise en place d'isolement des patients. Ces mesures n'ont toutefois pas empêché l'épidémie d'atteindre, entre novembre 2002 et fin juin 2003, « 8546 personnes réparties dans 33 pays du monde, principalement d'Asie, où 15 pays furent impliqués (8081 cas, dont 771 morts), en particulier la Chine continentale (5327 cas), Hong Kong (1755 cas), Taïwan (682 cas), Singapour (206 cas) et le Vietnam (63 cas). Hors du continent, c'est au Canada que l'épidémie fut la plus importante » (Dedet, 2010, p. 185). L'origine de l'épidémie s'est révélée être un coronavirus, présent dans de la volaille vendue sur des marchés urbains chinois. Ce qui a caractérisé la couverture médiatique de cette épidémie, c'est la vitesse à laquelle les épisodes liés à cette épidémie se sont succédé en l'espace de trois mois, passant d'une épidémie alarmante affectant les activités quotidiennes des Chinois et des habitants de Hong Kong, avant de retomber dans le silence (Washer, 2010). L'explication de ce « silence » peut se trouver en partie dans le fait que l'épidémie de SRAS a été en quelque sorte « concurrencée » médiatiquement par l'invasion de l'Irak par les troupes américaines et britanniques. Avec la propagation internationale de l'épidémie, Hong Kong est devenue une sorte de paria. En Suisse, par exemple, deux jours avant l'ouverture de l'édition 2003 de « Baselworld », foire mondiale de l'horlogerie, on se souviendra de la décision de l'OFSP d'interdire la présence des exposants asiatiques à cause du SRAS, provoquant une chute non-négligeable des visiteurs du salon de l'horlogerie (Swissinfo, 2005). Comme pour Ebola, on craignait une « descente de l'avion » (Ungar, 1998) de la maladie.

La culture chinoise a été passablement stigmatisée durant l'épisode de SRAS. On disait des Chinois qu'ils mangeaient de la mauvaise nourriture, qu'ils vivaient trop près des animaux et qu'ils avaient une hygiène médiocre. En particulier, on critiqua les marchés sur lesquels étaient vendus des animaux vivants. Dans les médias, les thèmes liés aux différents rapports à l'hygiène entre les Chinois et les pays occidentaux étaient fréquents. Le lectorat était donc incité à se faire une image des Chinois comme étant « sales » et mangeant de la nourriture « dégueulasse ». Cette représentation des Chinois, indirectement, leur donnait une occasion de se rassurer en faisant une comparaison avec leur environnement. Le lectorat pouvait se dire qu'une telle épidémie ne pouvait pas se produire dans les pays occidentaux, parce que le mode de vie et le rapport à l'hygiène sont différents (Washer, 2004).

Du SRAS, les autorités de santé publique en ont retiré quelques leçons. Cette épidémie a permis de se rendre compte de l'importance du trafic aérien dans la diffusion des maladies hautement contagieuses, de même qu'elle a démontré l'importance et les bénéfices d'une gestion sanitaire

internationale, notamment en matière de communication du risque (Dedet, 2010). L'épidémie de SRAS et la mondialisation croissante ont été à l'origine de l'adoption d'un nouveau Règlement sanitaire international par l'Assemblée mondiale de la santé, le 23 mai 2005.

3. Perception du risque et comportements de santé

Les recherches sur la perception du risque et les comportements de santé ont apporté une contribution remarquable à la communication du risque. Les recherches sur la perception du risque investiguent les divergences entre le risque objectif d'un danger et le risque perçu par les individus. Les divergences entre risque objectif et risque perçu sont attribuées à des biais cognitifs individuels. Par risque, il faut comprendre la probabilité (objective ou perçue) qu'une personne subisse un préjudice, tandis qu'il faut entendre par danger une source potentielle de préjudice (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2009). Comprendre les limitations des individus dans l'évaluation des risques est fondamental pour mieux comprendre le processus de prise de décision d'un individu (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1982). Dans la plupart des cas, les individus n'ont pas de statistiques sous la main pour évaluer adéquatement un risque. Ils doivent se référer à ce qu'ils se souviennent avoir entendu ou observé pour décider de la manière dont ils réagiront au risque potentiel. Ce processus mental intuitif est appelé heuristique. L'heuristique permet, par exemple, à l'individu de réduire la complexité de l'évaluation d'un risque et de prendre des décisions rapides et qui lui paraissent valides dans une circonstance donnée. Cette manière de procéder peut aussi amener à des biais de perception du risque, et, ainsi, entraîner des comportements inadéquats.

Trois mécanismes de perception du risque ont reçu particulièrement d'attention en psychologie cognitive : l'heuristique de disponibilité (*availability heuristic*) (Tversky & Kahneman, 1974), l'heuristique de l'affect (*affect heuristic*) (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2007), et le biais optimiste (*optimistic bias*) ou optimisme irréaliste (*unrealistic optimism*) (Weinstein, 1980, 1982, 1984, 1987, 1989). Les apports théoriques de la recherche sur la perception du risque permettent, par exemple, de mieux saisir le scepticisme public envers les maladies infectieuses émergentes, étant donné que celui-ci résulte en partie d'une divergence entre le risque perçu par les individus et les recommandations de comportements de santé des autorités de santé publique.

La recherche sur les comportements de santé, elle, se penche sur la création et l'utilisation de modèles individuels de comportements de santé. Ces modèles servent à prédire l'adoption ou non de comportements de santé bénéfiques par les individus. Ils constituent également un support scientifique pour intervenir le plus efficacement possible en matière d'éducation à la santé. Ce domaine de recherche contribue à une meilleure compréhension de l'influence de divers facteurs dans la prise de décision individuelle d'agir ou non pour la prévention et le traitement des maladies. Parmi les modèles de comportement de santé, j'aborderai principalement le Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974). Ce modèle connaît une utilisation très importante dans les domaines de l'éducation et de la communication pour la santé. Le Health Belief Model comporte des construits mesurables qui permettent aux professionnels de la santé de comprendre plus précisément les éléments qui catalysent ou retiennent, au contraire, l'adoption d'un comportement de santé d'un individu. La mesurabilité de ces construits permet également de réorienter, au besoin, l'information sur un sujet de santé tel que la vaccination contre la grippe. L'utilisation de ce modèle permet, par exemple, de dégager des stratégies pour encourager une personne à modifier son comportement de santé et/ou à continuer d'entreprendre des mesures de santé.

J'évoquerai également d'autres théories dominantes dans le domaine de la prédiction de comportements individuels de santé, telles que la théorie sociale cognitive (*social-cognitive theory*) (Bandura, 2004), la théorie de l'action raisonnée (*theory of reasoned action*) (Fishbein, 1967) et la théorie du comportement planifié (*theory of planned behavior*) (Ajzen, 1991). J'aborderai aussi le modèle transthéorique (*transtheoretical model*) (Prochaska & DiClemente, 1982), théorie dominante du changement de comportement de santé individuel. Le but de ce modèle est moins de prédire l'adoption de comportements de santé que d'étudier la manière dont un individu passe d'un comportement de santé problématique à un comportement positif, en analysant les diverses perturbations que celui-ci peut rencontrer dans sa tentative d'adoption d'un meilleur comportement de santé.

3.1. Biais et heuristiques

Un individu recourt à l'heuristique de disponibilité lorsqu'il estime la fréquence et la probabilité d'un risque selon la facilité qu'il a à se l'imaginer ou à se le rappeler, en le rapportant à des situations similaires vécues ou rapportées (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1982; Tversky & Kahneman, 1982). Dans ce cas, l'individu recourt à des informations qui lui sont directement disponibles à l'esprit pour agir dans une situation donnée. Le recours à l'heuristique de

disponibilité amène à percevoir un risque comme étant plus élevé selon qu'il a été évoqué et discuté dans l'espace public. Les discussions au sujet d'un risque peu probable favorisent la mémorisation et la capacité de l'individu à l'imaginer, ce qui le conduit, par conséquent, à le percevoir comme plus probable qu'auparavant. Les recherches scientifiques s'intéressant à l'heuristique de disponibilité ont montré que la plupart du temps, les individus surestiment la fréquence de causes de mort sensationnelles et rares, tandis qu'ils sous-estiment celle de causes de mort fréquentes et non-spectaculaires (Slovic et al., 1982). Ainsi, plus un événement possède un caractère sensationnel et extraordinaire, plus les individus ont tendance à voir leur perception du risque augmenter, voire à être surestimée par rapport au risque réel. Par exemple, si j'aperçois une automobile retournée sur le bord d'une autoroute, je vais certainement voir augmenter ma crainte de subir un accident de la route (Tversky & Kahneman, 1973). Le risque de subir un accident de la route me paraîtra plus élevé, parce que j'aurai davantage de facilité à associer ce risque avec un exemple concret d'accident.

Je vais donner un autre exemple ayant trait à la perception du risque de subir des effets secondaires à la suite d'une vaccination contre la grippe. Une infirmière pourra surestimer le risque des effets secondaires du vaccin contre la grippe après avoir lu dans les médias des témoignages de personnes disant avoir développé un syndrome de Guillain-Barré après la vaccination, ou après avoir expérimenté elle-même, par le passé, une baisse de forme après la vaccination. Dans ce cas, le souvenir de témoignages ou d'expériences personnelles reviennent facilement à l'esprit de l'infirmière. Ce sont des informations qui lui sont accessibles directement et qui peuvent avoir une influence importante dans la décision de se faire vacciner ou non. Pour l'infirmière en question, le risque lié à la grippe peut être perçu comme moins élevé que le risque de subir des effets secondaires relativement graves consécutivement à la vaccination. Pour notre infirmière, le syndrome de Guillain-Barré, maladie neuromusculaire rare mais pouvant déboucher sur une paralysie totale, a une connotation dramatique et présente une charge émotionnelle qui peut ainsi biaiser sa perception du risque lié à la vaccination contre la grippe. Le fait de se rappeler d'un tel témoignage dans les médias amènera l'infirmière à considérer le risque de développer un syndrome de Guillain-Barré à la suite d'une vaccination comme plus élevé qu'auparavant. La couverture médiatique importante et parfois dramatisante de la pandémie de grippe A/H1N1, avec de nombreux articles remettant en cause le vaccin et l'intégrité des autorités internationales de santé publique, a pu augmenter, chez certains individus, la perception du risque de pâtir des effets secondaires du vaccin (Klemm, Das, & Hartmann, 2016; Lichtenstein, Slovic, Fischhoff, Layman, & Combs, 1978). Un raisonnement

basé sur l'heuristique de disponibilité peut prendre le pas sur les recommandations de vaccination, même si elles expliquent, comme dans le fascicule distribué par l'OFSP, qu'« une complication neurologique (syndrome de Guillain-Barré) a été observée après 1 vaccination sur 1 million » ou que « le risque de complications graves dues à la grippe est nettement plus élevé que celui d'effets indésirables de la vaccination » (OFSP, 2012, p. 15).

L'exemple de l'infirmière ci-dessous m'amène à mentionner l'heuristique de l'affect (*affect heuristic*) (Slovic et al., 2007). L'heuristique de l'affect consiste pour un individu à évaluer rapidement un objet, un événement ou un risque, en recourant à des impressions affectives générales facilement accessibles à l'esprit, qu'elles soient positives ou négatives (Finucane, Alhakami, Slovic, & Johnson, 2000). L'heuristique de l'affect joue également un rôle dans l'évaluation des risques et des bénéfices d'une activité ou d'un comportement. Reprenons l'exemple de l'infirmière ci-dessus. La vaccination contre la grippe la renvoie au témoignage d'une personne ayant développé un syndrome de Guillain-Barré et au souvenir d'une baisse de forme. Étant donné qu'elle ressent une émotion négative en s'imaginant développer un syndrome de Guillain-Barré à la suite de la vaccination, elle manifesterait très probablement une réticence envers la vaccination. Elle percevra alors les risques de la vaccination comme étant plus élevés que ses bénéfices. Dans ce cas-là, l'anticipation de sentiments négatifs liés aux possibles conséquences de la vaccination aura motivé sa décision (Slovic & Peters, 2006). Le recours à l'heuristique de l'affect varie selon le contexte et la propension d'un objet ou d'un événement à évoquer chez l'individu des sentiments positifs ou négatifs (Finucane et al., 2000).

Le biais optimiste (*optimistic bias*), quant à lui, est une erreur de jugement qui consiste, pour un groupe d'individus, à penser que leur probabilité de vivre des événements négatifs dans le futur est moins élevée que la moyenne d'une population donnée (Weinstein, 1980). En matière de santé, le biais optimiste consiste, pour un groupe d'individus à se percevoir comme étant moins sujet à des problèmes de santé que les autres personnes ; et que si des problèmes surviennent, ils seront moins graves que pour les autres (Clarke, Lovegrove, Williams, & Machperson, 2000). Pour Weinstein (1987), le biais optimiste se manifeste souvent lorsque l'individu, faute de pouvoir expérimenter le risque lui-même, est amené à s'imaginer le danger que celui-ci représente en se comparant à d'autres individus plus vulnérables. Cela permet à l'individu de gérer l'anxiété et l'incertitude liées au risque. Cela lui permettra d'affirmer que le risque affectera ces personnes plus vulnérables, et pas lui.

3.2. Le Health Belief Model

Le Health Belief Model (en français, modèle des croyances de santé) (Figure 1) est utilisé pour expliquer le changement et le maintien du comportement de santé des individus, ainsi que pour servir de base pour les interventions en vue de l'adoption d'un meilleur comportement de santé (Champion & Skinner, 2008). Le but initial de ce modèle développé dans les années 1950 était de comprendre pourquoi certaines personnes ne participaient pas aux différents programmes de santé publique, en étudiant, par exemple, la susceptibilité perçue par les individus d'attraper la tuberculose et les bénéfices perçus de recourir à une détection précoce (Hochbaum, 1958). Il s'est ensuite développé pour y inclure, par exemple, l'investigation de la réponse des individus à l'apparition de symptômes (Kirscht, 1974) ou encore à l'adhérence des individus à un traitement médical à la suite du diagnostic d'une maladie (Becker, 1974). Le Health Belief Model explore différents facteurs qui sont susceptibles d'expliquer la prise de décision de l'individu d'agir en vue d'éviter ou de contrôler une maladie. La relation entre la perception du risque et l'adoption de comportements de santé est donc au cœur des préoccupations du Health Belief Model. Ce que nous dit ce modèle, c'est qu'un individu qui se considère comme étant susceptible de contracter une maladie, qu'il pourrait souffrir de ses conséquences, qu'il croit qu'un traitement disponible l'aidera à réduire ses chances d'être malade ou à réduire les conséquences d'une maladie, qu'il estime que les bénéfices de suivre ce traitement seront supérieurs aux sacrifices qu'il devra fournir, et qu'il se sent capable de le suivre, alors il aura tendance à adopter un comportement de santé bénéfique (Champion & Skinner, 2008).

Le Health Belief Model se base sur des construits qui servent à prédire l'adoption des individus d'un comportement de santé bénéfique. Voici la description de ces construits :

- Susceptibilité perçue de la maladie (*perceived susceptibility*) : croyances individuelles quant à la probabilité d'attraper une maladie.
- Gravité perçue de la maladie (*perceived severity*) : évaluation individuelle intuitive de la gravité de contracter une maladie et du fait de ne pas la traiter. Cette évaluation implique une anticipation des conséquences médicales et sociales possibles de la maladie.
- Bénéfices perçus à l'action (*perceived benefits*) : évaluation des bénéfices des différentes actions destinées à réduire la menace de la maladie.

- Barrières perçues à l'action (*perceived barriers*) : évaluation des aspects négatifs liés à une action de santé destinée à réduire la menace de la maladie.
- Incitations à l'action (*cues to action*) : signaux qui rappellent à l'individu qu'il serait bon d'agir ou de continuer d'agir pour améliorer son état de santé. Ces signaux peuvent être physiologiques tels que des quintes de toux, ou issus de l'environnement de l'individu, avec, par exemple, un spot publicitaire contre le tabagisme.
- Auto-efficacité (*self-efficacy*) : niveau de conviction de l'individu d'être capable d'adopter le comportement de santé recommandé.

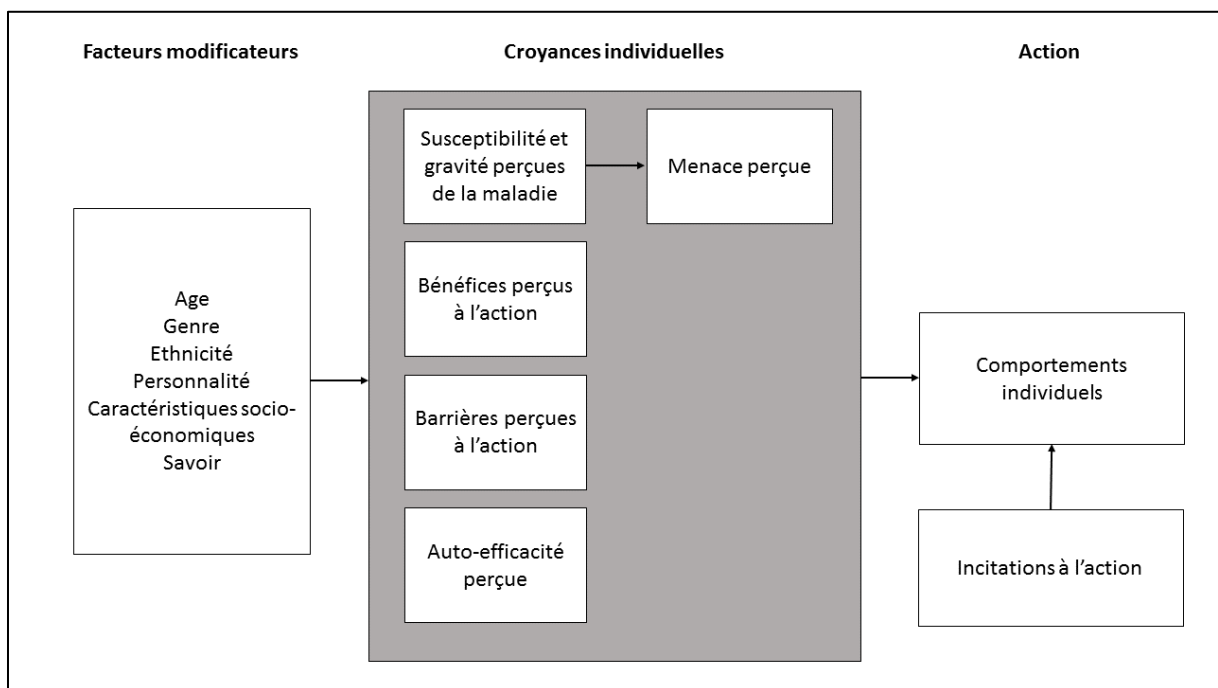


Figure 1: Construits du Health Belief Model et leurs liens (traduit à partir de Champion & Skinner, 2008, p. 49)

Les facteurs modificateurs tels que les caractéristiques socioéconomiques et les connaissances d'un individu peuvent affecter ses croyances. La combinaison des croyances individuelles, tout comme les incitations à l'action, influencent le comportement de santé de l'individu. Parmi les croyances individuelles, la susceptibilité perçue d'attraper une maladie, ainsi que la perception de la gravité de celle-ci sont les composantes de la perception de la menace d'une maladie pour l'individu.

Janz et Becker (1984) ont passé en revue les résultats des études utilisant ce modèle entre 1974 et 1984. Certains construits se sont révélés plus importants que d'autres en termes d'influence sur l'adoption d'un comportement santé. Les auteurs ont constaté que les barrières perçues constituaient le plus important prédicteur de l'adoption d'un comportement de santé. La

susceptibilité perçue de la maladie et les bénéfices perçus se révélaient être des prédicteurs prédominants dans l'adoption d'un comportement de santé recommandé. Il s'est avéré que la gravité perçue de la maladie était le prédicteur le plus faible (Champion & Skinner, 2008). Plus récemment, une méta-analyse a été menée pour déterminer si les construits du Health Belief Model continuaient de prédire les comportements de manière fiable. Les auteurs ont conclu que les barrières et les bénéfices perçus continuaient d'être les prédicteurs les plus importants, mais que la relation entre ces construits et le comportement pouvaient être également expliquée par des variables modératrices, et que, par conséquent, recourir à l'explication des effets directs des concepts du Health Belief Model n'était pas recommandé (Carpenter, 2010). Une revue critique récente de l'utilisation du Health Belief Model pour la configuration de programmes d'intervention a montré que les succès des interventions n'étaient pas liés aux concepts de ce modèle, mais peut-être à d'autres facteurs tels que les techniques de changement de comportement (Jones, Smith, & Llewellyn, 2013).

3.3. La théorie sociale cognitive

Selon la théorie sociale cognitive, la manière dont un individu adopte un comportement de santé dépendra, principalement, de deux croyances : la croyance en l'efficacité du comportement, et la croyance en l'efficacité personnelle ou auto-efficacité (*self-efficacy*) (Figure 2) (Bandura, 1977, 1986). La croyance en l'efficacité du comportement a trait au niveau de conviction individuelle que le comportement de santé en question aboutira sur des résultats bénéfiques. La croyance en l'efficacité personnelle relève du niveau de conviction qu'a l'individu de réussir à adopter le comportement de santé recommandé (Godin, 1991), ainsi que du niveau de conviction que l'adoption d'un tel comportement aura des conséquences physiques et sociales positives ; et ce, malgré les difficultés qu'il pourra rencontrer.

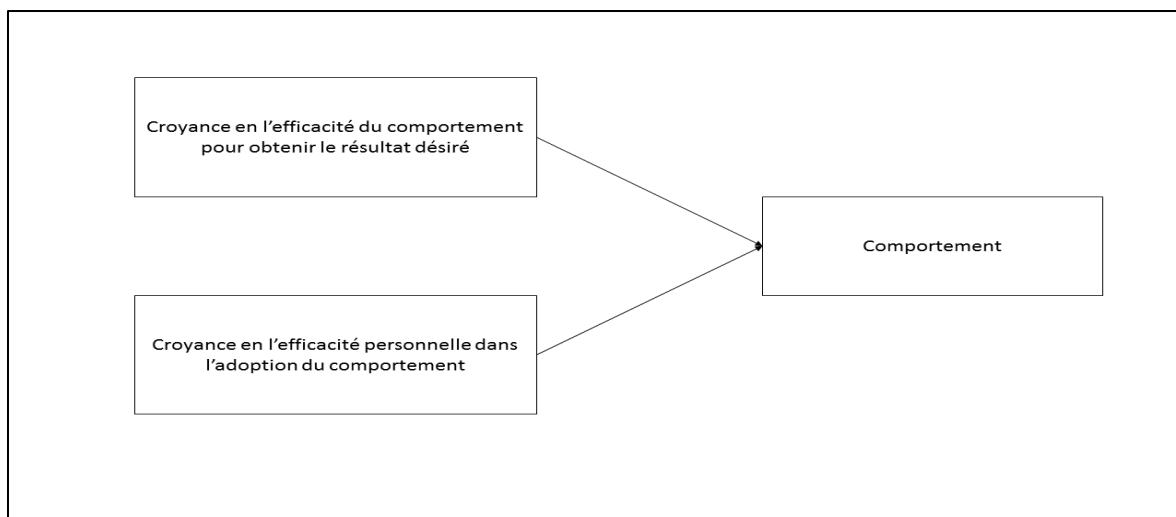


Figure 2: Éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive (Godin, 1991, p. 73, d'après Bandura, 1977)

La théorie sociale cognitive accorde de l'importance à l'influence des attentes normatives dans les motifs d'adoption de nouveaux comportements de santé. Par exemple, un individu en surpoids peut décider de faire des exercices physiques en vue d'éviter un arrêt cardiaque (sur recommandation de son médecin ou de ses amis), s'il a l'intime conviction que l'activité sportive va véritablement renforcer sa santé cardiaque et améliorer son apparence physique, et s'il se sent capable de s'astreindre à une discipline rigoureuse (Godin, 1991). Une des motivations de l'individu sera alors d'agir en vue de répondre à des normes sociales (répondre à des critères de beauté, être présentable, etc.).

Selon plusieurs études ayant employé cette théorie, la force de conviction d'un individu envers son efficacité personnelle est un bon prédicteur de persévérance dans l'adoption d'un comportement de santé recommandé, surtout lorsque les efforts à fournir sont particulièrement importants (Bandura & Cervone, 1983, 1986; Cervone & Peake, 1986; Jacobs, Prentice-Dunn, & Rogers, 1984; Weinberg, Gould, & Jackson, 1979). La valeur prédictive de la croyance en l'efficacité personnelle a incité certains chercheurs dans le domaine des comportements de santé à l'intégrer dans leur modèle. On retrouve, par exemple, ces deux croyances dans les concepts de bénéfices perçus et d'auto-efficacité perçue du Health Belief Model. On retrouve aussi dans la théorie de l'action raisonnée la place importante des attentes normatives dans l'adoption de comportements de santé.

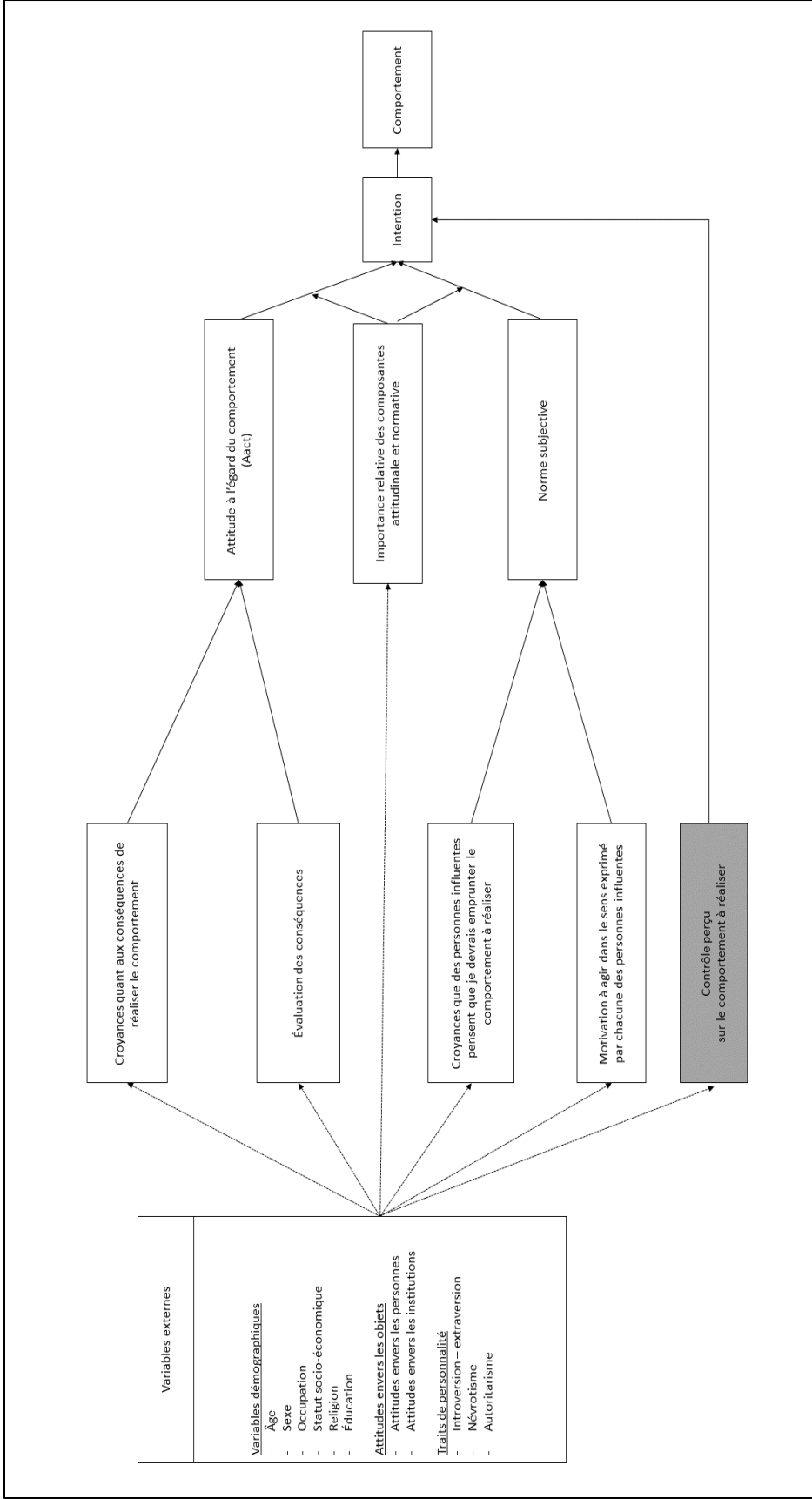
3.4. La théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié

Les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié servent à expliquer d'une part les intentions d'adopter ou non des comportements de santé recommandés, ainsi que la réalisation de ces comportements. Selon les théories de l'action raisonnée et du comportement

planifié, l'intention est le premier déterminant de la réalisation d'un comportement de santé (Figure 3). Ce qui distingue ces deux théories est le fait que la théorie de l'action raisonnée se focalise sur l'influence des attitudes individuelles et des normes subjectives sur l'intention de l'individu à réaliser un comportement de santé. La théorie de l'action raisonnée ne conçoit pas les individus comme des acteurs rationnels, au sens où ceux-ci agiraient de manière rationnelle, logique et correcte, mais plutôt comme des individus dont l'adoption ou le refus d'un comportement de santé recommandé dépend de diverses raisons. La plupart du temps, il s'agit de raisons liées aux croyances individuelles quant aux conséquences de réaliser le comportement et aux normes subjectives s'appliquant à l'individu (Montaño & Kasprzyk, 2008). Pour la théorie de l'action raisonnée, les attitudes de l'individu envers un comportement de santé recommandé sont déterminées par la façon dont l'individu y associe des conséquences et par la manière dont il les évalue (Godin, 1991). Ainsi, un infirmier peut être favorable à la vaccination contre la grippe, parce qu'il croit, par exemple, que la vaccination va le protéger efficacement de la maladie (croyance quant aux conséquences de réaliser le comportement), et qu'il pense que les conséquences de la vaccination, tels que la piqûre et les éventuels effets secondaires (évaluation des conséquences), sont moindres par rapport aux bénéfices de la vaccination. Dans le cas contraire, une attitude défavorable d'un infirmier envers la vaccination peut être expliquée, par exemple, par la prédominance d'une évaluation négative des conséquences de la vaccination. Une telle attitude réduirait alors l'intention de l'infirmier de se faire vacciner. Quant à la norme subjective, elle est caractérisée d'une part par les attentes normatives de personnes, de groupes ou d'autres entités (par exemple, les médias) exerçant une influence sur l'individu. D'autre part, la norme subjective est aussi composée de la motivation de l'individu à répondre à ces attentes normatives (Montaño & Kasprzyk, 2008).

La théorie du comportement planifié apporte à la prédiction de l'intention, la dimension de la perception de contrôle de l'individu sur le comportement à réaliser (voir encadré gris dans la Figure 3). La perception de contrôle de l'individu sur le comportement à réaliser rejoint le concept d'auto-efficacité, dans le sens où elle désigne l'évaluation individuelle des capacités à réaliser le comportement de santé recommandé. Mises en commun, les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié cherchent à déceler parmi les construits « attitudes à l'égard du comportement », « normes subjectives » et le « contrôle perçu sur le comportement à appliquer », lequel devrait être prioritairement utilisé dans les stratégies d'intervention en faveur d'un comportement de santé recommandé pour une population donnée (Montaño & Kasprzyk, 2008). Selon l'hypothèse initiale de la théorie du comportement planifié, la

perception de contrôle de l'individu viendrait en quelque sorte modérer l'effet de l'intention sur le comportement de santé, pour autant que ce dernier ne soit pas totalement sous le contrôle volontaire de l'individu, auquel cas on en serait réduit à la théorie de l'action raisonnée (Godin, 1991).



Note : Les encadrés blancs se rapportent à la théorie de l'action raisonnée ; l'encadré gris se rapporte à la théorie du comportement planifié

Figure 3: Modèle des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié (adapté à partir de Godin, 1991, p. 76 et à partir de Montaño & Kasprzyk, 2008, p. 70)

Les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié constituent donc des cadres théoriques utiles tant pour la recherche que pour les interventions en matière de comportements de santé. Si la théorie de l'action raisonnée se destine plutôt à l'étude des croyances et des attitudes individuelles, la théorie du comportement planifié, elle, s'attache davantage aux conditions facilitant ou péjorant le contrôle perçu sur le comportement à réaliser. Ensemble, ces théories, même si elles ne sont pas à proprement parlé des théories de communication de santé, permettent de déceler les facteurs les plus influents sur l'adoption de comportements de santé. Ainsi, avec le modèle de la théorie de l'action raisonnée, les professionnels de santé ont l'opportunité d'adapter leur communication envers les personnes aux attitudes négatives à l'égard du comportement recommandé. Dans ce cas, les messages insisteront plutôt sur les bénéfices de l'adoption du comportement recommandé ainsi que sur les conséquences négatives de la poursuite du comportement malsain. De même qu'avec ce modèle, les professionnels de la santé ont les moyens d'évaluer l'importance de la composante normative et d'établir une stratégie de communication la prenant en compte. Quant à la théorie du comportement planifié, elle permet aux professionnels de la santé de mesurer le niveau de contrôle perçu sur le comportement recommandé et de déceler les barrières ou les facteurs favorisant l'adoption du comportement recommandé. Cette connaissance leur permettra également d'adapter leur communication de santé.

3.5. Le modèle transthéorique du changement

Le modèle transthéorique du changement (Figure 4), initialement développé par Prochaska et DiClemente (1982) tire sa dénomination d'une tentative de synthèse de diverses théories dominantes en psychothérapie. Il s'agit d'un modèle individuel du changement comportemental qui décrit les processus de modification d'un comportement problématique en un comportement positif (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998). Ce modèle porte son attention tant sur la volonté et la capacité d'autorégulation des individus que sur les stratégies d'intervention (Brodeur, 2006). Le modèle transthéorique du changement est de plus en plus employé dans le traitement des addictions (Migneault, Adams, & Read, 2005), ou encore dans le traitement de comportements violents (violence conjugale) (Rondeau, Lindsay, Brochu, & Brodeur, 2006). Ce modèle décrit les phases les plus récurrentes du processus d'adoption et de maintien de comportements de santé bénéfiques pour l'individu. Ces phases sont à considérer comme des variables dépendantes sur lesquelles on tente d'intervenir pour atteindre le comportement souhaité. Ces phases sont les suivantes :

1. Précontemplation (*precontemplation*) : l'individu n'a pas l'intention d'agir dans les six prochains mois ;
2. Contemplation (*contemplation*) : l'individu a l'intention d'agir dans les six prochains mois ;
3. Décision/Préparation (*preparation*) : l'individu a l'intention d'agir dans les trente prochains jours et a pris des mesures comportementales allant dans cette direction ;
4. Action (*action*) : l'individu a manifestement changé son comportement depuis moins de six mois ;
5. Maintien (*maintenance*) : l'individu a manifestement changé son comportement depuis plus de six mois
6. Sortie définitive de la problématique (*termination*) : l'individu n'a pas de tentation de rechuter et a 100% confiance en lui [traduction libre] (Prochaska, Redding, & Evers, 2008, p. 98).

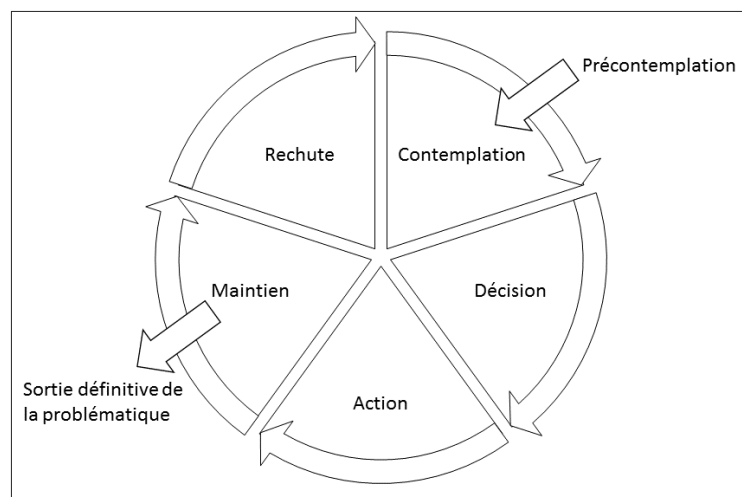


Figure 4: Modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (Rossier, Zimmermann, & Besson, 2009, p.93)

Les phases ne suivent pas une logique linéaire. Un individu peut par exemple régresser à n'importe quelle phase et pourra ne jamais atteindre la sortie définitive de la problématique. Toutefois, les phases doivent être franchies dans l'ordre avancé par le modèle, sans quoi l'individu risque de ne pas intégrer suffisamment le changement et se voir rechuter dans un comportement indésirable (Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1992). Selon ce modèle, à chaque changement de phase, l'individu opère un calcul des coûts et des bénéfices du comportement. Ce calcul est appelé la « balance décisionnelle » (Prochaska & DiClemente, 1984). La nature de ce calcul sera différente selon la phase dans laquelle l'individu se trouve. Ainsi, l'individu situé dans les phases de l'action ou du maintien percevra plus facilement les bénéfices du changement de comportement (p. ex. : « depuis que je me fais vacciner régulièrement contre la grippe, je n'ai plus été malade »). En revanche, l'individu se situant

dans les phases de précontemplation, contemplation, voire même de décision, verra les efforts à consentir afin de changer de comportement comme plus difficiles et coûteux (p.ex. : « si je me fais vacciner contre la grippe, je risque de souffrir d'effets secondaires ») (Prochaska et al., 1994).

Le modèle transthéorique postule que les comportements de santé se modifient progressivement et qu'à chaque phase correspondent différentes stratégies d'intervention. On peut entrevoir, à ce titre, quelques points communs avec le Health Belief Model. Par exemple, on pourrait comparer le construit de bénéfice perçu du Health Belief Model avec celui de la prise de conscience du modèle transthéorique. En effet, on peut envisager une stratégie d'intervention dont l'objectif serait de faire prendre conscience à un(e) infirmier/ère que la vaccination contre la grippe est le moyen le plus efficace pour se protéger de cette maladie. Cela devrait aller de pair avec une augmentation de la perception des bénéfices de la vaccination. Pour les infirmiers/ères qui ne se sont jamais vacciné(e)s contre la grippe, qui sont en quelque sorte en phase de précontemplation, on pourrait également envisager, par exemple, une stratégie d'intervention améliorant leur estimation d'être susceptible d'attraper la grippe, en leur démontrant que les probabilités d'attraper la grippe et de souffrir de ses conséquences sont plus grandes si l'on n'est pas vacciné.

3.6. Les problèmes des théories et des modèles de comportements de santé

J'ai dressé un panorama des théories et des modèles de comportements de santé parmi les plus influents du moment. J'ai tenté de montrer leurs atouts pour la communication de santé, et ils sont nombreux. Cependant, dans la perspective d'une volonté d'amélioration constante de la psychologie de la santé et de la communication sanitaire, il me paraît approprié de présenter quelques critiques émises à leur encontre par certains scientifiques, et de dégager des perspectives de recherche alternatives susceptibles de compléter à bon escient la connaissance scientifique des comportements de santé et des attitudes des individus envers les maladies. Je vais me pencher ici en premier lieu aux problèmes conceptuels et de prédiction de ces modèles cognitifs et sociocognitifs de comportements de santé.

On remarque certaines redondances parmi les construits de ces modèles. Par exemple, il existe une similitude entre le contrôle perçu sur le comportement à réaliser (théorie du comportement planifié) et l'auto-efficacité (théorie sociale cognitive). L'intention comportementale (théorie de l'action raisonnée) trouve son corollaire dans la phase de préparation/décision (modèle transthéorique de changement). Il y a un manque de consensus à combler dans la définition et

l'utilisation de ces construits (Armitage & Conner, 2000). D'autres critiques ont été émises par Montaño et Kasprzyk (2008). Je les présente ci-après. Les relations entre les construits du Health Belief Model peuvent parfois présenter des ambiguïtés, du fait qu'elles manquent de fondement théorique, à l'instar de l'association faite entre la gravité perçue et la sévérité perçue de la maladie pour déterminer la menace perçue. Selon eux, « une augmentation de la gravité perçue de la maladie est d'abord requise pour que la susceptibilité perçue d'attraper une maladie devienne un puissant prédicteur » [traduction libre] (Montaño & Kasprzyk, 2008, p.61). Si cette éventualité s'avère vraie, c'est-à-dire que si la susceptibilité perçue est un puissant prédicteur d'adoption de comportement de santé en cas d'intense perception de gravité de la maladie, alors une variable multiplicative d'interaction doit être calculée, au lieu de considérer ces variables distinctement. L'utilisation d'une variable multiplicative d'interaction est pertinente lorsque l'on soupçonne que l'effet d'une variable indépendante (ici, la susceptibilité perçue) dépend d'une autre variable indépendante (en l'occurrence, la gravité perçue). En outre, ces auteurs soutiennent que les relations entre les construits du Health Belief Model devraient être testées plus finement, notamment sous différentes conditions. Par exemple, les bénéfices et les barrières perçus seraient, selon l'hypothèse, de meilleurs prédicteurs lorsque la menace perçue est plutôt haute que basse. Une autre limite du Health Belief Model, soulevée dans leur texte est relative au fait qu'il s'agit d'un modèle cognitif et qu'il occulte, par conséquent, les aspects émotionnels liés aux comportements de santé.

Toujours dans le même texte, Montaño et Kasprzyk (2008) énoncent également quelques limites envers les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié, qui tentent d'expliquer des relations causales entre des variables telles que l'attitude, l'intention et le comportement. La plupart du temps, les études appliquant ces théories sont effectuées à l'aide de questionnaires et sont de type transversal. En ce sens, elles négligent le fait que les liens de causalité sont mieux démontrés au travers des méthodes expérimentales qui permettent la manipulation de variables (Coolican, 1999). Ces théories ont pour objectif de prédire les intentions et les comportements. Or, une des critiques les plus récurrentes envers ces théories est qu'elles ne prédisent pas assez précisément l'intention et encore moins bien le comportement.

Enfin, une dernière critique émise par Zani (2002) à l'encontre de ces mécanismes de perception du risque et ces modèles de comportement de santé a trait à leur optique individualiste dans laquelle le social est considéré comme une entité extérieure à l'individu, exerçant une influence sur sa perception et son comportement. Les théories de comportement de santé n'envisagent

pas suffisamment les perceptions du risque et les comportements de santé des individus à l'aune d'une construction sociale, ou d'une perception du risque façonnée par la participation de l'individu à la vie sociale (Zani, 2002).

Les mécanismes de perception du risque ainsi que les modèles et théories parmi les plus influents de comportement de santé partagent la caractéristique d'adopter une optique individualiste. Les mécanismes de perception du risque sont l'objet d'une psychologie cognitiviste, laquelle s'intéresse aux conséquences des limitations de la pensée sur la perception du risque (Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982). Le principal point d'achoppement des modèles de perception du risque tient dans l'explication de l'optimisme des individus induit par un traitement inefficace de l'information et à des déficits cognitifs. Cette perspective conçoit les individus comme des récepteurs passifs d'informations et comme étant intellectuellement déficients par rapport à la science. Les théories de comportements de santé se limitent, elles aussi, au niveau individuel et, de ce fait, ne permettent pas de concevoir le risque comme, selon les termes employés dans l'abstract de Joffe (2003) « une entité hautement sociale, émotive et symbolique ».

Le chapitre qui suit présente l'approche des représentations sociales (Moscovici, 1961) en tant qu'alternative à ces modèles dominants dans l'explication des perceptions du risque et des comportements de santé des individus. Si les théories de perception du risque et des comportements de santé sont l'apanage des branches cognitivistes de la psychologie, les représentations, elles, constituent un objet d'étude important de la psychologie sociale du sens commun (Moscovici, 2000). Les représentations sociales ont pour but de comprendre le processus de transformation de savoirs scientifiques en connaissances de sens commun. Ces dernières sont considérées comme autant légitimes que le savoir scientifique, puisqu'elles permettent aux individus « d'agir sur le monde et autrui » (Jodelet, 1989b, p. 61) en réduisant la complexité du savoir expert et en l'opérationnalisant. Je résumerai l'approche des représentations sociales et présenterai ses concepts centraux, pour ensuite expliquer en quoi elle s'avère être un outil pour l'étude des attitudes des individus envers les maladies, en général, puis plus particulièrement envers les maladies infectieuses émergentes.

4. L'approche des représentations sociales

L'approche des représentations sociales, développée par le psychologue social Moscovici (1961) est une adaptation de la notion sociologique durkheimienne de représentations collectives (Durkheim, 2008/1912). La notion de représentations collectives désigne une manière de penser conceptuelle et socialement organisée, traduite par exemple dans les sciences, les idéologies, les lois et les mythes. Cette manière de penser est la caractéristique de la vie sociale (Moscovici, 1961). Durkheim voit dans les représentations collectives une fonction de lien social, dans le sens où celles-ci permettent aux individus de « penser et d'agir de manière uniforme » (Moscovici, 1989, p. 81). Durkheim considère les représentations collectives comme un fait social de par leur caractère extérieur aux individus, leur caractère contraignant, ainsi que par leur reproduction dans le temps. Les faits sociaux sont désignés comme « les manières d'agir, de penser et de sentir qui présentent cette remarquable propriété qu'elles existent en dehors des consciences individuelles. Non seulement ces types de conduite ou de pensée sont extérieurs à l'individu, mais ils sont doués d'une puissance impérative ou coercitive en vertu de laquelle ils s'imposent à lui, qu'il le veuille ou non » (Durkheim, 2007/1895, p. 4). Les représentations collectives sont en quelque sorte imposées aux individus de par leur reproduction et leur institutionnalisation intergénérationnelles, comme une contrainte, au sens où la société et ses institutions exerceraient une autorité morale sur l'individu. C'est particulièrement sur leur caractère stable et reproductif que Durkheim distingue les représentations collectives des représentations individuelles, qui, elles, sont variables et éphémères (Moscovici, 1989).

Moscovici critique l'idée de la supériorité imposante des représentations collectives aux représentations individuelles chère à la notion de représentations collectives de Durkheim (Moscovici, 1989). Selon Moscovici (1989, p.99), « en reconnaissant que les représentations sont à la fois générées et acquises, on leur enlève ce côté préétabli, statique, qu'elles avaient dans la vision classique ». En outre, Moscovici (1961) regrette le manque de clarté de la notion de Durkheim quant à la manière dont la pensée est élaborée socialement.

L'approche des représentations sociales avancée par Moscovici (1961) s'intéresse justement aux élaborations sociales et aux manifestations de connaissances de sens commun, ainsi qu'à l'utilisation par les individus de ces dernières pour donner sens aux phénomènes complexes et abstraits, comme la génération et la diffusion de nouveaux savoirs scientifiques (Wagner & Hayes, 2005). La théorie des représentations sociales est donc tournée vers une construction

sociale du savoir de sens commun au travers de processus discursifs, puisque c'est au travers d'échanges discursifs que les représentations sociales se forment (Wagner, 2001). Les représentations sociales, tout en donnant du sens aux nouveaux savoirs scientifiques, permettent aux individus de faire face à la potentielle incertitude et menace qu'ils engendrent (Bangerter, 2008; Jodelet, 1989b). Les représentations sociales sont définies comme « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989, p.53). Les représentations sociales investiguent la manière dont ce qui est spécifique au groupe « se sédimente dans les expériences individuelles, la manière dont le « nous » devient contenu dans les réponses du « Je » [traduction libre] (Joffe, 2003, p.60).

Les représentations sociales se distinguent du savoir scientifique en ce qu'elles sont accessibles à tous, de contenu informel, et ne présentent pas d'abstraction (Bangerter, 2008). Les représentations sociales se modifient au fil du temps par l'accumulation de savoirs nouveaux. Le processus de transformation des représentations sociales est de temporalité variable durant lequel certaines représentations concurrentes, anciennes et nouvelles, peuvent coexister et être disponibles pour être mobilisées par les individus. Ceux-ci viennent « piocher » dans les différentes représentations sociales disponibles, selon si le contexte dans lequel ils évoluent favorise une représentation plutôt qu'une autre, et si cela revêt une cohérence personnelle. Par exemple, l'évolution des connaissances scientifiques et leur appropriation par le public fait que l'on considère les théories psychanalytiques différemment au XXI^e siècle qu'au début du XX^e siècle (Moscovici, 1961), ou qu'en parallèle de la médecine moderne se maintient la pratique de médecines traditionnelles dans certaines communautés (Jovchelovitch & Gervais, 1999). Connaissances de sens commun et connaissances scientifiques coexistent lorsque de nouveaux savoirs experts sont appropriés par les profanes. Cette coexistence engendre deux manières possibles de raisonner selon la situation dans laquelle est placé un groupe d'individus. Ces manières de raisonner ne s'excluent pas mutuellement, de sorte que les individus mobiliseront l'une ou l'autre en fonction, par exemple, de leur familiarité avec l'objet en question (Haas, 2006), des discours médiatiques dominants, ou encore, des normes sociales. Il s'agit de ce que les tenants de cette approche appellent la polyphasie cognitive (Moscovici, 1961).

Les savoirs scientifiques se transforment en savoirs de sens commun par le biais de canaux de diffusion, à savoir, dans la plupart des cas, les médias de masse. Ceux-ci jouent un rôle de médiation entre l'individu et la société et forment ainsi une partie de son existence sociale (Joffe, 1999). Ce que je sais du monde, je le dois principalement aux médias. Moscovici parle

à ce propos de ces canaux, de métiers qui fabriquent les représentations sociales. « Ce sont tous ceux qui se consacrent à la diffusion des connaissances scientifiques et artistiques : médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux, animateurs culturels, spécialistes des médias et du marketing politique. (...) Leur savoir-faire est codifié et transmis, conférant à ceux qui le possèdent une autorité certaine » (Moscovici, 1989, p.100). De ce processus de diffusion des savoirs experts émergent les représentations sociales (Moscovici, 1961 ; Bangerter, 2008). Le savoir scientifique est transformé en savoir pratique de sens commun au travers de deux processus que sont l'objectivation et l'ancrage (Moscovici, 1961).

L'objectivation consiste à rendre familier un nouveau savoir, en lui assignant une signification concrète et mobilisable dans les interactions quotidiennes. L'ancrage revient pour un individu à recourir au savoir connu et socialement partagé pour donner du sens à un nouveau savoir ou un nouveau phénomène. Ensemble, l'ancrage et l'objectivation permettent de transformer, par distorsion, supplémentation ou défalcation (Jodelet, 1989), un savoir expert en un savoir de sens commun. La distorsion consiste en l'accentuation ou l'atténuation des caractéristiques de l'objet représenté. La supplémentation revient à ajouter à l'objet représenté certaines connotations. Enfin, la défalcation revient à enlever des attributs à l'objet représenté, par exemple, lorsque les normes sociales l'exigent. Cette transformation permet dès lors la communication au sein d'un groupe sur des objets initialement cloisonnés dans la sphère scientifique.

Pour illustrer l'usage de l'ancrage, je partirai du cas de la maladie du SIDA, maladie qui a connu une éclosion durant les années 1980. Cette maladie infectieuse émergente a alors été désignée selon des catégories connues par le public, comme une « grande peste », ou la « peste gay ». La référence à la peste a permis aux individus d'adapter un comportement envers cette maladie. En l'occurrence, cette désignation a débouché en particulier sur la stigmatisation des homosexuels, lesquels étaient considérés comme punis pour leurs pratiques sexuelles jugées déviantes et desquels il fallait alors se distancier (Wellings, 1988). Il s'agissait, pour ainsi dire, de pestiférés. L'objectivation, relativement à l'avènement de la maladie du SIDA dans les années 1980, s'est réalisée, par exemple, au travers des récits médiatiques relatant les cas de groupes ou de personnes séropositives, telles que l'acteur homosexuel Rock Hudson, comme présenté plus haut. Ces récits ont permis de mettre un visage sur cette nouvelle maladie infectieuse, la rendant ainsi plus familière.

En résumé, les représentations sociales réifient le savoir scientifique et constituent un stock de savoirs pratiques qui permettent à l'individu d'agir dans l'environnement quotidien, d'émettre des jugements sur des phénomènes sociétaux et d'émettre également des jugements sur les actions et pensées d'autrui, de même qu'elles permettent de justifier son action.

4.1. Les représentations sociales du risque et des maladies

Si, initialement, la théorie des représentations sociales s'est penchée sur le transfert du savoir scientifique en connaissance de sens commun, ce domaine de recherche a connu ensuite une expansion en y incluant un ensemble plus large de phénomènes sociaux et culturels (Jodelet, 1989b; Wagner, 2001). Ainsi, l'approche des représentations sociales est appliquée à l'étude de sujets de recherche très divers, comme par exemple les droits humains (Staerklé, Clémence, & Doise, 1998), la maladie mentale (Jodelet, 1989), les mouvements collectifs (Di Giacomo, 1985), l'enfance (Chombart de Lauwe & Feuerhahn, 1989) ou encore la biotechnologie (Gaskell, 2004) et la nourriture génétiquement modifiée (Bauer, 2002). La théorie des représentations sociales propose une alternative psychosociale à l'approche cognitive de perception du risque, dominante en santé publique. Ce que l'approche des représentations sociales du risque reproche à celle de perception du risque est le fait de comparer un public « irrationnel » à une autorité scientifique (Joffe, 2003) ; autrement dit, de considérer les membres de la population comme possédant des connaissances déficitaires par rapport aux connaissances objectives et rationnelles de la science (Wynne, 1982). Les maladies étant des risques, il faut considérer ici représentations sociales du risque et des maladies comme des synonymes. L'approche des représentations sociales du risque propose justement de se pencher sur cette part d'irrationnel et de symbolique dans la réponse du public à un risque, puisque le risque est un sujet suscitant l'émotion. En outre, le risque est un sujet qui suscite le débat dans la société, forgeant de ce fait des représentations potentiellement chargées émotionnellement (Joffe, 2003).

Se pencher sur l'interaction entre les individus et le social, relativement aux objets de santé, c'est tenter de déceler la pensée naïve de sens commun qui se manifeste dans la manière dont les individus se représentent un risque ou une maladie et adaptent leur comportement en conséquence (Joffe, 2003). C'est précisément dans l'attention qu'elle porte à la pensée de sens commun que la théorie des représentations sociales offre l'opportunité d'élargir la perspective individualiste des théories dominantes de perception du risque et de comportements de santé vers une considération du rapport des individus à leur comportement de santé, comme étant

également un rapport à la société (Herzlich, 2001). En matière de réponse aux risques, les représentations sociales se révèlent être une théorie appropriée, car adoptant une perspective plus intersubjective que les approches de perception du risque dominantes (Joffe, 2003). La perception du risque et le rapport de l'individu à son comportement de santé puise autant dans l'expérience individuelle que dans l'expérience collective (Apostolidis & Dany, 2012).

Un des atouts de l'approche des représentations sociales du risque est de thématiser leurs motivations sous-jacentes. Ainsi, une des premières motivations dans la confrontation au risque consiste en la préservation des identités positives à la fois individuelles et de groupe (Joffe, 1999, 2003). La préservation de l'identité positive d'un groupe peut, par exemple, passer par la désignation d'un bouc émissaire. Celui-ci peut être un groupe d'individus désigné comme étant à la source de l'événement menaçant, à cause de leur comportement perçu comme déviant (Douglas, 1994). Ce processus procure un sentiment d'invulnérabilité et une identité positive aux membres du groupe, car l'origine d'une maladie proviendrait du comportement d'un exogroupe dont le comportement ne correspond pas à celui de l'endogroupe. Le processus d'*othering* n'est pas sans rappeler la théorie de l'identité sociale, pour laquelle l'identité sociale positive d'un groupe est expliquée par une comparaison favorable de ses caractéristiques à celles d'un autre groupe (Tajfel, 1972). Les individus, ayant un besoin d'avoir une identité sociale positive, ont tendance à valoriser les caractéristiques de leur groupe d'appartenance par rapport à celles d'autres groupes (Deschamps & Moliner, 2008).

Le processus d'*othering* se manifeste souvent lors de l'émergence de maladies infectieuses. Les homosexuels, les héroïnomanes, les hémophiles et les Haïtiens, les « quatre H », ont été désignés comme les principaux groupes à risque au début des années 1980 lors des premiers récits médiatiques relatifs au SIDA (Washer, 2010). Cette classification et cette focalisation médiatique sur ces groupes a favorisé le sentiment d'invulnérabilité des membres de la population générale, qui étaient alors considérés comme n'étant pas à risque (Schiller et al., 1994). De même qu'en 2001, les éleveurs de poulet de la Chine continentale, ainsi que les marchands de poulets des marchés à ciel ouvert de Hong-Kong, perçus comme bafouant les normes d'hygiène, ont été considérés comme la source d'origine de la « grippe aviaire » (Joffe & Lee, 2004). En ce qui concerne la « grippe porcine » H1N1 de 2009, la couverture médiatique a expliqué les origines de la pandémie au travers de reportages sur les élevages de porcs dans les fermes mexicaines. Dès lors, la population mexicaine et latino établie aux États-Unis a été rapidement stigmatisée par les non-latinos, qui l'ont vue comme une population porteuse du virus (McCauley, Minsky, & Viswanath, 2013).

Cette manière de se représenter un risque amène les membres d'un groupe à se dire « cela ne peut leur arriver qu'à eux, mais pas à nous ». La comparaison à un exogroupe adoptant des pratiques jugées déviantes et potentiellement dangereuses, amène le groupe à réaffirmer la convenance de ses propres valeurs, et ainsi, à se sentir davantage protégé de la menace d'un risque (Joffe, 2003). Joffe (1999) appelle *othering* la façon dont un groupe stigmatise les membres d'un exogroupe en les percevant comme menaçants, déviants et « pourvoyeurs de chaos » [traduction libre] (p.23) en périodes d'incertitudes et d'anxiété. Le processus d'*othering* se manifeste souvent durant l'émergence d'épidémies. Il s'agit de périodes durant lesquelles se fait ressentir le besoin de marquer une distanciation symbolique et/ou physique entre un exogroupe, jugé autant victime que responsable de la propagation de la maladie, et son groupe d'appartenance (Joffe, 1999; Wagner-Egger et al., 2011).

Joffe a réalisé une série de travaux sur les représentations sociales de maladies, telles que le SIDA (Joffe, 1996, 1998), la fièvre hémorragique Ebola (Joffe & Haarhoff, 2002) et le staphylococcus aureus résistant à la méticiline (MRSA) (Joffe, Washer, & Solberg, 2011; Washer & Joffe, 2006). Ces travaux ont montré que souvent les épidémies sont perçues comme étant originaires d'exogroupes jugés fautifs, aux pratiques malpropres et immorales. Les études sur les représentations sociales liées aux infections nosocomiales au MRSA dans les hôpitaux britanniques et à la menace de cette bactérie ont montré l'importance des attentes du public envers le personnel soignant, les autorités de santé publique et le gouvernement, qui sont censés garantir un système hospitalier de qualité.

En se penchant sur la thématique du SIDA durant les années 1990, Joffe (1996) a affirmé que les représentations sociales du SIDA représentent une alternative au paradigme dominant de la connaissance-attitude-croyance-pratique (*KAPB paradigm, knowledge-attitude-belief-practice*), dans le domaine de la recherche sur cette maladie et les programmes de prévention y relatifs. Ce paradigme se base sur des composantes du Health Belief Model et de la théorie de l'action raisonnée. Le manque d'évidence du lien positif entre le niveau de connaissances sur le SIDA et un comportement de santé adéquat (Moatti, Dab, Abenhaim, & Bastide, 1989; Pollak, Paicheler, & Pierret, 1992), les critiques adressées envers les modèles de comportements de santé (Ingham, Woodcock, & Stenner, 1992; Orbell et al., 1994), et l'individualisme méthodologique de ce paradigme (Moscovici, 1985) constituent autant d'éléments justifiant l'approche alternative des représentations sociales. En relation aux connaissances, interprétations et réactions des individus au sujet du SIDA, Joffe (1996) souligne l'importance de tenir compte des représentations sociales manifestées par les individus et celles présentes

dans leur environnement social, ainsi que de prendre en considération les facteurs identitaires et émotionnels. Cette alternative permet, selon elle, de se focaliser sur des aspects nouveaux dans la lutte contre la propagation de cette maladie. Les représentations sociales du SIDA se caractérisent par une stigmatisation d'une minorité jugée impure, telle que les gays et les Africains, et favorisent ainsi le sentiment d'immunité de la majorité. Les médias de masse participent pleinement à la construction des représentations sociales du SIDA. Ces représentations deviennent dominantes et permettent ainsi à la majorité de maintenir, souvent inconsciemment, un sentiment d'invulnérabilité et un statu quo confortable vis-à-vis de la minorité stigmatisée. Dès lors, la volonté des campagnes de prévention de modifier les représentations dominantes et les comportements envers le SIDA se heurte au déni de vulnérabilité des membres du groupe dominant, à savoir, principalement, les hétérosexuels.

Joffe et Haarhoff (2002) ont aussi étudié les représentations sociales de la fièvre hémorragique Ebola du milieu des années 1990. Pour cela, ces auteurs ont analysé les récits de la presse britannique et le discours de son lectorat au sujet de cette maladie. Il en ressort une image commune du virus Ebola, à savoir, celle d'une maladie avant tout liée au continent africain et aux pratiques des populations y résidant, soit une maladie qui ne menace pas la population britannique. Les récits médiatiques diffèrent toutefois quelque peu des représentations du lectorat, dans le sens où la maladie a été dans un premier temps présentée dans les médias comme pouvant être potentiellement répandue à travers le monde. Dans un deuxième temps, ceux-ci ont en quelque sorte tenté de rassurer le lectorat en affirmant que les systèmes de santé des pays occidentaux étaient parés pour enrayer cette maladie. Les tabloïds et son lectorat ont souligné les problèmes structurels des systèmes de santé africains (guerre et pauvreté) ayant contribué à l'émergence de l'épidémie. Pour sa part, le public interrogé semblait détaché face à cette menace très éloignée. Ce détachement est également expliqué par les images diffusées dans les médias pour décrire le phénomène Ebola. Les équipes de soignants occidentales présentes au Zaïre pour contrer l'étendue de l'épidémie ont été filmées dans leur tenue de protection, donnant ainsi aux images un caractère proche de la science-fiction (Joffe, 2007).

Adoptant également l'approche des représentations sociales pour la problématique du staphylococcus aureus résistant à la pénicilline (MRSA), Washer et Joffe (2006) se sont intéressés à la manière dont les médias ont couvert la controverse britannique liée à cette bactérie depuis le milieu des années 1990. Le MRSA a été majoritairement décrit par les médias comme étant une « superbactérie » (*superbug*) mortelle, un « microbe intelligent » à combattre et qui remettait en question l'âge d'or de la médecine et des antibiotiques. La peur du public

était fondée sur des sentiments que cette bactérie pouvait atteindre tout le monde, et particulièrement les patients hospitalisés. Les récits médiatiques de célébrités et la mort de jeunes ayant été infectés ont largement contribué à la peur publique. Dès lors, l'intérêt médiatique s'est porté sur la responsabilité des acteurs de la santé publique, et notamment sur celle du National Health Service britannique (NHS) et du personnel infirmier, considérés comme les principaux acteurs du combat contre cette « superbactérie ». Les médias ont révélé un manque d'hygiène dans les hôpitaux britanniques. L'hygiène du personnel infirmier et des médecins a été jugée insuffisante. Le service de nettoyage des hôpitaux a aussi été critiqué. L'image donnée par les médias des hôpitaux a rompu avec l'idéal de lieux propres et désinfectés. La confiance du public envers le NHS a baissé et une certaine nostalgie de l'image de la « *matron* » s'est dégagée dans les médias. Le terme « *matron* » provient du français « mère » et renvoie à l'image d'une infirmière-chef puissante, distinguée, disciplinée, protectrice, sûre et digne de confiance. Toutefois, la critique envers le personnel soignant des hôpitaux a été tempérée par une critique plus marquée envers le gouvernement conservateur et sa politique de restriction budgétaire, laquelle a été considérée comme responsable de cette crise sanitaire. Contrairement au processus d'*othering* lié à certaines maladies, le blâme recensé dans les contenus médiatiques au sujet du MRSA n'est pas dirigé envers un exogroupe dont les pratiques sont jugées déviantes. Le problème lié à cette bactérie est politisé au travers d'une critique envers la négligence du gouvernement.

Dans un article publié quelques années plus tard, Joffe et al. (2011) se sont intéressés à la manière dont le public britannique s'est représenté le MRSA. Le MRSA a été associé à une négligence hygiénique du NHS. En outre, cette bactérie n'a semblé concerner que les personnes hospitalisées, les jeunes et les personnes âgées, procurant ainsi à la majorité du public un sentiment d'invulnérabilité. A cela s'est ajoutée l'idée selon laquelle le personnel de nettoyage étranger des hôpitaux importe le MRSA de leur pays d'origine, est peu payés et peu motivé et donc fournit un travail de moindre qualité. Pour leur part, les membres étrangers du personnel soignant sont en plus de cela accusés de manque de compétences communicationnelles et sociales.

Le point commun entre les différents travaux de Joffe sur les représentations sociales des maladies est le fait que les individus réagissent collectivement aux menaces potentielles des maladies et qu'ils mobilisent des symboles pour gérer la menace qu'elles représentent.

4.2. Le coping symbolique collectif

Le terme *coping* désigne les processus comportementaux de régulation d'émotions négatives ressenties par des individus impliqués dans des situations menaçantes et stressantes (Lazarus & Folkman, 1984). L'approche du *coping* symbolique collectif entre dans le cadre théorique des représentations sociales en ce qu'elle considère les individus comme des membres d'une collectivité et qu'elle s'intéresse à la manière dont les connaissances scientifiques sont assimilées par le public en un savoir de sens commun. Ce dernier, en tant que savoir mobilisable dans la communication quotidienne, permet de donner du sens à une nouveauté scientifique au travers de l'utilisation de symboles et de métaphores simplificatrices (Wagner, 2007; Wagner, Kronberger, & Seifert, 2002).

Bien que se référant au cadre théorique des représentations sociales, le *coping* symbolique collectif s'applique principalement aux innovations technologiques, ou d'autres nouveaux phénomènes représentant une menace potentielle pour l'ordre social (Gilles, et al., 2013), contrairement aux représentations sociales, qui recouvrent un plus large spectre de phénomènes. Une autre particularité du *coping* symbolique collectif réside dans l'approche des motivations et des conditions qui amènent les individus à interpréter la nouveauté et l'abstrait. Le *coping* symbolique collectif explique que les individus sont amenés à se forger et exprimer une opinion en vue de participer au débat social, contrairement à la théorie des représentations sociales qui soutient que la motivation à interpréter de nouveaux phénomènes réside dans la nouveauté et la complexité elles-mêmes (Wagner et al., 2002).

Le *coping* symbolique collectif se manifeste lorsque le phénomène émergent (p. ex. : avancée scientifique/technologique, nouvelle maladie infectieuse) est publiquement présenté comme bousculant et déstabilisant l'ordre social et le confort des pratiques habituelles. Il se manifeste par la transposition du phénomène nouveau dans des répertoires de savoirs partagés déjà existants, notamment au travers d'une diversité d'images, de symboles et de métaphores dans les médias. L'aspect dynamique du *coping* symbolique collectif se traduit par une convergence graduelle de la mobilisation de symboles et de métaphores dominants dans les discours, puis par une réduction petit à petit de l'émotionnel dans l'interprétation de la nouveauté au profit d'une interprétation davantage scientifique.

Le processus de *coping* collectif symbolique comporte quatre phases (Wagner et al., 2002). La première phase est celle de l'émergence (*awareness*). Durant cette phase, la nouvelle connaissance technologique est présentée dans les médias, entrant en scène de par son potentiel

intérêt public et aussi du fait qu'elle peut bousculer les habitudes et provoquer le désordre social. L'apparition d'une nouvelle technologie ou d'une maladie infectieuse inédite peut susciter la controverse politique et la couverture médiatique de celle-ci contribue à faire émerger publiquement le problème. Cette capacité des médias à mettre sur le devant de la scène certaines controverses est appelée l'*agenda-setting* (McCombs, 1981). S'ensuit la phase de la divergence, durant laquelle divers cadres interprétatifs concurrents sont mobilisés parmi les connaissances à disposition pour définir la nouvelle situation. Il s'agit d'une phase caractérisée par l'incertitude et les craintes relatives à l'origine et aux possibles conséquences de l'avènement de la nouvelle situation. La troisième phase est celle de la convergence, durant laquelle un cadre interprétatif de la nouvelle situation s'impose, devient conventionnel et réduit ainsi les ambiguïtés et l'incertitude. Le cadre interprétatif dominant s'impose alors comme une forme de connaissance qui ne correspond pas forcément parfaitement au savoir scientifique, mais qui est néanmoins pertinente dans le contexte social concerné. Dans la dernière phase, celle de normalisation, le phénomène nouveau connaît une couverture médiatique moins sensationnelle que lors de son apparition. Les médias évoluent alors vers une couverture médiatique de plus en plus scientifique du nouveau phénomène, contribuant ainsi à élever les connaissances du public. Il faut parfois beaucoup de temps pour atteindre cette phase, et celle-ci n'est pas à l'abri de l'émergence d'une nouvelle controverse publique.

L'approche du *coping* symbolique collectif s'est premièrement intéressée aux nouvelles technologies, telles que les organismes génétiquement modifiés (Wagner et al., 2002) pour ensuite s'élargir à d'autres domaines, notamment les maladies infectieuses émergentes (Gilles et al., 2013). L'étude de Gilles et al. (2013) est particulièrement intéressante en ce qu'elle combine l'approche du *coping* symbolique collectif avec celle de l'*othering* en prenant comme sujet l'épidémie de « grippe aviaire » H5N1 des années 2000. L'étude explique que le processus d'*othering* se produit principalement durant la phase de divergence, caractérisée par de l'ambiguïté et de l'incertitude relatives à l'émergence de la maladie.

Les grandes épidémies qu'a connu l'humanité, que ce soit la peste, aux alentours des années 1350, ou le SIDA, durant les années 1980, ont très souvent donné lieu premièrement à une recherche d'explication de la maladie et des moyens d'y faire face (*coping* symbolique collectif) (Wagner et al., 2002), puis à des formes de condamnations, de persécutions et de mécanismes d'évitement des groupes, souvent minoritaires ou étrangers, perçus comme étant responsables de l'épidémie (*othering*) (Faulkner, Schaller, Park, & Duncan, 2004; Joffe, 1999; Krings et al., 2012).

5. La théorie du *sensemaking* dans les organisations

La pandémie de grippe H1N1 de 2009 a représenté un événement perturbateur au sein des hôpitaux, modifiant les activités du personnel soignant. Évoluant dans un contexte incertain et évolutif au moment de la pandémie, les membres du personnel infirmier ont été contraints de donner un sens à la situation nouvelle. En tant qu'organisations, les hôpitaux ont dû faire en sorte que leur personnel agisse, ou plutôt réagisse, de manière structurée afin de répondre aux nouvelles contraintes liées à l'avènement de la pandémie de grippe. Les hôpitaux, se basant sur la déclaration d'état de pandémie par l'OMS, ont effectué un travail d'élaboration de sens, afin de mettre en place, au fil de l'évolution de la pandémie, des structures organisationnelles adaptées à la nouvelle situation. Cela s'est traduit, par exemple, par l'évaluation de cas suspects d'infection au virus A/H1N1 dans des locaux spécialement dédiés à cet effet dans les services des urgences, la mise en quarantaine des personnes infectées et la mise en place d'une campagne de vaccination et de recommandations des mesures d'hygiène professionnelle auprès du personnel soignant (p. ex. port du masque pour les employés non-vaccinés).

La définition de la situation en termes de pandémie a entraîné une adaptation organisationnelle de la part des hôpitaux. Le travail d'élaboration de sens lié à la nouvelle situation de pandémie et de mise en place d'une structure organisationnelle pour y répondre a quelque peu modifié les habitudes du personnel hospitalier, et du personnel infirmier notamment. Celui-ci a été amené également à effectuer ce travail d'élaboration de sens et de réfléchir à la manière la plus adaptée de se comporter vis-à-vis de la situation de pandémie. Faut-il considérer cette pandémie comme étant réellement dangereuse ? Cela vaut-il vraiment la peine que je me vaccine pour cette grippe-là ? Mes patients seront-ils vraiment menacés si je ne me vaccine pas ? Comment la situation va-t-elle évoluer ? Telles sont des questions que les membres du personnel infirmier ont pu se poser durant l'épisode de pandémie, effectuant par ce biais un travail d'élaboration de sens. Leur manière de définir la situation a entraîné leur manière d'y réagir. La prise de décision de la façon de réagir à la nouvelle situation se fait également au travers de la mobilisation des expériences passées, des croyances et de l'identité de l'individu.

La théorie du *sensemaking* (Weick, 1995) s'intéresse justement à la manière dont les acteurs sociaux donnent du sens à une situation inédite et se basent sur une définition de la situation nouvelle pour agir en commun. En cela, le *sensemaking* (Weick, 1995) apporte un cadre théorique bienvenu à l'étude du sens que donnent rétrospectivement les membres du personnel infirmier hospitalier à la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 sur leur lieu de travail. La théorie du *sensemaking* conçoit les organisations comme des entités

socialement construites au travers de processus communicationnels toujours en train de se faire (Weick, 1995; Weick, Sutcliffe, & Obstfeld, 2005). L'organisation est le fruit d'un travail collectif permanent d'élaboration de sens pour que ses membres agissent en commun. L'agir en commun dépend d'« un accord minimal sur le sens de la situation afin de permettre la co-orientation des esprits et la coordination de la situation. S'organiser, selon Weick, c'est faire sens ensemble dans et par des activités conjointes » (Giroux, 2006, p. 32). Selon Weick (1993) « l'idée de base du *sensemaking* est que la réalité est un accomplissement continu qui émerge à partir des efforts de créer de l'ordre et de donner du sens rétrospectivement à ce qui se passe » [traduction libre] (p. 635). En milieu organisationnel, la question centrale que soulève la théorie du *sensemaking* dans les organisations (Weick, 1995) est « comment faire sens dans une situation donnée ou face à un impromptu déstabilisant ? » (Giroux, 2006, p. 27).

Le processus de *sensemaking* possède une visée décisionnelle, puisque c'est, par exemple, en définissant la situation en termes de pandémie qu'une organisation telle qu'un hôpital prend la décision de mettre en place des structures organisationnelles spécifiques pour répondre aux défis et à la menace potentielle qu'elle représente. Il faut d'abord arriver à définir les problèmes que pose l'avènement d'une situation inhabituelle et potentiellement menaçante avant d'entreprendre des actions pour y faire face collectivement. Un aspect important du *sensemaking* dans l'exemple ci-dessus est la définition, en tant que priorité, de la sécurité des patients et ses conséquences sur la vie des personnes présentes au sein de l'hôpital ainsi qu'au niveau organisationnel (deMattos, Park, & Ntuen, 2009).

5.1. L'élaboration collective de sens dans un contexte de surprise

Weick a développé le concept de *sensemaking* dans les organisations pour comprendre comment les employés d'une organisation élaborent une définition partagée de l'environnement dans lequel ils évoluent (Laramée, 2010). Le processus de *sensemaking* est intensifié lorsque des événements inattendus se produisent dans l'organisation. La discontinuité par rapport aux habitudes et aux attentes des individus évoluant dans une organisation génère de l'ambiguïté (plusieurs interprétations de la situation sont possibles) et de l'incertitude (manque d'informations pour pouvoir interpréter la situation nouvelle) et nécessite une réinterprétation afin d'employer une nouvelle « structure de sens » adaptée à la situation (Vidaillet, 2003).

Outre sa focalisation sur les organisations, la théorie du *sensemaking* s'intéresse plus particulièrement à la manière dont l'événement surprenant est expliqué rétrospectivement, ou, en d'autres termes, comment les individus expliquent et gèrent l'événement inattendu (Louis,

1980; Weick & Sutcliffe, 2007). Louis (1980) parle du *sensemaking* comme d'un cycle récurrent d'événements se déroulant dans le temps. « Le cycle commence lorsque les individus forment des anticipations et des suppositions inconscientes et conscientes, servant à prédire des événements futurs. Par la suite, les individus vivent des événements qui peuvent ne pas être conformes aux prédictions. Les événements non-conformes, ou les surprises, appellent à un besoin d'explication, ou de post-diction, et, relativement à cela, à un processus par lequel sont développées les interprétations des événements non-conformes. L'interprétation, ou le sens, est attribué aux surprises. (...) Il est crucial de noter que la signification est assignée à la surprise en tant que résultat du processus de *sensemaking*, plutôt que surgissant simultanément avec la perception ou la détection de différences » [traduction libre] (Louis, 1980, p. 241).

Le *sensemaking* dans les organisations considère la manière dont les membres d'une organisation – il s'agit souvent des managers – mettent en pratique et négocient leurs croyances avec les autres, de façon à déboucher sur une vision la plus partagée possible de la réalité et de dégager des objectifs communs. C'est ce processus qui vise par la suite un consensus sur la détermination des défis auxquels l'organisation doit faire face et des moyens les plus appropriés de les relever. Le partage d'une vision et d'objectifs communs permet de réduire l'ambiguïté et l'incertitude des employés de l'organisation, lesquels sont susceptibles d'être déstabilisés par des informations équivoques (Chun Wei, 2001).

En résumé, le processus de *sensemaking* sert à répondre aux questions suivantes « 1) Quelle genre de situation est-ce ? 2) Quelles règles avons-nous pour gérer ce type de situation ? 3) Quel type d'organisation sommes-nous ? 4) Quel serait le comportement approprié pour une organisation comme la nôtre dans une situation comme celle-ci ? » [traduction libre] (Chun Wei, 2001, p. 201). Le processus de *sensemaking* ne repose pas sur une rationalité stratégique, dans le sens où celui-ci serait construit à partir de questionnements et de réponses claires sur la manière de réduire l'ambiguïté et l'incertitude d'une situation. Le *sensemaking* correspond à une rationalité contextuelle. « Il est bâti sur des questions vagues, des réponses confuses, et des accords négociés qui tentent de réduire la confusion » [traduction libre] (Weick, 1993, p. 636). L'aboutissement de cette rationalité contextuelle est résumé dans le concept de résilience (Weick, 1993 ; Weick & Sutcliffe, 2007). La résilience, pour une organisation, consiste en la capacité de maintenir ou d'improviser un système d'action structuré, de manière à pouvoir gérer une situation exceptionnelle et surprenante.

Je donnerai deux exemples d'études empiriques employant la théorie du *sensemaking*. Le premier exemple est tiré d'un article de Weick (1993), qui illustre les conséquences négatives de l'absence de résilience, soit le manque de capacité à absorber des événements surprenants et à maintenir un fonctionnement organisé lorsque celui-ci est confronté à une situation exceptionnelle. Weick (1993), en reprenant l'analyse de l'ouvrage *Young men and fire*, de Maclean (1992), a analysé la dissolution d'un groupe de seize pompiers et la mort de treize d'entre eux lors d'un incendie au Montana, en 1949.

Les pompiers, pourtant expérimentés, n'ont pas su faire face à un incendie d'une ampleur inhabituelle qui semblait pourtant banal aux premiers abords. Les pompiers n'ont pas su mettre en place un système d'action adapté à la situation qui aurait permis de revenir vivant de l'intervention. La plupart d'entre eux est restée dans des schémas habituels d'intervention. Le rôle du leader a aussi été particulièrement étudié : sa crédibilité a été remise en cause par les autres pompiers dans la gestion des troupes (délégation des responsabilités pour prendre une pause), entraînant la dissolution du groupe, et par conséquent, la perte de repères et la panique. Le leader, plus expérimenté que les autres, avait indiqué aux autres pompiers un moyen inédit de combattre l'incendie qui les talonnait, au travers d'un feu de diversion. Ses ordres n'ont pas été compris, n'ayant pas de sens aux yeux des autres pompiers, si bien que ceux-ci ont décidé de fuir l'incendie. Or, au lieu de suivre le leader qui avait allumé un feu de diversion, affaiblissant durant quelques minutes le feu principal et offrant un endroit protégé, les pompiers ont préféré fuir en courant, mais se sont fait rattraper par l'incendie et ont ainsi péri. Cet exemple démontre que les situations surprenantes, même anticipées autant que possible, demandent toujours une part d'adaptation de la part des organisations. Cette adaptation passe par le processus de *sensemaking*.

Le deuxième exemple d'étude empirique concerne la thèse de doctorat de Steyer (2013). Ce travail souligne l'importance des relations sociales de managers d'entreprises et de leur devoir d'*accountability* dans l'élaboration de sens de la pandémie de grippe de 2009. Steyer a analysé durant une période de vingt-et-un mois les réunions de *Business Continuity Managers* (BCM)¹ de grandes entreprises privées françaises. Ces réunions visaient à se préparer à une pandémie de grippe. Le but était de comprendre l'impact d'une préparation à un risque potentiel sur la réaction de l'organisation en cas d'alerte. Cette thèse a aussi étudié la manière dont ces BCM ont fait face à l'émergence de la pandémie de grippe de 2009. Ce qu'il en résulte principalement

¹ Les Business Continuity Managers sont responsables de mettre en place des stratégies d'action et de dégager des ressources utiles à l'entreprise en cas de sinistre et de situations de crise diverses.

est le fait que les BCM, ayant un devoir de rendre des comptes (*accountability*) dans un contexte marqué par l'incertitude et par des directives peu claires de la part de l'Etat, ont privilégié une stratégie d'action socialement justifiable, au lieu de véritablement prendre en compte l'évolution de la menace de la pandémie. Si bien que des mesures ont été mises en place malgré le caractère bénin de la pandémie, produisant du coup un sentiment de « fausse alerte » et de mesures disproportionnées par rapport à la menace réelle. Ce travail montre que, dans ce cas, les BCM ont agi davantage par souci de légitimer leur place au sein de l'organisation que par rapport à la gestion des dangers réels. Dans l'incertitude, en tant que BCM, ils ne pouvaient pas ne rien faire. De par leur position dans l'organisation, les BCM ont dû faire face à un dilemme : négliger le risque et être le responsable de conséquences terribles, ou prendre des mesures pouvant être perçues a posteriori comme un gaspillage de ressources. Dans l'incertitude, il incombe aux BMC d'agir en anticipant un scénario de pandémie plausible selon les recommandations de l'OMS qui, faut-il le rappeler, possède le monopole dans la définition d'une pandémie et dans la mise en place de mesures sanitaires pour y faire face.

Le *sensemaking* possède un caractère processuel et peut se départager en trois séquences : l'*enactment*, la sélection et la rétention (Chun Wei, 2001). Dans l'*enactment*, les individus procèdent à une mise en récit des événements auxquels ils prennent part, convertissant ainsi les données brutes de l'environnement en des interprétations équivoques. Les individus peuvent recourir à leurs croyances pour former une interprétation plausible de l'événement. Durant la sélection, les individus communiquent entre eux et choisissent une interprétation commune dominante des événements qui se produisent, en se référant par exemple à des modèles d'interprétations déjà mobilisés pour des événements similaires. Cette définition commune peut être éphémère et nécessitera une nouvelle phase de sélection en cas de changement de situation. Dans la phase de rétention, l'organisation retient les interprétations qui ont permis de gérer avec succès des événements inattendus, de manière à ce qu'elles soient à nouveau mobilisables dans le futur.

5.2. Les propriétés du sensemaking

Weick (1995) définit sept propriétés du *sensemaking*. Je reprends ici la traduction en français de ces propriétés établie par Mallet (2009, p.64) et les expliquerai ultérieurement.

1. Il est ancré dans la construction de l'identité ;
2. Il est rétrospectif ;

3. Il promulgue des environnements sensés (*enactive of sensible environments*)² ;
4. Il s'agit d'un processus social ;
5. Il s'agit d'un processus toujours en cours ;
6. Il met l'accent sur – et est conduit par – l'extraction d'indices ;
7. Il est conduit par la recherche de plausibilité plutôt que de véracité.

Une des principales préoccupations des individus lors d'un événement inattendu se présentant dans leur organisation est de préserver une image d'eux à laquelle ils estiment correspondre. Vouloir maintenir son identité, c'est vouloir maintenir un sentiment rassurant de continuité dans un environnement perturbé. Dès lors, l'explication plausible que donnera un individu au sujet d'une situation inédite et potentiellement menaçante servira à maintenir une image positive de lui-même (Weick, 1995). Toute la difficulté de maintenir une image de soi positive réside dans la négociation entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle lors d'un événement bousculant les habitudes dans l'organisation. Dans une organisation, comme un hôpital, les employés n'agissent pas tant pour leur compte qu'au nom de l'organisation (Chatman, Bell, & Staw, 1986). Il leur est demandé de mettre en pratique certaines valeurs et certains principes participant aux objectifs de l'organisation. La question de la vaccination contre la grippe pandémique du personnel infirmier est au cœur de cette possible tension entre l'identité personnelle et l'identité professionnelle.

La deuxième propriété du *sensemaking* est la « création de sens comme reconstruction rétrospective du passé » (Mallet, 2009, p.65). Le principe de cette propriété provient des réflexions faites par Schutz (1967), dans le courant de l'ethnométhodologie, selon lesquelles on ne peut pas savoir ce que l'on fait avant de l'avoir fait. L'événement à interpréter étant passé, c'est à la mémoire d'y donner du sens. Dès lors, tout élément susceptible de biaiser le souvenir de l'événement affectera le sens donné à l'événement passé (Weick, 1995). Il est à noter que l'interprétation de l'événement actuel ou futur se base aussi sur les expériences passées d'événements similaires. Dans le présent travail, j'interroge le personnel infirmier au sujet d'une campagne de vaccination qui s'est déroulée trois ans auparavant. Ce laps de temps a favorisé la sélection des éléments marquants de l'épisode de la pandémie de grippe A/H1N1 ainsi que la construction d'une interprétation ordonnée et cohérente de cet événement (Mallet,

² Cette troisième propriété est également parfois traduite comme la « sélection d'indices dans l'environnement » (Laroche & Steyer, 2012)

2009). Il est à supposer que cette interprétation a posteriori à laquelle j'ai eu accès servira de support d'interprétation d'une situation de pandémie similaire à celle de 2009.

Le *sensemaking* a également comme propriété de promulguer des environnements sensés. Adoptant une perspective interactionniste, Weick (1995) considère la réalité de l'environnement de l'organisation autant comme une production de ses membres que comme quelque chose qui conditionne leurs actions. Cette idée se retrouve dans la notion d'*enactment*. « Les gens créent leurs environnements comme ces environnements les créent » [traduction libre] (Weick, 1995, p.34). L'*enactment* consiste en une sélection d'événements parmi le flux d'événements au sein de l'organisation, qui sont susceptibles d'attirer l'attention de ses membres. Enfin, l'*enactment* désigne aussi des actions effectuées qui déterminent les actions ultérieures des individus dans le cadre d'un changement de situation (Koenig, 2003). « Le cycle de l'*enactment* est alors le suivant : certaines variations de l'environnement sont privilégiées par les acteurs. Les phénomènes ainsi sélectionnés donnent matière à un travail d'interprétation collectif. Des actions sont engagées qui ont des conséquences visibles dans le monde, et les changements écologiques ainsi introduits sont susceptibles d'influencer ultérieurement les membres de l'organisation et les comportements de celle-ci » (Koenig, 2003, p.23).

Comme déjà mentionné plus haut, le *sensemaking* est un processus avant tout social. La construction de sens et l'élaboration d'un système d'actions organisées se fait au travers des interactions. A travers elles, les membres d'une organisation se coordonnent afin de déterminer des attentes et des objectifs communs. Elles leur permettent ainsi d'agir collectivement (Allard-Poesi, 2003). Selon l'approche du *sensemaking*, l'élaboration collective d'un système d'actions organisées ne nécessite pas forcément une définition commune des problèmes que l'organisation doit résoudre. Le système d'actions organisées ne nécessite qu'un partage minimal de la définition de la situation entre les membres d'une organisation (Weick, 1995). Pour Weick, la convergence des membres de l'organisation en un groupe ne se fait pas au travers d'un consensus sur les objectifs à atteindre et d'une définition commune de la situation. Le groupe converge, d'une part, parce que les acteurs croient qu'ils peuvent tirer des intérêts à agir collectivement, et d'autre part, parce qu'ils possèdent une vision similaire des moyens à mettre en œuvre pour agir collectivement. « À un niveau très général, la vision weickienne de l'action organisée conduit ainsi à concevoir le sens collectif comme des points d'accord temporaires négociés par les membres d'un groupe durant leurs interactions, qui, s'ils disposent de représentations différentes de la situation, peuvent cependant parvenir à un consensus sur les actions à entreprendre par le biais de la communication » (Allard-Poesi, 2003, p. 99). Ces points

d'accord temporaires peuvent consister, par exemple, en des stéréotypes, des normes d'action ou encore des recommandations d'action basées sur les expériences passées de l'organisation (Mallet, 2009).

Le *sensemaking* est un processus toujours en cours. Étant donné que les membres d'une organisation façonnent constamment l'environnement dans lequel ils évoluent au travers d'interactions, la construction collective de sens se fait, elle aussi, continuellement. Cette perpétuelle construction de sens se fait la plupart du temps dans un flux habituel d'activités et paraît comme allant de soi pour les individus. Il en va tout autrement lorsque ce flux habituel est brisé par un événement surprenant. Dans de tels cas, les émotions peuvent jouer un rôle important dans le processus de *sensemaking*. « Les émotions jouent un rôle de rappel d'événements passés ayant provoqué les mêmes émotions que ce que l'individu est en train de vivre aujourd'hui » (Mallet, 2009, p. 68).

Le *sensemaking* met l'accent sur – et est conduit par – l'extraction d'indices. Lorsqu'on parle d'élaboration collective de sens opérée par les membres d'une organisation, il faut comprendre que ceux-ci – il s'agit là souvent des dirigeants – vont porter leur attention sur des signaux précis parmi ceux provenant de leur environnement et, tout en réduisant la complexité des nombreux aspects de celui-ci, vont mettre en avant une interprétation davantage univoque de la situation. Cette réduction de l'équivocité de la situation permettra de dégager des pistes d'action (Koenig, 2003). Dit simplement, le *sensemaking* met l'accent sur l'extraction d'indices, c'est-à-dire des points de références sur lesquels se baseront à la fois la définition d'une situation et les actions à entreprendre.

Il est conduit par la recherche de plausibilité plutôt que de véracité. Cette propriété du *sensemaking* peut être traduite par l'énoncé « Je dois en savoir suffisamment sur ce que je pense pour réaliser mes projets, mais pas nécessairement plus » (Weick, 1995, p. 62, traduit à partir de Rouleau, 2007, p. 142). En repérant les signaux les plus pertinents pour interpréter une situation nouvelle, les individus simplifient la réalité dans un souci de pouvoir continuer leurs activités. Pour le *sensemaking*, l'important n'est pas de savoir si les individus partagent une interprétation des événements biaisée cognitivement ou empreinte d'heuristiques (Kahneman et al., 1982), mais de comprendre comment les individus interprètent la réalité et pourquoi ceux-ci sélectionnent certains signaux plutôt que d'autres. Un processus de *sensemaking* peut être efficace, même basé sur des simplifications erronées. Dans une situation de surprise, caractérisée par de l'incertitude et par un manque d'informations, une action adaptée à la

situation est parfois préférable à la recherche d'une définition précise de la situation (Koenig, 2003).

5.3. Sensemaking et représentations sociales

Un parallèle peut être tiré entre la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) et celle du *sensemaking* dans les organisations (Weick, 1995). Ces deux perspectives ont pour objet commun l'imputation collective de sens à des phénomènes ou des événements nouveaux, abstraits, surprenants et inconnus, afin de pouvoir y réagir le plus rapidement et le plus efficacement possible. La théorie des représentations sociales et celle du *sensemaking* accordent une grande importance à la négociation du sens donné aux situations et soulignent l'hybridité de l'identité des individus, à la fois personnelle et sociale. Le *sensemaking*, concevant le sens commun comme le fruit d'un travail continu, et donc jamais acquis, de communication interpersonnelle (Koenig, 2003) partage quelques similitudes avec la théorie des représentations sociales, laquelle conçoit également le sens commun comme une élaboration sociale et discursive (Wagner, 2001).

Quelques différences demeurent tout de même entre la théorie des représentations sociales et celle du *sensemaking*. Avec par exemple les concepts d'ancrage, d'objectification, de polyphasie cognitive (Moscovici, 1961) ou encore d'*othering* (Joffe, 1999), la théorie des représentations semble posséder un cadre conceptuel plus structuré que la théorie du *sensemaking* (Weick, 1995). Le *sensemaking* se préoccupe moins de la structuration conceptuelle que de la description et l'analyse séquentielle d'événements imprévus ou surprenants durant lesquels les protagonistes rencontrent la difficulté de donner une nouvelle signification et d'élaborer un système d'action adapté à la réalité, comme le montre l'exemple cité plus haut de l'analyse du cas de l'incendie mal géré par les pompiers. Par rapport à la théorie des représentations sociales, la théorie du *sensemaking* met davantage l'accent sur le processus de prise de décision dans un environnement inhabituel et menaçant.

La description et la comparaison des théories des représentations sociales et du *sensemaking* dans les organisations m'amène à l'idée qu'il serait profitable, dans le cadre de cette thèse, d'utiliser les apports de ces deux théories et fructueux de les combiner. Plus précisément, pour le sujet qui nous intéresse ici, je pense qu'il serait intéressant de mettre en parallèle des éléments de la théorie des représentations sociales dans l'analyse du processus de *sensemaking*. En effet, les représentations sociales sont une forme de connaissance de sens commun socialement élaborée à visée pratique (Jodelet, 1989). Cette forme de connaissance est donc susceptible

d'être mobilisée et renégociée en milieu organisationnel au travers d'interactions, en cas d'événement surprenant venant perturber la routine d'une organisation. L'hôpital, par exemple, lors de la pandémie de grippe A/H1N1 a probablement été un milieu organisationnel dans lequel se sont confrontées plusieurs définitions de la situation, lesquelles ont entraîné des visions concurrentes de la manière de contrôler la pandémie et d'en préserver les patients.

6. La confiance dans la gestion des maladies infectieuses émergentes

La pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 a laissé un héritage négatif dans les mémoires collectives, laissant penser que la menace a été surestimée et que les autorités internationales de santé publique avaient des conflits d'intérêt. Le sentiment que la presse a exagéré le phénomène prédomine dans la phase post-pandémique dans laquelle nous nous situons actuellement. La confiance du public dans la presse, mais aussi dans les institutions gouvernementales et internationales a été érodée à la suite de cet épisode, soupçonnées qu'elles ont été de connivence avec l'industrie pharmaceutique (Bangerter et al., 2012; Gilles et al., 2011). Cet héritage négatif s'est traduit par une diminution, lors des grippes saisonnières de 2010/11 et 2011/12 du taux de vaccination de la population générale en France (Caille-Brillet et al., 2013), et en Suisse, par une diminution de la couverture vaccinale des groupes à risque³ après la saison 2010/11 (Frey et al., 2012).

La confiance du public dans les institutions est un élément important à prendre en considération dans la gestion des épidémies et pour l'étude des attitudes envers la vaccination (Bangerter et al., 2012). Cette confiance est particulièrement centrale lors de l'émergence de maladies infectieuses, étant donné qu'à ce moment-là, les informations et les connaissances sur ces maladies, sur les moyens de les éradiquer, ou du moins s'en prémunir, peuvent manquer aux individus (Bostrom & Atkinson, 2007). J'aborderai dans ce chapitre la définition des concepts de confiance et de méfiance dans les institutions. Concepts adjacents à ceux de confiance et de méfiance, le scepticisme et le cynisme seront eux aussi expliqués. Je conclurai ce chapitre en problématisant le scepticisme public envers les maladies infectieuses émergentes et la baisse de confiance du public dans la gestion des crises sanitaires par les autorités de santé publique.

³ Frey et al. (2012) définissent les groupes à risque de la manière suivante : « Groupes à risque : les personnes de 65 ans et plus, les personnes atteintes d'une maladie chronique avec indication pour le vaccin, les femmes enceintes et les parturientes, ainsi que les enfants prématurés dès 6 mois pour les deux hivers suivant la naissance » (p.8).

6.1. La confiance dans les institutions

Il existe différents niveaux de confiance recouvrant, par exemple, celui de la confiance interpersonnelle et institutionnelle. Par conséquent, aucune définition générale de la confiance ne recouvrera l'ensemble des situations dans lesquelles elle peut se manifester. Au niveau interpersonnel, la confiance peut être décrite comme « une croyance d'une personne en l'action probable d'une autre personne » (Cleary & Stokes, 2006). Cette forme de croyance se base sur une perception d'intérêts communs des deux parties ; ce que Hardin (2002) appelle la « confiance comme intérêt encapsulé » (p.3) (*trust as encapsulated interest*). En d'autres termes, la confiance comme intérêt encapsulé désigne une confiance entre deux parties dont les intérêts semblent concorder à leurs yeux. Cette forme de confiance pourrait se résumer selon la formule suivante : « Tu as un intérêt à répondre à mes intérêts parce que tu veux que notre relation continue. Au minimum, tu peux vouloir que notre relation continue, car elle est économiquement bénéfique pour toi. (...) Tu peux vouloir que notre relation continue et ne soit pas endommagée par ta déloyauté, parce que tu apprécies la relation pour diverses raisons, y compris les raisons immatérielles » [traduction libre] (Hardin, 2002, p. 4). Il s'agit d'une forme de confiance que l'on retrouve parfois parmi des proches, des amis et des associés.

Considérée de cette manière, la confiance interpersonnelle implique de la part des personnes engagées dans une relation de considérer les intérêts des parties concernées. Elle entre de ce fait dans le cadre de la théorie du choix rationnel, pour laquelle la confiance est considérée comme une évaluation par un individu des motivations d'un autre individu à son égard (Hardin, 1999). Si le fait de faire confiance à un autre individu me rapporte le plus grand bénéfice ou le moindre mal, alors j'ai toutes les raisons de lui maintenir ma confiance. A l'instar de Cleary et Stokes (2006), d'autres théoriciens de la confiance précisent que la confiance interpersonnelle va plus loin que la simple coïncidence des intérêts entre deux personnes, qui, pour eux, ne relève pas de la confiance, parce que « la convergence des intérêts ne résulte pas d'un arrangement institutionnel ou une considération mutuelle » [traduction libre] (p. 12). Ils acceptent, en revanche, la définition de confiance en tant que « croyances qui reposent sur la punition directe de la personne qui a reçu la confiance (*trustee*) par celui qui fait confiance (*truster*), ou d'une punition d'une partie tiers pour non-coopération » [traduction libre] (p. 14). Il s'agit là d'une conception cognitiviste et interpersonnelle de la confiance. Je me suis attardé sur le niveau interpersonnel de la confiance pour que l'on se rende compte que les mécanismes de confiance interpersonnelle ne sont pas applicables au niveau de la confiance dans les institutions.

Dans le cadre de cette thèse, je m'intéresse davantage à la confiance au niveau institutionnel. Je partirai des conceptions cognitivistes de la confiance dans le gouvernement (Hardin, 2002) pour aborder ensuite des conceptions alternatives de la confiance dans les institutions scientifiques et gouvernementales en matière de communication du risque. Celles-ci considèrent la confiance comme une modalité d'action relationnelle chargée émotionnellement et asymétrique (Engdahl & Lidskog, 2014), autrement dit, un processus pragmatique (Quéré, 2005) entre les institutions publiques en charge de la régulation du risque et le public.

La confiance dans le gouvernement se distingue de la confiance interpersonnelle principalement au travers de deux caractéristiques. La première caractéristique est que dans le cadre de la confiance dans le gouvernement, l'« itération de l'interaction » (Hardin, 2002), soit l'intérêt d'une partie à honorer la confiance manifestée par l'autre partie afin de maintenir de bonnes relations, n'a pas autant d'importance qu'au niveau de la confiance interpersonnelle. La deuxième a trait à la connaissance approximative des citoyens de la structure du gouvernement et de ses acteurs, contrairement à la confiance interpersonnelle qui permet davantage aux parties concernées d'estimer si l'autre est digne de confiance.

Hardin (2002) préfère à la notion de confiance dans le gouvernement, celle de « quasi-confiance » (*quasi-trust*) dans le gouvernement. La « quasi-confiance » dans le gouvernement n'exige pas des citoyens une connaissance profonde de sa structure et de son mode de fonctionnement, de même qu'ils n'ont pas nécessairement besoin d'en connaître les acteurs. Hardin explique que l'on appelle « quasi confiance » dans le gouvernement une sorte d'attente de la population à ce que les institutions gouvernementales agissent plus efficacement qu'une autre alternative pour le bien de la société. Cette attente envers le gouvernement se base sur une « extrapolation inductive des comportements passés et actuels ou la réputation » [traduction libre] (Hardin, 2002, p. 157). Pour les individus, cela revient à estimer le niveau de confiance d'une institution gouvernementale selon leur propre expérience, leurs suppositions au sujet des bénéfices que l'institution peut tirer d'être performante et au sujet de l'existence de procédures fiables contre la tromperie.

Offe (1999) avance une définition normative de la confiance dans les institutions politiques gouvernementales et de ses acteurs. La confiance entre les citoyens et les institutions politiques est possible, même si ces deux entités ne se connaissent pas personnellement. « Une confiance dans des dispositions à coopérer ne s'exerce non pas à l'égard de personnes, mais d'autres citoyens soumis aux mêmes lois, en référence à un espace politique commun » (Maroy, 2012,

p. 61). Deux mécanismes seraient à l'œuvre pour expliquer la confiance des citoyens dans les institutions politiques. Le premier mécanisme – le plus important, selon Offe – repose sur l'idée que pour être dignes de confiance, les institutions politiques doivent comporter des lignes directrices, des idées normatives telles que la justice et la vérité, les faire connaître et les honorer. L'idée normative de justice consiste, pour une institution politique, à faire preuve d'équité, de neutralité et d'impartialité et de s'engager vers la solidarité. L'idée normative de vérité, quant à elle, revient pour une institution politique à se montrer sincère et à tenir ses promesses. Le deuxième mécanisme de confiance dans les institutions politiques repose sur l'idée que ces institutions sont considérées comme d'autant plus légitimes qu'elles se conforment aux lois. « Faire confiance à une institution, ou avoir confiance en elle, signifie que celui qui fait confiance connaît l'idée normative de l'institution, et compte en partie sur les sanctions qui peuvent en outre inciter ses agents à se conduire conformément à cette idée normative » (Warren, 1999, p. 349, traduit par Quéré, 2005, p. 202).

En plus des deux mécanismes relatifs aux idées normatives et à la conformité aux lois, la confiance du public dans les institutions gouvernementales dépend de la manière dont celles-ci rendent des comptes au public sur leur fonctionnement. En effet, la population ne fait pas confiance aveuglément aux institutions gouvernementales. C'est-à-dire que la population exige de leur part un minimum d'informations sur leur fonctionnement, leurs agissements et sur les raisons de leurs éventuelles recommandations. La population émet alors un jugement sur ces institutions (Quéré, 2005).

La production d'informations destinées aux citoyens, concurrencées par un flot d'informations alternatives, de même que la volonté de transparence, qui ne certifie pas contre la manipulation, ne semblent plus être la garantie de la confiance publique dans les institutions. Il s'agit de considérer ce qui permet à la population, ou au contraire ce qui la retient, de s'en remettre aux institutions, telles que le gouvernement et les autorités de santé publique. En tant que citoyens, il nous est impossible de contrôler directement le fonctionnement et les agissements de ces institutions ; nous sommes donc contraints de nous en remettre à des « dispositifs de confiance » (Quéré, 2005), soit à des instances chargées « de nous informer, de garantir la fiabilité des informations et de nous assurer de la crédibilité des engagements des institutions, ou de ce ceux qui exercent les pouvoirs, et donc de nous protéger de leurs manipulations, mensonges et tromperies » (Quéré, 2005, p. 207-208). En ce sens, l'acte de faire confiance permet de réduire la complexité de la vie en société.

Peut-être que les médias sont le premier exemple de « dispositif de confiance » qui nous vient à l'esprit. Quéré (2005) explique cependant que les médias actuels ne réunissent pas les conditions suffisantes pour être considérés comme des « dispositifs de confiance ». Leur visée à la fois informative, divertissante et marchande fait qu'ils poursuivent en parallèle d'autres buts que leur rôle de contre-pouvoir fiables. Aujourd'hui, leur crédibilité n'est pas nécessairement un argument de consommation. « (...) les sondages de ces dernières années montrent que la consommation des médias ne dépend pas nécessairement de leur degré de fiabilité ou de crédibilité. La radio et la presse sont jugées plus fiables que la télévision en matière de restitution des événements. Ceux qui pensent que la télévision ne présente pas les choses comme elles se sont passées sont nettement plus nombreux que ceux qui pensent le contraire. Pourtant c'est vers la télévision que les uns et les autres préfèrent se tourner pour avoir des nouvelles ou pour avoir des explications sur ce qui se passe » (Quéré, 2005, p. 211).

Quéré ajoute qu'aujourd'hui, les citoyens sont de plus en plus dubitatifs envers les déclarations d'indépendance des journalistes et du suivi de leur déontologie professionnelle. Avec le développement du Web 2.0, des bloggeurs, des réseaux sociaux et des sites alternatifs d'information, la nature de l'autorité des médias traditionnels est changée. A la confiance verticale et impersonnelle dans les institutions médiatiques s'est soustraite la confiance horizontale et davantage interpersonnelle en des sources d'information alternatives.

Pour (re)gagner la confiance du public, les institutions publiques recourent de plus en plus à des procédures censées surveiller et certifier la qualité de leur fonctionnement et la fiabilité de leurs actes. Ainsi, les audits et les indicateurs de performance sont fréquemment utilisés dans les institutions publiques. Quéré (2005) considère que ces nouvelles procédures de contrôle ont un effet pervers. La volonté de transparence amène à fournir aux citoyens des informations en plus grande quantité, et donc, davantage de possibilités à ceux-ci de comparer les informations et de se montrer suspicieux quant à la manière dont elles ont été communiquées, ainsi qu'aux objectifs de la publication de ces informations. L'article de Quéré (2005) ne dégage pas de véritables pistes pour définir les conditions de confiance dans les institutions. Tout au plus, il s'interroge sur la manière dont les citoyens pourraient examiner et évaluer eux-mêmes ce que les médias rapportent, supposant de leur part une « motivation politique forte, qui n'est envisageable que sur de courtes périodes de forte mobilisation sociale et politique » (p. 215).

Le développement théorique qui précède invite à considérer la confiance comme une composante-clé d'un comportement coopératif interpersonnel, intergroupe, ou entre une

personne et une organisation (Earle & Siegrist, 2006). Selon Earle et Siegrist (2006), les jugements de confiance dépendent des informations dont disposent les acteurs concernés sur les agents ou les objets en qui ils décident de placer leur confiance. Les informations dont disposent les acteurs pour émettre des jugements de confiance sont de deux natures. La première, *morality-relevant information*, a trait aux informations à la disposition d'une personne (ou une autre entité) sur les valeurs et les intentions de l'autre. Entendons par « autre », une personne physique ou une organisation. Ces informations sont relatives à la notion de *trust*, laquelle désigne une volonté de l'individu de se placer dans une position vulnérable par rapport à un autre, parce qu'il estime que l'autre possède des valeurs et des intentions similaires aux siennes. La deuxième, *performance-relevant information*, a trait aux informations à la disposition d'une personne (ou une autre entité) sur les comportements passés et sur les compétences de l'autre. Ces informations sont relatives à la notion de *confidence*. *Confidence* désigne une croyance basée sur l'expérience d'un individu ou sur l'évidence, qui amène ce dernier à s'attendre à ce que des événements se déroulent comme attendu, ou que les agissements d'un autre se fassent de la façon dont il s'y attendait (Earle & Siegrist, 2006). Par exemple, un individu accordera plus difficilement sa confiance envers autrui, si celui-ci a fait preuve d'incompétence par le passé.

Dans les études empiriques, la notion de *trust* est mesurée par des indicateurs tels que « l'appartenance à un groupe (*in-group membership*), la moralité, la bienveillance, l'intégrité, inférences sur le caractère et les intentions d'autrui (*inferred traits and intentions*), la loyauté et l'attention portée à l'autre (*caring*) » [traduction libre] (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007, p. 6). La notion de *confidence* est mesurée par des indicateurs tels que « la familiarité, l'évidence, les règlements, les règles/procédures, les contrats, la tenue de dossiers (*recordkeeping*)/la comptabilité (*accounting*), les rôles sociaux, la capacité, l'expérience, le contrôle, la compétence et les standards » [traduction libre] (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007, p. 7).

Le Trust, confidence and cooperation model (TCC model) (Earle & Siegrist, 2006; Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007; Siegrist, Earle, & Gutscher, 2003) est un modèle intégratif de nombreuses approches théoriques sur la confiance. En tant que modèle bimodal, il est fondé sur la distinction entre la notion de *trust*, basée sur une *morality-relevant information* et la notion de *confidence*, basée sur une *performance-relevant information*. Le modèle montre comment les notions de *trust* et de *confidence* interagissent comme composantes de la coopération. Il est important de comprendre que « tout jugement de *confidence* présuppose une relation de *trust* » [traduction libre] (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007, p. 4). Les comportements et les

compétences d'autrui sont évalués selon des critères qui ne sont valides qu'au sein d'une communauté qui partage des valeurs communes.

Maintenant que les différences entre les notions de *trust* et de *confidence* sont expliquées, j'en viens à la description des éléments du modèle TCC (Figure 5). Ce modèle doit être lu de gauche à droite. En tant que modèle bimodal, il comporte deux composantes principales qui sont *trust* (embranchement du haut) et *confidence* (embranchement du bas). Les éléments sont décrits parallèlement pour ce qui concerne *trust* et *confidence*. Dans la description des éléments, je garderai les termes en anglais, car leur traduction en français peut sembler parfois étrange. Je m'inspire de la description donnée par Earle et al. [traduction libre] (2007, p. 9).

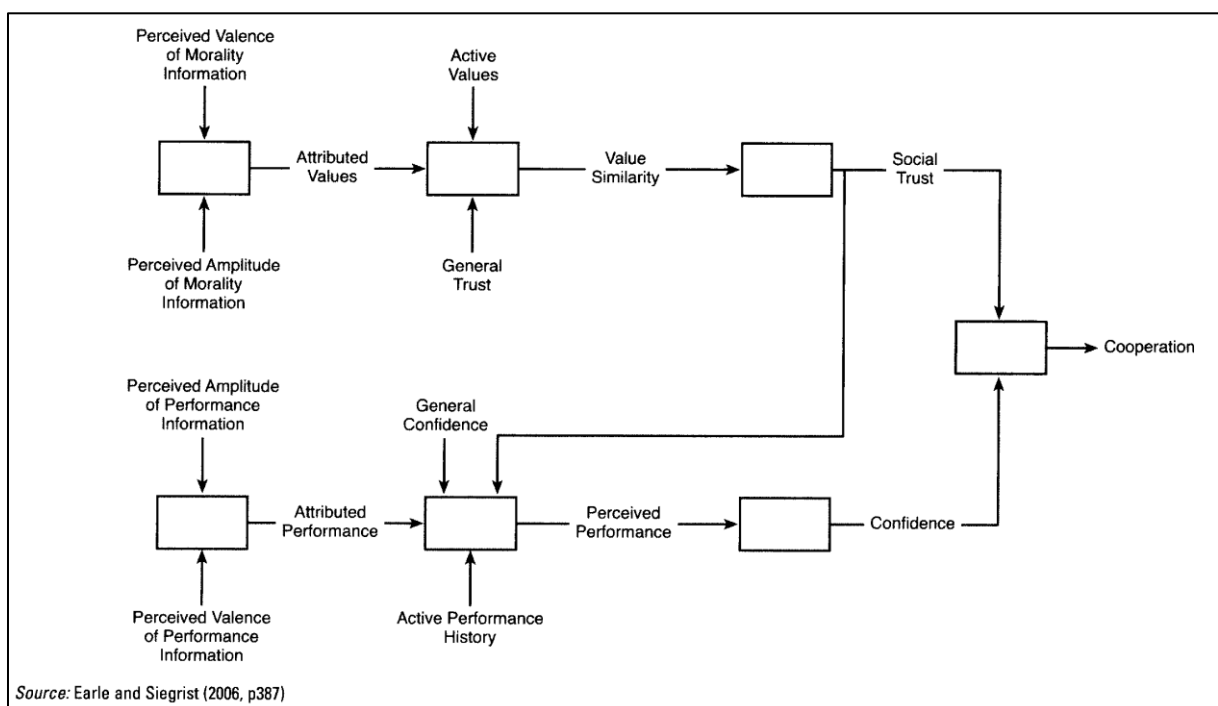


Figure 5: Le Trust, confidence and cooperation model (TCC) (Earle & Siegrist, 2006, p. 387)

- 1) *Perceived amplitude of (morality/performance information)*. Il s'agit de l'évaluation du degré d'implication que l'information donnée possède respectivement en termes de *trust* (valeurs et intentions d'autrui) et de *confidence* (comportement/compétence d'autrui) ;
- 2) *Perceived valence of (morality/performance) information*. Il s'agit du degré de l'évaluation positive ou négative donnée à une information (1 et 2 se combinent pour former 3) ;
- 3) *Attributed (values/performance)*. Les (valeurs/comportements et compétences) que l'observateur attribue à autrui ;

- 4) *Active values/active performance history*. Il s'agit, pour les valeurs, de celles qui sont mobilisées actuellement par l'observateur. Elles peuvent très bien être le fruit de relations sociales de *trust* préexistantes. En ce qui concerne les *performances*, il s'agit de l'historique de comportements caractéristiques d'autrui mobilisé actuellement par l'observateur ;
- 5) *General trust/general confidence*. *General trust* désigne une forme de confiance manifestée envers un exogroupe, ou plus largement envers les inconnus (*strangers*). *General confidence* est le corollaire de *general trust*. C'est-à-dire qu'il s'agit de la croyance que les choses sont en général sous contrôle, que l'incertitude est basse, et que les événements vont se dérouler comme prévu (3, 4 et 5 se combinent pour former 6) ;
- 6) *Value similarity/perceived performance*. *Value similarity* désigne l'évaluation du degré de similarité des valeurs entre celles actuellement mobilisées par l'observateur et celle qu'il attribue à autrui. *Perceived performance* désigne l'interprétation faite par l'observateur du comportement/des compétences d'autrui. Il s'agit non seulement d'un produit des éléments 3, 4 et 5, mais aussi du *social trust*, élément 7 (6 amène à 7) ;
- 7) *Social trust/confidence*. *Social trust* désigne une forme de confiance basée sur le partage de valeurs au sein d'un groupe dont les membres entretiennent des relations à distance et dans lequel les informations sont limitées. *Confidence* désigne une croyance que les événements et les comportements d'autrui vont se produire comme prévu (7 amène à 8) ;
- 8) *Cooperation*. Il s'agit de toute forme coopérative entre deux individus, entre un individu et un groupe d'individus, ou encore entre un individu et une organisation/institution.

La conclusion principale des études se basant sur ce modèle est que les informations sur les valeurs et les intentions de l'autre (*morality-relevant information*) conditionnent l'interprétation des informations sur les comportements et les compétences d'un individu ou d'une autre entité (*performance-relevant information*) (Earle & Cvetkovich, 1999; Earle et al., 2007; Siegrist et al., 2003; Twyman, Harvey, & Harries, 2008). Il en ressort que les comportements passés négatifs d'un individu ou d'une autre entité sont jugés moins sévèrement si ces derniers semblent partager des valeurs similaires avec l'observateur (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007). Cette conclusion est nuancée selon le degré d'incertitude d'une période. En période d'incertitude, les jugements de confiance basés sur des informations relatives aux valeurs et aux

intentions de l'autre (*trust*) sont plus importants que ceux basés sur des informations liées aux comportements passés et à la compétence de l'autre (*confidence*). En période d'incertitude peu marquée, les informations basées sur les comportements passés/compétences de l'autre prévalent sur celles relatives aux valeurs et aux intentions de l'autre.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'en situation d'incertitude, la routine est brisée. Les comportements habituels d'autrui sont susceptibles de se modifier et sont difficilement prédictibles. Il n'est alors plus possible pour un individu de se baser sur le comportement passé d'autrui pour prédire avec une assurance suffisante son comportement futur en vue de maintenir ou d'établir une coopération. Dès lors, il faut se tourner davantage vers l'évaluation des valeurs partagées et des intentions d'autrui, en tant que composante alternative de la coopération, dans l'optique de maintenir ou d'établir une coopération. La notion de *trust* renvoie à un placement de confiance risqué, puisqu'autrui peut toujours agir à l'encontre des intérêts de l'autre. La notion de *trust* renvoie à un état de transition entre deux périodes de stabilité. En période d'incertitude peu marquée, les comportements d'autrui sont stables et davantage prédictibles. Il est par conséquent plus facile de maintenir ou d'établir une coopération avec autrui en se basant sur le jugement de son comportement passé et de ses compétences. *Confidence* renvoie à un placement de confiance moins exigeant que *trust*, puisque *confidence* a trait à des situations de coopération routinière, dans laquelle les compétences d'autrui démontrées dans le passé sont fortement susceptibles de se concrétiser à nouveau. Cependant, placer sa confiance sur des jugements positifs de comportements passés d'autrui peut conduire à s'exposer au danger d'un changement soudain de comportement d'autrui, ou de compétences décevantes (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007).

Le modèle TCC peut être utile en santé publique, pour mieux comprendre les éléments composant la nature de la relation entre les citoyens et les institutions de santé publique. Les citoyens feront davantage confiance aux conseils et recommandations provenant d'institutions compétentes qui ont fourni, par le passé, des conseils et des recommandations justes et bénéfiques. Ils placeront également davantage leur confiance envers des institutions dont les intentions et les valeurs leur semblent proches (Twyman et al., 2008). Siegrist et al. (2003, 2005) ajoutent simplement que la perception de valeurs et d'intentions similaires est un prédicteur primordial dans le fait de suivre les conseils d'autrui. Si l'on s'en tient aux conclusions principales du modèle TCC, la confiance basée sur le sentiment de valeurs et d'intentions partagées entre un individu et une institution peut modifier la confiance basée sur l'évaluation de ses compétences. Autrement dit, en prolongeant les conclusions présentées ci-

dessus, les institutions de santé publique se doivent de fournir des conseils et des recommandations fiables tout en accordant une grande importance à la communication de valeurs et d'intentions en accord avec l'intérêt public.

6.2. La méfiance dans les institutions

La confiance du public envers les institutions n'est pas évidente. Hardin (2002) affirme que la « quasi-confiance » du public dans le gouvernement est moins répandue que la méfiance. « On est plus disposé à se méfier d'un gouvernement qu'à lui faire confiance. Les types de compréhension nécessaires pour avoir confiance dans le gouvernement sont presque logiquement exclus pour les citoyens ordinaires, tandis que les types nécessaires pour s'en méfier sont banaux et consonnent avec l'expérience de la vie ordinaire » (Hardin, 2002, p. 167, traduction de Quéré, 2005, p. 198). Hardin (2002) soutient qu'une des raisons de la méfiance envers les institutions gouvernementales est due à une plus grande médiatisation, ces dernières décennies, des faits et gestes des institutions, ce qui amène les citoyens à avoir une meilleure connaissance à leur sujet, mais également à une élévation des exigences envers elles. L'augmentation des exigences du public n'aurait pas eu son corollaire dans l'augmentation des compétences des institutions et de ses acteurs. Ainsi, l'élévation des exigences du public due à la forte médiatisation des institutions amène parfois les citoyens à les considérer comme incompetentes et donc peu fiables. La thèse d'Hardin rappelle la notion de « société du risque » présentée par Beck (1986), laquelle explique que les citoyens sont conscients d'une multitude de risques et présentent un manque de confiance envers les experts qui sont censés les en protéger.

Hardin (2002) décrit une autre raison susceptible d'amener les citoyens à la méfiance envers le gouvernement. Il s'agit de se référer à des épisodes passés dans lesquels le gouvernement a abusé de la confiance du public. On peut se rappeler à ce titre du scandale du Watergate, ou encore celui de la « vache folle » (Washer, 2010). En ce qui concerne le rôle de l'Etat dans le contrôle et la gestion des maladies, l'expérience de Tuskegee (1932-1972) sur la syphilis constitue à ce titre un des exemples les plus édifiants. Le but de cette expérience clinique tenue secrète était d'observer, sur des individus afro-américains des classes inférieures atteints de syphilis, l'évolution de cette maladie sans traitement, alors même qu'un traitement à la pénicilline existait dès 1943. Les sujets de l'étude n'ont jamais signé de formulaires de consentement éclairé et n'ont pas été renseignés sur leur diagnostic. En somme, les scientifiques ont caché l'existence du traitement à la pénicilline pour observer les désastres que pouvait

causer la syphilis. Ce n'est qu'en 1972 qu'une information sur la tenue de cette expérience est parue dans la presse. L'expérience a été considérée comme un scandale de ségrégation raciale orchestrée par le Service fédéral américain de la santé (Journal de Genève, 27 juillet 1972). La méfiance envers le gouvernement consiste, en l'occurrence, à se référer à une ignominie passée pour se demander si le gouvernement actuel offre toutes les garanties pour en exclure de pareilles.

Ultérieurement, le drame de Tuskegee a fait naître passablement de théories du complot en défaveur des institutions gouvernementales américaines (Brandon, Isaac, & LaVeist, 2005). L'une d'elles stipule que le gouvernement américain aurait inventé le VIH et l'aurait injecté au sein des populations afro-américaines dans le but de les éliminer (Kalichman, 2009; Thomas & Minart, 2009). L'exemple de l'expérience de Tuskegee illustre le fait que la mémoire collective relative aux actions passées du gouvernement affecte durablement la confiance du public. En 1997, le président américain Bill Clinton a présenté les excuses officielles de l'Etat envers les victimes de cette expérience. Un des survivants, Herman Shaw, a tenu le propos suivant au sujet de la confiance altérée dans le gouvernement et la science médicale à la suite de cette expérience : « (...) the damage done by the Tuskegee Study is much deeper than the wound any of us may have suffered. It speaks to our faith in government and the ability of medical science to serve us as a force for good. In my opinion, it is never too late to work to restore faith and trust" (Gray, 1998, p.126).

Si l'on résume les deux caractéristiques que Hardin (2002) avance des raisons de la méfiance envers le gouvernement, on constate qu'il y en a une qui a trait aux incompétences des institutions gouvernementales à répondre aux attentes des citoyens, et une autre qui a trait aux soupçons d'intentions cachées des institutions. La méfiance dans les institutions pourrait être définie comme une croyance en leur incapacité à gérer les tâches que la société leur confère et/ou une croyance que les institutions suivent d'autres intérêts que ceux du plus grand nombre et que ces intérêts-là peuvent être potentiellement menaçants pour la société. On retrouve ici la distinction entre *trust* (valeurs et intentions partagées par autrui) et *confidence* (comportement passé et compétences d'autrui) du TCC modèle (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007).

Si, comme le dit Hardin (2002), la méfiance dans les institutions est plus répandue que la confiance, alors les institutions de santé publique sont amenées, elles aussi, à continuellement démontrer tout autant leurs compétences sanitaires et la fiabilité de leurs recommandations que les valeurs d'intérêt public qu'elles défendent. Il ne suffit plus d'informer le public pour

résoudre les controverses publiques, par exemple celles liées à la vaccination. La plupart du temps, la réponse aux inquiétudes du public s'opère au travers d'une volonté d'améliorer la qualité des informations scientifiques diffusées au public, afin de restaurer sa confiance. Or il faut aussi entretenir la confiance du public. Le modèle du déficit (Durant, Evans, & Thomas, 1989) appliqué aux mesures sanitaires soutient que le manque de participation des citoyens à ces dernières est causé par un déficit de connaissances sur les moyens technologiques à disposition et d'une perception du risque biaisée. Ce modèle a progressivement été remplacé par celui du déficit de la confiance (Pidgeon, Poortinga & Walls, 2007). L'épisode de la grippe pandémique A/H1N1, comme expliqué en début de ce travail, a par exemple suscité des critiques de la part de la population par rapport à la gestion de l'OMS de cette crise sanitaire, et de sa précipitation suspicieuse à élever le niveau d'alerte pandémique à son maximum. Les citoyens ont moins eu des doutes sur les capacités de cette institution à endiguer cette pandémie que sur les intentions et les intérêts cachés de cette dernière (Mayor et al., 2013).

Le public peut se montrer sceptique vis-à-vis des avancées technologiques, manifester de l'inquiétude lors d'innovations et douter des intentions des institutions de santé publique. Dans le cadre de cette thèse, c'est le lien entre la communication du risque par les autorités de santé publique et la confiance ou méfiance du public qui nous intéresse plus particulièrement. Il s'agit de tenir compte de l'aspect émotionnel de la confiance des citoyens envers les autorités de santé publique, puisque les valeurs sont aussi importantes, si ce n'est davantage, que les compétences démontrées par les institutions. Engdahl et Lidskog (2014) critiquent la relation science-citoyens sur un mode de compréhension technocratique du risque. Selon ces auteurs, pour une meilleure confiance publique envers la science et les institutions étatiques qui s'y réfèrent afin de formuler leurs recommandations et justifier leurs interventions, il ne faut pas seulement parler au public en lui proposant une définition du risque, mais l'écouter dans la manière dont celui-ci donne du sens au risque.

6.3. Les concepts de scepticisme et de cynisme

Pour le scepticisme, il est impossible d'affirmer que nous connaissons quelque chose de manière certaine, pas plus que nous pouvons prouver la véracité de nos croyances. Justifier des croyances revient toujours à se baser sur d'autres croyances dans une régression infinie. Dès lors, il reste aux individus à se reposer sur des croyances non-justifiées (Musgrave, 1993). Le scepticisme est une attitude qui implique le questionnement continu des connaissances, des éléments qui sont considérés comme allant de soi, et tout ce qui est présenté comme factuel,

pour tenter d'aboutir à une connaissance satisfaisante. Le doute est ainsi un instrument de la recherche de vérité.

Une personne sceptique désire prendre des décisions en toute connaissance de cause. En matière de vaccination contre la grippe, une attitude sceptique reviendrait pour un individu à refuser la vaccination tant que les raisons de douter de la nécessité, la sûreté et l'efficacité de celle-ci ne sont pas écartées par des preuves scientifiques compréhensibles et irréfutables. Elle peut concevoir les arguments des autorités de santé publique comme basées sur des croyances non-justifiées. Par exemple, elle se demandera si les tests effectués sur le vaccin pour déterminer le risque d'effets secondaires seront toujours valables dans dix ou vingt ans et pensera que le fait d'affirmer que les vaccins sont sûrs est une pure croyance des autorités de santé publique.

Cette personne peut avoir une « confiance critique » (*critical trust*) (Pidgeon, Poortinga, & Walls, 2007) dans les autorités de santé publique, dans le sens où elle leur manifesterà à la fois sa confiance et son scepticisme. Concrètement, elle fera confiance aux autorités de santé publique pour lui fournir des informations fiables, mais les questionnera jusqu'à ce qu'une certitude suffisante la satisfasse pour agir et décider en toute connaissance de cause. La « confiance critique » est donc un concept qui tient compte de la tension entre le scepticisme et la confiance (*reliance*) dans une institution. « The converse of trust being mediated by scepticism is for distrust to be mediated by reliance: that is, even where an institution is distrusted, people may still make a pragmatic evaluation of its role in the decision-making process about hazards or risks » (Pidgeon, Poortinga, & Walls, 2007, p.130).

Les autorités de santé publique sont attentives aux attitudes sceptiques et proposent de plus en plus des services ou des commissions scientifiques indépendantes qui prodiguent des conseils auprès des autorités publiques en matière de recommandations de vaccination, et qui exercent un rôle de médiateur entre les experts, les autorités et le public. C'est le cas, par exemple, en Suisse, de la Commission Fédérale pour les Vaccinations (CFV) ou en France, du Comité Technique de Vaccination, ou encore de l'U.S. Advisory Committee on Immunization Practices, aux États-Unis. On retrouve derrière ces commissions, l'idée de « dispositifs de confiance » (Quéré, 2005) chargés de montrer aux spécialistes et au public la crédibilité des autorités de santé publique. La CFV a été créée en 2004 et se réunit cinq à six fois par année pour discuter de toutes les questions liées à la vaccination. La CFV discute de la problématique des intérêts économiques dans la formulation de ses recommandations, elle fait part de ses activités auprès du monde médical et du public au travers de différents supports informatifs,

tels que la presse, ses propres publications, ou encore un site internet. Elle exige de ses membres qu'ils détaillent leurs relations avec l'industrie pharmaceutique et qu'ils déclarent tout autre potentiel conflit d'intérêt. La CFV a pour but de se montrer transparente dans ses activités, de manière à réduire les craintes et les doutes quant à la vaccination (Masserey Spicher, 2010).

Le cynisme politique, quant à lui, est le corollaire de la méfiance publique dans le gouvernement (Strama, 1998). Le cynisme politique est un sentiment que le système gouvernemental ne fonctionne pas et ne produit pas des résultats qui correspondent aux attentes des individus (Miller, 1974). En outre, le cynisme politique est une attitude plus extrême que le scepticisme, qui se traduit par l'adhésion aux théories conspirationnistes. Dans le cynisme politique, il y a une croyance que le gouvernement est corrompu et n'agit pas selon l'intérêt public, mais pour des intérêts cachés (Cappella & Jamieson, 1997). L'adhésion aux théories du complot est alors explicable par un sentiment d'aliénation au système et d'une volonté de s'en détacher (Goertzel, 1994). Il s'agit là de théories du complot qui mettent en cause le système. C'est la forme de théories que l'on retrouve le plus fréquemment lorsque l'on aborde la question de la gestion de la pandémie par les autorités de santé publique. Cette forme de théorie du complot met en cause une minorité puissante et malveillante, représentée, dans le cas de l'épisode de pandémie de grippe de 2009, par l'OMS, les gouvernements et l'industrie pharmaceutique (Campion-Vincent, 2005). Le Tableau 2 ci-dessous résume la définition des concepts de confiance/méfiance dans les institutions, de scepticisme et de cynisme

Tableau 2: Définition des concepts de confiance, méfiance, scepticisme et de cynisme

Confiance dans les institutions	Croyance en la capacité et la motivation des instances gouvernementales à résoudre les problèmes auxquels le public est confronté et à gérer les risques présents dans les sociétés modernes.
Méfiance dans les institutions	Soupçons envers la capacité et la motivation des instances gouvernementales à résoudre les problèmes auxquels le public est confronté et à gérer les risques présents dans les sociétés modernes.
Scepticisme	Attitude pour laquelle les connaissances reposent sur des croyances et méritent pour cela d'être mises en doute jusqu'à l'obtention de satisfaction suffisante.
Cynisme	Attitude exprimant un sentiment d'aliénation au système politico-économique, lequel agirait pour ses propres intérêts en cachant délibérément au public certaines informations et vérités.

7. La résistance au changement organisationnel

7.1. Définition du concept sous le prisme des campagnes de vaccination hospitalières

Les attitudes méfiantes, sceptiques et cyniques au sein du personnel d'une organisation peuvent rendre son management difficile et peuvent freiner, voire bloquer le processus de changement organisationnel (Stanley, Meyer, & Topolnytsky, 2005). En contexte hospitalier, ces attitudes pourraient se manifester, par exemple, par une résistance aux messages d'une campagne de vaccination orchestrée par les dirigeants de l'hôpital en préparation d'une épidémie de grippe saisonnière ou pour répondre à l'urgence d'une pandémie de grippe.

Le changement organisationnel est généralement défini comme une « manière de faire les choses autrement ; une modification durable apportée à l'environnement, la structure, la technologie ou au personnel d'une organisation en vue d'une amélioration significative de son fonctionnement et de ses résultats » (Robbins & Judge, 2006, p. 621). Je considère les campagnes de vaccination au sein d'un hôpital comme la marque d'une volonté d'un changement organisationnel. Les campagnes de vaccination contre la grippe donnent lieu à une intensification des consignes d'hygiène auprès du personnel soignant. Elles ont pour objectif d'orienter favorablement et, dans l'idéal, durablement le personnel soignant vers la vaccination contre la grippe, afin d'augmenter les taux de vaccination et d'améliorer la protection des patients contre les infections nosocomiales grippales. Les campagnes annuelles de vaccination contre la grippe dans les hôpitaux n'occasionnent pas de changement organisationnel radical, mais plutôt ponctuel. C'est-à-dire que les tâches du personnel soignant et les manières de les accomplir sont les mêmes que durant le reste de l'année. Cependant, ces campagnes représentent des situations durant lesquelles les cadres de l'organisation affichent la volonté d'une amélioration de la couverture vaccinale du personnel soignant, qu'ils estiment insatisfaisante.

Aussi, en rapport avec les campagnes hospitalières de vaccination contre la grippe, je préfère la définition du changement organisationnel comme « le passage d'un état actuel à un état désiré, d'une situation originale actuelle, jugée inadéquate, à une autre considérée comme plus adaptée, qui répond mieux aux exigences du milieu ou aux nouvelles aspirations des personnes concernées » (Bélanger, 1994, p. 357). Les campagnes de vaccination contre la grippe dans les hôpitaux rappellent au personnel soignant que pour répondre aux exigences du milieu hospitalier en cas d'épidémie, la vaccination représente la plus efficace des mesures.

Il se trouve que chaque année, les campagnes hospitalières en faveur de la vaccination contre la grippe rencontrent une résistance quasiment chronique de la part d'une partie du personnel infirmier. Par exemple, en Suisse, et sur un plan international, les taux de vaccination contre la grippe du personnel infirmier varient, en moyenne, entre 30 et 40% (OFSP, 2010). Ce qui signifie qu'environ deux-tiers des membres du personnel infirmier ne se font pas vacciner contre la grippe, malgré les recommandations de l'OMS et des autorités de santé publique nationales.

La résistance au changement organisationnel (Lewin, 1952) est une réaction négative envers les velléités de changement qui viennent menacer les habitudes et les normes établies d'un groupe professionnel. La résistance est manifestée par des employés souvent envers les agents de changement, c'est-à-dire, les acteurs qui planifient et organisent le changement organisationnel (Robbins & Judge, 2006). La résistance au changement est très souvent le résultat d'une perte de repères, puisque le changement implique de passer d'un mode de fonctionnement connu et habituel, donc d'un certain confort, à un nouveau mode de fonctionnement, par définition inconnu et potentiellement anxiogène (Bovey & Hede, 2001).

7.2. Dépasser la résistance au changement organisationnel : les théories classiques

La théorie du changement organisationnel en trois étapes, proposée par Lewin (1947), constitue très souvent le point de référence de théories contemporaines sur le changement organisationnel qui s'intéressent aux individus dans leur milieu organisationnel, aux mécanismes de changement, ainsi qu'aux différentes composantes qui le favorisent ou, au contraire, le freinent (Burnes, 2004; Collerette, Delisle, & Perron, 1997).

La théorie de Lewin reprend l'idée d'une transition planifiée entre une situation organisationnelle jugée inadéquate par les agents du changement et une situation désirée. La première étape est le dégel ou dé cristallisation (Collerette et al., 1997). Il s'agit d'une période plus ou moins longue et d'une étape plus ou moins difficile durant laquelle les comportements et les attitudes habituels des employés d'une organisation sont remis en question et petit à petit abandonnés. Cette première étape de dégel est compliquée, puisqu'elle demande aux employés de se sentir assez sécurisés, c'est-à-dire de ne plus craindre une perte de repères et de considération, avant d'envisager l'adoption de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes (Burnes, 2004). Du point de vue des agents du changement, il s'agit de repérer les forces motrices, c'est-à-dire, entre autres, les employés, la technologie, ou encore les nouvelles tendances sociales qui favoriseraient le changement et qui pourraient prendre le pas sur les

forces de résistance (Robbins & Judge, 2006). S'ensuit une étape de transition ou de mouvement durant laquelle les nouveaux comportements et les nouvelles attitudes sont expérimentés. La troisième et dernière étape est le regel ou la recristallisation. Durant cette étape, les nouveaux comportements et les nouvelles attitudes s'institutionnalisent et deviennent de nouveaux schémas d'agir et de penser ancrés dans les habitudes des employés d'une organisation. Ces nouveaux schémas sont suffisamment stables pour ne pas régresser dans des schémas passés (Burnes, 2004).

Inspiré par la perspective du changement organisationnel en trois étapes de Lewin, Kotter (1996) a développé un programme de mise en place du changement organisationnel en huit étapes. La première étape consiste à conscientiser et convaincre les employés qu'un changement est nécessaire. La deuxième étape vise à repérer les forces motrices au sein de l'organisation et de les regrouper de manière à constituer un groupe suffisamment puissant pour soutenir et mener le changement. La troisième étape revient à conceptualiser la communication du changement au sein de l'organisation ainsi que les stratégies de changement. La quatrième étape verra la diffusion de messages promouvant une vision positive du changement au sein des employés. La cinquième étape aborde la question de la tentative de l'élimination des difficultés pratiques et des obstacles expérimentés par les employés durant le processus de changement. La sixième étape consiste à repérer des employés-cibles, susceptibles de jouer le rôle d'intermédiaires entre les agents du changement et leurs collègues, de manière à rapprocher ces derniers des objectifs de la stratégie de changement. La septième étape connaîtra l'évaluation du processus de changement et des éventuels ajustements. La dernière étape reviendra à communiquer les bienfaits du changement en le rattachant aux progrès de l'entreprise (Robbins & Judge, 2006).

7.3. Les campagnes de vaccination face au scepticisme et cynisme organisationnels

Il existe des thématiques tellement banalisées, car répétitives, pour lesquelles le débat entre employés et agents du changement risque de tomber dans le silence, ou autrement dit, dans une résistance larvée. La vaccination contre la grippe pourrait figurer parmi ces thématiques. Les campagnes de vaccination contre la grippe ayant lieu chaque année à peu près aux mêmes périodes deviennent habituelles pour le personnel soignant. L'analogie au terme journalistique de « marronnier » illustre bien l'idée d'un sujet qui est traité chaque année à la même période, dont l'intérêt est moindre et dont les débats qu'il pourrait susciter s'encastrent dans des schémas routiniers. Dès lors, un des principaux défis des instigateurs des campagnes de vaccination

contre la grippe au sein des hôpitaux est de susciter un nouveau débat qui soit entendu dans assez d'endroits, assez souvent, et assez longtemps (Ford et al., 2008 ; Barrett et al., 1995). L'un des objectifs des campagnes de vaccination contre la grippe dans les hôpitaux est de susciter un débat au sein du personnel infirmier autour de la vaccination contre la grippe. Un tel débat ouvre la porte à la confrontation des arguments en faveur de la vaccination – arguments particulièrement chers aux organisateurs des campagnes de vaccination – ou en défaveur de la vaccination, avec leur part de rationalité et de croyances. Il s'agit aussi d'une occasion de se rendre compte dans quelle mesure le refus de vaccination pourrait s'expliquer, du moins en partie, au travers d'un scepticisme ou d'un cynisme organisationnel.

Les campagnes de vaccination contre la grippe tentent, tant bien que mal, de passer d'une situation de résistance du personnel infirmier envers la vaccination contre la grippe, à une situation où le personnel se vaccine en plus grand nombre, ou, du moins, applique consciencieusement les autres mesures d'hygiène préconisées par l'hôpital. En 2009, l'épisode de la grippe pandémique a nécessité un certain changement organisationnel plus important que pour la grippe saisonnière. A ce titre, un changement organisationnel remarquable ciblant le personnel soignant a été l'instauration de l'obligation, dans plusieurs hôpitaux suisses, de porter le masque durant toute la période pandémique en cas de refus de vaccination. Cette mesure était inédite pour la plupart des hôpitaux que nous avons étudiés et a été reconduite par la suite durant les épidémies de grippe saisonnière.

Vouloir augmenter les taux de vaccination du personnel infirmier revient à tenter de transformer des croyances sur le vaccin, solidement ancrées parmi les membres du personnel les plus réfractaires, ou plus largement, de modifier un statu quo confortable. La résistance au changement peut être le corollaire d'une incompréhension ou d'un manque de confiance du personnel concerné envers les agents du changement (Kotter & Schlesinger, 2008). La résistance aux recommandations de vaccination contre la grippe dans un hôpital peut refléter des craintes quant à la sûreté du vaccin ou un manque de confiance du personnel infirmier envers les autorités de santé publique dont les recommandations sont relayées par les dirigeants des hôpitaux. Ceci peut amener au doute sur le fait que la vaccination implique davantage d'intérêts que de sacrifices personnels (Blasi, Aliberti, Mantero, & Centanni, 2012). Cette résistance peut également résulter d'une attitude cynique, qui considère par exemple comme un leurre les recommandations de vaccination basées sur des arguments de santé publique, c'est-à-dire comme un moyen détourné par les dirigeants des hôpitaux d'éviter l'absentéisme du personnel, et ainsi, assurer le bon fonctionnement, notamment financier, de l'établissement de

soin. Dans cet exemple, le cynisme organisationnel se traduit par une croyance que les dirigeants occultent, outre les risques liés aux effets secondaires du vaccin, les objectifs financiers de l'organisation en prétextant que la vaccination contre la grippe est le meilleur moyen de protection personnelle et des patients, et qu'ils sont par conséquent indignes de confiance (Andersson, 1996; Dean, Brandes, & Dharwadkar, 1998; Stanley et al., 2005). De manière plus générale, Stanley et al. (2005) définissent le cynisme organisationnel comme le fait de manifester du « discrédit envers les motifs affichés et implicites d'une décision ou une action » [traduction libre] (p. 436). Pour ces auteurs, le cynisme envers le changement organisationnel (*change-specific cynicism*) revient donc à manifester de l'incrédulité vis-à-vis des motifs du changement avancés par les managers.

Le scepticisme envers le changement organisationnel (*change-specific skepticism*) se différencie du cynisme organisationnel par le fait que les personnes sceptiques ne doutent pas tant sur les motivations des agents de changement que sur la « viabilité d'un changement en vue d'atteindre l'objectif affiché » [traduction libre] (Stanley et al., 2005, p. 436). En reprenant les deux aspects principaux de la notion de confiance : motivations/intentions et capacités/compétences (Hardin, 2002), on pourrait dire que le cynisme envers le changement organisationnel se traduit par une défiance quant aux motivations/intentions des agents du changement. Les personnes cyniques expriment alors à la fois un manque de confiance et des soupçons de manipulation de la part des dirigeants. Le scepticisme envers le changement organisationnel se traduit, lui, par des doutes sur les capacités des agents de changement à mener le changement à sa fin (Stanley et al., 2005).

Il a été démontré que le cynisme et le scepticisme organisationnels sont de bons prédicteurs de l'intention de résistance au changement (Stanley et al., 2005). Une personne cynique ne fera pas confiance aux agents de changement, car elle doutera de leurs intentions. Cette personne pourra estimer que les intentions des agents de changement ne coïncident pas forcément avec ses propres intérêts. Une personne sceptique manifesterà de la résistance au changement, car elle aura des doutes sur les capacités des agents de changement à conduire le changement vers une situation meilleure.

Faire face au cynisme des employés est difficile. Le danger que soulèvent Stanley et al. (2005) consiste en une sorte d'escalade cyclique du cynisme. Les managers, dont les efforts pour communiquer le changement auprès des employés s'avèrent répétitivement vains, peuvent eux aussi sombrer dans le cynisme, pensant que la résistance au changement est due à de mauvaises

intentions de la part des employés. Ce cynisme peut amener les agents de changement à prendre des mesures radicales, telles que la coercition, susceptibles de renforcer le cynisme et la résistance des employés. Au niveau hospitalier, on pourrait imaginer le scénario dans lequel des managers se représentent la résistance du personnel infirmier envers la vaccination contre la grippe comme un cynisme organisationnel qu'il faudrait éradiquer par une mesure coercitive telle que l'obligation de vaccination. Pour éviter cette escalade, Stanley et al. (2005) mentionnent succinctement quelques exemples de stratégies de changement, telles que le fait de partager les bénéfices aux employés lorsque les objectifs affichés ont été atteints, ou d'identifier des employés convaincus de la sincérité des managers qui seront susceptibles de favoriser l'adoption des objectifs à une large échelle. J'aborderai au chapitre 8 les différentes stratégies employées par les hôpitaux et en santé publique pour augmenter les taux de vaccination.

7.4. Dépasser la résistance au changement en considérant celle-ci comme une ressource

J'ai abordé jusque-là la résistance au changement organisationnel comme étant l'apanage des attitudes plus ou moins sceptiques et cyniques des employés, tant il est vrai que la perspective dominante dans ce domaine de recherche tend à se positionner du côté des agents de changement et à percevoir la résistance des employés comme la manifestation d'attitudes réactionnaires et irrationnelles (Dent & Goldberg, 1999). Une perspective alternative invite à considérer la résistance non pas comme un frein, mais comme une ressource (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008; Pardo del Val & Martinez, 2003; Pardo del Val & Fuentes, 2003). Cette perspective indique aux agents du changement de concevoir la résistance comme un indicateur de l'engagement des employés dans une organisation et comme une source d'informations dans laquelle puiser pour mettre en place le changement. L'absence de résistance, selon cette approche, dénoterait un possible désengagement du personnel, ou le présage de problèmes futurs dus à une acceptation aveugle des conduites managériales (Ford et al., 2008). J'évoque ci-dessous la recherche-action, le développement organisationnel et le marketing social, qui représentent quelques exemples de processus de changement puisant des informations sur les destinataires, afin d'en déterminer la stratégie.

La recherche-action est un processus de changement qui considère justement les destinataires du changement comme une ressource. Adoptant une démarche scientifique, la recherche-action se divise en cinq étapes. La première étape est le diagnostic. Les agents de changements procèdent à une collecte systématique de données pour déterminer les maux dont souffre

l'organisation. La deuxième étape, l'analyse, consiste à relever les problèmes qui ressortent au travers d'une analyse des données. Les destinataires du changement interviennent à la troisième étape, le feed-back, en participant à la constatation des deux premières étapes et en y apposant leur avis. Il s'agit également, durant cette étape, de définir en commun le projet de changement. S'ensuit l'étape de l'action, soit la mise en œuvre du projet de changement. L'efficacité du changement est finalement évaluée au travers d'une comparaison avec les données initiales (Robbins & Judge, 2006).

D'autres processus de changement font participer les destinataires du changement. Le développement organisationnel représente une manière de planifier des interventions au sein de l'organisation, qui tiennent compte du bien-être et du ressenti des destinataires du changement. Le développement organisationnel a pour but de « favoriser des changements globaux à long terme par la priorité accordée aux valeurs et attitudes des membres de l'organisation » (Robbins & Judge, 2006, p. 631).

Je me pencherai plus longuement sur le marketing social au point 8.3. Je me permets cependant d'évoquer ici les principaux buts de cette approche dont beaucoup de ses principes sont de plus en plus appliqués par les institutions de santé publique dans des programmes d'intervention (French, 2010). L'idée du marketing social est d'appliquer des techniques de marketing de manière à changer des comportements de santé de publics-cibles, comme peut l'être le personnel infirmier d'un hôpital. Une approche en marketing social tente de connaître le plus précisément possibles les attentes, les croyances ou encore les connaissances d'un public-cible en vue de proposer des stratégies de changement comportemental qui lui soient adaptées. Il s'agit d'un exemple supplémentaire de perspective considérant les destinataires du changement non comme de potentielles forces de résistance, mais comme des ressources pour l'implémentation d'un changement adapté à leurs valeurs, croyances et besoins.

8. La vaccination contre la grippe au sein du personnel infirmier

La vaccination est le moyen le plus efficace pour prévenir la grippe et d'en contenir sa propagation (OMS, 2009). Or, on constate depuis plusieurs années, malgré les efforts placés dans les campagnes de vaccination, qu'une part non-négligeable du personnel infirmier hospitalier continue de refuser la vaccination contre la grippe saisonnière, que ce soit en Suisse (Ammon, 2000; Harbarth, Siegrist, Schira, Wunderli, & Pittet, 1998; Hofmann, Ferracin,

Marsh, & Dumas, 2006), ou à une échelle internationale (Hofmann et al., 2006; Hollmeyer, Hayden, Poland, & Buchholz, 2009).

Une enquête réalisée par les journaux suisses Le Matin Dimanche et Sonntagszeitung en janvier 2015 auprès d'hôpitaux suisses a montré que 22% du personnel infirmier et 51% du personnel médical a décidé de se vacciner contre la grippe saisonnière (Agence télégraphique suisse, 2015), alors que l'objectif de l'OFSP, abandonné en 2012 car manifestement irréaliste, visait un taux de vaccination de 70% pour le corps médical et le personnel soignant (Figure 6).

Taux de vaccination contre la grippe			
En % pour la saison 2014-2015			
	MÉDECINS	SOIGNANTS	MOYENNE SUR L'ENSEMBLE
Objectif OFSP (abandonné en 2012)	70	70	70
HUG Genève	63	39	46
USB Bâle	70	20	35
CHUV Lausanne	45	28	34
Hôpital du Valais	50	27	- *
Hôpital de l'île Berne	54	23	32 **
USZ Zurich	36	15	22 **
Hôpital cantonal de Lucerne	38	6	12

* 2012-2013 ** 2013-2014

Le nombre de médecins étant beaucoup moins élevé que celui des soignants (infirmiers, etc.), la moyenne sur l'ensemble s'en ressent

SOURCES: HÔPITAUX CONCERNÉS, OFSP, DEMOSCOPE, «LE MATIN DIMANCHE»

Figure 6: Taux de vaccination contre la grippe d'hôpitaux suisses pour la saison 2014-2015 (Balmer & Plattner, 2015)

La prévention de la grippe dans les hôpitaux représente un défi (Iten, Siegrist, Kaiser, Perrier, & Pittet, 2012) du fait que chaque année les épidémies de grippe occasionnent une augmentation substantielle des infections nosocomiales (Salgado, Giannetta, Hayden et Farr, 2004), de la mortalité (Chappuis, Paccaud, & Wunderli, 1996; Nicholson, Wood, & Zambon, 2003), de la morbidité (Matter, Zwahlen, Cloetta, Helbling, & Zimmermann, 1995; Thompson et al., 2009) et des coûts de la santé, surtout en ce qui concerne les personnes âgées (McBean, Babish, & Warren, 1993). En ce sens, la vaccination contre la grippe du personnel infirmier constitue un objet d'étude important de santé publique. Il est important de comprendre les déterminants de vaccination contre la grippe du personnel infirmier, puisque ce dernier est à la fois un acteur central dans la lutte contre la propagation de cette maladie en milieu hospitalier et un vecteur potentiel d'infections nosocomiales, de par les contacts rapprochés qu'il entretient avec les patients (Salgado et al., 2004).

Parmi les recherches scientifiques sur la vaccination contre la grippe du personnel infirmier, je traiterai quatre types d'approches. La première couvre la relation entre les mécanismes de perception du risque, les comportements de santé des individus et le processus décisionnel en matière de vaccination contre la grippe. La deuxième se penche sur les aspects relevant de l'identité professionnelle infirmière. La troisième se veut un résumé des récentes démarches pratiques employées pour augmenter les taux de vaccination du personnel infirmier, tandis que la quatrième et dernière approche traite des questions d'éthique que soulève la vaccination volontaire ou obligatoire contre la grippe du personnel infirmier.

8.1. La vaccination contre la grippe sous le prisme des biais de perception du risque

La première approche, dominante en termes de nombre de publications, est représentée par le courant de recherche sur la perception du risque et les comportements de santé (voir chapitre 3). Ce courant propose des théories de prise de décision qui se basent sur une comparaison entre un processus de prise de décision rationnel en matière de santé et les comportements effectifs des individus. Entendons par rationnel, le fait pour un individu d'adopter de manière éclairée un comportement de santé qui soit considéré, selon l'évidence scientifique du moment, comme le plus recommandable, en faisant fi des croyances populaires et des informations non légitimées par la communauté scientifique.

L'écart entre un comportement de santé rationnel et celui adopté dans la réalité par un individu est attribué à des biais cognitifs. Les biais cognitifs sont des interprétations mentales rapides des informations circulant dans l'environnement d'un individu. Le traitement rapide des informations peut se faire, par exemple, par un recours aux expériences passées ou aux ressentis disponibles mentalement pour agir le plus adéquatement possible dans une situation exigeant une réaction immédiate et spontanée. Il s'agit de schémas de pensée intuitifs, manifestés au travers de la mobilisation de stéréotypes, de préjugés, de connaissances de sens commun issues de la socialisation de l'individu, ou encore de croyances. Ces schémas de pensée permettent à l'individu d'analyser rapidement une situation et d'agir d'une manière qui lui paraît appropriée. Les biais cognitifs amènent donc l'individu à raisonner et agir d'une manière qui se distancie d'un système de raisonnement analytique (Kahneman et al., 1982). En matière de perception du risque, un système de raisonnement analytique consiste pour un individu à estimer la probabilité d'expérimenter un risque en recourant, en toute conscience, à des déductions logiques et à l'emploi d'algorithmes qui tiennent compte de l'évidence scientifique. Ce système de raisonnement, lent et contraignant, se différencie d'un système de raisonnement basé sur

l'expérience de l'individu, qui lui, consiste à estimer la probabilité d'expérimenter un risque d'après l'expérience de vie, de façon intuitive, rapide, généralement inconsciente et souvent sous l'emprise de ressentis tels que l'incertitude et la peur (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2004; Slovic et al., 1982).

Les théories des comportements de santé proposent des modèles expliquant les mécanismes de prise de décision. De fait, ces théories s'intéressent aux biais cognitifs manifestés par les individus et à leur système de raisonnement. L'intérêt se porte notamment sur le raisonnement suivi par les individus dans l'adoption ou non d'un comportement de santé préventif ou curatif. Les biais cognitifs sont alors considérés comme des prédicteurs essentiels de l'adoption ou du rejet de comportements de santé (Conner & Norman, 2005). La menace perçue, composante du Health Belief Model (voir 3.2), est un exemple de tels prédicteurs. Elle englobe la susceptibilité perçue et la sévérité perçue, soit les croyances individuelles quant à la probabilité de contracter une maladie et l'évaluation individuelle intuitive de la gravité d'une maladie et de ne pas la traiter. L'étude des biais cognitifs a pour but de les repérer afin de permettre la mise en place d'une communication de santé et des programmes d'intervention qui en tiennent compte et qui, dans l'idéal, les corrigent.

En ce qui concerne la prévention de la grippe, le comportement de santé considéré comme le plus rationnel par les autorités de santé publique est la vaccination. Or, les taux peu élevés de vaccination contre la grippe laissent penser que le personnel infirmier manifeste certains biais cognitifs. Ceci est bel et bien le cas, puisque plusieurs études scientifiques confirment que le manque de connaissances sur le vaccin et la maladie, ainsi que les biais de perception du risque au sein des membres du personnel infirmier influencent le processus décisionnel en défaveur de la vaccination (Ehrenstein et al., 2010; Hollmeyer et al., 2009; Zhang et al., 2012). Par enchaînement, les études sur la perception du risque et des comportements de santé du personnel infirmier proposent des pistes de réflexion pour la mise en place de stratégies d'éducation à la santé et de communication adaptées à ces professionnels, afin que les taux de vaccination augmentent. Dans cette approche, les motifs du refus de la vaccination sont souvent considérés comme des justifications irrationnelles, ou du moins inexactes, qu'il faut tenter corriger. Ces études arrivent la plupart du temps à la conclusion qu'il faut renforcer les compétences en santé (*health literacy*) du personnel infirmier en l'encourageant à consulter des informations scientifiquement légitimes qui promeuvent une bonne santé et en leur donnant les moyens de les comprendre et de les mettre en pratique (Clarke & McComas, 2012). Je

reviendrai sur ce point dans la partie 8.3, lorsque je présenterai quelques démarches pratiques appliquées en contexte hospitalier pour augmenter les taux de vaccination.

Des biais cognitifs se manifestent autant parmi les membres du personnel infirmier que parmi la population générale. Il serait erroné de penser que les infirmiers et infirmières, parce qu'ils sont des professionnels de la santé, ne sont que le prolongement du système de santé, qu'ils véhiculent et adoptent de manière univoque les recommandations des autorités de santé publique. Le biais optimiste et l'heuristique de disponibilité sont très influents en matière de prise de décision relative à la vaccination. Une étude de Gesser-Edelsburg et al. (2014) explique que lorsque la menace d'une épidémie de grippe semble se rapprocher, les membres du personnel soignant réagissent de la même manière que la population générale, c'est-à-dire en estimant le risque selon des raisonnements basés sur les émotions et les expériences personnelles (Gesser-Edelsburg, Walter, & Green, 2014).

Cette étude a comparé les raisonnements de membres du personnel soignant d'hôpitaux israéliens avec ceux de la population générale israélienne en les confrontant à deux scénarios : une épidémie de grippe H7N9 qui pourrait tourner en pandémie en Chine, et un autre, imaginé, selon lequel Israël connaîtrait une propagation du virus H7N9 sur son territoire. Les deux populations interrogées devaient indiquer, pour les deux scénarios, s'ils étaient en faveur d'un programme général de vaccination.

En ce qui concerne le scénario d'une épidémie de grippe en Chine, les membres du personnel soignant étaient davantage en faveur d'un programme général de vaccination en Chine que la population générale. Les premiers ont avancé l'argument selon lequel le vaccin contre la dernière « grippe aviaire » a été efficace et sûr, et qu'il devait l'être à nouveau pour le virus H7N9. Le public a quant à lui exprimé davantage de doutes sur la sûreté du vaccin. En revanche, pour le scénario d'une épidémie du virus H7N9 en Israël, les membres du personnel soignant, tout comme ceux de la population générale, étaient en défaveur d'un programme général de vaccination dans leur pays. Les deux groupes ont basé leur raisonnement sur l'émotionnel, en manifestant par exemple des craintes sur les possibles effets secondaires du vaccin. Ainsi, lorsque le risque paraît lointain, les membres du personnel soignant suivent un raisonnement plus analytique que la population générale et sont davantage en faveur de la vaccination. Cependant, lorsque le risque semble proche, le raisonnement des membres du personnel soignant devient similaire à celui de la population générale. C'est-à-dire que lorsque la vaccination, avec les risques potentiels qu'elle implique, devient plus facile à s'imaginer, le raisonnement devient plus intuitif, les inquiétudes quant à la sûreté du vaccin se font davantage

ressentir, et il en résulte une attitude réservée envers la vaccination (Gesser-Edelsburg et al., 2014).

Cette étude illustre le recours au biais optimiste (Weinstein, 1982), selon lequel les individus perçoivent le risque qu'ils pourraient expérimenter comme moins menaçant que pour les autres, ou qu'ils sont moins susceptibles que les autres de vivre des événements négatifs. En effet, pour les membres du personnel soignant, le risque lié à la grippe H7N9 semblait plus élevé en Chine que chez eux, en Israël. Un programme de vaccination général dans leur pays leur semblait dès lors constituer une mesure de santé publique superflue. Au-delà des conclusions de cette étude, j'ajouterais que l'heuristique de la disponibilité est aussi manifestée durant cette étude. En effet, plus le risque est facile à s'imaginer mentalement, plus celui-ci tend à être surestimé par rapport au risque objectif lié à la vaccination. C'est le cas des professionnels de la santé et des membres de la population qui se montrent en défaveur d'un programme national israélien de vaccination à cause de la peur des effets secondaires du vaccin.

Le message délivré par cette étude est important pour comprendre le raisonnement des professionnels de la santé en présence d'un risque dans des contextes d'incertitude, comme lors d'une pandémie. Lorsque le risque est facilement imaginable, un individu ne peut pas adopter un raisonnement purement analytique. Des émotions, des intuitions et des éléments de son passé viennent se greffer à son raisonnement et l'empêche d'être complètement rationnel. Le système de raisonnement analytique et le système de raisonnement basé sur l'expérience de l'individu sont deux façons de penser théoriquement distinctes, mais qui sont en réalité en interaction constante (Finucane, Peters, & Slovic, 2003).

A ce propos, le neurologue Damasio (2006/1994) défend l'idée que les émotions et les sentiments font partie de la raison et qu'ils jouent un rôle considérable dans le processus de prise de décision. Pour Damasio (2006, p. V), les émotions « assistent » la raison. Ce chercheur soutient que la pensée est formée d'images et de représentations symboliques, qui, au fil des expériences de l'individu, sont intuitivement connotées positivement ou négativement et qui transparaissent dans les états psychiques et somatiques de l'individu. Lorsqu'une connotation négative est apposée à une situation, un événement ou un objet donnés, l'individu les interprète comme potentiellement dangereux et alarmants, ce qui l'amène à se comporter prudemment ; à être sceptique. A l'inverse, lorsqu'une connotation positive est apposée à une situation, un événement ou un objet donnés, l'individu les interprète comme sûrs et bénéfiques pour lui ; ce qui l'amène à se sentir serein.

Cette manière de penser se révèle la plupart du temps adéquate et efficace dans le processus de prise de décision. Elle l'est particulièrement lorsque l'individu est capable, grâce à son

expérience, d'anticiper assez précisément les conséquences de sa prise de décision (Slovic et al., 2004). « La qualité de notre intuition dépend de la façon dont nous avons raisonné par le passé, dont nous avons classé les événements de notre expérience passée en relation avec les émotions qui les ont précédés et suivis, et dont nous avons réfléchi à l'échec et au succès de nos intuitions passées. L'intuition, c'est tout simplement de la cognition rapide, les connaissances requises étant en partie cachées sous le tapis, grâce à de l'émotion et beaucoup de pratique » (Damasio, 2006, p. V). Damasio ajoute que les personnes qui, pour des raisons d'infirmité cérébrale, ne peuvent recourir à un tel schéma de pensée rencontrent d'ailleurs davantage de problèmes à prendre des décisions adéquates et efficaces.

Des études récentes en psychologie de la santé ont établi, en matière de perception du risque, une distinction entre la perception de la probabilité d'un risque et la perception de la vulnérabilité par rapport à un risque. Soulignant l'influence des émotions sur les comportements de santé, et notamment sur la vaccination contre la grippe, ces études font l'hypothèse que l'évaluation intuitive de la probabilité d'expérimenter un risque, ainsi que l'évaluation de sa gravité se fait, du moins en partie, au travers d'émotions telles que l'inquiétude et le regret (Chapman & Coups, 2006). Ces études se réfèrent principalement à l'heuristique de l'affect (Slovic et al., 2007), pour lequel les prises de décisions en matière de santé sont en partie guidées par des émotions, et l'hypothèse du risque en tant que sentiments (*risk-as-feelings hypothesis*) (Loewenstein, Weber, Hsee, & Welch, 2001), selon laquelle un individu s'oriente vers un comportement de santé spécifique selon l'anticipation d'émotions qu'il pourrait ressentir.

Ces études soulignent l'importance des émotions lorsque l'individu doit prendre une décision en matière de santé dans des situations risquées et incertaines. Ainsi, la perception de la vulnérabilité par rapport à un risque se démarque, par sa composante affective de la perception, de la probabilité d'un risque, qui elle a plutôt une composante cognitive. En situation risquée et incertaine, la composante affective peut avoir une influence non-négligeable sur la composante cognitive. Par exemple, il a été démontré que les individus manifestant de l'inquiétude pour un cancer, ou qui ont connu des cas de cancers dans leur famille, vont plus facilement faire un dépistage (Kim et al., 2008). De même que l'anticipation de regrets de contracter le VIH prédit l'utilisation de préservatifs (Richard, de Vries, & van der Pligt, 1998).

Concernant la vaccination contre la grippe, les études ont montré que les erreurs de jugement dans la magnitude du risque n'étaient pas d'aussi bons prédicteurs que des facteurs affectifs, comme le fait de se sentir appartenir à une catégorie « à risque » et le fait d'anticiper les regrets de tomber malade en cas de non-vaccination (Chapman & Coups, 2006; Weinstein et al., 2007).

Un individu pourra par exemple décider de se vacciner contre la grippe afin de se sentir sûr qu'il ne contractera pas la grippe. Dans ce cas, l'anticipation d'un sentiment d'assurance lui sert de motivation pour se faire vacciner. En revanche, si cet individu tombe malade malgré la vaccination, ses attentes se seront avérées insatisfaites et l'émotion qu'il vivra sera à l'opposé de l'émotion qu'il avait anticipée. L'idée est que les émotions positives anticipées et les émotions vécues à la suite de l'adoption d'une mesure préventive de santé doivent concorder pour que l'individu la poursuive, sinon quoi l'individu risque de regretter de l'avoir adoptée et de l'abandonner. Comme la vaccination contre la grippe est répétée chaque année, les émotions positives ressenties après la vaccination, tout comme les émotions négatives ressenties après la vaccination, seront susceptibles d'influencer les intentions futures de vaccination (Chapman & Coups, 2006).

Si la plupart du temps les émotions assistent adéquatement et efficacement le raisonnement, elles peuvent aussi s'avérer contreproductives dans certaines circonstances en amenant l'individu à raisonner de manière erronée et agir contre ses intérêts. La question est maintenant de savoir, d'une part, comment réguler l'excès d'émotions et de raisonnement intuitif dans des situations d'incertitude, ou quand les croyances sont largement partagées au sein d'une collectivité, et d'autre part, comment laisser la place qu'il convient aux raisonnements intuitifs, lorsque la situation rencontrée l'exige (Slovic et al., 2004).

Un manque de connaissances sur le vaccin et les croyances sur ses effets secondaires amènent souvent les membres du personnel infirmier à adopter un raisonnement intuitif qui influence la décision de se faire vacciner. Une étude menée auprès du personnel soignant d'un hôpital (corps médical, corps infirmier et personnel administratif) relative à son statut de vaccination contre la grippe a montré que comparativement aux employés vaccinés, les employés non-vaccinés durant la saison en cours surestimaient les effets secondaires du vaccin, et qu'une part importante des non-vaccinés expliquaient le refus de vaccination par des craintes des effets secondaires. Les effets secondaires peu graves de la vaccination contre la grippe, tels que les maux de tête, les douleurs musculaires, la fièvre, les refroidissements et l'absentéisme causé par la vaccination ont été sous-estimés par la majorité des répondants, tandis qu'ils ont surestimé l'hépatite sévère et une nécrose cutanée au lieu d'injection qui sont tous deux des effets secondaires graves (Ehrenstein et al., 2010) (Figure 7).

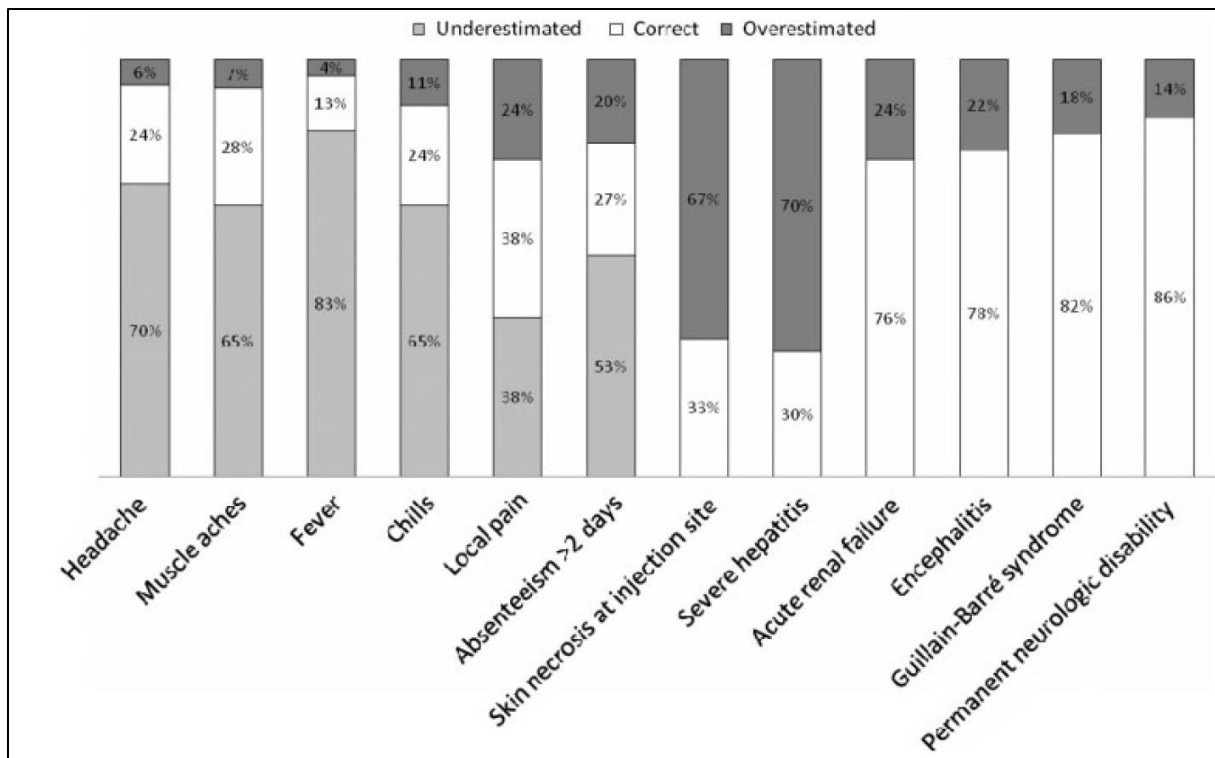


Figure 7: Évaluation des taux de potentiels effets secondaires du vaccin contre la grippe par le personnel soignant (Ehrenstein et al., 2010, p. 497)

Tableau 3 : Analyse multivariée de variables indépendamment corrélées avec la non-vaccination contre la grippe en 2005-2006 selon le groupe professionnel (Ehrenstein et al., 2010, p.498)

	Odds ratio	95% confidence interval
Physicians (n= 225)		
Adverse effect 'absenteeism >2 days' overestimated	4.2	1.6–10.6
Poor knowledge about vaccine	3.8	1.6–9.1
Adverse effect 'permanent neurological disability' overestimated	3.6	1.4–9.7
Nurses (n= 246)		
Adverse effect 'chills' overestimated	2.9	1.1–7.6
Adverse effect 'absenteeism >2 days' overestimated	2.8	1.5–9.7
Administrators (n= 108)		
Adverse effect 'encephalitis' overestimated	3.1	1.2–7.9
Female gender	2.6	1.1–6.0

Dans le Tableau 3 ci-dessus, il est intéressant de considérer les rapports des cotes (*odds ratios*) des médecins et du personnel infirmier non-vaccinés. Un rapport des cotes proche de 1 signifie qu'il n'y a aucune association entre les variables, un rapport des cotes supérieur à 1 indique un effet positif de la variable indépendante sur la variable dépendante, un rapport des cotes inférieur à 1 traduit un effet négatif de la variable indépendante sur la variable dépendante. Ici, le Tableau 3 indique que les médecins non-vaccinés ont 4.2 fois plus de probabilité de surestimer l'effet de l'absentéisme prolongé, 3.8 fois plus de probabilité de manquer de connaissances sur le vaccin et 3.6 fois plus de probabilité de surestimer un handicap neurologique permanent que les médecins qui se sont faits vacciner. Quant au personnel infirmier non-vacciné, il a 2.9 fois plus de probabilité de surestimer un refroidissement et 2.8

fois plus de probabilité de surestimer le risque d'absentéisme prolongé que le personnel infirmier vacciné.

Zhang et al. (2012) ont montré que les comportements du personnel infirmier envers la vaccination sont multiples et peuvent être classifiés en trois catégories : ceux qui ont l'habitude de se faire vacciner chaque année, ceux qui se sont faits vacciner la saison précédente mais pas forcément les autres années, et ceux qui ne se sont jamais faits vacciner. A cela peut s'ajouter deux autres catégories : ceux qui ont l'intention et ceux qui n'ont pas l'intention de se faire vacciner dans le futur.

L'étude montre que les connaissances en santé du personnel infirmier sont de bons prédicteurs de la vaccination. Les infirmiers/ères qui ont l'habitude de se faire vacciner, ou qui se sont faits vaccinés la saison précédente, ou qui avaient l'intention de se faire vacciner l'année suivante avaient une perception du risque plus objective et de meilleures connaissances sur la grippe et son vaccin que leurs collègues non-vaccinés et ceux qui n'avaient pas l'intention de le faire l'année suivante. Les résultats de l'étude indiquent également que la perception des conséquences personnelles liées à la contraction de la grippe était un bon prédicteur de la vaccination, bien que n'étant pas un facteur majeur. Les auteurs pensent tout de même, qu'à l'avenir, les campagnes de vaccination devraient axer davantage leur message sur les conséquences personnelles négatives de la contraction de la grippe, plutôt que sur le devoir et la responsabilité professionnelle du personnel infirmier de protéger leurs patients.

8.2. La vaccination contre la grippe et l'identité professionnelle infirmière

La deuxième approche interroge la vaccination du personnel infirmier sous l'angle de l'identité sociale et de l'auto-catégorisation (Tajfel & Turner, 1986 ; Turner, Hogg, Oakes, Reicher, & Wetherell, 1987). Cette approche est relatée dans une étude de Falomir-Pichastor et al. (2009) qui investigate les effets de l'identification au groupe professionnel et de la responsabilité professionnelle sur la vaccination contre la grippe du personnel infirmier. L'identité sociale est un concept de psychologie sociale, qui peut être défini comme « cette *partie* du concept de soi qui provient de la conscience qu'a l'individu d'appartenir à un groupe social (ou à des groupes sociaux), ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance » (Tajfel, 1981, p. 255, traduit par Licata, 2007, p. 25). Tajfel (1978) dénombre trois composantes de l'identité sociale. La première est la composante cognitive, qui consiste, pour un individu, à reconnaître son appartenance à une catégorie sociale particulière. La deuxième composante est évaluative. L'individu juge la valeur de son groupe d'appartenance par rapport

à d'autres groupes. La plupart du temps, l'individu attribue davantage de valeur à sa catégorie d'appartenance qu'à d'autres groupes. La troisième composante est affective. Il s'agit du sentiment qu'a un individu d'appartenir à un groupe et d'être lié à sa destinée. L'identité sociale renvoie à l'idée que des catégories sociales, telles que l'appartenance à un groupe ethnique, à une nationalité, à un groupe professionnel ou autres, définissent et prescrivent des attributs ainsi que des normes comportementales à celles et ceux qui s'y sentent appartenir (Hogg & Terry, 2001).

L'auto-catégorisation, elle, désigne la perception qu'a un individu de partager des caractéristiques similaires à celles d'un groupe et le sentiment qu'il a d'y appartenir (Hogg & Terry, 2001). Un individu peut appartenir à plusieurs catégories sociales. Il peut par exemple appartenir simultanément à des catégories sociales telles que membre d'une équipe de football, chercheur à l'université, suisse, locataire, etc. La saillance de l'identification à une catégorie sociale parmi d'autres dépend du contexte dans lequel se trouve l'individu. Ainsi, pour le personnel infirmier, en contexte hospitalier, il serait légitime de penser que l'identité professionnelle infirmière prime sur l'identité privée. L'auto-catégorisation revient à homogénéiser les caractéristiques d'un groupe d'appartenance, tout en renforçant le contraste de ces caractéristiques avec une autre collectivité. Le groupe est alors considéré comme un prototype dont les caractéristiques et valeurs peuvent être incarnées par des membres exemplaires et représentées sous formes d'idéaltypes. L'identification au groupe en tant que prototype passe par un phénomène de dépersonnalisation. L'individu en tant que Soi devient individu en tant que membre d'un groupe en assimilant les caractéristiques du groupe (Hogg & Terry, 2001). En réalité, la dépersonnalisation est compliquée, car elle est tributaire de la motivation de l'individu à assimiler l'identité individuelle à l'identité, aux caractéristiques et aux valeurs du groupe. La vaccination contre la grippe illustre la complexité du phénomène de dépersonnalisation. Un infirmier auquel on recommande la vaccination contre la grippe, prendra vraisemblablement la décision de se faire vacciner ou non à la fois en tant qu'individu qu'en tant qu'infirmier.

L'étude de Falomir-Pichastor et al. (2009) se base sur le postulat de la théorie de l'identité sociale et de l'auto-catégorisation, selon lequel plus une identité sociale est saillante et valorisante pour un individu, plus ce dernier aura tendance à se comporter selon ses normes et valeurs. Cette étude conçoit la vaccination contre la grippe comme une norme ou un devoir qui serait propre au groupe professionnel infirmier. Partant, l'étude se demande si la relation entre le fait de se sentir appartenir au groupe professionnel infirmier et le fait d'avoir l'intention de

se vacciner lors d'une campagne de vaccination en cours ou lors d'une prochaine épidémie ne transite pas par le fait de percevoir la vaccination contre la grippe comme un devoir professionnel.

La conclusion principale de cette étude est qu'effectivement, le fait de percevoir la vaccination contre la grippe comme relevant du devoir professionnel infirmier médiatise la relation entre l'identification professionnelle et les intentions de vaccination. Autrement dit, plus un membre du personnel infirmier s'identifie au groupe professionnel infirmier, plus il aura tendance à considérer la vaccination contre la grippe comme faisant partie de son devoir professionnel. Ce membre aura, par conséquent, davantage l'intention de se faire vacciner lors d'une campagne de vaccination en cours ou lors d'une prochaine épidémie ; de même qu'il se fera vacciner davantage pour protéger ses patients que lui-même.

Cette étude présente le mérite de confirmer et d'aller au-delà des conclusions principales des recherches sur la perception du risque et des comportements de santé, en investiguant l'influence du facteur d'identification au groupe professionnel sur les intentions de vaccination contre la grippe. Ainsi, elle vient confirmer le fait que la juste perception des conséquences négatives de la contraction de la maladie de la grippe ainsi que les connaissances des bénéfices de la vaccination favorisent les intentions de vaccination. En écho aux résultats des nombreuses recherches précédentes, l'étude affirme qu'une sous-estimation des conséquences de la maladie de la grippe, ainsi qu'un manque de connaissances sur les bénéfices de la vaccination jouent en défaveur des intentions de vaccination.

Au-delà de ces variables explicatives de perception du risque maintes fois vérifiées, l'identification à la profession infirmière et le fait de concevoir la vaccination contre la grippe comme un devoir professionnel s'ajoutent comme facteurs explicatifs des intentions de vaccination du personnel infirmier. Les auteurs de cette étude recommandent aux formateurs du personnel infirmier ainsi qu'aux promoteurs de la vaccination contre la grippe de renforcer l'identification au groupe professionnel infirmier, en y inférant des caractéristiques et des valeurs particulières par rapport à d'autres professions de la santé et en y promouvant également un sentiment de devoir professionnel passant par la vaccination contre la grippe. Un renforcement de l'identification positive au groupe professionnel infirmier passe par une valorisation du statut des infirmiers et infirmières dans le système de santé, ainsi qu'une valorisation de l'image publique de cette profession (Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014). Cette profession ne bénéficie pas d'un haut statut, souvent moins bien considérée que le corps médical

(LaTendresse, 2000; Millward, 1995; Roberts, 2000). En effet, « bien que les infirmiers/ères se perçoivent comme des professionnels bien formés, le public voit encore la profession infirmière comme une profession de bas statut, subordonnée au travail des médecins, qui ne requière pas de qualifications académiques et qui manque d'autonomie professionnelle » [traduction libre] (Hoeve et al., 2014, p. 304).

D'après les conclusions de l'étude de Falomir-Pichastor et al. (2009), plus les infirmiers et les infirmières conçoivent l'identification au groupe professionnel infirmier comme valorisante, plus ceux-ci devraient considérer la vaccination contre la grippe comme un devoir professionnel, et par conséquent, accepter davantage la vaccination. Selon les auteurs, la valorisation de l'identité infirmière devrait être aussi bénéfique pour les membres du personnel infirmier qui ne se vaccinent pas, mais qui se sentent tout de même appartenir au groupe infirmier. Les messages des campagnes de vaccination affirmant que la vaccination est le comportement professionnel le plus adéquat sauront alors peut-être les sensibiliser et les encourager à se faire vacciner.

L'étude de Falomir-Pichastor et al. (2009) ne thématise pas les déterminants de l'identité professionnelle infirmière. Tenter de mieux comprendre ce qui forme l'identité sociale infirmière, à savoir, les valeurs, les attitudes et les comportements du personnel infirmier ne se limite pas à la question de la vaccination contre la grippe. Il serait tout-à-fait imaginable qu'un infirmier ou une infirmière revendique son identité professionnelle, tout en choisissant de refuser la vaccination et de porter un masque de protection. La question du port du masque n'est pas abordée dans cette étude. Cela s'explique peut-être par le fait que la mesure du port du masque en cas de refus de vaccination n'est entrée en vigueur dans les hôpitaux suisses que lors de la pandémie de 2009. Or, les questionnaires pour cette étude ont été construits et envoyés au personnel infirmier au printemps 2003. Néanmoins, il est important de saisir d'autres composantes de l'identité professionnelle infirmière. Ces mêmes composantes sont susceptibles d'avoir de l'influence dans l'adhésion aux recommandations de santé publique issues de l'évidence scientifique, telles que la vaccination contre la grippe, et méritent donc que l'on s'y intéresse.

Cet exercice encourt le risque de proposer une définition de l'identité professionnelle trop homogène par rapport aux multiples manières de concevoir la profession infirmière. Il y a certainement autant de manières de considérer cette profession qu'il y a d'infirmiers ou d'infirmières. Il vaut tout de même la peine de répertorier quelques caractéristiques

proéminentes de l'identité infirmière dépeintes dans la littérature scientifique et dans les documents édités par des associations professionnelles, en gardant à l'esprit que la vaccination contre la grippe sera d'autant plus acceptée que l'identification au groupe professionnel infirmier est renforcée. Il faut donc éviter le plus possible le piège d'une définition excessivement homogène ou idéale de l'identité infirmière, qui verrait par exemple les membres du personnel infirmier accorder une place prédominante à la santé tant dans leurs pratiques professionnelles que dans leur vie privée (Hensel, 2011), ou qui verrait ces professionnels de la santé laisser de côté leur besoin de reconnaissance et de réalisation de soi dans leurs activités de soin au profit du pur altruisme, du pur dévouement aux malades (Rognstad, Nortvedt, & Aasland, 2004). Si, certes, la profession infirmière exige de ses membres de se mettre au service de la santé publique au nom de valeurs professionnelles, ceux-ci n'en sont pas moins des individus avec des valeurs personnelles. La conjugaison de valeurs professionnelles avec les valeurs personnelles peut parfois être difficile, rendant la question de l'identité des membres du personnel infirmier aussi intéressante que complexe.

Pour aborder cette question, je me baserai sur la définition de l'identité proposée par le sociologue Dubar (2015), spécialiste des identités professionnelles, selon laquelle l'identité est composée de deux dimensions personnelles et sociales : soit, l'identité pour soi et l'identité pour autrui. La définition de l'identité que propose Dubar s'inspire de la conception de Mead (2006/1934), pour qui l'identité individuelle est le résultat d'un processus autoréflexif : le Je intègre par autoréflexion – c'est-à-dire en se désignant lui-même au travers du regard des autres – les différentes identités qui se sédimentent au fil des interactions de l'individu avec les autres (qui forment un Soi social). « Je étant, pour Mead, un centre d'élaboration autonome, il pourra intégrer les différentes identifications qui émergent des relations aux autres pour en faire un « Soi social » (*Self*) une sorte de réaction intégrée aux Autrui généralisés que sont les groupes de copains, l'institution scolaire ou tout autre collectif régi par des règles (*Society*). Il faut et il suffit pour cela que le Je, participant activement à ces fonctionnements sociaux, se regarde lui-même avec les yeux des autres et accède à l'autoréflexion (*Mind*), forme d'identité pour-soi, base de l'estime de soi » (Dubar, 2007, p. 16). Dubar puise également dans la sociologie de Goffman (1975), qui distingue « l'identité virtuelle », issue d'une hétéro-catégorisation, de « l'identité réelle », soit celle dont l'individu se revendique. J'estime que cette conception de l'identité est particulièrement pertinente pour l'étude de l'identité professionnelle infirmière, étant donné que les membres de cette profession se trouvent très souvent confrontés à cette

dualité durant leurs pratiques professionnelles, et en particulier, lorsqu'il s'agit de décider de se faire vacciner ou non contre la grippe.

L'identité pour soi pourrait se résumer par « ce que je veux être » (Dubar, 2015). Cette dimension, vue comme la poursuite d'une visée personnelle à long terme, garantit la constance de l'identité d'un individu au fil du temps. Par exemple, pour un infirmier ou une infirmière, cela correspond aux valeurs personnelles qu'il ou elle applique dans ses activités professionnelles et qu'il ou elle prend en considération dans ses réflexions en contexte de travail. L'identité pour autrui, quant à elle, correspond plutôt à « ce qu'on dit que je suis » ou « comment on me définit » (Dubar, 2015). Identifier un individu comme membre du personnel infirmier revient la plupart du temps à lui attribuer des valeurs professionnelles standards qui définissent son rôle professionnel. Dubar (2015) appelle actes d'attribution, le fait de définir une personne selon des catégories de groupe, et actes d'appartenance, ceux qui renvoient à la revendication identitaire d'une personne.

Les groupes professionnels, tels que celui des infirmiers, déterminent ces valeurs professionnelles standards au cours des formations qu'ils proposent, dans leur code déontologique (Conseil international des infirmières, 2012), mais également tout le long d'une carrière professionnelle, notamment dans les formations continues. En Suisse, par exemple, l'Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI) se donne pour mission de « cultiver les valeurs professionnelles » (Braunschweig & Francillon, 2010), en s'appliquant à valoriser les formations dans les hautes écoles spécialisées (HES), à rendre le travail des infirmiers et infirmières plus visible auprès des politiciens, journalistes et citoyens, et à promouvoir la recherche en sciences infirmières. En d'autres termes, cette association s'emploie à bâtir une nouvelle image de la profession infirmière, qui met l'accent sur la professionnalisation de la formation, des soins et de la recherche.

Les membres de ce groupe sont alors encouragés à adopter les valeurs professionnelles acquises durant leur formation et à les appliquer dans leurs activités professionnelles (Kubsch, Hansen, & Huyser-Eatwell, 2008). Pour Dubar (2010), l'identité pour soi et l'identité pour autrui sont en constante interaction dans la vie des individus. Dubar conçoit l'identité comme « un rapport social entre assignation et revendication, appartenance pour autrui et définition pour soi (...) » (Dubar, 2007, p. 17). L'infirmier ou l'infirmière, notamment devant le choix de la vaccination contre la grippe, est amené(e) à peser son identité pour soi et son identité pour autrui, en se demandant « qui je suis dans le qui nous sommes » (Larouche & Legault, 2003, p. 23). Larouche

et Legault (2003) parlent de « crise de l'identité professionnelle » qui peut se manifester dans les décisions professionnelles que l'individu doit prendre. Ces prises de décision font parfois se confronter valeurs personnelles et valeurs professionnelles. Cette conception théorique de l'identité permet de mieux comprendre la part de la composante personnelle et celle de l'identité professionnelle des infirmiers et infirmières dans leur prise de décision en rapport à la vaccination contre la grippe. Elle permet de vérifier empiriquement dans quelle mesure la définition pour autrui correspond à la définition pour soi.

Mais quelles sont ces valeurs professionnelles typiques de la profession infirmière auxquelles ses membres pourraient se sentir parfois distants ? Larouche (2012), dans son travail de Master en sciences infirmières, a procédé à une recension d'articles scientifiques anglophones et francophones traitant de l'identité infirmière, des valeurs professionnelles infirmières et du développement de l'identité infirmière entre 2000 et 2012, ainsi que quelques avis d'experts et éditoriaux datés entre 1997 et 2010. De sa recension, Larouche dégage certaines valeurs personnelles caractéristiques des membres du personnel infirmier. Ainsi, les infirmiers et infirmières se disent avoir le sens du *caring* (Deppoliti, 2008), être centrés sur les autres (Mackintosh, 2006 ; Pearcey & Draper, 2008). En résumé, les infirmiers et infirmières ont tendance à prôner les valeurs morales de leur profession (Horton, Tschudin, & Forget, 2007). Une étude de Fagermoen (1997) montre que les infirmiers et infirmières voient dans leur profession un moyen de réaliser leurs valeurs personnelles altruistes et morales, telles que la dignité humaine, et les relations de respect et de confiance avec les patients. Toutefois, ils n'oublient pas de relever également des valeurs plutôt tournées vers soi, comme par exemple, une opportunité de développer leur carrière et de s'accomplir professionnellement. Lorsque les infirmiers et infirmières sont amenés à décrire les valeurs qui caractérisent le plus leurs pratiques professionnelles, les valeurs morales et altruistes priment sur les valeurs liées au développement de la carrière, à l'autonomie professionnelle et à l'affirmation de soi. La Figure 8 ci-dessous provient d'une revue de littérature effectuée par Horton et al. (2007, p. 722). Elle répertorie les valeurs liées à la profession infirmière dans la littérature scientifique et montre bien que les valeurs morales et altruistes sont prédominantes dans la profession infirmière, même si des valeurs plus personnelles sont également présentes, comme la protection de soi, la personnalité, ou encore la réalisation de soi.

- Responsibility;
- Honesty;
- Patient participation;
- Preservation of wholeness and humanity;
- Patient autonomy; deep human connection;
- Dignity; enabling hope; compassion; teamwork;
- Making a difference;
- Versatility;
- Altruism;
- Nurturing;
- Integrity;
- Self-protection;
- Personhood;
- Privacy;
- Creativity;
- Aesthetics;
- Management;
- Economic returns;
- Courage;
- Supporting and empowering individuals;
- Reciprocal trust;
- Sound knowledge;
- Clinical competence;
- Relationship;
- Continuity;
- Homogeneity;
- Harmony;
- Self-sacrifice;
- Hard work;
- Control;
- Diversity;
- Patient choice;
- Obligation;
- Moral attitude;
- Person focused;
- Judgment; freedom;
- Individualism;
- Positive acknowledgement and personal achievement.

Figure 8: Valeurs liées à la profession infirmière dans la littérature scientifique (Horton et al., 2007, p. 722-723)

Revenant sur la dualité de l'identité selon Dubar, je considère les recommandations annuelles de vaccination contre la grippe auprès du personnel infirmier comme des occasions durant lesquelles ces valeurs morales et altruistes sont mises à l'épreuve. La vaccination contre la grippe relève, en Suisse, du choix personnel et est un acte qui engage autant l'identité privée, le corps, que l'identité professionnelle du personnel infirmier, avec les valeurs morales et altruistes qui y sont inférées. Il est intéressant d'observer la manière dont ses membres font la balance entre ces deux pôles identitaires dans leur prise de décision relative à la vaccination contre la grippe.

Je reviens également sur la théorie de l'identité sociale, selon laquelle les catégories sociales définissent et prescrivent des attributs ainsi que des normes comportementales à celles et ceux qui s'y sentent appartenir. Je me demande, dès lors, dans quelle mesure les campagnes de vaccination contre la grippe destinées au personnel infirmier hospitalier ont intégré la question de l'identité professionnelle infirmière. Je propose de décrire les démarches pratiques les plus utilisées en communication de la santé pour augmenter les taux de vaccination contre la grippe du personnel infirmier.

8.3. Campagnes de vaccination contre la grippe et usage du marketing social

La troisième approche relative à la vaccination contre la grippe du personnel infirmier aborde les tendances actuelles des démarches pratiques pour augmenter les taux de vaccination contre la grippe du personnel infirmier hospitalier. La promotion de la vaccination contre la grippe au

travers de stratégies communicationnelles est au cœur de cette partie, même si cette dernière évoquera d'autres mesures liées à l'hygiène hospitalière.

Puisque les déterminants du refus de la vaccination sont nombreux et qu'il n'existe bien évidemment pas de stratégie universellement applicable pour augmenter les taux de vaccination, la tendance actuelle des campagnes de vaccination contre la grippe dans les hôpitaux est à la diversification des messages selon les groupes-cibles (Christini, Shutt, & Byers, 2007), ainsi qu'aux approches multifacettes et différenciées, telles que l'information, l'éducation et promotion (Honda et al., 2013; Lam, Chambers, MacDougall, & McCarthy, 2010; Marshall, 2013). Ces nouvelles manières d'élaborer les campagnes de vaccination empruntent de plus en plus les outils du marketing, afin que les messages atteignent plus efficacement les différents publics-cible. En guise d'illustration de l'utilisation du marketing social par les autorités de santé publique, je glisserai qu'en 2013, le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS a développé un guide pour la mise en place programmes de vaccinations « sur mesure » (*tailoring immunizations programs*) destiné aux États membres. Ce guide leur offre des outils et des stratégies qui ont fait leurs preuves, notamment en segmentant les audiences et en relevant les barrières à la vaccination (OMS, 2013).

En fin de partie 7.4, je n'avais fait qu'esquisser les grandes lignes du marketing social. Je vais y revenir plus en détail, afin d'aborder l'application de ses préceptes pour faire face au scepticisme, ou à l'hésitation (*vaccine hesitancy*) à l'égard du vaccin contre la grippe (Nowak, Gellin, MacDonald, & Butler, 2015). « Par hésitation à l'égard des vaccins, on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins. Il inclut certains facteurs comme la sous-estimation du danger, la commodité et la confiance » (OMS, 2015). J'aborderai en premier lieu le type de nouvelles stratégies qui ne prônent pas l'obligation de vaccination, telles que basées sur le marketing social ou sur d'autres approches similaires, en donnant des exemples d'application dans les hôpitaux. Ensuite, j'en viendrai aux stratégies plus coercitives, tout aussi actuelles, qui obligent les membres du personnel infirmier hospitalier à se vacciner, sous peine de se voir interdire de travailler ou de se voir réaffecter dans un autre service. Il sera intéressant de comparer ces deux types d'approche en termes d'efficacité, c'est-à-dire, en termes de taux de couverture vaccinale.

L'approche en marketing social a pour but d'influencer les comportements de groupes-cible tant pour leur propre bien-être que pour celui de la société. Andreasen (1994) définit le

marketing social comme suit: « Social marketing is the adaptation of commercial marketing technologies to programs designed to influence the voluntary behavior of target audiences to improve their personal welfare and that of the society of which they are a part » (p. 110). En matière de promotion de la vaccination contre la grippe auprès du personnel infirmier, les stratégies utilisant cette perspective procèdent le plus souvent à des études de sondage pour segmenter les audiences et leur proposer des messages adaptés. La première étape d'une stratégie de promotion de la vaccination utilisant le marketing social consiste souvent à comprendre la portée du refus de la vaccination dans une population donnée, d'en diagnostiquer les diverses raisons évoquées et de créer des bases de données utilisables ultérieurement pour le design des stratégies d'intervention ciblées (Nowak et al., 2015).

Il existe davantage d'articles traitant de l'application des outils du marketing social pour la promotion de la vaccination pour la population générale que pour le personnel infirmier. Je présente ici un exemple d'application du marketing social envers la promotion de la vaccination du personnel soignant. Il s'agit d'étude de Marshall, Tetu-Mouradjian et Fulton (2010) auprès des travailleurs de la santé de l'hôpital de Rhode Island, qui s'est basée dans un premier temps sur des interviews avec douze employés des différents services de l'hôpital, puis sur cinq focus groups organisés selon les sites (hôpital ou home), et enfin sur une enquête par questionnaire pour connaître le statut de vaccination, l'historique et les intentions de vaccination, ainsi que la perception du risque relative à la grippe. Les auteurs ont utilisé les composants du modèle transthéorique du changement (voir partie 3.5), à savoir: la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. L'idée sous-jacente est qu'en repérant le stade dans lequel les individus se trouvent, les responsables des campagnes de vaccination pourront établir des interventions ciblées et adaptées.

Les auteurs de cette étude ont donc défini six groupes différents, qui correspondent aux stades du modèle transthéorique du changement, du plus optimal d'un point de vue de santé publique (maintien) à son opposé (précontemplation). Le groupe « maintien » correspond aux personnes qui ont l'habitude de se faire vacciner contre la grippe et qui se vaccinent d'office chaque année. Le groupe « précontemplation » correspond, lui, aux personnes qui ne se sont jamais faites vacciner et qui n'ont pas l'intention de le faire dans le futur. Parmi le groupe « précontemplation », à la suite des analyses, trois sous-groupes ont été déterminés. En effet, parmi les membres de ce groupe, certains accepteraient la vaccination s'ils se sentaient eux, ou quelqu'un de leur famille, vulnérables. D'autres accepteraient la vaccination si cela était rendu

obligatoire. Quant aux plus réfractaires, ils n'accepteraient la vaccination sous aucune condition.

Les auteurs proposent trois stratégies différentes pour atteindre les différents groupes-cible. La première approche serait une stratégie d'information-éducation-promotion pour les personnes qui ont une perception biaisée du risque lié à la grippe, en indiquant par exemple clairement que le vaccin contre la grippe ne transmet pas la grippe. Une autre stratégie proposée est de renforcer la « culture de la vaccination » par une stratégie de communication et un suivi managérial au sein de l'hôpital, ainsi qu'un accès facile et gratuit à la vaccination. La troisième stratégie serait d'adopter une politique qui poserait la vaccination contre la grippe comme condition d'engagement. Les auteurs font remarquer que cette troisième option verrait passer l'argument de la vaccination du point de vue des bénéfiques pour la santé à un point de vue de poursuite de la carrière professionnelle, mais qu'elle verrait aussi passer les plus résistants d'un stade de précontemplation à un stade de maintien.

Le marketing social appliqué aux campagnes de vaccination repose sur la stratégie des « quatre P » utilisée initialement en marketing : produit, prix, place et promotion. Le produit correspond aux caractéristiques et aux bénéfices de la vaccination pour les individus concernés et pour la société. Le prix, quant à lui, renvoie aux investissements financiers, physiques et psychologiques qu'implique la vaccination. La place décrit les différents moyens d'accès à la vaccination. Enfin, la promotion comprend les stratégies de communication persuasives en faveur de la vaccination, ainsi que les divers canaux par le biais desquels celles-ci seront diffusées (Nowak et al., 2015). Les « quatre P » sont les composantes du marketing mix, soit une stratégie globale de promotion de la vaccination. Ce marketing mix se base sur quatre piliers. Le premier consiste en une analyse détaillée du contexte dans lequel la campagne de vaccination aura lieu. Le deuxième est une segmentation de la population en catégories-cibles, départagées selon différentes catégories de comportements envers la vaccination. Le troisième est l'engagement d'organisations partenaires. Enfin, le quatrième consiste en la mise en place de stratégies de communication issues des analyses du contexte, des retours des personnes interrogées et des conseils des partenaires engagés (Nowak et al., 2015).

L'article de Nowak et al. (2015) souligne que l'utilisation des méthodes du marketing social est efficace dans la lutte contre l'hésitation à l'égard de la vaccination (*vaccine hesitancy*). Cette approche a permis aux « hésitants » de se voir adresser des recommandations de vaccination qui tiennent compte de leurs craintes et de leurs interrogations, et qui, en même temps, les

motivent à changer leur attitude. Le marketing social a aussi mis en avant le fait que les individus sont davantage enclins à changer de comportement lorsqu'ils prennent conscience que ce changement les aide à accomplir quelque chose qui correspond à leurs valeurs. Ainsi, les messages ciblés de promotion de la vaccination, par le biais de témoignages empreints d'émotion, viennent renforcer la motivation des individus à considérer les bénéfices de la vaccination. Toutefois, l'approche du marketing social ne se résume pas qu'à des stratégies de communication et de promotion. Les autres composantes du marketing mix, telles que l'assurance d'un vaccin de qualité (produit), l'accessibilité de la vaccination (place) et les coûts que représente la vaccination (prix) doivent être judicieusement mises en place pour qu'un programme de vaccination puisse être opérationnel.

Le même article explique également que le recours à l'approche du marketing social présente quelques inconvénients. Cette approche est coûteuse, car elle nécessite des études de la population concernée et la création de messages adaptés aux différentes cibles. De plus, labelliser une approche en termes de « marketing » peut donner l'impression d'une volonté de vendre un vaccin. Ceci peut produire un effet contreproductif envers les personnes ayant une attitude sceptique et cynique envers les recommandations de vaccination provenant des autorités de santé publique, puisqu'elles soupçonnent ou sont carrément convaincues d'une connivence entre les autorités de santé publique et l'industrie pharmaceutique. Il faut aussi admettre que l'approche du marketing social peut être autant démunie que d'autres approches pour ce qui est des tentatives de convaincre les personnes farouchement opposées à la vaccination.

Je conclurai cette partie en empruntant la déduction de Nowak et al. (2015), laquelle souligne que le marketing social peut être efficace dans certains contextes, mais que pour d'autres contextes, d'autres approches seront plus judicieuses, telles que la sensibilisation aux vaccinations durant la formation professionnelle, ainsi que durant les formations continues. De même que le marketing social appliqué à la vaccination du personnel infirmier devra toujours tenir compte des questions éthiques. Le marketing social pourrait en effet être perçu comme un outil au service de stratégies manipulatrices de la part des autorités de santé publique, qui réduirait les libertés et l'autonomie des individus. Les partisans du marketing social précisent toutefois qu'il s'agit d'une stratégie, basée sur l'évidence scientifique, visant au bien-être de l'individu et de la société au travers d'un changement de comportement volontaire et non coercitif (Opel, Diekema, Lee, & Marcuse, 2009).

8.4. La question éthique de la vaccination volontaire ou obligée pour le personnel infirmier

Nous avons abordé jusqu'à présent des politiques de vaccination dans les milieux hospitaliers basées sur l'acceptation volontaire et sur des stratégies communicationnelles maintenant les motivations des employés habitués à se faire vacciner contre la grippe, et encourageant les indécis et les réfractaires à le faire. En général, les taux de vaccination du personnel infirmier augmentent avec les campagnes de vaccination contre la grippe sur une base volontaire (Lam et al., 2010). Cependant, et il s'agit d'un constat international, pour plusieurs institutions de santé publique, ces taux sont encore insuffisants. Certaines d'entre elles se sont tournées, ou réfléchissent à s'orienter vers des programmes de vaccination obligatoires pour le personnel de santé (Antommara, 2013). Le problème central que soulèvent les campagnes de vaccination contre la grippe est de trouver un équilibre entre le bénéfice sanitaire pour les patients et les charges pour le personnel infirmier. Le bénéfice sanitaire pour les patients outrepassé le risque lié à la vaccination du personnel infirmier. Il y a moins de discussions à ce sujet que sur l'équilibre à trouver entre le bénéfice sanitaire pour les patients et les limitations des libertés du personnel infirmier (Antommara, 2013). L'équilibre entre le bénéfice des patients et le respect de l'autonomie du personnel de santé dépend des fondements normatifs sur lesquels reposent les politiques de santé publique.

Plusieurs approches peuvent être opposées lors de l'établissement d'un cadre éthique en santé publique. Par exemple, l'approche utilitariste jugera éthiquement correcte toute action ou toute politique de santé publique dont les conséquences bénéficieront au plus grand nombre, tandis que l'approche déontologique déterminera si une action ou une politique de santé publique est justifiable selon que les obligations morales et les droits des individus sont pris en compte et respectés (Marckmann, Schmidt, Sofaer, & Strech, 2015). L'opposition des approches utilitaristes et déontologiques résume le débat autour de l'obligation du personnel infirmier à se faire vacciner contre la grippe.

Le fait que des politiques de santé publique peu ou pas restrictives en matière de vaccination contre la grippe n'aient pas abouti aux taux de couverture vaccinale escomptés ne constitue pas, pour Marckmann et al. (2015), une raison suffisante pour établir des politiques plus coercitives. Les objectifs de santé publique doivent prêter attention aux enjeux de « restriction de la liberté, la protection de la sphère privée, ou la stigmatisation » [traduction libre] (Marckmann et al., 2015, p. 4). A l'inverse, van Delden et al. (2008), au sujet des institutions de soins à long terme pour personnes âgées, sont d'avis que lorsque le taux de vaccination est situé en-dessous de

50%, le passage d'un programme de vaccination volontaire à un programme obligatoire se justifie. De même, le devoir des professionnels de la santé de ne pas infecter le patient et de réduire ce risque par les moyens recommandés fait pencher la balance en faveur d'un programme obligatoire et justifie la perte d'une part d'autonomie des travailleurs de la santé. Toutefois, van Delden et al. (2008) précisent que dans le cadre d'un programme de vaccination obligatoire, les objecteurs de conscience ne devraient subir aucune conséquence professionnelle, mis à part le fait de devoir expliquer les raisons de leur refus et de se voir rappeler les diverses conséquences possibles de celui-ci.

Je décrirai dans un premier temps ce que l'on entend par programme de vaccination obligatoire pour le personnel infirmier, car la dénomination pourrait laisser imaginer une obligation sans concession de la vaccination contre la grippe, telle que décidée par les dirigeants de l'hôpital. C'est pourquoi cette dernière doit être nuancée et explicitée. J'en viendrai ensuite à la description des arguments les plus récurrents en faveur des programmes de vaccination obligatoire. Je les nuancerai en discutant des enjeux de liberté et d'autonomie du personnel infirmier. Je m'intéresserai au point de vue de l'Association suisse des infirmières et infirmiers sur l'éthique professionnelle infirmière en matière de vaccination contre la grippe. Enfin, je replacerai le débat éthique sur la vaccination du personnel infirmier en Suisse dans le cadre légal de la loi révisée sur les épidémies du 28 septembre 2012, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Un programme de vaccination obligatoire ne revient pas à forcer les membres du personnel infirmier à se vacciner contre leur gré. Il est conditionnel, dans le sens où il consiste à retirer certaines tâches aux membres non-vaccinés, à les réorienter vers des services n'exigeant pas forcément la vaccination, à limiter les raisons acceptables de refus, ou encore à les suspendre temporairement ou définitivement de leurs activités professionnelles (Antommara, 2013; van Delden et al., 2008). Ces programmes de vaccination sont mis en place généralement pour répondre à des objectifs de santé publique tels que la réduction de la morbidité et de la mortalité, la prévention des infections des patients susceptibles de développer de sérieuses complications, de diminuer l'absentéisme et de construire ou reconstruire la confiance dans le système de santé en assurant une couverture vaccinale satisfaisante des travailleurs de santé (Antommara, 2013).

Les programmes de vaccination obligatoire reposent à la fois sur des arguments moraux et sanitaires. Ainsi, un travailleur de la santé est moralement tenu de ne pas faire de mal à autrui, de même qu'il ne devrait pas infecter une personne alors qu'il sait pertinemment qu'une mesure

préventive est disponible. Ces arguments se basent sur le constat que de nombreux professionnels de la santé continuent de travailler malgré le fait qu'ils manifestent des symptômes grippaux. Il arrive aussi que les soignants soient porteurs asymptomatiques du virus influenza, pouvant ainsi, inconsciemment, transmettre le virus (Tilburt, Mueller, Ottenberg, Poland, & Koenig, 2008). Les arguments sanitaires, eux, soulignent que les programmes de vaccination obligatoire atteignent des taux de vaccination généralement plus élevés que les programmes de vaccination volontaires, basés uniquement sur des stratégies d'information et de communication promotionnelle de la vaccination (Lam et al., 2010; Poland, 2010). La vaccination du personnel infirmier permet de réduire la transmission de maladies infectieuses aux patients, ainsi qu'entre collègues et de réduire la mortalité due aux infections de la grippe (Tilburt et al., 2008). Les arguments en faveur de l'obligation de vaccination dépendent aussi des intérêts des entités engagées. Les hôpitaux, considérés en tant qu'organisations, défendent le principe de ne pas porter préjudice aux patients, de limiter l'absentéisme du personnel infirmier, d'optimiser les standards de qualité des soins et, enfin, de répondre aux pressions économiques demandant de réduire les coûts de la santé. Les patients attendent des soignants que ceux-ci prennent les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité (Tilburt et al., 2008).

Pour qu'un programme de vaccination obligatoire soit mis en place de manière éthique, Tilburt et al. (2008) ont élaboré huit recommandations. La première consiste à dire qu'il doit y avoir « une contrainte de sécurité du patient et/ou de l'employé qui est clairement communiquée aux employés ». Ensuite, « les moyens les moins restrictifs devraient être utilisés pour atteindre les objectifs de sécurité ». Cette recommandation renvoie aux mesures inédites prises par certains hôpitaux suisses durant la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009, à savoir, d'obliger le personnel soignant à porter le masque de protection en cas de refus de vaccination. La recommandation suivante dit qu'« il devrait y avoir des critères clairs de non-adhésion pour des raisons médicales ». La cinquième recommandation explique qu'« à celles et ceux qui remplissent les critères médicaux ou autres critères d'exclusion, ou qui refusent la vaccination, les institutions devraient proposer des moyens alternatifs pour contrôler la transmission ». De plus, « les employés sur le point d'être engagés devraient être informés du programme de vaccination obligatoire, et être mis au courant du fait que le défaut de s'y conformer pourrait être un motif de cessation d'emploi ». Les auteurs soulignent également que le programme « devrait être transparent et tenir compte d'un large éventail de perspectives des membres du personnel soignant impliqués dans son développement ». Enfin, « les institutions devraient encourager le personnel de santé en mettant en place des vaccinations gratuites, faciles d'accès, et inclure la

couverture complète des effets indésirables ». Ces auteurs ajoutent qu'une « attention particulière devrait être portée sur le fait de ne pas surcharger les membres les moins avantagés des équipes du personnel soignant » [traduction libre] (p. D29). Dans le même ordre d'idée, Marckmann, van Delden, Sanktjohanser et Wicker (2013) ont établi cinq conditions pour lesquelles une intervention de santé publique, comme la recommandation ou l'obligation de vaccination auprès du personnel infirmier, est moralement justifiée. Ces cinq conditions sont les suivantes (Tableau 4) (Marckmann et al., 2013) :

Tableau 4: Conditions pour une légitimation morale des interventions de santé publique (Marckmann et al., 2013)

Effacité prouvée	Il doit y avoir suffisamment d'évidence empirique garantissant l'efficacité de l'intervention. Cela requière une définition claire des objectifs de l'intervention et une évaluation de la mesure dans laquelle ces buts sont atteints. De plus, il doit être démontré que l'atteinte des objectifs de l'intervention réduit la morbidité et la mortalité au sein de la population ciblée.
Ratio favorable de coût-bénéfice	Le fardeau et les risques liés à la santé du participant à l'intervention devraient être moindres par rapport aux bénéfices en faveur de la population ciblée en termes de morbidité et de mortalité réduites.
Ratio acceptable de coût-bénéfice	Étant donné que les finances publiques sont limitées, la relation entre les coûts (monétaires) et les bénéfices sanitaires de l'intervention devraient être acceptables.
Intervention moins restrictive	Les moyens les moins restrictifs devraient être employés pour atteindre un certain objectif de santé publique (Upshur, 2002). Par exemple, avant de mettre en vigueur une loi exigeant la participation à une intervention de santé publique, des encouragements (financiers et non-financiers) devraient être utilisés pour atteindre un taux de participation suffisant. Les programmes obligatoires ne sont éthiquement justifiés que si les approches volontaires ont échoué.
Processus décisionnel loyal et transparent ⁴ :	Les interventions de santé publique devraient suivre un processus décisionnel loyal et légitimé. Cela est important puisque les conditions (2) et (3) en particulier requièrent d'évaluer et de soupeser les bénéfices, les fardeaux, les risques et les coûts, pour lesquels il n'existe pas de standard « objectif » pouvant être tiré d'une théorie morale universellement acceptée. Les mêmes conditions sont valables en ce qui concerne le degré d'interférence moralement acceptable avec l'autonomie de l'individu.

[Traduction libre] (pp. 237-238)

⁴ Un tel processus doit réunir sept conditions (Marckmann et al., 2008) :

- 1) **Transparence** : Le processus de décision incluant une base de données et les attentes normatives devrait être transparent et public.
- 2) **Consistance** : Application des mêmes principes, critères et règles pour différentes interventions de santé publique → traitement égal de différentes populations
- 3) **Justification** : Les décisions devraient être basées sur des raisons pertinentes, i.e., basées sur les critères normatifs applicables pour l'éthique de santé publique
- 4) **Participation** : Les populations concernées par l'intervention de santé publique devraient pouvoir participer à la décision relative à sa mise en place
- 5) **Gérer les conflits d'intérêts** : Les décisions relatives aux interventions de santé publique devraient être organisées de manière à minimiser et gérer tout conflit d'intérêt existant au sein des instances décisionnelles
- 6) **Ouverture à la révision** : Les mises en place d'interventions de santé publique devraient être ouvertes à la révision (p. ex., si la base de données change ou si certains aspects ont été négligés)
- 7) **Régulation** : La régulation légale ou volontaire doit garantir que les conditions ci-dessus sont remplies pour un processus décisionnel loyal. [traduction libre] (p. 5)

À ces cinq conditions correspondent cinq niveaux de recommandations moralement justifiées pour la mise en place des interventions (Marckmann et al., 2013). C'est-à-dire que les interventions de santé publique doivent être basées sur une évaluation de la manière dont les cinq conditions citées plus haut sont remplies. Au niveau 1, il n'y a aucune raison d'intervenir, tandis qu'au niveau 5, il y en a de nombreuses. Plus les niveaux augmentent, plus la liberté individuelle et de choix est réduite. De même que l'augmentation des niveaux de recommandations offrent une justification de l'augmentation de la couverture assurée par le système public. Ces cinq niveaux sont les suivants (Tableau 5) :

Tableau 5: Niveaux de recommandations pour la mise en place d'interventions de santé publique (Marckmann et al., 2013)

Niveau 1	Déconseiller la mise en place de l'intervention de santé publique et la couverture financière publique.
Niveau 2	Offrir l'intervention de santé publique sans recommandations explicites ; les coûts peuvent être couverts par le système public. La décision de la participation appartient à l'individu.
Niveau 3	Offrir et recommander l'intervention de santé publique ; des mesures proactives et non-intrusives (p. ex. : campagnes d'information) sont justifiées afin d'atteindre des taux de participation plus élevés. Les coûts devraient être supportés par le système public.
Niveau 4	Offrir et recommander l'intervention de santé publique ; des encouragements monétaires et non-monétaires sont justifiés afin d'augmenter les taux de participation. Les coûts devraient être supportés par le système public.
Niveau 5	Offrir, recommander et légaliser l'intervention ; la non-adhérence aura des conséquences pour l'individu. Les coûts devraient être assurément couverts par le système public.

[Traduction libre] (pp. 238-239)

En parallèle aux considérations éthiques citées précédemment, il faut également porter un regard sur la manière dont se positionnent les associations professionnelles des infirmiers/ères. A ce titre, la position éthique de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) sur la question de la vaccination contre la grippe du personnel infirmier, est particulièrement importante, du fait que cette association joue un rôle de relais, ou de « multiplicateur » des

recommandations provenant de l'OFSP autant pour la grippe saisonnière que pour une grippe pandémique (OFSP, 2013).

L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) salue les efforts fournis par les autorités de santé publique en matière de promotion de la vaccination contre la grippe auprès du personnel soignant. L'ASI voit en la vaccination contre la grippe une obligation morale de non-malfaisance pour les professionnels de la santé (Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI], 2008). Toutefois, l'ASI signale que vouloir vacciner les membres du personnel infirmier uniquement pour des raisons de protection d'autrui risque d'entraîner une « instrumentalisation de leur intégrité corporelle » (ASI, 2008, p. 2). Cette association privilégie la santé du personnel soignant en la considérant comme l'objectif premier de la vaccination. « Par la vaccination, elle [l'infirmière] contribue à se maintenir en bonne santé et à diminuer le risque de contagion. (...) Les soignants qui ne se font pas vacciner doivent évaluer de façon différenciée (pour eux-mêmes et pour autrui) les bénéfices personnels (autodétermination) et les risques qu'ils peuvent faire encourir à autrui (non-malfaisance). Dans les deux cas, l'aspect de la santé du soignant reste au premier plan » (ASI, 2008, p. 2). Pour l'ASI, les soignants ayant refusé la vaccination contre la grippe ne doivent pas être discriminés. Par contre, l'ASI s'attend à ce que les infirmiers et infirmières prennent leur décision de manière éclairée, en se référant à de la documentation spécialisée. L'autodétermination est essentielle aux yeux de l'ASI. « L'importance essentielle du droit à l'autodétermination relative à son propre corps et la priorité des intérêts personnels par rapport à d'éventuels intérêts de tiers permet une marge de manœuvre qui admet en principe les deux attitudes [la vaccination et son refus] » (ASI, 2008, p.2). L'ASI a une approche déontologique de la vaccination contre la grippe du personnel infirmier. L'association souligne l'obligation morale pour le personnel infirmier de se vacciner contre la grippe, tout en en prônant l'autodétermination.

En Suisse, le personnel infirmier n'a pas d'obligation légale de se faire vacciner chaque année contre la grippe. La loi fédérale révisée sur les maladies transmissibles à l'homme du 28 septembre 2012 (= LEp ; RS 818.101) qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, explique que les cantons peuvent, comme lors de la précédente loi, déclarer certaines vaccinations obligatoires, mais que dorénavant, les obligations seront délimitées aux catégories de personnes concernées. De plus, ces obligations ne pourront être déclarées que si un réel danger existe, et si les autres moyens de protection ne sont plus suffisants. L'Art. 22 du Message du Conseil fédéral du 3 décembre 2010 concernant la révision de la loi fédérale sur les maladies transmissibles à l'homme (LEp) (FF 2011 291), explique les conditions pour une introduction

de la vaccination obligatoire. Selon l'Art. 22, § 2 du Message du Conseil fédéral du 3 décembre 2010 (FF 2011 291) :

Les vaccinations obligatoires constituent une atteinte au droit à la liberté personnelle (art. 10, al. 2, Cst.). L'art. 36 Cst. n'autorise de telles restrictions des droits fondamentaux que si elles sont : 1) fondées sur une base légale suffisante; 2) justifiées par un intérêt public (maladie très contagieuse avec une évolution potentiellement très grave); et 3) proportionnelles au but visé. Face à une maladie infectieuse grave, se propageant rapidement et provoquant de nombreux décès, la vaccination obligatoire pourrait s'imposer pour certaines catégories de personnes. Cette option stratégique est réservée aux cas où le but ne peut pas être atteint par d'autres mesures.

L'Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 29 avril 2015 (= OEp ; RS 818.101.1) stipule à l'Art. 38 al. 2 qu' « une obligation de vaccination pour des personnes exerçant certaines activités en particulier dans le cadre d'établissements de soins, doit être limitée aux domaines dans lesquels il existe un risque accru de propagation de la maladie ou de mise en danger de personnes particulièrement vulnérables. L'alinéa 3 ajoute qu' « une obligation de vaccination doit avoir une durée limitée. Elle ne peut pas être exécutée par contrainte physique ». En revanche, les hôpitaux peuvent prendre des mesures de vaccination obligatoire de leur propre initiative si celles-ci respectent le droit du travail. Dans un article de la Tribune de Genève du 8 octobre 2012, Virginie Masserey, de l'OFSP, explique qu'il serait imaginable, qu'un infirmier ou une infirmière qui refuse la vaccination soit déplacé(e) dans un service dans lequel il n'y aurait pas de patients particulièrement vulnérables (Zuercher, 2012). Ce même article expose les critiques et les craintes de la Fédération suisse des associations de la santé et de la conseillère aux États genevoise Liliane Maury-Pasquier. La première aurait préféré une incitation à la vaccination plutôt qu'une obligation qui réduit les libertés individuelles des membres du personnel infirmier. Quant à la politicienne, elle redoute des interdictions de travail pour les réfractaires et que les obligations soient prononcées par des experts ayant des liens avec l'industrie pharmaceutique.

La législation suisse correspond davantage à une vision déontologique qu'utilitariste sur la question de la vaccination contre la grippe du personnel infirmier. Si certes il existe, pour le personnel infirmier, une obligation morale de se faire vacciner contre la grippe pour ne pas préjudicier la santé de patients vulnérables, celui-ci se voit garantir un droit à l'autodétermination. La vaccination contre la grippe du personnel soignant continuera, avec la loi révisée sur les épidémies, de faire, en temps normal, l'objet d'un acte volontaire. Les campagnes de vaccination dans les hôpitaux suisses devront poursuivre la mobilisation de stratégies

communicationnelles incitatives pour la promotion de la vaccination au sein du personnel soignant.

9. Préambule de la partie empirique

9.1. Résumé des approches théoriques

Comme annoncé en introduction de ce travail, les approches théoriques présentées ci-dessus tentent de comprendre et d'expliquer pourquoi certains individus n'adoptent pas un raisonnement et un comportement vis-à-vis de la vaccination contre la grippe, qui se réfèrent aux connaissances scientifiques et aux recommandations des autorités de santé publique.

Ma thèse invite à une interrogation supplémentaire qui consiste à se demander dans quelle mesure le souvenir laissé par l'épisode de la grippe pandémique de 2009 dans les mémoires des membres du personnel infirmier peut influencer leurs comportements de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une hypothétique nouvelle pandémie. Avant d'entrer plus en détail dans la présentation des buts de cette thèse et de véritablement plonger dans le cœur des études de ce travail, je résumerai les approches théoriques précédemment abordées, afin de favoriser la compréhension de l'ensemble du cadre théorique sur lequel les deux études de ce travail se fondent et du cheminement qui m'a amené, à partir des approches dominantes de perception du risque et des modèles de comportements de santé, à mettre en exergue les théories des représentations sociales (Moscovici, 1961) et du *sensemaking* dans les organisations (Weick, 1995). Je ne reviendrai pas sur les thématiques de la confiance dans les institutions pour la gestion des maladies infectieuses émergentes (chapitre 6), de la résistance au changement organisationnel (chapitre 7), ou encore de l'identité professionnelle infirmière (chapitre 8), qui constituent davantage des apports conceptuels que des supports théoriques pour cette partie empirique.

L'approche de perception du risque (voir 3.1) est centrée sur le traitement cognitif individuel du risque. Elle s'intéresse aux limitations des individus dans l'évaluation des risques et aux conséquences de celles-ci sur l'adoption de comportements (Slovic, Fischhoff, & Lichtenstein, 1982). Les biais cognitifs de perception du risque et les heuristiques sont des mécanismes cognitifs à l'origine de processus décisionnels rapides et intuitifs, la plupart du temps faussés par le poids des émotions (heuristique de l'affect) (Slovic, Finucane, Peters, & MacGregor, 2007), la facilité de s'imaginer le risque (heuristique de disponibilité) (Tversky & Kahneman,

1974), ou encore l'optimisme excessif des individus (biais optimiste) (Weinstein, 1980, 1982, 1984, 1987, 1989), mais néanmoins nécessaires dans les pratiques quotidiennes.

Le recours aux biais et heuristiques entraîne une déviation d'une ligne comportementale rationnelle. Le refus de la vaccination contre la grippe de certains membres du personnel infirmier est imputable à de tels mécanismes cognitifs. La plupart des études basées sur la perspective de la perception du risque explique que le refus de la vaccination contre la grippe du personnel infirmier reflète un manque de connaissances sur le virus de la grippe et son vaccin, une surestimation des effets indésirables consécutifs à la vaccination, une confiance surestimée envers les capacités de défense de leur système immunitaire, ainsi qu'une remise en question de l'efficacité du vaccin (Ehrenstein et al., 2010; Hollmeyer et al., 2009; Zhang et al., 2012).

Les modèles et théories de comportements de santé tels que le Health Belief Model (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1974) (voir 3.2), la théorie sociale cognitive (Bandura, 2004) (voir 3.3), les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié (Ajzen, 1991; Fishbein, 1967) (voir 3.4) et le modèle transthéorique du changement (Prochaska & DiClemente, 1982) (voir 3.5), se centrent sur les individus et s'emploient à expliquer l'adoption et l'abandon de comportements de santé recommandés à l'aide de facteurs principalement liés à la perception du risque (p.ex. : menace perçue, susceptibilité perçue), à l'auto-efficacité, à la balance entre les coûts et les bénéfices du comportement de santé recommandé, et, surtout pour le modèle de l'action raisonnée et du comportement planifié, à l'influence d'autrui significatifs ou des normes sociales.

Partant, une personne excessivement optimiste aura tendance à sous-estimer la menace que représente la grippe pour sa santé. Elle percevra la vaccination comme davantage coûteuse que bénéfique, principalement en termes de risque de subir des effets secondaires. Tant qu'elle manifestera des biais cognitifs par rapport à cette maladie, elle stagnera au stade de précontemplation, pour reprendre les termes du modèle transthéorique du changement. La plupart des études basées sur la perspective théorique de la perception du risque et des comportements de santé recommandent le renforcement de la démarche pédagogique des campagnes de vaccination contre la grippe, destinées au personnel infirmier, de manière à combler un déficit de connaissances sur les risques liés à la maladie et à son vaccin, ainsi qu'à démystifier certaines croyances relatives notamment aux effets secondaires.

Les approches de perception du risque et des modèles de comportements de santé adoptent une perspective individualiste et dichotomique entre un savoir expert idéal et un savoir profane déficient. Ces approches conçoivent les individus comme des récepteurs passifs des informations provenant de leur environnement et n'envisagent pas assez les perceptions du risque et des comportements de santé comme des constructions sociales (Zani, 2002). Certes, les approches de perception du risque et des comportements de santé apportent des éléments théoriques précieux pour comprendre les réactions individuelles au risque lié à une maladie et pour mieux adapter les recommandations en fonction des individus. Il n'en reste pas moins que ces approches sont limitées lorsqu'il s'agit d'étudier les composantes communicationnelles, émotionnelles, symboliques et sociales de la réponse publique au risque (Joffe, 2003). De même, et c'est une lacune que ce travail souhaite combler, ces approches négligent l'influence des expériences collectives de risques passés dans l'évaluation du risque présent et futur, ainsi que sur l'adoption de comportements de santé.

En tant que première pandémie du XXI^e siècle, la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 a représenté un phénomène social nouveau, plongeant la population mondiale et les professionnels de la santé publique dans un climat d'incertitude, nécessitant par conséquent un travail collectif d'élaboration de sens, premièrement dans la sphère des spécialistes de santé publique, puis, quasi simultanément, dans l'espace public, à l'aide des médias.

Cette thèse propose de considérer le savoir de sens commun comme un objet d'étude à part entière, adoptant une démarche plus compréhensive que ne le font les approches de perception du risque et des comportements de santé. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé de mobiliser la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961) (voir chapitre 4). La théorie des représentations sociales, appliquée aux maladies et à la perception du risque, propose non pas de considérer le risque associé à une maladie uniquement comme un objet de traitements cognitifs individuels, mais comme un phénomène abstrait qui nécessite la traduction d'un savoir expert en un savoir de sens commun. L'objectif de ce travail de signification est de comprendre le phénomène ou le savoir nouveau, de faire en sorte qu'il s'inscrive dans les discussions publiques, et de permettre aux acteurs sociaux d'adapter leur comportement en fonction des exigences du contexte.

La traduction du savoir expert en savoir de sens commun transite majoritairement par le traitement médiatique (Bangerter, 2008; Moscovici, 1989). Le discours médiatique vulgarise le savoir expert. Il propose des manières de décrire le risque, d'en expliquer les causes et d'y faire

face. Autrement dit, le discours médiatique, en recourant au savoir partagé du lectorat, ou encore à des métaphores pour rendre intelligible ce qui était complexe, oriente ses destinataires vers une explication possible du phénomène en question. La translation d'un savoir expert en savoir de sens commun est complexe, étant donné que le savoir scientifique peut être parfois limité pour expliquer un nouveau phénomène. « Le manque d'information et l'incertitude de la science favorisent l'émergence de représentations qui vont circuler de bouche à oreille ou rebondir d'un support médiatique à l'autre » (Jodelet, 1989, p.51). L'explication et la compréhension d'un phénomène nouveau et complexe passe par des procédés d'ancrage et d'objectification (Moscovici, 1961). L'ancrage consiste pour un individu à recourir au savoir partagé déjà disponible pour mieux appréhender le nouveau phénomène et lui donner du sens en procédant à des comparaisons. L'objectification, quant à elle, a une fonction de réification, c'est-à-dire qu'elle rend concret et intelligible ce qui était jusque-là abstrait. Ensemble, l'ancrage et l'objectification favorisent la compréhension du nouveau phénomène, réduisent l'anxiété issue de son caractère inconnu et menaçant et dégagent des pistes d'actions et de comportements collectifs pour le gérer.

Ces explications du nouveau phénomène, diffusées principalement dans les médias, ne sont pas toujours sans conséquences dans les interactions humaines, car souvent ces dernières désignent une catégorie sociale comme origine et responsable du phénomène menaçant. Il peut s'agir, par exemple, de groupes ethniques, des homosexuels, des services publics, etcetera. Ainsi, les représentations sociales des maladies s'attachent à thématiser la réponse du public à une maladie. Cette réponse est souvent manifestée par le processus d'*othering*, c'est-à-dire par la désignation d'un bouc-émissaire émanant d'un discours largement partagé au sein de l'espace public (Joffe, 1999). Ce bouc-émissaire peut être un groupe social désigné comme point d'origine de la maladie et responsable de sa propagation de par ses pratiques jugées déviantes. La désignation d'un bouc-émissaire permet à un groupe social d'afficher les valeurs qui le constituent et de se sentir invulnérable envers une maladie en dénigrant et en ostracisant symboliquement ou/et physiquement les individus d'un autre groupe. Avec la mobilisation de la théorie des représentations sociales au sujet du risque lié à une maladie, s'opère une translation d'un traitement cognitif individuel à un traitement cognitif social d'un phénomène abstrait potentiellement menaçant. La dernière pandémie de grippe de 2009 a suscité de l'incertitude et de l'ambiguïté. La contingence du phénomène pandémique ainsi que la propagation rapide de la maladie a amené l'OMS à décréter le stade pandémique, avec les recommandations de vaccination, alors même que le risque n'était que peu perceptible en

Europe. Ce décret a été suivi d'une couverture médiatique abondante en Europe, créant un état de confusion chez certains citoyens et professionnels de la santé, qui comparaient le contenu médiatique à leur expérience personnelle de la pandémie. La pandémie de grippe de 2009 était un phénomène contingent, qui, par conséquent, a donné lieu à des explications scientifiques, elles aussi, évolutives. Un tel contexte évolutif a suscité un questionnement dans l'espace public quant au sens à donner à ce nouveau phénomène dont l'évolution paraissait floue et dont la virulence pouvait être inouïe.

L'approche du *sensemaking* dans les organisations (Weick, 1995) (voir chapitre 5) poursuit l'approche des représentations sociales dans sa volonté de saisir le travail d'élaboration de sens effectué collectivement lors de phénomènes nouveaux, afin de réduire l'incertitude et l'anxiété qu'ils génèrent. Le *sensemaking* a ceci de différent des représentations sociales qu'il se focalise sur les organisations et qu'il n'investigue pas la traduction du savoir expert en savoir de sens commun. Il vise à comprendre comment les acteurs d'organisations définissent un événement inattendu et se rapportent aux règles et à l'identité de l'organisation, pour décider d'engager des actions collectives structurées pour le gérer le mieux possible. De plus, la théorie du *sensemaking* possède moins de concepts que la théorie des représentations sociales, avec par exemple, l'ancrage, l'objectification ou encore la polyphasie cognitive. La théorie du *sensemaking* opère plutôt une analyse séquentielle des interactions et des délibérations d'employés d'une organisation lors de l'avènement de phénomènes perturbateurs, pour observer comment ces derniers sont gérés. Je retiendrai tout de même de la théorie du *sensemaking*, le concept de résilience, qui consiste en la capacité d'une organisation de maintenir ou d'improviser des schémas d'action structurés qui soient adaptés à l'avènement d'une situation inédite, perturbatrice et potentiellement menaçante (Weick, 1993).

Le *sensemaking* s'intéresse plus particulièrement à la manière dont les employés au sein d'organisations réussissent ou échouent à élaborer une définition commune d'événements inattendus, évolutifs, venant perturber leurs schémas de pratiques habituels et à engager des actions collectives judicieuses et adaptées au nouveau contexte. La théorie du *sensemaking* dans les organisations s'intéresse donc aux processus interactionnels au travers desquels les acteurs d'une organisation arrivent ou échouent à définir de manière adéquate la situation nouvelle. La définition commune adoptée servira de base pour la décision d'engager le plus rapidement possibles des actions collectives organisées et judicieusement adaptées aux nouvelles circonstances inattendues. Le processus de *sensemaking* est départagé en trois phases : l'*enactment*, la sélection et la rétention (Chun Wei, 2001). La première phase, l'*enactement*,

consiste pour chaque individu à interpréter par une mise en récit les événements qu'il vit, procurant ainsi des interprétations individuelles équivoques dans une organisation. Dans la phase de sélection, les individus interagissent entre eux et choisissent une définition partagée des événements. Enfin, dans la phase de rétention, les interprétations qui ont permis de gérer l'événement perturbateur sont retenues pour être mises à nouveau en pratique en cas d'événements similaires.

La pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 présentait les caractéristiques d'un événement inédit et imprévisible auquel il fallait réagir rapidement dans le but de contenir la propagation de la maladie. L'épisode dit de la « grippe porcine » a quelque peu perturbé les pratiques routinières du personnel hospitalier. Les acteurs professionnels des hôpitaux ont dû effectuer un travail de signification, afin de définir dans un premier temps la situation sanitaire et les problèmes qu'elle pouvait engendrer, et, dans un deuxième temps, réfléchir à la mise en place de mesures d'hygiène adaptées au nouveau contexte pandémique et adaptables à un contexte évolutif. Dans les hôpitaux confrontés à la pandémie de grippe de 2009, plusieurs définitions concurrentes de la situation se sont probablement confrontées parmi le personnel soignant, entraînant des opinions divergentes sur la manière d'appréhender la menace pandémique au sein de l'hôpital. La mobilisation de la théorie du *sensemaking* est donc justifiée si l'on s'intéresse à la manière dont les membres du personnel infirmier expliquent et se remémorent l'épisode de la pandémie sur leur lieu de travail, puisque les mesures à prendre en cas de nouvelle pandémie se baseront sur l'héritage laissé par celles qui ont été entreprises durant la pandémie de 2009.

9.2. Les nouvelles facettes du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes

L'essor des attitudes sceptiques du public et des professionnels de la santé envers les maladies infectieuses émergentes récentes représente un terreau fertile de recherches encore sous-exploité. Certes, le scepticisme public envers maladies infectieuses émergentes n'est pas nouveau. Dedet (2010) explique que l'apparition de maladies émergentes a souvent été confrontée à une phase initiale de déni qui précède celles de recherche de sens et de mise en place de stratégies sanitaires. Par exemple, le SIDA a connu une phase de déni avant qu'il soit reconnu que le VIH en soit la cause (Kalichman, 2009). Plus récemment, au commencement de l'épidémie de fièvre hémorragique Ebola en Afrique en 2014, de nombreuses personnes ont dénié l'existence du virus Ebola dans les pays d'Afrique les plus affectés (Larson, 2016).

Ce qui constitue par contre une composante nouvelle du scepticisme public envers les maladies infectieuses émergentes est le sentiment de « fatigue du risque » (*risk fatigue*) (Liao & Fielding,

2014) ou de « fatigue des alertes » (*warning fatigue*) (Rubin, Finn, Potts, & Michie, 2015), qui se traduit par de la lassitude due à un décalage, à intervalles rapprochés, entre la sévérité d'une menace prédite dans les médias et l'expérience qu'en font les individus. Il s'agit en fait d'un sentiment que les médias exagèrent la menace des maladies infectieuses.

Une étude a montré que le sentiment selon lequel les médias ont fait « trop de bruit » (*too much fuss*) autour de la pandémie de grippe de 2009 était largement répandu parmi les citoyens du Royaume-Uni, autant au début de la pandémie que lors de son pic et de sa fin (Rubin et al., 2015). Cette étude se penche sur les corrélats du scepticisme public envers les menaces de santé publique, exprimé au travers du sentiment de « fatigue des alertes », et montre qu'il est possible de prédire les catégories de personnes susceptibles de manifester le plus de scepticisme envers une maladie infectieuse émergente.

L'étude montre premièrement certaines associations entre des caractéristiques démographiques et le sentiment de « trop de bruit ». Ainsi, le fait d'être un homme blanc âgé de 65 ou davantage, doté d'un rang social élevé, présentant un bon état de santé général, ne souffrant pas de maladie chronique, et ne connaissant pas quelqu'un ayant contracté la « grippe porcine » augmente la probabilité de considérer que la grippe pandémique a fait trop parlé d'elle dans les médias. Il a aussi été démontré que les personnes ayant le sentiment de « trop de bruit » font davantage confiance à leur médecin de famille qu'aux autres autorités de santé publique britanniques, telles que le National Health Service (NHS), le Department of Health, ou encore les hôpitaux régionaux. Enfin, les personnes, disons, les plus « harassées » sont plus enclines à considérer qu'elles possèdent de bonnes connaissances au sujet de la grippe H1N1, bien qu'elles répondent en généralement de manière plus incorrecte aux questions factuelles sur cette maladie, et qu'elles ne désirent pas davantage d'informations à son sujet. Les conclusions de cette étude amènent les auteurs à suggérer des stratégies de communication faisant recours à des témoignages de personnes ayant contracté la maladie, puisque les résultats de l'étude indiquent que le fait de connaître une personne ayant contracté la maladie réduit le sentiment de « trop de bruit ». En outre, étant donné le fait que les personnes les plus sceptiques font davantage confiance à leur médecin de famille ou de premier recours, ces derniers devraient être encore davantage impliqués dans la transmission des informations et recommandations provenant des autorités de santé publique. Enfin, puisque les personnes les plus sceptiques considèrent qu'elles possèdent de bonnes connaissances sur la maladie en question et qu'elles ne ressentent pas le besoin de s'informer davantage à ce sujet, une stratégie de communication qui leur

montrerait que leurs connaissances ne sont pas aussi exactes qu'elles le pensent pourrait peut-être les inciter à vouloir rechercher davantage d'informations.

Ce sentiment de fatigue se manifeste également par de la méfiance envers les informations à teneur scientifique diffusées dans l'espace public, à la suite de l'augmentation de fraudes scientifiques publiées dans les médias ces dernières années. La « fatigue du risque », exacerbée à la suite des épisodes de « grippe aviaire » A/H5N1 et de la pandémie de « grippe porcine » A/H1N1, traduit un sentiment d'abus de fausses alarmes successives et favorise la montée des attitudes sceptiques du public et des professionnels de la santé envers les maladies infectieuses émergentes et envers les institutions censées informer et protéger la population (Bangerter, 2014; Bangerter et al., 2012; Gilles et al., 2011; Henrich & Holmes, 2011; Mayor et al., 2012).

L'étude longitudinale de Mayor et al. (2012) montre la manière dont le scepticisme envers la pandémie de grippe A/H1N1 a pris de l'ampleur parmi les citoyens suisses. Cette étude analyse les perceptions du public suisse et la couverture médiatique de la pandémie de grippe A/H1N1 durant l'ensemble de la période pandémique, soit lors de l'émergence de la pandémie et son expansion en Europe en mai 2009 (vague 1), puis lorsque la pandémie a atteint la Suisse et les campagnes de vaccination étaient sur le point d'être mises en place en novembre et décembre 2009 (vague 2), et enfin, après la fin de la pandémie, en septembre et novembre 2010 (vague 3).

L'étude de Mayor et al. (2012) explique qu'un processus d'*othering* (Joffe, 1999) a été manifesté lors de la vague 1, lorsque la pandémie était encore considérée comme un phénomène qui ne concernait que des régions lointaines comme le Mexique, l'Asie, l'Afrique et les États-Unis et dont la menace était géographiquement éloignée, et qu'il fallait tenir éloignée. Ces catégories-là ont été graduellement remplacées par la mention de catégories plus locales aux vagues 2 et 3.

Ainsi, le gouvernement suisse s'est vu attribué un caractère « héroïque » dans les vagues 1 et 2 (voir Wagner-Egger et al. 2011, pour la définition des catégories « héros », « vilains » et « victimes »). Les citoyens voyaient en lui un moyen d'action sûr et efficace pour contenir la propagation de la pandémie et manifestaient une certaine confiance envers les mesures qu'il projetait de mettre en place, ainsi qu'envers les informations qu'il diffusait au public. Toutefois, lors de la vague 3, la moitié des personnes interrogées ont montré des signes de méfiance envers le gouvernement. Certains d'entre eux commençaient à soupçonner une connivence entre les autorités politiques et les firmes pharmaceutiques.

Les médecins ont été perçus comme des « héros » durant les trois vagues successives de l'étude. Dans la vague 1, ils furent considérés comme les personnes dotées des meilleures connaissances pour combattre le virus et aider la population à combattre la pandémie, ainsi que pour informer la population sur les manières de se protéger. Dans la vague 2, les personnes interrogées ont davantage mentionné les interactions qu'elles ont eues avec leur médecin. D'autres ont relevé le fait que certains médecins étaient opposés à la vaccination. Durant la vague 3, les médecins étaient perçus majoritairement comme réfractaires à la vaccination et comme des sources d'information privilégiées pour gérer les difficultés du contexte pandémique.

Les médias, eux, ont été perçus comme des « vilains » durant toutes les vagues de l'étude. Dans la vague 1, ils ont été considérés comme des instigateurs de panique dans la population, puis comme ayant exagéré le risque que représentait la pandémie (vague 2 et 3), suscitant l'émergence d'attitudes sceptiques envers les informations médiatiques liées à la pandémie.

Les industries pharmaceutiques se sont également vues attribuer un caractère de « vilaines » de la part de la population dans les trois vagues de l'étude. Dans la vague 1, les participants ont pensé que les firmes pharmaceutiques allaient tirer un profit de l'émergence de la pandémie, même si les participants considéraient que ces firmes produisaient de bons médicaments. Durant les vagues 2 et 3, la vision cynique de firmes pharmaceutiques profitant des événements était toujours bien présente. Les firmes pharmaceutiques commençaient à être associées à des théories du complot affirmant qu'elles auraient manigancé l'émergence de la pandémie. De plus en plus de personnes ont commencé à dire que les firmes pharmaceutiques ont manipulé les gouvernements, de manière à leur vendre des doses exorbitantes de vaccins.

Les conclusions de cette étude montrent bien le caractère dynamique des représentations sociales des pandémies et l'essor d'attitudes sceptiques dans le public. Ma thèse étudie, d'une part, les représentations sociales du personnel infirmier de la dernière pandémie de grippe A/H1N1. D'autre part, elle s'intéresse aux interactions entre les expériences de ces professionnels de la santé et les institutions qui créent, gèrent et diffusent les représentations de la menace de ces maladies. En cela, ma thèse vise à comprendre ce qui favorise l'adoption des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes et les recommandations provenant des autorités de santé publique. Elle a également pour objectif de documenter l'influence de ces attitudes sur les intentions futures de vaccination contre la grippe, qu'elle soit saisonnière ou pandémique. Le fait que les membres du personnel infirmier soient des professionnels de la santé ne les empêche pas d'avoir des conceptions erronées à propos de la

vaccination antigrippale (Hofmann et al., 2006), et ne les protègent pas du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes.

9.3. Buts de la thèse et questions de recherche

Ma thèse est située dans un contexte post-pandémique et s'appuie sur l'approche des représentations sociales du risque associé aux maladies infectieuses émergentes, en se penchant sur le cas de la dernière pandémie de grippe A/H1N1 de 2009. La pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 a laissé un souvenir négatif dans l'espace public, manifesté, on l'a vu, par des attitudes sceptiques (Bangerter et al., 2012; Henrich & Holmes, 2011; Mayor et al., 2012). Les individus retiennent les éléments marquants de leur expérience d'un risque et puisent dans cette dernière pour se faire une représentation des menaces auxquelles ils font face postérieurement et pour y adapter leur comportement (Weinstein, 1989). C'est pourquoi il est important de comprendre les souvenirs laissés par la dernière pandémie de grippe au sein du personnel infirmier et de saisir leurs attitudes envers une telle menace. Il s'agit d'une étape nécessaire pour une meilleure gestion des prochaines pandémies et une communication plus adaptée aux attitudes des publics-cible (Determann et al., in press).

Dès lors, l'objectif général de cette thèse est de décrire les souvenirs du personnel infirmier de la dernière grippe pandémique de 2009 et d'expliquer comment ceux-ci sont susceptibles de servir d'ancrage pour donner sens et réagir à l'avènement d'une nouvelle pandémie. Ainsi, après avoir invité les membres du personnel infirmier à un retour réflexif sur l'événement de la pandémie de 2009 par interviews et questionnaires, ce travail analyse et sélectionne les éléments de cet épisode qui les ont le plus marqué et ce qu'ils en retiennent. L'analyse de ces souvenirs et des réflexions a posteriori vise à comprendre comment ceux-ci constituent un stock de connaissances, d'attitudes et de souvenirs partagés mobilisables en cas d'événement similaire.

J'en viens maintenant aux deux objectifs plus spécifiques de cette thèse. Le premier consiste à décrire, parmi ces souvenirs et réflexions a posteriori, les racines et la nature des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi les membres du personnel infirmier. Il s'agit de voir ce qui, autant dans l'espace public qu'au sein de l'hôpital, lors de l'épisode pandémique, a généré des doutes quant à la sévérité de la pandémie prédites dans divers supports d'information, des doutes quant à la gestion de la crise pandémique par les autorités de santé publique et par les dirigeants de l'hôpital, et des doutes quant à la nécessité et l'efficacité des mesures de protection recommandées.

Le deuxième objectif spécifique est d'étudier les corrélats des attitudes sceptiques manifestées au sein du personnel infirmier, ainsi que leur influence sur les intentions futures de vaccination du personnel infirmier contre une grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique. Je souhaite en effet observer dans quelle mesure les attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes sont liées à d'autres variables, telles que, par exemple, la perception du risque, la perception de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel infirmier, ou encore le profil sociodémographique. En outre, je veux évaluer l'influence qu'exerce le scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes sur les intentions de vaccination du personnel infirmier contre une prochaine grippe pandémique ou saisonnière, au même titre que le manque de connaissances sur le virus de la grippe et de son vaccin ou d'une perception du risque biaisée. Enfin, je souhaite observer la mesure dans laquelle le scepticisme envers les MIE du personnel infirmier, basé sur les expériences passées avec la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009, influence ses intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique.

La lutte contre les épidémies et les pandémies est vouée à l'échec si le public et les professionnels de la santé n'ont pas la volonté de suivre les recommandations des autorités de santé publique. Ce travail veut permettre une meilleure anticipation des éléments de communication de santé qui, en cas de crise, sont susceptibles de générer du scepticisme ou d'y être confronté. Il souhaite offrir des clés pour une meilleure prédiction des réflexions et réactions comportementales du personnel infirmier en cas d'événements similaire. Cette thèse vise aussi à offrir des pistes de réflexion sur la manière de tenir compte, dans la communication de santé, des représentations sociales des maladies infectieuses émergentes et de tous les acteurs institutionnels qui contribuent à les façonner, à les gérer et à les diffuser ; j'entends par là, principalement, les autorités de santé publique et les médias.

Enfin, les conclusions de cette thèse viendront nourrir les discussions autour de la reconstruction de la confiance du personnel infirmier, mais aussi, dans une moindre mesure, du public (Bangerter, 2014) envers les recommandations des autorités de santé publique. De même, les conclusions relatives aux attitudes sceptiques du personnel infirmier envers les maladies infectieuses émergentes et les recommandations pour les combattre viendront alimenter la discussion autour de la nature de l'identité professionnelle infirmière et des attentes quant au rôle et devoir des membres de cette profession, notamment en cas de pandémie.

Voici donc les questions de recherches qui découlent des objectifs présentés ci-dessus :

- Comment le personnel infirmier se rappelle-t-il de l'expérience de l'épisode de la pandémie de grippe A/H1N1 et de la campagne de vaccination y relative sur son lieu de travail ?
- Le souvenir de l'épisode de la grippe pandémique et de la campagne de vaccination y relative révèle-t-il des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes ? Si oui, sous quelles formes ces attitudes sceptiques s'expriment-elles ?
- Quels sont les corrélats des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi le personnel infirmier, par exemple, en termes de profils sociodémographiques et de perception du risque, ou encore d'identité professionnelle ?
- Au-delà des facteurs explicatifs déjà documentés sur la prise de décision en matière de vaccination contre la grippe, tels que ceux liés à la perception du risque et au devoir professionnel, dans quelle mesure les attitudes sceptiques de certains membres du personnel infirmier envers les maladies infectieuses émergentes ont-elles, elles aussi, un impact sur leurs intentions futures de vaccination contre une prochaine épidémie de grippe saisonnière et contre une grippe pandémique similaire à celle de 2009 ?

9.4. Présentation des études

Afin de décrire les souvenirs des membres du personnel infirmier de l'épisode de la grippe pandémique de 2009 et de sa campagne de vaccination au sein de l'hôpital ; dans le but de relever si parmi ceux-ci, certains révèlent des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes ; enfin, en vue de considérer l'effet de l'adoption de telles attitudes sceptiques sur les intentions de vaccination du personnel infirmier, cette thèse repose sur deux études que je propose d'introduire maintenant.

La première étude a été conduite à l'aide d'entretiens individuels semi-structurés. L'intérêt de ce type d'entretiens réside dans le fait de pouvoir récolter des récits d'expériences, des impressions et des interprétations formulés par les interlocuteurs. Ce type de méthode permet donc à l'interlocuteur ou l'interlocutrice de mettre en avant les événements qu'ils l'ont personnellement marqué(e)s, sans être trop orienté(e) par les options de réponses fournies par l'enquêteur, comme dans le cas d'un questionnaire (Quivy & Campenhoudt, 1995). De nature exploratoire, ces entretiens ont pour but de « mettre en lumière des aspects du phénomène étudié auxquels le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même » (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 63). Il est possible, en effet, que le vécu de l'épisode de la grippe pandémique au sein

des hôpitaux par le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ait laissé des souvenirs dont les composantes ont des effets sur leur comportement de vaccination contre la grippe qui n'ont pas encore été documentés. Ces entretiens exploratoires permettent ainsi de tenir compte de certains aspects de l'épisode pandémique au sein des hôpitaux qui n'ont pas encore été abordés dans la littérature scientifique, ou dont j'ignorais jusque-là la portée.

Au travers de l'analyse des entretiens, cette étude vise à rendre compte, dans un premier temps, de la manière dont les membres du personnel infirmier et certains organisateurs des campagnes de vaccination⁵ d'hôpitaux régionaux suisses se rappellent avoir vécu la campagne de vaccination au sein de l'hôpital lors de la pandémie de grippe de 2009 et l'instauration d'autres mesures d'hygiène, comme le port du masque de protection. Il est aussi question de saisir la façon dont ces deux catégories de professionnels de la santé rattachent leur expérience et leur ressenti de l'épisode pandémique sur leur lieu de travail à leur décision de vaccination.

En recueillant et en analysant le discours réflexif sur l'épisode pandémique tenu par les organisateurs des campagnes de vaccination, cette étude compare leurs perspectives sur la gestion de la pandémie au sein de l'hôpital ainsi que sur la vaccination contre la grippe à celles du personnel infirmier. En incluant le discours des organisateurs des campagnes de vaccination, cette première étude apporte une perspective supplémentaire par rapport aux objectifs de cette thèse principalement intéressée par le personnel infirmier. La perspective comparative de cette étude favorise la compréhension des divergences de points de vue entre, d'un côté, ceux qui mettent en place les mesures de protection et qui veillent à ce qu'elles soient appliquées, et, de l'autre côté, ceux dont le rôle consiste à les appliquer dans leurs tâches professionnelles quotidiennes. Une meilleure compréhension des divergences de points de vue constitue un premier pas vers une meilleure coordination de ces deux catégories de professionnels de la santé en cas de situation pandémique similaire.

Cette étude par entretiens semi-structurés renseigne sur le sens conféré à l'épisode de la pandémie de grippe A/H1N1 par les membres du personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination au sein des hôpitaux. La nature qualitative de cette étude favorise l'expression des souvenirs et des ressentis rattachés au vécu de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009. Les membres du personnel infirmier interrogés ont été

⁵ Parmi les organisateurs des campagnes de vaccination que nous avons interrogés, tous n'étaient pas issus du corps médical. Il y avait des infectiologues, des internistes, un adjoint de la direction des soins, des médecins du travail, un infirmier du travail, une infirmière responsable de la prévention et du contrôle des infections, un directeur médical ; raison pour laquelle j'appelle cette catégorie, les organisateurs de la campagne de vaccination.

amenés à s'exprimer non seulement sur leur souvenir de l'épisode pandémique en général, mais aussi et surtout sur la mise en place de la campagne de vaccination et de mesures d'hygiène inédites au sein de leur lieu de travail et des conséquences de celle-ci sur leurs activités professionnelles quotidiennes durant la période pandémique. Ces entretiens visaient à recenser les attitudes du personnel infirmier envers la vaccination contre la grippe, tant saisonnière que pandémique.

Contrairement aux approches dominantes de perception du risque et des comportements de santé, celle que je propose donne lieu à la prise de conscience de l'influence de facteurs organisationnels liés aux activités professionnelles du personnel infirmier hospitalier sur la prise de décision de vaccination contre la grippe. Enfin, les analyses des entretiens permettent de déceler les éléments de discours se rapportant à des attitudes sceptiques des membres du personnel infirmier envers la grippe saisonnière ainsi qu'envers une nouvelle grippe pandémique.

Les conclusions de cette première étude exploratoire ont servi de support informationnel pour la construction d'une partie du questionnaire de la deuxième étude, notamment en ce qui concerne les questions relatives aux expériences du personnel infirmier de la campagne de vaccination de 2009 et aux facteurs organisationnels susceptibles d'influencer les processus décisionnels en matière de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle pandémie. Surtout, les conclusions de cette première étude ont révélé l'existence et la nature des attitudes sceptiques au sein du personnel infirmier dont les composantes ont été extraites pour la construction d'une échelle de scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes, utilisée dans l'étude par questionnaire.

La deuxième étude a été réalisée au travers de questionnaires destinés aux membres du personnel infirmier d'hôpitaux de Suisse romande. Elle documente les conséquences du vécu de l'épisode de la grippe pandémique au sein de l'hôpital et des attitudes sceptiques sur les processus décisionnels en matière de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique. L'originalité de cette étude réside principalement dans la prise en compte des facteurs organisationnels, tels que le vécu de la campagne de vaccination au sein de l'hôpital, et de facteurs psychosociaux tels que les attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes jusque-là négligés par la littérature scientifique.

Cette étude intègre dans son investigation les questions liées à la perception du risque, ainsi que celles sur la vaccination en tant que devoir professionnel du personnel infirmier. En ce sens,

cette étude quantitative réitère les approches dominantes de perception du risque et les interrogations de l'étude de Falomir-Pichastor et al. (2009) sur le lien entre le sentiment d'appartenance à la profession infirmière, le fait de considérer la vaccination comme un devoir professionnel et les intentions futures de vaccination. Néanmoins, l'étude propose d'aller au-delà de ces terrains de recherche déjà bien balisés en y ajoutant les composantes du souvenir de l'épisode pandémique, de la campagne de vaccination et des mesures de contrôle, ainsi que celle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes.

10. Étude 1 : Comment le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont vécu l'épisode pandémique sur leur lieu de travail

10.1. Buts de l'étude

Cette étude par entretiens semi-structurés a pour but de décrire la manière dont le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont vécu l'épisode de la pandémie sur leur lieu de travail. Elle vise à expliquer les conséquences de la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 sur les activités quotidiennes de ces professionnels de la santé à l'hôpital en ce temps-là. En outre, elle investigate la manière dont les interprétations de l'épisode pandémique de 2009 et les mesures de protection mises en place à l'hôpital à cette époque sont susceptibles d'avoir influencé le processus décisionnel de vaccination contre la grippe pandémique.

Plus particulièrement, l'étude cherche à analyser les discours révélant des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes au sein du personnel infirmier, et à observer les liens des discours sceptiques avec de la réticence envers la vaccination contre la grippe. Le personnel infirmier interrogé⁶ ayant dû choisir en ce temps-là entre la vaccination et le port du masque de protection durant toute la période pandémique (du moins, au sein des hôpitaux étudiés), l'étude s'applique à exposer les enjeux de ce choix, notamment en termes d'identité et de responsabilité professionnelle.

Cette étude propose également de comparer le discours du personnel infirmier et celui des organisateurs des campagnes de vaccination, de façon à déceler, dans un premier temps, différentes manières de se souvenir des événements liés à la pandémie de grippe au sein de l'hôpital. Dans un deuxième temps, l'étude confronte les perspectives de ces deux catégories de professionnels de la santé sur la gestion de la crise pandémique par les autorités de santé publique et sur la couverture médiatique de celle-ci. Ensuite, l'étude veut décrire les éventuelles différences de perspectives sur la vaccination contre la grippe entre le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination, non seulement en cas de pandémie, mais aussi lors d'épidémies de grippe saisonnière.

⁶ En 2009, lors de la pandémie, tous les hôpitaux suisses n'ont pas adopté la politique du port du masque en cas de refus de vaccination. C'était encore le cas en 2015, et on remarque que les hôpitaux romands semblent plus enclins au port du masque obligatoire que les hôpitaux alémaniques (Plattner & Balmer, 2015).

Il s'agit d'une étude exploratoire par entretiens semi-structurés qui cherche à découvrir de nouveaux facteurs pouvant influencer les processus décisionnels de vaccination contre la grippe en cas de pandémie. La grippe pandémique ayant donné lieu à des changements organisationnels inédits au sein des hôpitaux étudiés, notamment avec l'instauration du port du masque en cas de refus de vaccination, l'étude porte une attention particulière aux conséquences de ces nouvelles mesures pour l'époque sur les processus de décision de vaccination.

Parmi les questions de recherche de cette thèse, cette étude en aborde deux. La première a trait à la question de comprendre comment le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination se rappellent de l'expérience de l'épisode de la pandémie de grippe A/H1N1 et de la campagne de vaccination y relative sur leur lieu de travail. La deuxième est relative à la question de savoir dans quelle mesure le souvenir de l'épisode de la grippe pandémique et de la campagne de vaccination y relative révèle des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi le personnel infirmier, et si oui, sous quelles formes elles se manifestent. En outre, cette étude s'intéresse à la manière dont les organisateurs des campagnes de vaccination se positionnent par rapport à ce scepticisme.

Les entretiens effectués avec le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination au sein des hôpitaux font l'objet d'une analyse thématique. L'analyse thématique se destine à « présenter les récits (*stories*) et les expériences exprimés par les participants de l'étude de manière aussi précise et détaillée que possible » [traduction libre] (Guest, MacQueen & Namey, 2012, p. 16). Le choix de cette méthode se justifie lorsque le chercheur souhaite identifier et décrire de manière systématique des éléments de discours récurrents parmi un large corpus de textes (Joffe & Yardley, 2004). Cette méthode est utile pour mettre en exergue, parmi le corpus de données, les processus de *sensemaking* au travers desquels les participants interprètent rétrospectivement l'événement de la pandémie de grippe pandémique de 2009, et expliquent la manière dont ils y ont réagi.

J'emploie ici une description de l'analyse thématique qui s'inspire de l'article de Braun et Clarke (2006). L'analyse thématique organise les données transcrites des entretiens en thèmes. Un thème désigne un label sous lequel sont regroupés des éléments de discours récurrents issus de l'ensemble du corpus de données dont le contenu présente des similarités. Une analyse thématique peut être inductive ou théorique. Dans le cas d'une analyse inductive, l'identification des thèmes et le codage des données se veulent indépendants des questions de recherche du chercheur. En ce sens, l'analyse est guidée par les données. Tandis que dans une

analyse théorique, l'identification des thèmes et le codage des données se fait davantage en fonction de ses questions de recherche. Il peut arriver que certains thèmes n'aient pas été anticipés par le chercheur. Rien ne l'empêche d'en inclure de nouveaux dans son analyse, dans la mesure où ceux-ci sont saillants dans le corpus de données, ou dans la mesure où il juge cette opération pertinente pour répondre à ses questions de recherche.

L'identification des thèmes peut se faire à un niveau sémantique ou latent. Au niveau sémantique, le chercheur analyse les données sans volonté d'aller chercher le sens sous-jacent des propos des participants. Dans une approche sémantique, les données des entretiens sont réorganisées en thèmes pour mettre en avant des éléments de discours, tout en gardant une visée davantage descriptive qu'interprétative. Au niveau latent, en revanche, le chercheur voudra déceler l'implicite des propos des participants. Il s'agit d'une approche davantage interprétative que descriptive. L'identification des thèmes, dans une analyse thématique au niveau latent, est moins ancrée dans les données qu'au niveau sémantique et est davantage tirée de la théorie.

Ici, l'analyse thématique proposée est de type théorique, puisque l'identification des thèmes et le codage des données sont guidés par les questions de recherche. Elle se situe à un niveau plutôt sémantique, puisqu'elle se veut une description de souvenirs et d'interprétations rendus manifestes dans les propos des membres du personnel infirmier et des organisateurs des campagnes de vaccination. L'analyse thématique des discours du personnel infirmier et des organisateurs des campagnes de vaccination que je présente souhaite fournir un compte-rendu détaillé et nuancé de la perception de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009, de la perception du risque de la grippe pandémique et de la décision de vaccination, ainsi que la perception de la gestion de la crise pandémique par les médias et les autorités de santé publique.

10.2. Méthode

10.2.1. Participants

Les entretiens avec le personnel infirmier se sont déroulés dans trois hôpitaux publics régionaux et un hôpital universitaire de Suisse romande. Le site 1 est un hôpital régional réparti sur plusieurs sites. Cependant, les entretiens ont été menés sur un seul de ses sites. Selon ses statistiques de 2008, cet hôpital a une capacité d'accueil de 185 lits et emploie au total 831 soignants. Le personnel infirmier interrogé provenait des services des urgences et des maladies infectieuses.

Le site 2 est également un hôpital régional multisite. Le personnel infirmier volontaire provenait de trois sites différents. Selon ses statistiques de 2011, cet hôpital emploie plus de 900 postes EPT (effectif plein-temps) et possède une capacité d'accueil de 350 lits. Les quinze membres du personnel infirmier interrogés travaillaient dans les services de dialyses, soins intensifs, chirurgie et CTR (centre de traitement et réadaptation).

Le site 3 est un hôpital régional réparti sur deux sites. L'étude a été réalisée sur un seul site. Le site en question emploie plus de 700 collaborateurs, dont environ 500 postes EPT. Il a une capacité d'accueil d'un peu plus de 100 lits. Le personnel soignant interrogé était composé de douze membres du personnel infirmier ainsi que deux sages-femmes. Parmi les membres du personnel infirmier, sept personnes avaient des fonctions d'encadrement. Parmi les sages-femmes, l'une d'entre elles avait une fonction d'encadrement. Les participants provenaient des différents services de l'hôpital (p.ex. : soins généraux aigus, urgences et maternité).

Le site 4 correspond à l'hôpital universitaire. Il a une capacité d'accueil de plus de 1700 lits. Il emploie plus de 10'000 collaborateurs, dont environ 1700 médecins et 4700 infirmiers/ères. Le personnel infirmier volontaire provenait des différents services de l'établissement.

Les entretiens ont été conduits par cinq étudiantes dans le cadre de leur travail de Master, dont j'avais pour tâche d'assurer la supervision avec une collègue assistante-doctorante et mon directeur de thèse (Bombolo, 2012; Foglia & Gani, 2012; Jeanmaire & Monney, 2012). Pour réaliser ces entretiens, j'ai premièrement contacté les directeurs des soins des quatre hôpitaux à l'aide d'un courrier électronique qui comprenait une description du projet de recherche (voir Annexe 2) et une demande d'aide pour la mise en relation avec les membres du personnel infirmier. Les directeurs des soins ont ensuite soumis ma requête à leurs comités de direction respectifs pour approbation. Une fois la requête approuvée, les étudiantes ont présenté les objectifs de leur travail de Master auprès du directeur des soins du site concerné. Ce dernier les a ensuite mis en contact avec une quinzaine de membres du personnel infirmier de l'établissement dans lequel il travaille.

Le recrutement des organisateurs des campagnes de vaccination et des mesures de protection lors de la pandémie de 2009 s'est fait sur trois sites hospitaliers publics régionaux parmi ceux qui avaient déjà participé aux entretiens avec le personnel infirmier. Nous n'avons pas sollicité l'hôpital universitaire, car les contraintes administratives pour pouvoir conduire les entretiens avec des membres du corps médical auraient été trop lourdes. Pour ce faire, j'ai contacté par e-mail les directeurs des soins de ces trois sites afin de leur expliquer les buts des entretiens et

leur demander de me mettre en contact avec les personnes concernées, ce qu'ils ont tous fait. Les personnes avec lesquelles chaque directeur des soins ma mis en contact tenaient toutes un rôle majeur dans la détermination et la gestion des mesures de protection prises au sein de leur hôpital au moment de la pandémie.

L'échantillon relatif au personnel infirmier est composé de 58 participants (Tableau 6). Pour les besoins de cette étude, les multiples spécialités de la profession infirmière au sein des hôpitaux ont été résumées en deux groupes : les infirmiers/ères qui n'ont pas de tâches de gestion d'une équipe ou d'une unité et ceux qui en ont (par exemple, infirmière cheffe d'une unité spécialisée). Il est possible que des membres du personnel infirmier aient travaillé dans plusieurs hôpitaux durant la période de la pandémie. De plus, certaines participantes ont indiqué qu'elles étaient en congé-maternité durant la période pandémique. Ainsi, elles n'étaient pas en mesure de raconter leur souvenir de la période pandémique au sein de l'hôpital, mais elles ont cependant pu rapporter ce qu'elles ont entendu chez leurs collègues au sujet de la campagne de vaccination et exprimer leur souvenir de l'épisode de la pandémie d'un point de vue personnel. Cet échantillon n'est peut-être pas représentatif de la population infirmière suisse, il n'en avait d'ailleurs pas la prétention. La taille de cet échantillon est néanmoins suffisante pour obtenir un aperçu de la manière dont ont été vécues la pandémie de grippe et les mesures de protection (vaccin ou masque) au sein des hôpitaux, ainsi que pour relever des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi le personnel infirmier. Au vu de la relative homogénéité des caractéristiques des participants et de la redondance des réponses obtenues au fil des entretiens, je n'ai pas jugé utile de recourir à un échantillonnage plus grand.

Tableau 6: Caractéristiques de l'échantillon du personnel infirmier

Numéro de site	Hommes	Femmes	Infirmier/ère	Infirmier/ère chef/cheffe	N	Age moyen
Site 1	1	14	14	1	15	41
Site 2	5	10	12	3	15	36
Site 3	1	13	6	8	14	40
Site 4	5	9	10	4	14	39
Total	12	46	42	16	58	39

L'échantillon relatif aux organisateurs des campagnes de vaccination et des mesures de protection est composé de 11 participants (Tableau 7).

Tableau 7: Caractéristiques de l'échantillon des organisateurs des campagnes de vaccination

Numéro de site	Fonction dans l'hôpital
Site 1	Médecin chef, spécialiste en infectiologie et médecine interne
	Médecin adjoint, spécialiste en infectiologie et en médecine interne, responsable unité prévention et contrôle de l'infection
	Directeur adjoint des soins
	Médecin chef, spécialiste en médecine du travail
	Infirmier du travail
Site 2	Médecin adjoint, spécialiste en infectiologie et en médecine préventive
	Médecin adjoint, spécialiste en médecine du travail et médecine d'urgence
	Infirmière spécialiste en prévention et contrôle de l'infection (PCI), responsable de la santé au travail
Site 3	Médecin chef, spécialiste en médecine interne et en bioéthique
	Médecin chef, spécialiste en médecine interne et intensive
	Directeur médical, médecin chef, spécialiste en médecine interne et en infectiologie

10.2.2. Entretiens

La récolte des données concernant la population infirmière a été effectuée par cinq étudiantes du programme de Master en psychologie du travail et des organisations dans le cadre de leur travail de Master. Mon directeur de thèse, une collègue assistante-doctorante et moi-même avons supervisé ces travaux. Quatre étudiantes ont travaillé en binômes et une étudiante a réalisé seule son travail. Par volonté pédagogique et formatrice, pour chaque travail, les étudiantes ont construit leur guide d'entretien. Bien que très similaires, ces guides ne sont pas tout à fait identiques. Validés par les superviseurs, ils permettent néanmoins de traiter les questions de recherche exposées dans ce travail.

Les guides d'entretien commençaient tous par une question d'association libre (Joffe & Elsey, 2014), qui demandait aux participants de raconter de façon spontanée ce qui leur venait à l'esprit lorsqu'ils pensaient au terme de « grippe porcine ». Ensuite, venaient des questions relatives au vécu personnel de la pandémie de 2009 et des mesures de protection instaurées dans l'hôpital. En outre, des questions ont été posées sur les attitudes personnelles et celles des collègues envers la vaccination contre la grippe et des conséquences des mesures de protection sur les pratiques professionnelles quotidiennes. Enfin, des questions sur les intentions futures de vaccination en cas d'une nouvelle pandémie venaient compléter le guide d'entretien.

Les entretiens avec le personnel infirmier ont été conduits dans les hôpitaux entre octobre 2011 et décembre 2012. Ils ont duré entre 15 et 45 minutes. Les étudiantes ont expliqué le projet à chaque participant(e) en lui disant qu'elles réalisaient une étude sur le comportement du personnel infirmier envers les épidémies de grippe. Les étudiantes ont fait signer aux participant(e)s un formulaire de consentement éclairé, lequel stipulait que la confidentialité était garantie et que les données seraient enregistrées et reportées consciencieusement. Enregistrés à l'aide d'un dictaphone, les entretiens ont été transcrits dans leur intégralité par les étudiantes (voir Annexe 3 pour le formulaire de consentement éclairé et les guides d'entretien).

La collecte de données concernant les organisateurs des campagnes de vaccination a été principalement menée par mes soins et, dans une moindre mesure, par une collègue assistante-doctorante. Pour cette catégorie de personnes, nous avons construit notre guide d'entretien selon une structure thématique partant de la même question d'association d'idée sur la « grippe porcine » que lors des entretiens avec le personnel infirmier (voir Annexe 4). Ensuite, nous avons demandé la fonction de l'interlocuteur et son rôle en cas d'événements spéciaux, comme lors d'une pandémie. Nous avons abordé leur vécu de l'épisode de grippe pandémique à titre personnel, puis leur vécu de cet événement dans le cadre de leur profession. Nous leur avons notamment demandé des souvenirs quant aux réactions du personnel infirmier envers les mesures de protection mises en place durant la pandémie et à la manière dont ils ont avancé des arguments en faveur de celles-ci. Nous avons poursuivi par des questions sur leur perception du traitement médiatique de la pandémie et sur l'appropriation du savoir scientifique par le personnel infirmier. Nous avons conclu nos entretiens en discutant des attitudes sceptiques et cyniques envers les médias, les autorités de santé publique et les firmes pharmaceutiques manifestées lors de la pandémie.

Les entretiens avec les organisateurs des campagnes de vaccination ont été conduits dans les hôpitaux entre décembre 2011 et janvier 2012. Ils ont duré entre 60 et 90 minutes. Pour cette catégorie de participants, nous avons également fait signer un formulaire de consentement éclairé avant de commencer l'entretien. Auparavant, les courriers électroniques de contact ont expliqué le projet de recherche, la durée prévue des entretiens, les modalités d'enregistrement, ainsi que la garantie de la confidentialité des données recueillies. Enregistrés à l'aide d'un dictaphone, les entretiens ont été transcrits dans leur intégralité en partie par un auxiliaire et également par mes soins.

10.2.3. Analyse thématique

Cette analyse thématique suit les six étapes processuelles décrites par Braun et Clarke (2006), lesquelles consistent 1) à se familiariser avec les données, 2) générer des codes initiaux, 3) rechercher des thèmes, 4) faire une révision des thèmes, 5) définir et nommer des thèmes, et 6) produire le rapport. Ainsi, ma collègue assistante-doctorante, mon directeur de thèse et moi-même avons commencé l'analyse thématique des entretiens par une première lecture individuelle de l'ensemble des transcriptions du personnel infirmier. Cette première étape de familiarisation avec les données était d'autant plus nécessaire que les données ont été récoltées non pas par nos soins, mais par des étudiantes. Il s'agissait d'une relecture active du corpus de données, qui consistait à identifier des thèmes potentiels, c'est-à-dire des éléments de discours saillants et récurrents. A l'issue de cette première relecture, nous avons tenu une première réunion pour discuter des éléments de discours marquants et dégager les premiers patterns de discours les plus récurrents.

Nous avons ensuite procédé à une deuxième lecture individuelle du corpus durant laquelle nous avons chacun établi des codes initiaux des thèmes potentiels relevés lors de notre première réunion. Lors de notre deuxième réunion, nous avons comparé nos codages initiaux. La congruence des codes initiaux nous a amené à décider de déterminer des thèmes et des sous-thèmes et d'établir des critères de codage, afin de procéder de manière consistante (Tuckett, 2005). Les critères de codage ont été développés de manière à donner des instructions précises de codage, en expliquant le contenu de chaque thème et sous-thème et en donnant des exemples assez explicites extraits du corpus de données. L'établissement de ces critères de codage rejoint l'idée d'un codebook (Guest, MacQueen, & Namey, 2012), lequel définit les thèmes et leurs sous-thèmes relatifs, et permet ainsi aux codeurs de les distinguer rapidement. Les critères ainsi définis permettent de dire ce que les thèmes et sous-thèmes sont et ce qu'ils ne sont pas,

rejoignant les critères d'homogénéité interne et d'hétérogénéité externe des thèmes et sous-thèmes décrits par Patton (1990). Les sous-thèmes représentent des aspects particuliers de chacun des thèmes. Autrement dit, les trois thèmes principaux qui ont émergés de nos données sont le résultat d'un regroupement de thèmes plus spécifiques devenus, dès lors, des sous-thèmes. Par exemple, un des thèmes principaux que nous avons dégagés relève de la perception de la campagne de vaccination. Dans les entretiens, la thématique de la perception de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique a été abordée sous trois angles, à savoir, la perception des recommandations de vaccination effectuées au sein de l'hôpital, la perception des mesures prises par l'hôpital, et enfin, la perception des informations officielles diffusées au sein de l'hôpital. Je reviendrai plus en détails sur la description des thèmes et sous-thèmes dans la présentation des résultats.

Nous avons par la suite codé quelques entretiens en commun pour évaluer la concordance de nos codages. Nous nous sommes réunis une nouvelle fois pour nous assurer que les critères de codage des thèmes et sous-thèmes débouchaient sur un codage cohérent, consistant et distinctif des thèmes et sous-thèmes. Les critères de codage étaient suffisamment clairs pour que nos codages respectifs soient concordants. Dès lors, j'ai continué le codage manuellement du reste du corpus d'entretien à l'aide du logiciel de traitement de texte Word 2013[®]. Une couleur spécifique a été attribuée à chaque thème. Le codage a donc consisté à surligner le texte en fonction de la couleur du thème, puis à indiquer, sous forme de commentaire, à quel sous-thème le segment surligné se rapportait.

Voici un exemple de codage relatif à un entretien avec un organisateur des campagnes de vaccination (Figure 9). Le segment de discours surligné en jaune indique qu'il correspond au thème 2 « Perception du risque et décision de vaccination ». Le commentaire « 2/2 » inséré sur la droite indique que ce segment correspond au thème 2, et plus précisément au sous-thème 2 « Nocivité du vaccin ».

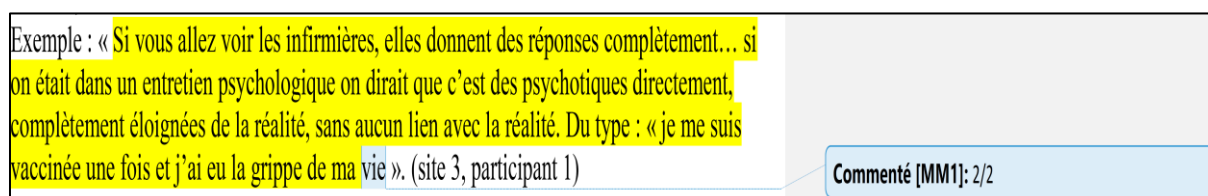


Figure 9: Exemple de codage

L'analyse des entretiens avec les organisateurs des campagnes de vaccination a suivi une procédure semblable à celle relative au personnel infirmier. Mon directeur de thèse et moi-même avons procédé à une première lecture active du corpus. Cette opération consistait à

repérer les éléments de discours les plus saillants et les plus récurrents, tout en réfléchissant à la manière dont les segments de discours pourraient être réorganisés en thèmes et sous-thèmes et faire l'objet d'une comparaison avec les discours du personnel infirmier, selon la structure thématique déjà établie pour cette population. C'est-à-dire que nous avons gardé les thèmes principaux dégagés lors de l'analyse des entretiens avec le personnel infirmier, et nous avons dégagé de nouveaux sous-thèmes initiaux propres aux organisateurs des campagnes de vaccination. L'élaboration de nouveaux sous-thèmes s'est faite dans l'objectif de comparer les points de vue des deux catégories de professionnels de la santé. Il s'agissait là également d'une phase de familiarisation avec les données d'entretien, même si j'avais mené la majorité de ceux-ci avec cette population. Lors de notre première réunion, nous avons comparé nos sous-thèmes initiaux et nous avons constaté que nous avons repéré peu ou prou les mêmes éléments de discours.

De la même manière que pour le personnel infirmier, j'ai développé des critères de codage et nous avons codé deux entretiens en commun pour nous assurer de la cohérence de notre codage et de la clarté des critères. Nous avons discuté de la manière d'établir un tableau de thèmes et sous-thèmes adapté à la fois au personnel infirmier et aux organisateurs des campagnes de vaccination. Je me suis par la suite chargé du codage du reste du corpus de données et j'ai établi le tableau de thème et sous-thèmes, que je présente ci-dessous, dans la présentation des résultats.

10.3. Résultats

La détermination de thèmes et de sous-thèmes adaptés à la fois au personnel infirmier et aux organisateurs de la campagne est le résultat d'une réorganisation des discours des participants des deux populations. Le tableau ci-dessous (Tableau 8) présente les thèmes principaux adoptés pour l'analyse thématique des entretiens avec le personnel infirmier ainsi que ceux réalisés avec les organisateurs des campagnes de vaccination, c'est-à-dire, les personnes ayant joué, au sein de leur hôpital, un rôle organisationnel dans la mise en place des mesures de prévention et de la campagne de vaccination lors de la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009. La colonne de droite fournit une explication du contenu de chaque thème, à la fois pour ce qui concerne le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination. Les sous-thèmes sont présentés dans des tableaux séparés au début de l'analyse de chaque thème, ceci afin de faciliter la lecture.

Tableau 8: Description des thèmes principaux de l'analyse thématique

Thème 1	Perception de la campagne de vaccination	Personnel infirmier	La manière dont le personnel infirmier a vécu la campagne de vaccination à l'hôpital durant ses activités professionnelles quotidiennes.
		Organisateurs des campagnes	La manière dont les organisateurs des campagnes de vaccination ont vécu la mise en place de ces dernières et des mesures d'hygiène spécifiques au sein de l'hôpital
Thème 2	Perception du risque et décision de vaccination	Personnel infirmier	La manière dont le personnel infirmier a perçu le risque lié à la grippe A/H1N1 ainsi que l'ensemble des arguments qui, en-dehors des thèmes 1 et 3, ont contribué à la prise de décision en rapport à la vaccination.
		Organisateurs des campagnes	Le discours sur la manière dont le personnel infirmier a perçu le risque lié à la grippe A/H1N1 ainsi que l'ensemble des arguments qui, en-dehors des thèmes 1 et 3, ont contribué à la prise de position du personnel infirmier en rapport à la vaccination
Thème 3	Gestion de la crise dans la sphère publique	Personnel infirmier	Les souvenirs et l'évaluation de la gestion de la pandémie par les autorités de santé publique et de son traitement médiatique
		Organisateurs des campagnes	

Pour une bonne compréhension de la structure de la présentation des résultats de l'analyse thématique des entretiens avec le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination, je présenterai les résultats en abordant les thèmes et leurs sous-thèmes respectifs selon l'ordre figurant dans le tableau ci-dessus. J'exposerai les points de vue des deux catégories de professionnels de la santé pour chaque sous-thème.

10.3.1. Thème 1 : Perception de la campagne de vaccination

Le thème de la perception de la campagne de vaccination (Tableau 9) renvoie, d'une part, à la manière dont le personnel infirmier a vécu la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009 durant ses activités professionnelles quotidiennes, et d'autre part, à la manière dont les organisateurs des campagnes de vaccination ont vécu la mise en place de cette dernière et des mesures d'hygiène spécifiques au sein de leur hôpital.

Tableau 9: Perception de la campagne de vaccination (continue sur la page suivante)

Sous-thème	Groupe	Définition	Résumé des résultats selon groupe
1	Personnel infirmier	Le ressenti des recommandations de vaccination et des conséquences du choix entre le port du masque et la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> • Pression souvent ressentie en faveur de la vaccination • Choix entre la vaccination et le port du masque parfois perçu comme un chantage • Port du masque parfois perçu comme stigmatisant, de même que pour le badge indiquant le statut de vaccination • Recommandations estimées légitimes par une part non-négligeable des infirmiers/ères compte tenu du contexte incertain de la pandémie
	Organisateurs des campagnes	Le discours sur la réception, par le personnel infirmier, des recommandations de vaccination, et des conséquences du choix entre le port du masque et la vaccination de la part du personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté ressentie de recommander la vaccination envers des infirmiers/ères ayant depuis longtemps une aversion envers la vaccination contre la grippe et ayant des connaissances lacunaires sur le vaccin • Perception d'une forte revendication de liberté de choix et d'autonomie de la part des infirmiers/ères • La vaccination contre la grippe s'apparente souvent un « dialogue de sourds » entre le discours rationaliste de la médecine et celui empreint de croyances des infirmiers/ères.
2	Personnel infirmier	Les souvenirs et l'évaluation des mesures prises par l'hôpital pour contenir la propagation de la pandémie	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment largement partagé d'exagération par rapport mesures prises, explicable en partie par un sentiment de décalage entre la pression inhabituelle pour la vaccination, l'intense couverture médiatique et la faible incidence observée de la pandémie dans l'hôpital • Quelques incohérences perçues dans les mesures prises, notamment dans le contrôle du port du masque et des visites • Sentiment que parfois la communication sur la mise en place, le maintien et l'arrêt des mesures spécifiques prises durant la pandémie manquait ou était confuse

		Organisateurs des campagnes	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une grande organisation pour un phénomène qui, au final, s'est avérée être de faible gravité (accueil et prise en charge des patients suspects, commande et stockage de masques, vaccination du personnel, diffusion des informations sur les conduites à tenir) Mesure inédite de l'obligation du port du masque en cas de refus de vaccination
3	Information officielle au sein de l'hôpital	Personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> Souvenir d'une information interne de bonne qualité Les ICUS comme source d'information majeure pour une partie des infirmiers/ères Difficultés pour une partie des infirmiers/ères à suivre le flux d'informations et à comprendre les modifications des mesures à prendre Informations officielles de l'hôpital sur la grippe pandémique concurrencées par des sources d'informations alternatives Reconnaissance de l'apport bénéfique des conseils d'un(e) spécialiste infectiologue
		Organisateurs des campagnes	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance des bénéfices d'une communication plus personnalisée en plus des moyens de communication à plus large échelle (affiches, e-mails, intranet, etc.)

10.3.1.1 Recommandations de vaccination

Le premier sous-thème concerne les recommandations de vaccination. Pour le personnel infirmier, il s'agit de décrire son ressenti des recommandations de vaccination et des conséquences du choix entre le port du masque et la vaccination sur ses pratiques professionnelles.

Une large majorité des infirmiers/ères dit avoir ressenti une forte pression de l'hôpital en faveur de la vaccination. « *On a été matraqués psychologiquement, fallait qu'on se fasse vacciner* » (site 1, participant 6). Malgré le fait que la vaccination n'était pas obligatoire, nombreux ont été les membres du personnel infirmier à se sentir obligés de se faire vacciner. Certain(e)s infirmiers/ères se sont fait(e)s vacciner contre leur gré, à cause de la pression institutionnelle. « *Ben j'ai dû me faire vacciner, un peu contre ma volonté euh je dirais, parce que à force d'avoir la pression du groupe on se fait vacciner, moi j'étais pas pour d'entrée... parce qu'on nous demande de nous vacciner chaque année en nous mettant quand même vraiment la pression [intervieweuse : d'accord] comme quoi on est un risque pour les personnes âgées et euh immunodéficientes, ... et moi ça m'a gêné qu'on ait cette pression-là sur les épaules [intervieweuse : ouais] d'autant plus qu'on prend les précautions habituelles par rapport au patient [intervieweuse : d'accord] euh je voyais pas vraiment l'intérêt, j'ai quand même dû le faire, je l'ai fait* » (site 3, participant 5).

Selon les infirmiers/ères, les recommandations de vaccination portaient principalement sur le potentiel de nuisance sur les patients de la transmission de la grippe et sur la responsabilité du personnel infirmier envers les patients principalement d'âge avancé et/ou immunodéprimés. Beaucoup d'infirmiers/ères non-vacciné(e)s ont expliqué que le recours des promoteurs de la vaccination à l'argument de ne pas nuire à autrui les plaçait dans une position d'irresponsables dangereux. Selon cet argument, les infirmiers/ères non-vacciné(e)s représentaient un danger pour les patients et pouvaient potentiellement les tuer. Les infirmiers/ères ayant été confronté(e)s à cet argument l'ont trouvé pesant. « *Alors moi, moi je la [la pression de l'institution] ressentais oui. En appuyant sur les peurs puis en appuyant sur les responsabilités. Voilà, on vous fait peur et puis on vous dit c'est votre responsabilité, c'est à vous heu... c'est à vous de pas transmettre... donc oui je crois qu'on tournait sur les peurs, on essayait d'entretenir* » (site 1, participant 9).

Les infirmiers/ères peu enclin(e)s à se faire vacciner ont considéré les recommandations de vaccination comme une atteinte à l'intégrité physique et à la liberté de choix, ainsi que comme

une forme de chantage. Les infirmiers/ères non-vacciné(e)s ont souvent revendiqué leur droit de disposer de leur propre corps. « *C'est vrai que d'un côté on peut être un peu celles qui sont montrées du doigt parce qu'on n'a pas fait le vaccin et on porte un masque mais après j'ai pas plus souffert que ça parce que j'ai résisté et pas spécialement, je suis pas allée me faire vacciner pour autant, après c'est mon choix, je veux pas me faire vacciner sous la pression, sous la contrainte d'un masque ou sous la contrainte de réflexion, je veux dire, je suis libre de mes choix et le jour où je me ferai vacciner c'est parce que j'aurai vraiment envie de me faire vacciner quoi* » (site 3, participant 15).

Le chantage se traduisait donc par le dilemme entre la vaccination contre la grippe et le port du masque de protection durant toute la durée de la pandémie. A l'acte intrusif de la vaccination, ne s'offrait comme seule alternative que l'inconfortable et contraignant port du masque, en plus des mesures d'hygiène habituelles. Pour certains d'entre eux/elles, le fait d'être placé(e)s devant un tel choix cornélien reflétait un manque de diplomatie dans les recommandations de vaccination. Le port du masque a eu des conséquences sur le vécu de l'épisode pandémique des infirmiers/ères non-vaccinés. Porter le masque était un stigmate, soit un signe ostentatoire de refus de se calquer aux recommandations de vaccination. Si le port du masque ne semble pas avoir fait l'objet de critiques entre collègues infirmiers/ères, il en a souvent été autrement avec d'autres collaborateurs de l'hôpital. En effet, les infirmiers/ères ayant opté pour le port du masque expliquent avoir dû justifier leur choix à plusieurs reprises auprès des infirmiers/ères du travail, des équipes itinérantes de vaccination et des chirurgiens. « *J'ai un chirurgien qui est allé leur dire [à ses collègues d'équipe] en gros qu'on était même dangereux quoi qu'on était dangereux pour les patients que c'était inadmissible de la part des soignants qu'on était là pour soigner et que (...) alors voilà heu c'était (...) ouais la pression elle était là quoi heu ... j'ai même une collègue qui était enceinte et qu'un chir' a dit oui c'est inadmissible vous risquez même d'inoculer votre collègue donc en gros vous êtes pas des bons soignants* » (site 1, participant 6). Plusieurs infirmiers/ères ont regretté de s'être senti(e)s stigmatisé(e)s à cause de ce choix.

Il a aussi été question de stigmatisation lorsque les infirmiers/ères ont parlé de l'introduction d'un badge indiquant leur statut de vaccination. Sur ce badge figurait une inscription du type « Je porte un masque pour vous protéger » ou « Je suis vacciné pour vous protéger ». L'idée derrière ce badge était de montrer aux patients que les infirmiers/ères les protégeaient, qu'ils ou elles aient décidé de se vacciner, ou de porter le masque. Or, pour certains membres du personnel infirmier non-vaccinés, le badge représentait un stigmate indiquant l'appartenance à

la catégorie subversive des infirmiers/ères ; comme si le badge dichotomisait le personnel infirmier entre, d'un côté, les « bons », soit celles et ceux qui se sont fait vacciner, et de l'autre, les « vilains petits canards », soit celles et ceux qui ont refusé la vaccination. « *On nous a pris comme des (...) on était un peu les vilains p'tits canards parce qu'on se faisait pas vacciner donc heu et on a tenu on a porté un masque pendant plusieurs mois* » (site 1, participant 6). Pour marquer l'exagération du port de ce badge, d'autres ont même utilisé la métaphore de l'Étoile jaune de David imposée aux Juifs par l'Allemagne nazie lors de la Seconde Guerre mondiale. « *Y'a eu une notion qui a gêné les gens, c'était de devoir signaler si ils étaient vaccinés ou pas, cette notion d'Étoile jaune euh, comme certains l'ont dit, ouais voilà on devait se marquer si on l'avait fait ou pas... là c'était un peu exagéré* » (site 3, participant 5).

En revanche, une part non-négligeable d'infirmiers/ères vacciné(e)s et non-vacciné(e)s a reconnu l'aspect imprévisible et potentiellement menaçant de la pandémie, de même qu'ils/elles ont reconnu la légitimité des recommandations de vaccination. Même si certain(e)s infirmiers/ères ont trouvé que les recommandations étaient oppressantes et que le port du masque durant la pandémie était contraignant, ils/elles s'accordent à dire rétrospectivement que ces mesures ont été efficaces, à en croire le nombre très restreint d'infections au sein des hôpitaux. Quelques infirmiers/ères ont aussi expliqué que le port du masque était une pratique professionnelle habituelle, par exemple, en cas de toux ou de rhume. Ainsi, le port du masque ne représentait pas pour eux/elles une mesure outrancière. Pour ces personnes-là, la contrainte du port du masque était tout au plus relative à la durée de cette mesure.

J'aborde maintenant le même sous-thème des recommandations de vaccination, mais cette fois-ci, d'après la perspective des organisateurs des campagnes de vaccination. Il s'agit de considérer le discours de ces derniers au sujet de la réception du personnel infirmier des recommandations de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009 et de l'introduction du port du masque en cas de refus.

Dans l'ensemble, les organisateurs des campagnes de vaccination relatent que le personnel infirmier a suivi de manière satisfaisante la directive du port du masque en cas de refus de vaccination, et que les taux de vaccination de cette catégorie professionnelle contre la grippe pandémique, bien que toujours en-deçà d'assurer une immunité grégaire dans l'hôpital, ont été sensiblement plus élevés que pour les gripes saisonnières précédentes. A ce propos, selon les données fournies par les hôpitaux étudiés, mais aussi par d'autres hôpitaux suisses (voir Annexe 1), et les propos des organisateurs des campagnes de vaccination interrogés, les taux de

vaccination du personnel infirmier contre la grippe qui ont directement suivi la pandémie de grippe ont chuté en-dessous des taux habituels, laissant supposer que cette dernière a laissé un souvenir négatif au sein du personnel infirmier hospitalier. Si le personnel infirmier a bien appliqué ces directives, il ne les a néanmoins pas acceptées avec complaisance.

Pour les organisateurs des campagnes de vaccination, recommander la vaccination contre la grippe pandémique auprès du personnel infirmier lors de la pandémie de grippe de 2009 a été un exercice difficile, étant donné que, selon eux, la majorité des infirmiers/ères montre depuis longtemps une aversion envers la vaccination contre la grippe saisonnière. *«Bon... le... les soignants... personnel infirmier spécifiquement... ils ont depuis toujours un très grand scepticisme envers la vaccination contre la grippe... la grippe saisonnière en particulier... (...) vous savez dans les... les campagnes contre... pour la vaccination de la grippe saisonnière tout a été essayé... des grosses campagnes d'information... des petits groupes de guérilla... d'experts dans les petits groupes... dans les services etc. ... avec beaucoup d'efforts et différentes stratégies mais... disons les succès sont... pas impressionnants... on a vraiment affaire à... en partie à des croyances... et... en partie avec la préservation d'une sorte de sphère d'intimité ou individuelle que beaucoup de gens ne veulent pas... ne veulent pas qu'on y touche... même si voilà... en tout cas c'est comme ça que c'est vécu... »* (site 1, participant 1, médecin infectiologue).

Pour les organisateurs des campagnes de vaccination, la principale difficulté rencontrée lorsqu'ils ont été amenés à recommander la vaccination auprès du personnel infirmier a résidé dans la confrontation aux croyances et convictions anti-vaccin. Durant la campagne de vaccination, un « dialogue de sourds » se produisait à répétition entre d'un côté, les promoteurs de la vaccination qui basaient leurs arguments sur l'évidence scientifique et sur l'argument de responsabilité professionnelle vis-à-vis des patients, et de l'autre, une partie du personnel infirmier, dont les réflexions en matière de vaccination contre la grippe comportaient une part de croyances. Pour les organisateurs des campagnes de vaccination, la vaccination contre la grippe constitue un sujet de discordance inéluctable et une problématique insoluble lorsqu'elle concerne les infirmiers/ères sceptiques. Selon eux, les infirmiers/ères réfractaires préfèrent décider de ne pas se faire vacciner en se référant davantage à leurs croyances qu'aux explications scientifiques, ou plus fort encore, en refusant de les écouter. *« Quand les personnes ne veulent pas entendre... ils veulent pas entendre... c'est comme parler avec des murs parfois... malgré on leur explique avec des mots simples... euh si ils veulent pas entendre ils se ferment*

comme une autruche et...et il n'y a rien à faire... » (site 2, participant 1, médecin infectiologue et médecine préventive).

« Moi, je stimule la vaccination, hein ; mais avec certaines infirmières, c'est comme si on parlait contre un mur. [I : Hum, hum] Ça...si...vous allez entendre si vous allez voir les infirmières, elles donnent des réponses complètement...si on était dans un entretien psychologique on dirait que c'est des psychotiques directement, complètement éloignées de la réalité, sans aucun lien avec la réalité. Du type : 'je me suis vacciné une fois et j'ai eu la pire grippe de ma vie'. [I : Ouais] Ou : ' la grippe n'existe pas, c'est une campagne des boîtes pharmaceutiques pour faire vendre...acheter du Tamiflu' [I : Ouais] Ou pour contrôler la population, ou j'entendu des phrases comme : 'c'est pas une coïncidence que la grippe apparaît la même année que la crise financière mondiale', ou des choses que....on pourrait écrire un livre ! Un livre des conneries plus grandes que l'être humain est capable de dire. [I : Hum, hum] Et quand j'essaye de parler avec la science...de répondre avec la science, ils sont même pas capables de l'entendre, même s'ils sont formés à la science. Et c'est ça pour moi qui est la question plus profonde que je me pose : pourquoi ? Elles sont capables de nier la science, basé sur des mythes urbains tellement ridicules » (site 3, participant 1, médecin chef spécialiste en médecine interne et en bioéthique).

Le contexte pandémique a poussé les organisateurs des campagnes de vaccination à se montrer plus insistants que les années précédentes dans les recommandations de vaccination contre la grippe. Même si selon les organisateurs des campagnes de vaccination, l'adhérence aux recommandations de vaccination contre la grippe A/H1N1 a été, dans l'ensemble, meilleure que celle contre la grippe saisonnière, les arguments disant que la vaccination est le moyen le plus sûr et le plus efficace pour empêcher la transmission de la maladie aux patients et de s'en prémunir se heurtaient parfois à des préconceptions sur le vaccin et ses effets secondaires, à la revendication du personnel de disposer de son propre corps et à des croyances de diverses natures, comme celle d'un vaccin peu sûr fabriqué à la hâte par des firmes pharmaceutiques peu scrupuleuses et de connivence avec l'OMS.

Les revendications du personnel infirmier de disposer de son propre corps, auxquelles la grande majorité des organisateurs ont été confrontés durant la pandémie, renvoient à une distinction opérée par certains infirmiers/ères entre leur propre corps et l'institution hospitalière. Si en général les organisateurs des campagnes de vaccination observent une forme de solidarité entre les membres du personnel infirmier, leur reconnaissent une bonne éthique de travail et donc un

engagement adéquat pour le fonctionnement de l'institution de soin, la vaccination contre la grippe, elle, semble être de l'ordre de la décision individuelle dans laquelle l'importance de l'institution est mise au second plan par rapport à la santé de l'individu. Comme le dit un des médecins infectiologues interrogés à ce sujet : « Ça [la vaccination contre la grippe] *regarde ma santé et l'institution c'est autre chose... non... je pense pas... il y a... je pense qu'il y a quand même une forte solidarité euh... il y a une bonne éthique de travail en général mais... ces histoires de vaccination that's a special thing* » (site 1, participant 1, médecin infectiologue). Les revendications d'autonomie du personnel infirmier en matière de vaccination contre la grippe représentent un obstacle difficile à contourner, car il s'agit d'une pratique qui atteint l'intimité corporelle des membres du personnel infirmier. A ces revendications, les organisateurs des campagnes de vaccination répondent par l'argument plaçant aux premières loges le devoir lié à une activité professionnelle dans une institution de soins, à savoir, celui de ne pas porter préjudice aux patients.

Les organisateurs des campagnes de vaccination ont tous indiqué que l'introduction du port du masque de protection en cas de refus de vaccination était une mesure inédite. Une majorité d'entre eux ont reconnu l'aspect contraignant et potentiellement stigmatisant de cette mesure. Cependant, elle a été perçue comme étant en adéquation avec la situation pandémique d'alors et a continué d'être appliquée les années suivantes.

La majorité des organisateurs des campagnes de vaccination s'accordent à dire qu'il a été utile de se mettre à disposition des membres du personnel infirmier pour répondre à leurs questions relatives au vaccin et à la vaccination. Les entretiens ont facilité, selon eux, l'expression des doutes quant à la vaccination et ont favorisé la compréhension des arguments en faveur de la vaccination.

10.3.1.2 Mesures prises par l'hôpital

Le deuxième sous-thème traite des mesures prises par l'hôpital lors de la pandémie de grippe de 2009. Il s'agit dans un premier temps de décrire les souvenirs et l'évaluation des mesures prises par l'hôpital pour contenir la propagation de la pandémie selon la perspective du personnel infirmier, puis, dans un deuxième temps, selon celle des organisateurs des campagnes de vaccination.

La plupart du temps, les entretiens avec le personnel infirmier ont révélé un sentiment d'exagération des mesures prises au sein de l'hôpital. Les infirmiers/ères expliquent cela par

une perception d'un décalage entre la pression inhabituelle exercée pour se faire vacciner, ou du moins porter le masque, et la perception d'une faible incidence de la grippe pandémique. Le fait que la pandémie ne se soit pas avérée aussi sévère que les scénarios les plus pessimistes envisagés par les autorités de santé publique a fait émerger des doutes, au sein du personnel infirmier, quant à l'adéquation des mesures de protection instaurées dans les hôpitaux. Les infirmiers/ères attribuent également à ce sentiment de décalage une surmédiation de la pandémie. Pour le personnel infirmier, l'exagération médiatique a principalement concerné la menace et la morbidité de la pandémie. De nombreux participants affirment que leur hôpital, en insistant autant sur la vaccination et le port du masque, a succombé à la panique instaurée par les médias, alors que le danger ne leur semblait pas particulièrement menaçant. « *J'ai trouvé que c'était ... des mesures un peu heu... un peu peut-être excessives par rapport à ce qui se passait réellement et je pense que le phénomène a été amplifié par les médias et heu c'était un peu ... ben ... pas une psychose mais heu les gens avaient peur d'être contaminés* » (site 1, participant 7). De même, la perception de la disproportion des mesures prises au sein de l'hôpital par rapport à l'incidence minimale de la grippe pandémique a amené une part remarquable d'entre eux à penser que la campagne de vaccination était uniquement guidée par des intérêts commerciaux.

Parallèlement à ce sentiment d'exagération des mesures prises au sein de l'hôpital, certains membres du personnel infirmier ont également relevé quelques incohérences parmi celles-ci. Le fait de les relever a donné à certains l'impression que les efforts consentis pour contenir la propagation de la grippe pandémique, qui plus est de faible incidence, étaient dérisoires. Par exemple, il semblait aux yeux de certain(e)s infirmiers/ères que les médecins ou les visites ne suivaient pas toujours les mesures de protection que le personnel infirmier devait appliquer scrupuleusement. Par conséquent, des personnes pouvaient avoir des contacts avec des patients sans avoir été préalablement vaccinées ou sans porter de masque de protection. « *Là j'ai encore eu une situation pas heu d'H1N1 mais d'un d'un patient qui euh qui était infecté, les infirmières portent masques blouses gants dans la chambre heu les médecins qui rentrent ne portent rien, heu les familles qui sont présentes et qui vont dans le couloir, qui viennent manger à la cafétéria et qui remontent dans la chambre de l'enfant après, ne portent ni masque, ni blouse, ni gants donc je pense que là au niveau heu infectiologie au niveau de l'hôpital, il faudrait peut-être heu revoir les choses quoi* » (site 1, participant 10).

Aussi, en ce qui concerne le port du masque, quelques incohérences ont été soulevées. Certains participants ont prétendu que celui-ci n'était pas strictement appliqué parmi leurs collègues, et

qu'il n'était pas non plus systématiquement contrôlé. « *Je sais pas si vous voyez les masques comment ils sont ? ben on les mettait là pour se parler [mime le fait de descendre le masque en dessous de sa bouche] ... donc on se parlait comme ça on les mettait là et jamais j'ai eu quelqu'un qui m'a dit quoi que ce soit ... une infirmière heu qui passait dans les unités pour me dire heu 'est ce que vous êtes vacciné ?' ou pas pour le fait de porter le masque sur le menton ... jamais on m'a dit quoi que ce soit ... donc je trouve que c'est une sorte de de fumisterie parce que bon on met les choses en place mais c'est pas suivi » (site 1, participant 5). D'autres ont ressenti une légère lassitude à devoir justifier de manière répétitive aux patients pourquoi certains membres du personnel infirmier portaient le masque et d'autres pas. « *Ils proposaient des vaccinations, mais y a beaucoup de gens qu'ont pas voulu le faire, euh, donc, tous ceux qui n'étaient pas vaccinés, justement, ont dû porter un masque pendant plusieurs mois, et puis ceux qui étaient vaccinés devaient attendre, j crois dix jours, après la vaccination, pour enlever le masque. Ce qui fait aussi qu'au niveau des patients y avait beaucoup de questions, pourquoi vous avez un masque, euh, enfin fallait expliquer qu'on avait pas voulu se faire vacciner, ce genre de chose... » (site 3, participant 1).**

Pour une petite partie des infirmiers/ères, l'arrêt des mesures spéciales prises contre la pandémie de grippe était abrupte et confuse. C'est plus particulièrement un manque de communication interne expliquant la mise en place, le maintien et de l'arrêt des mesures spécifiques liées à la pandémie qui a été reproché par plusieurs infirmiers/ères. « *C'était du grand n'importe quoi franchement tout d'un coup paf le service on savait pas pourquoi maintenant c'est à partir de maintenant tout le monde porte le masque on se nettoie les mains gna gna et puis je sais pas ça s'est ça s'est étoffé et puis au bout de dix jours on n'avait pas reçu de contre ordre pour dire que ben maintenant c'est bon c'est euh c'est euh tout est écarté qu'on pouvait à nouveau et puis bon on commençait à croiser de plus en plus de personnes qui prenaient plus du tout ces directives puis ça s'est terminé comme ça dans l'œuf on sait pas trop du grand n'importe quoi » (site 2, participant 11). Ce sentiment de manque d'informations quant aux raisons de la mise en place, du maintien et de l'arrêt des mesures au sein de l'hôpital a pu nourrir des attitudes sceptiques du personnel infirmier quant au réel danger de la grippe pandémique et faire naître des soupçons d'intérêts sous-jacents purement managériaux des responsables hospitaliers, notamment celui de la limitation de l'absentéisme.*

Les organisateurs des campagnes de vaccination s'attendaient à une pandémie virulente et s'étaient préparés en conséquence. Aucun d'entre eux n'a senti que leur établissement allait être dépassé par l'événement. Dans l'ensemble, ils retiennent de cet épisode pandémique la mise en

marche d'une grande organisation par rapport à un phénomène qui a été, au final, de faible intensité. Pour eux, les conséquences de cet épisode pandémique de faible intensité se sont traduites par le sentiment, surtout au sein du personnel infirmier s'étant exceptionnellement fait vacciner, d'avoir été trompé et par une importante réduction des taux de vaccination l'année suivante. Toutefois, tous s'accordent à dire que les mesures prises se justifiaient compte tenu de la potentialité dévastatrice du phénomène.

Les souvenirs qui reviennent le plus spontanément aux esprits des organisateurs des campagnes de vaccination sont ceux liés à la préparation de scénarios prévoyant la gestion d'un afflux important de patients grippés, l'anticipation des problèmes liés à l'absence de personnel et les recommandations à l'intention des médecins et du personnel infirmier sur les procédures et les conduites à suivre, comme indiqué dans la deuxième édition de janvier 2009 du plan suisse de pandémie influenza (mis à jour en 2013 et en 2015), lorsque l'OMS montait le niveau d'alerte à la phase 3 sur 6. Ainsi, dans les hôpitaux qui possédaient des dispositifs d'isolement, il était prévu d'ouvrir une structure spéciale pour l'accueil de patients présentant des symptômes grippaux, avec des entrées particulières, afin que ceux-ci ne se mélangent pas aux autres patients. Les hôpitaux qui ne possédaient pas de tels dispositifs transféraient les cas suspects vers d'autres établissements équipés pour ce genre de situation.

Dans tous les hôpitaux interrogés, des groupes de travail spécifiques ont été créés pour cette pandémie. Les membres de ces groupes de travail, regroupant par exemple des représentants du corps médical et infirmier (directeur des soins et ICUS), de la logistique, de l'administration et du secteur de la communication, se réunissaient régulièrement, soit quotidiennement, soit hebdomadairement, pour, entre autres, faire le point sur l'évolution de la pandémie, diffuser les informations au personnel de l'hôpital et édicter les conduites à suivre. Des colloques matinaux ont été organisés fréquemment avec les infectiologues et une partie du personnel infirmier pour discuter de la nécessité de la vaccination et pour donner les instructions relatives au port du masque. En plus de cela, des informations et autres recommandations sur les conduites à tenir étaient diffusées sur l'intranet. Un des organisateurs des campagnes de vaccination a créé un blog au sujet de la grippe pandémique où figuraient de nombreuses informations sur la grippe pandémique et sur les moyens de protection. Il s'agissait aussi d'une plateforme d'échange sur laquelle le personnel infirmier pouvait poser ses questions et exprimer ses craintes. Le responsable du blog y répondait environ une fois par semaine.

Le relais avec le service cantonal de la santé publique était aussi un élément à gérer, notamment pour l'envoi des facturations des vaccinations des patients au médecin cantonal, ainsi que pour la tenue de statistiques sur les patients vaccinés. La coordination des directives provenant du service cantonal de la santé publique et celles appliquées au sein de l'hôpital n'a pas toujours été facile, étant donné que pour l'un des médecins du travail interrogés, le médecin cantonal n'a pas entretenu de partenariat et a imposé ses décisions sans consultation. Par exemple, les infirmiers/ères du travail qui travaillaient sous la houlette de ce médecin du travail recevaient des directives du médecin cantonal qui étaient différentes de celles appliquées au sein de l'hôpital, notamment en matière du type de masque de protection à appliquer.

Les personnes interrogées se souviennent d'un important travail dans la commande, la réception, la distribution puis le stockage des masques de protection, ainsi qu'une organisation logistique conséquente en matière de vaccination du personnel hospitalier et des patients. Elle devait être adaptée aux différents horaires de jour et de nuit. Parmi les mesures instaurées, celle du port du masque obligatoire en cas de refus de vaccination était nouvelle. « *Le masque est certainement moins efficace [que la vaccination], mais ce sont des mesures marketing nouvelles pour faire comprendre que c'est pas uniquement pour soi qu'on se vaccine* » (site 1, participant 2, médecin adjoint, spécialiste en infectiologie et en médecine interne, responsable unité prévention et contrôle de l'infection). Certains organisateurs des campagnes de vaccination ont reconnu que cette pratique pouvait être stigmatisante, mais qu'elle répondait à une exigence prépondérante de protection des patients, à défaut de vaccination. Les organisateurs des campagnes de vaccination n'ont pas voulu vérifier de manière stricte la bonne application des mesures, ils ont demandé aux ICUS d'en surveiller le suivi et d'effectuer des rappels au besoin. Tous estiment que le port du masque a été appliqué de manière satisfaisante et ont noté une augmentation sensible des taux de vaccination contre la grippe pandémique au sein du personnel infirmier lors de l'épisode pandémique.

10.3.1.3 Information officielle au sein de l'hôpital

Pour la grande majorité des infirmiers/ères interrogé(e)s, l'information mise à disposition sur leur lieu de travail était de bonne qualité. Le contenu a été perçu comme clair, fiable et non-moralisateur, même si certain(e) infirmiers/ères ont estimé qu'il était clairement orienté vers la promotion de la vaccination. Dans l'ensemble, les membres du personnel infirmier affirment que les informations diffusées au sein de l'hôpital présentaient clairement les différents moyens de se prémunir de la grippe A/H1N1 et de ne pas infecter autrui, notamment au travers de la

vaccination, du port du masque et de l'hygiène des mains. Le fait d'indiquer le port du masque comme une alternative tolérée à la vaccination a vraisemblablement donné un caractère déculpabilisant à cette pratique au regard des infirmiers/ères réfractaires à la vaccination. De même que les informations, qui provenaient d'autorités scientifiques reconnues comme l'OMS et l'OFSP, ont été considérées comme dignes de confiance.

Pour un grand nombre d'infirmiers/ères, les infirmiers/ères chefs d'une unité spécialisée (ICUS) ont été une source d'information majeure parmi les différents supports d'information présents à l'hôpital. Les ICUS se faisaient le relais des informations officielles provenant des dirigeants de l'hôpital en les transmettant oralement aux membres de leur équipe. En général, les infirmiers/ères se souviennent avoir reçu en parallèle, au moins une fois par semaine, des courriers électroniques et des messages sur le réseau informatique interne qui les informaient de l'évolution de la grippe pandémique et des mesures à adopter. La propagation de la pandémie, difficilement prévisible, a engendré la diffusion d'informations évolutives à son sujet, si bien que les instructions d'un jour pouvaient être invalidées le lendemain ou la semaine suivante. Dans ces conditions, certains membres du personnel infirmier ont reconnu avoir eu des difficultés à suivre le flux d'informations et à comprendre les modifications des mesures à prendre.

Les informations officielles de l'hôpital sur la grippe pandémique ont été concurrencées par des sources d'information alternatives qui ne provenaient pas forcément des autorités de santé publique. Les membres du personnel infirmier ont mentionné à plusieurs reprises des exemples d'articles de presse qui traitaient des controverses autour de la mise à disposition rapide du vaccin contre la grippe pandémique, de ses effets secondaires potentiels et des soupçons de connivence entre les firmes pharmaceutiques et les politiciens ou l'OMS. Les membres du personnel infirmier ont été nombreux à se souvenir d'articles de presse présentant des cas de présumées victimes du vaccin qui auraient souffert d'effets indésirables graves consécutivement à la vaccination, comme une sclérose en plaque ou encore un syndrome de Guillain-Barré. « [Intervieweuse : Quels sont les types de risques liés au vaccin contre la grippe A ?] P : Hum....mmh a...pfou...je...on a entendu c'est toujours pareil on a entendu beaucoup de choses je trouve et c'est ça qui était difficile de faire un tri euh....il y a eu des euh...moi j'ai entendu parler de syndrome de Guillain-Barré donc euh des choses comme ça après c'était plus ou moins démenti enfin c'est c'était en fait c'est ça qui a qui est difficile c'est qu'il y a beaucoup de choses qui sont floues ap...après il y en qui ont fait des réactions comme...un type de vaccin autre avec un peu mal à la tête un peu de fièvre hum...mais après c'est difficile de

savoir d'en savoir plus je trouve...moi j'ai pas l'impression d'avoir eu une information très claire sur...euh...j'ai l'impression que à mon avis c'était un peu manipulé en fonction de ce qu'on voulait faire comprendre aux gens, j'ai l'impression que c'est ça qui a été difficile. ; j'ai j'ai pas entendu de réactions si terribles que ça à part cette histoire de Guillain-Barré où il y aurait eu des cas et voilà » (site 4, participant 10). Exposé(e)s et sensibles également à ce type d'information, les infirmiers/ères l'ont confronté aux informations officielles de l'hôpital, ce qui a provoqué de la confusion chez certain(e)s. L'imbroglio entre les informations officielles de l'hôpital orientées vers la vaccination et les informations alternatives relatant les controverses liées au vaccin peuvent en partie expliquer la résistance de certains membres du personnel infirmier envers les recommandations de vaccination, mais également la prise de décision en matière de vaccination suivant un raisonnement intuitif.

Dans un tel contexte d'évolution incertaine et ambiguë de la pandémie, où le vaccin était sujet à des controverses publiques et les informations parfois contradictoires pouvaient être déroutantes, une part importante d'infirmiers/ères ont souligné l'apport bénéfique des conseils d'un(e) spécialiste infectiologue donnés lors d'un entretien individuel ou lors d'une conférence. Selon les membres du personnel infirmier interrogés, le recours à un spécialiste en maladies infectieuses permet de se faire un avis plus éclairé sur la vaccination que des contenus médiatiques prêtant à confusion.

Les organisateurs des campagnes de vaccination reconnaissent à leur tour l'importance de se tenir à disposition des membres du personnel infirmier, afin d'entendre leurs interrogations, leurs doutes et leurs craintes en rapport avec la vaccination contre la grippe et, ainsi, de communiquer de manière plus personnalisée à ce sujet. Ils ont été plusieurs à reconnaître que ces échanges leur ont permis non seulement de se rendre compte des méconnaissances de certains (e)s infirmiers/ères sur le vaccin et ses potentiels effets secondaires, mais aussi de leur fournir des explications et, parfois, de la documentation, basées sur l'évidence scientifique qui ont réduit les inquiétudes et les incertitudes de leurs interlocuteurs. Ils reconnaissent également l'évolution rapide des recommandations des conduites à tenir et se souviennent qu'il n'était pas toujours évident de se maintenir au courant des dernières recommandations. *« Je pense que ce qui a été difficile... c'est qu'au début y avait toute une phase un peu de... je dirais de tâtonnement... enfin en fonction de... de la gravité estimée... et pis de l'évolution de l'épidémie qui était d'abord localisée que chez des voyageurs qui revenaient de certains pays... donc les mesures qui ont été prises en... en Suisse... ou les recommandations... elles changeaient tout le temps en fin de compte... parce que chaque fois y avait plus de pays... après donc on décide...*

on testait seulement certains types de personnes... après les restrictions elles étaient pour tout le monde quand on est passé en phase épidémique... donc ça a été assez dynamique.. euh... et puis c'est vrai que si on n'était pas tout le temps dans... enfin au courant... on avait un peu de la peine à suivre hein parce qu'il y avait des recommandations qui changeaient toutes les deux semaines et puis... déjà à l'intérieur de l'institution c'était pas toujours évident de savoir quelle était la version... qui était la plus à jour » (site 1, participant 4, médecin chef, spécialiste en médecine du travail).

10.3.2. Thème 2 : Perception du risque et décision de vaccination

Dans un premier temps, le thème « perception du risque et décision de vaccination » (Tableau 10) renvoie à la manière dont le personnel infirmier a perçu le risque lié à la grippe pandémique A/H1N1, ainsi que les principaux arguments qui, exceptés ceux invoqués dans les autres thèmes, ont contribué au processus décisionnel relatif à la vaccination. Il s'agit plus spécifiquement de comprendre comment les facteurs d'identité professionnelle et les mécanismes cognitifs ont participé à la prise de décision en faveur de la vaccination ou du port du masque. Dans un deuxième temps est abordée la perspective des organisateurs des campagnes de vaccination. L'intérêt ici est de comprendre comment ceux-ci évaluent les arguments avancés par les infirmiers/ères pour ou contre la vaccination et comment ils se positionnent face à leur raisonnement.

Tableau 10: Perception du risque et décision de vaccination (continue sur la page suivante)

Sous-thème	Groupe	Définition	Résumé des résultats selon groupe
1	<p>Personnel infirmier</p> <p>Organisateurs des campagnes</p>	<p>La considération de la vaccination contre la grippe comme faisant partie du devoir professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> En général, la vaccination contre la grippe n'est pas perçue comme l'unique moyen de répondre au devoir de ne pas nuire à autrui et une obligation de vaccination serait mal acceptée Pour les réfractaires, la vaccination est perçue comme une sollicitation superflue du corps de l'infirmier/ère Pour ceux qui ont refusé la vaccination, le port du masque apparaît comme une alternative qui répond au devoir professionnel tout en préservant l'intégrité physique et la liberté de choix du soignant Les moins réfractaires à la vaccination sont en général ceux qui travaillent dans des services accueillant des patients immunodéprimés Perception unanime de la vaccination comme faisant partie du devoir professionnel du personnel soignant En faveur d'une obligation de vaccination pour tout le personnel en contact avec des patients Estiment que les revendications de liberté de choix et d'autonomie sont discutables dans une institution de soin Vision utilitariste de la vaccination en ce qu'elle bénéficie au plus grand nombre
2	Personnel infirmier	La considération de la nocivité du vaccin contre la grippe A/H1N1	<ul style="list-style-type: none"> Peur largement partagée des effets secondaires du vaccin à long terme Doutes manifestés sur la sécurité et l'efficacité du vaccin Recours fréquent à un processus décisionnel intuitif en matière de vaccination, prenant en compte les expériences négatives personnelles ou de tiers avec le vaccin

				<ul style="list-style-type: none"> • Autoévaluation du risque de contracter et de pâtir de la maladie et calcul coût-bénéfice de la vaccination : les personnes ne s'estimant pas « à risque » ont tendance à considérer la vaccination comme un investissement risqué, tandis que celles ayant des maladies chroniques perçoivent les risques de complications dus à la grippe comme plus importants que la vaccination • Mise en avant des méconnaissances de certains membres du personnel infirmier relatives au vaccin • Peur des effets secondaires liée à un raisonnement irrationnel de la part de certain(e)s infirmiers/ères • Opposition marquée aux croyances de certain(e)s infirmiers/ères par un discours rationaliste sur la vaccination
		Organisateurs des campagnes	Le discours sur la peur des effets secondaires ressentie par le personnel infirmier	<ul style="list-style-type: none"> • En général, considération personnelle de la grippe pandémique comme une maladie de faible gravité • En général, perception de la vaccination comme plus risquée que la contraction de la maladie • Raisonnement souvent associé aux revendications du droit de disposer de son propre corps et de liberté de choix
3	Gravité et conséquences liées à la grippe A/H1N1	Personnel infirmier	L'évaluation de la gravité de la grippe A/H1N1 et perception des conséquences liées à la contraction de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • En général, considération personnelle de la grippe pandémique comme une maladie de faible gravité, aux symptômes désagréables et évitables par la vaccination • Considération de la grippe pandémique comme maladie grave en rapport à son taux de mortalité • Discours axé sur les conséquences possibles de la grippe pandémique pour les patients et sur le fonctionnement l'hôpital
4	Influenza des collègues	Personnel infirmier	La mesure dans laquelle les collègues de travail ont	<ul style="list-style-type: none"> • La prise de décision en faveur de la vaccination ou du port du masque s'est faite généralement de manière autonome

			<p>influencé la décision de vaccination personnel infirmier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de stigmatisation particulière entre collègues en cas de port du masque • Influence des ICUS non-vacciné(e)s pour certain(e)s infirmiers/ères ayant refusé la vaccination • Référence à une estimation intuitive d'un taux élevé de refus dans leur service par certain(e)s infirmiers/ères ayant refusé la vaccination • Circulation entre collègues d'informations alternatives au sujet de la grippe pandémique et de la vaccination suscitant des doutes sur le réel danger de la pandémie, sur la vaccination et des soupçons de connivence entre les firmes pharmaceutiques, les médias, et les autorités • Référence parfois à des témoignages négatifs de collègues au sujet de la vaccination contre la grippe
5	Influence des proches et des patients	Organisateurs des campagnes	--	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'influence explicite des collègues dans le processus décisionnel de vaccination, mais sentiment d'appartenir à un corps de métier dont les membres ont tendance à se vacciner • Le fait de considérer ses proches comme n'étant pas « à risque » va en général de pair avec la considération de l'inutilité de la vaccination • Le fait d'avoir des personnes vulnérables dans son entourage va en général de pair avec l'acceptation de la vaccination • Travailler dans un service accueillant des patients immunodéprimés favorise en général l'acceptation de la vaccination • Les personnes ne travaillant pas dans de tels services ont eu tendance à refuser la vaccination • La protection d'autrui (patients et proches) est un élément primordial en faveur de l'acceptation de la vaccination
		Organisateurs des campagnes	<p>La prise en considération des proches et des patients dans prise de décision par rapport à la vaccination contre la grippe A/H1N1</p>	
		Organisateurs des campagnes		

			<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de faire valoir ce point de vue auprès du personnel infirmier au moment des recommandations • Pensent en général que le personnel infirmier adopte un raisonnement égocentré relatif à la vaccination, alors qu'il s'agit d'un acte altruiste • Pensent en général que les infirmiers/ères acceptent plus facilement la vaccination si elle répond à un objectif personnel concret (p.ex. : partir en vacances) plutôt qu'à un objectif plus abstrait de protection d'autrui
6	Comportements de vaccination passés	Personnel infirmier Organisateur des campagnes	<ul style="list-style-type: none"> • La référence aux comportements de vaccination passés pour expliquer la prise de décision par rapport à la vaccination contre la grippe A/H1N1 • La prise de décision en matière de vaccination contre la grippe pandémique s'est en partie basée sur les comportements habituels de vaccination contre la grippe saisonnière • L'épisode pandémique n'a pas été un catalyseur des habitudes de vaccination auprès du personnel infirmier s'étant exceptionnellement vacciné pour l'occasion

10.3.2.1 Vaccination comme devoir professionnel

Le premier sous-thème s'intéresse à la mesure dans laquelle les infirmiers/ères puis les organisateurs des campagnes de vaccination conçoivent la vaccination contre grippe, saisonnière ou pandémique, comme un devoir lié à la profession infirmière.

Les infirmiers/ères ont conscience de leur responsabilité de lutter et de protéger les patients contre les maladies infectieuses, qui plus est dans un contexte pandémique. Néanmoins, vacciné(e)s ou non lors de la pandémie de grippe de 2009, ils/elles sont en général d'avis que la vaccination contre la grippe ne constituait pas l'unique moyen de répondre aux exigences de leur profession durant la pandémie et que le port du masque, ainsi que les autres protections d'usage (p.ex. : gants, blouse) représentaient en cela une alternative valable. « [Intervieweuse : *Est-ce que c'est un devoir professionnel (de se vacciner contre la grippe dans des cas d'épidémies et de pandémies) ?] Si on met si on met toutes les précautions de notre côté, bon ça en fait peut-être partie la vaccination tu me diras peut-être... ouais moi je crois qu'en portant des masques et en se lavant correctement les mains et puis en prenant les précautions standards déjà le risque il est fortement limité quoi et après nos patients ils sont pas tous à risque non plus » (site 3, participant 7).*

Les membres du personnel infirmier sont nombreux à considérer la vaccination contre la grippe comme une pratique qui engage à la fois leur intégrité corporelle et leur identité professionnelle. Tandis que les organisateurs des campagnes de vaccination se font les porteurs de recommandations de vaccination mobilisant des attentes normatives liées aux professions de soins, à savoir, celles d'utiliser les moyens les plus performants pour ne pas nuire à autrui, la vaccination soumet le corps de l'infirmier/ère à l'acte intrusif de l'injection d'un vaccin dont une partie importante du personnel infirmier craint les effets secondaires.

Le refus de la vaccination contre la grippe pandémique, mais aussi saisonnière, s'explique parfois par un sentiment de sollicitation superflue du corps de l'infirmier/ère. En effet, il est recommandé au personnel infirmier de procéder aux vaccinations de base contre d'autres maladies telles que la rougeole, les oreillons, la rubéole, la varicelle (pour les personnes qui n'ont pas encore eu la maladie), la coqueluche, l'hépatite B, la diphtérie, ou encore le tétanos. La perception parfois biaisée des risques liés à la grippe joue vraisemblablement un rôle dans le sentiment de sollicitation exagérée du corps de l'infirmier/ère, lequel revient à considérer l'investissement personnel en faveur de la vaccination contre une maladie jugée bénigne comme

étant plus important que ses bénéfiques. Cette question sera traitée plus en détails au point 10.3.2.3.

Une majorité de réfractaires à la vaccination s'oppose à l'idée de soumettre leur corps aux volontés des recommandations de vaccination. Certains d'entre eux recourent à des termes tels que « sacrifice » ou « don de soi » pour mettre en exergue leur objection. C'est le cas d'une infirmière qui avait pourtant l'habitude de se faire vacciner contre la grippe saisonnière, qui a été vaccinée contre la grippe pandémique de 2009, mais qui a décidé de ne pas se faire vacciner l'année suivante et qui hésiterait à se faire vacciner si une nouvelle pandémie se déclarait. « [Intervieweuse : Est-ce que tu réagirais de manière similaire si une nouvelle pandémie se déclarait ?] *Je sais pas c'est vrai que moi je me s' j'y avais moins réfléchi [en parlant de la pandémie de 2009] je me suis dit on nous conseille de nous vacciner bon ben je me vaccine et c'est vrai que maintenant y'a un côté un peu où je me dis ouais voilà c'est pas parce que je suis soignante que je suis obligée de de m'injecter des choses sur le le contre le corps alors que pour moi personnellement la grippe qu'elle soit saisonnière ou autre... a quand même très peu de chance d'être mortelle j'ai beaucoup plus de chance de en traversant la route de me faire écraser et puis de mourir... par contre effectivement je suis porteuse je peux être porteuse et euh le donner à à quelqu'un chez qui ça pourrait être mortel donc en fait c'est vraiment un peu... mais du coup je trouve qu'on rentre tellement dans un don de soi alors c'est vrai que après la solution de me laisser le choix entre la vaccination et porter un masque ben voilà moi je porte un masque et puis euh et et je suis pas obligée de m'inoculer euh tout le temps des vaccins même si on nous dit qu'ils sont sûrs... mais combien de fois on a trouvé euh là encore y'a encore en France ce scandale avec ce médicament le Mediator® et pis et pis voilà et pis ça des années après on découvre des choses... donc c'est vrai que si on peut éviter ben évitons et pis bon ben voilà quoi l'autre solution c'est de porter le masque ça ça ne m'atteint pas trop moi donc je le porte et puis voilà » (site 1, participant 4). On retrouve dans cet extrait la conscience professionnelle d'éviter d'infecter une personne pour laquelle la grippe pourrait être mortelle. Cependant, cette conscience-là, et le fait d'avoir eu pour habitude de se faire vacciner contre la grippe, n'empêche pas de penser que la vaccination contre la grippe représente un « don de soi » excessif, dont l'absence d'effets indésirables à long terme ne peut pas être totalement assurée, notamment au vu de précédents scandales impliquant des laboratoires pharmaceutiques. Dès lors, le port du masque apparaît comme une alternative qui répond au devoir professionnel tout en préservant l'intégrité physique et la liberté de choix du soignant.*

Une minorité non-négligeable d'infirmiers/ères s'est fait vacciner contre la grippe pandémique et vient nuancer les attitudes du personnel infirmier envers la vaccination. Au sein de celle-ci figurent principalement des ICUS, des infirmiers/ères PCI, mais pas seulement, puisqu'on y compte également des soignants sans fonction de cadre. Ces personnes, à l'instar de plusieurs infirmiers/ères en pédiatrie ou d'autres services s'occupant aussi de patients particulièrement vulnérables aux infections, expliquent la plupart du temps leur décision en avançant des motifs liés à la protection de leurs proches, de leurs patients, et plus particulièrement de ceux qui sont immunodéprimés. La priorité donnée par l'infirmier/ère aux proches ou aux patients est variable. Ainsi, toute déduction tirée à partir des entretiens serait discutable.

Si la plupart d'entre eux/elles explique s'être fait vacciner pour se protéger eux/elles-mêmes autant que leurs patients, d'autres se sont en revanche référés premièrement à leur statut professionnel de soignant pour expliquer l'acceptation de la vaccination. Cela se traduit par l'affirmation selon laquelle ils/elles auraient probablement refusé la vaccination s'ils exerçaient une autre profession. Toutefois, accepter la vaccination contre la grippe ne se résume pas qu'à la volonté de répondre à un devoir professionnel. Cela peut couvrir un large spectre de raisons, allant, par exemple, de la conviction personnelle pure que le vaccin protège autant sa propre santé que celle de son entourage, à l'acceptation « par défaut », motivée par la volonté de se soustraire à l'inconfortable et stigmatisant port du masque, ou encore par celle de ne plus subir la pression des promoteurs de la vaccination au sein de l'hôpital.

L'adjointe d'une ICUS au service des urgences, convaincue du bienfait de la vaccination, fait une distinction entre le devoir et la conscience professionnels. « [Intervieweuse : Vous pensez que la vaccination des infirmières est un devoir professionnel ?] *un devoir professionnel non, pas un devoir professionnel, c'est plus une conscience professionnelle... si c'est un devoir ça devrait être obligatoire et euh ça l'est pas, je pense que ça pourra pas l'être... déjà rien que la vaccination de nos enfants y a rien qui est obligatoire, donc euh comment se dire que la vaccination des enfants, on les rend pas obligatoires par ce qu'on va pas forcément les protéger, moi j'ai, j'suis convaincue des vaccins, j'ai l'impression que je protège mes enfants de différentes choses donc après voilà je me vaccine moi pour les protéger, pour protéger les patients, pour me protéger... euh c'est plus de la conscience professionnelle ou de la conscience personnelle, mais pas un devoir non » (site 3, participant 12).*

Pour cette infirmière, la notion de devoir professionnel renvoie à une obligation réglementaire de se faire vacciner, tandis que la conscience professionnelle se rapporte à un sentiment de se

voir appelé à adopter une conduite professionnelle qui correspond le plus possible à ce que l'individu concerné estime comme moralement juste. Ainsi, elle justifie le choix de s'être fait vacciner contre la grippe pandémique et de se faire vacciner régulièrement contre la grippe saisonnière, non pas au travers de l'argument du devoir professionnel, au sens d'obligation légale, mais au travers de celui de la conscience professionnelle, privilégiant de cette façon l'argument moral à l'argument coercitif. D'ailleurs, la grande majorité des infirmiers/ères ne verrait pas d'un bon œil l'introduction d'une obligation réglementaire de se faire vacciner, notamment pour les raisons de préservation de leur autonomie et de leur intégrité physique expliquées précédemment.

Les organisateurs des campagnes de vaccination perçoivent unanimement la vaccination du personnel infirmier contre la grippe comme un devoir professionnel. Ils sont d'ailleurs une grande majorité en faveur de l'introduction d'une obligation réglementaire de vaccination contre la grippe pour le personnel soignant. Ils entendent bien les revendications d'autonomie et de liberté de choix du personnel infirmier, mais les estiment discutables dans le contexte d'une institution de soins. *« Ce qu'on observe depuis des années c'est que... le... et ça c'est une chose difficile on peut pas l'argumenter... de dire au fond ma santé c'est mon problème... l'institution ne doit pas s'en mêler... si je fais une grippe je fais une grippe j'ai le droit comme tous les autres de faire une grippe... l'institution doit pas mettre le nez là-dedans... c'est une sorte de protection de son autonomie individuelle qui conduit à cette conviction... je crois que c'est en fin de compte ça... c'est une attitude tout à fait respectable... en principe... il faut pas toucher à mon corps il faut pas toucher à ma santé... c'est pas parce que je travaille dans un hôpital que l'institution doit mettre le nez dans ces affaires-là c'est une histoire privée... le problème c'est que c'est pas n'importe quelle institution... c'est pas... et on met à risque des patients... mais... en tombant malade et en ne se vaccinant pas... mais le sentiment qu'il y a une agression contre des droits individuels est plus grand que le sens de la responsabilité avec les autres... et ça c'est extrêmement difficile à... à argumenter contre et à rationaliser... alors dans les discussions qui sont infinies vous avez un tas... oui mais j'ai lu que... et puis les herbes... et puis tout ça... je dois dire la science elle est... l'épidémiologie les études sont claires là-dessus... y a pas de discussion »* (site 1, médecin chef, spécialiste en infectiologie et médecine interne).

Contrairement à celle de la grande majorité du personnel infirmier, leur perception de la vaccination se rattache à une éthique utilitariste. Selon cette optique, la vaccination constitue un devoir professionnel en ce qu'elle bénéficie au plus grand nombre et répond de la manière la plus efficace au principe de non-nuisance. Ainsi, selon les organisateurs des campagnes de

vaccination, le travail au sein d'une institution publique de soins impliquerait, dans l'idéal, une certaine porosité des frontières entre la sphère privée et professionnelle ; la protection des patients au travers de la vaccination exigeant de mettre entre parenthèse les prérogatives privées. Avec leurs propres mots, tous les organisateurs des campagnes de vaccination défendent cette éthique. Celui qui, parmi eux, formalise peut-être le plus précisément cette perspective éthique aux racines utilitaristes est le médecin chef, spécialiste en médecine interne et en bioéthique. « *Et quand je fais le colloque d'éthique, quand je parle de philosophie morale, je parle d'utilitarisme, qui est ce mouvement philosophique qui dit que le bien-être est déterminé pour...le bien être présumé est basé selon le bien-être de la majorité des gens. Et les campagnes de vaccination c'est l'exemple classique de l'utilitarisme. On décide de faire le bien pour la grande partie de la population, peut-être à l'encontre de la liberté des gens de se faire vacciner. Et, moi je suis pour la vaccination obligatoire, pour le personnel de la santé. Obligatoire* » (site 3, médecin chef, spécialiste en médecine interne et en bioéthique).

Deux perspectives éthiques se font donc concurrence entre les réfractaires à la vaccination et ceux qui la promeuvent. L'une repose sur la préservation des droits du personnel soignant de disposer de son corps et de son autonomie, tout en accordant une grande importance à la sécurité des patients, alors que l'autre place le bénéfice que procure la vaccination du personnel soignant pour le plus grand nombre au-dessus des considérations personnelles. La focalisation sur le corps de l'individu d'une grande partie du personnel infirmier peut être, du moins partiellement, expliquée par la peur de devoir subir les effets indésirables de la vaccination contre la grippe à plus ou moins long terme.

10.3.2.2 Nocivité du vaccin

Ce deuxième sous-thème investit dans un premier temps l'impact de la considération des éventuels effets secondaires sur le processus décisionnel des membres du personnel infirmier en matière de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 et la grippe saisonnière. Dans un deuxième temps, ce sous-thème analyse le point de vue des organisateurs des campagnes de vaccination sur la crainte des effets indésirables exprimée par certain(e)s infirmiers/ères.

Le fait que la vaccination contre la grippe consiste en l'injection d'un produit sophistiqué dans le corps amène certain(e)s infirmiers/ères à considérer cette pratique comme potentiellement menaçante pour leur intégrité physique. La complexité de la composition du vaccin amène certain(e)s infirmiers/ères à recourir à des heuristiques de jugement pour prendre une décision relative à la vaccination. En tant que mécanismes cognitifs rapides et intuitifs, ces heuristiques

se traduisent très souvent par la prise en considération des expériences individuelles passées avec la vaccination ou celles de tiers, des croyances, de l'anticipation des potentiels effets secondaires, ou encore de l'évaluation personnelle de l'efficacité protectrice du vaccin par le biais d'observations ou de témoignages.

Dans ce sous-thème sera essentiellement traitée l'anticipation des éventuels effets secondaires de la vaccination contre la grippe pandémique de 2009 et la vaccination contre la grippe saisonnière. De nombreux membres du personnel infirmier ont justifié leur refus de vaccination en se référant à des expériences négatives avec la vaccination. En effet, beaucoup d'entre eux ont mentionné le fait d'avoir été malades après l'injection du vaccin, ou de connaître un(e) collègue à qui cela serait arrivé. Cela a donné l'impression à certain(e)s de s'être fait injecter le virus actif de la grippe dans le corps. Autrement dit, ces personnes-là pensent que le vaccin contre la grippe peut donner la grippe. En outre, une grande partie des réfractaires à la vaccination contre la grippe affiche une peur de développer des maladies graves telles que la sclérose en plaques dans les années qui suivent la vaccination. « [Intervieweuse : Avez-vous été vaccinée contre la grippe H1N1 ? – Non. Intervieweuse : Pourquoi ?] – (...) *le manque d'informations y avait deux raisons la première c'est que je m'étais dit un vaccin à la base c'est quoi ? c'est s'inoculer le virus donc déjà ... psychologiquement je me fais inoculer quelque chose qu'on sait pas ce que c'est ... c'est quoi le danger ? et tout à l'heure je vous parlais de ces patients qui sont atteints de sclérose en plaque c'est des gens qui se sont fait vacciner (...) en tout cas il y a une recrudescence de ce qui serait certainement en lien avec les vaccinations de l'hépatite B eh ben ça on les voit que maintenant au bout de des années après donc moi c'est ça en fait c'est ça qui me faisait peur je me fais vacciner pour être en bonne santé et au final je me retrouve avec quelque chose de grave eh ben ouais c'est la peur en fait... la peur de l'inconnu... je sais pas dans quoi je m'engage où est ce que je vais et même professeur M même un dirigeant heu ... étatique ne pourra pas me garantir que je cours aucun risque parce qu'on sait pas ce qu'il va se passer dans dix ans peut-être que rien mais peut-être que si et celui qui paye le prix c'est celui qui se fait vacciner » (site 1, participant 6).*

L'urgence dans laquelle le vaccin contre la grippe pandémique a été développé a fait naître des suspicions quant à sa sécurité. Parmi le personnel infirmier, la rapidité avec laquelle le vaccin a été élaboré, testé, puis distribué a suscité des craintes quant à la dangerosité de certains de ses composants, notamment les adjuvants. La méconnaissance du contenu du vaccin, et, par conséquent, la méfiance y relative, ainsi que le sentiment de ne pas appartenir personnellement à un groupe à risque sont des raisons pour lesquelles certain(e)s infirmiers/ères ont refusé la

vaccination contre la grippe pandémique, de même qu'elles constituent des facteurs explicatifs de refus de vaccination contre la grippe saisonnière. Dès lors, ces personnes-là ont tendance à s'en remettre à des heuristiques leur laissant croire que le bon fonctionnement de leur système immunitaire saura les préserver de la grippe. Beaucoup d'infirmiers/ères autoévaluent leur risque de contracter et de pâtir de la grippe. Un(e) infirmier/ère qui n'aura pas le sentiment d'appartenir à un groupe à risque acceptera moins facilement la vaccination qu'un collègue souffrant d'une maladie chronique telle que l'asthme. En l'occurrence, la personne souffrant de maladie chronique est en général plus encline à la vaccination, car les risques de dégénération dus à la grippe ont tendance à lui paraître plus importants que les effets secondaires du vaccin.

Du côté des organisateurs des campagnes de vaccination, on explique le refus de la vaccination de certain(e)s infirmiers/ères en mettant en exergue leur manque de connaissance sur le vaccin et leurs croyances autour des effets secondaires. Pour les promoteurs de la vaccination, la peur des effets secondaires est due à l'adoption d'un raisonnement irrationnel dont ils citent quelques exemples pour mieux montrer ses incohérences et ainsi s'en distancier. Les organisateurs des campagnes de vaccination témoignent souvent des biais qui se manifestent parmi le personnel infirmier dans l'établissement de liens de causalité entre la vaccination et un effet secondaire. « *Les gens ils se ils ils confondent la causalité des choses hein... c'est comme si vous vous faites vacciner pis vous sortez d'ici pis vous vous faites écraser par un camion... pis vous dites euh c'est le vaccin qui a fait ça... donc... c'est plus difficile de faire un lien de causalité parce que le camion le vaccin on fait pas... mais vous vous faites vacciner pis trois jours après vous avez de la fièvre... c'est peut-être le vaccin mais c'est peut-être que vous avez attrapé un autre virus... les gens ils disent ouais ça m'a donné la grippe ça m'a fait trois jours de fièvre j'ai eu la grippe c'est n'importe quoi...* » (site 2, participant 2, médecin adjoint, spécialiste en médecine du travail et médecine d'urgence). De manière générale, les organisateurs des campagnes de vaccination tiennent un discours rationaliste sur la vaccination, basé sur l'évidence scientifique. Un tel discours se différencie de celui tenu par une partie du personnel infirmier, lequel porte les traces d'incertitudes et de croyances quant à la nocivité du vaccin.

10.3.2.3 Gravité et conséquences liées à la grippe A/H1N1

Le troisième sous-thème se rapporte à la manière dont le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont évalué la gravité de la grippe pandémique A/H1N1 et ont considéré les conséquences liées à la contraction de la maladie.

De manière générale, les infirmiers/ères ont considéré la grippe pandémique quasiment de la même manière qu'une grippe saisonnière, c'est-à-dire comme une maladie de faible gravité. La différenciation opérée par ce personnel soignant au moment de la pandémie résidait tout au plus dans des craintes partagées en lien avec le caractère contingent de la menace de la grippe pandémique. Toujours est-il que la comparaison entre les risques liés à la contraction de la grippe et ceux liés à la vaccination, souvent perçus comme plus importants, a joué en défaveur du choix de la vaccination. En d'autres termes, le fait de considérer la grippe comme une maladie peu grave a favorisé l'adhésion à l'idée que la vaccination n'était pas nécessaire et que celle-ci pouvait même s'avérer être plus dangereuse que d'attraper la maladie. Nombreux sont les membres du personnel infirmier à avoir fait le calcul coûts-bénéfices de la vaccination de manière intuitive. « [L'intervieweuse a demandé à cette participante si elle prévoyait de se faire vacciner en cas de nouvelle grippe pandémique similaire à celle de 2009] (...) *en fait il faut calculer c'est la balance entre les bénéfices ...si j'ai plus de bénéfices à me faire vacciner ben je vais le faire je suis pas butée ça dépendrait en fait* » (site 1, participant 6). Ce raisonnement en matière de vaccination s'associe souvent aux revendications du droit de disposer de son corps et de choisir librement. En effet, percevoir la grippe comme une maladie de faible gravité conduit les réfractaires à considérer d'autant plus cette pratique comme une atteinte à leur intégrité physique.

En termes de conséquences pour leur santé personnelle, les organisateurs des campagnes de vaccination n'ont pas non plus considéré la grippe pandémique comme une maladie particulièrement grave. De ce point de vue-là, ils ont aussi eu tendance à comparer la gravité de la grippe pandémique à celle de la grippe saisonnière, avec, encore une fois, l'incertitude sur la contingence de la morbidité et mortalité du virus A/H1N1, mais aussi le taux de mortalité exceptionnellement plus élevé chez les jeunes comme principale différence.

En revanche, ils soulignent le fait que la grippe doit être considérée comme une maladie grave en rapport à sa mortalité, expliquée en partie par des infections nosocomiales. Étant donné le caractère incertain de la menace pandémique, leur discours, toujours empreint d'une éthique utilitariste, était davantage axé sur les conséquences de la maladie qui auraient été possibles pour les patients que celui du personnel infirmier. « *Il faut trouver les bons messages...il faut euh il leur vraiment leur parler du... de l'éthique... du rôle professionnel de la responsabilité de chacun par rapport à la transmission... donc si on leur dit tu transmets une grippe au même titre que tu transmets un MRSA [staphylococcus aureus résistant à la pénicilline] c'est une faute professionnelle... euh on nous rétorque mais qui dit que c'est moi qui ai donné la grippe alors*

oui c'est vrai bien sûr... mais je veux dire qu'au niveau conscience professionnelle et au niveau éthique... il faut qu'on secoue un petit peu les collaborateurs pour leur dire mais... c'est du nosocomial et c'est une erreur professionnelle... je crois qu'il faut qu'on accentue là-dessus » (site 3, participant 3, directeur médical, médecin chef, spécialiste en médecine interne et en infectiologie).

Leur discours accorde aussi beaucoup d'importance aux conséquences organisationnelles pour l'hôpital en cas de flambée particulièrement virulente. Pour les organisateurs des campagnes de vaccination, la contraction de la grippe a des conséquences désagréables en termes d'altération du fonctionnement corporel, et surtout des répercussions importantes sur la bonne marche de l'hôpital. Ils s'accordent à dire qu'une des conséquences les plus inquiétantes d'une pandémie de grippe au sein d'un hôpital est l'absentéisme du personnel soignant pour cause de maladie. Nombreux sont les organisateurs des campagnes de vaccination qui se sont souciés d'un absentéisme trop important au sein du personnel soignant qui n'aurait plus permis de gérer de manière performante les cas de grippe pandémique.

Parmi eux, les médecins interrogés (internistes, urgentistes ou encore infectiologues) expliquent que s'ils avaient dû s'absenter de leur poste de travail pour cause d'état grippal, l'organisation de l'hôpital en aurait alors été fâcheusement affectée, étant donné leur rôle central dans l'organisation, la mise en place et la coordination des mesures de lutte contre les maladies transmissibles. Dès lors, l'incertitude de la menace pandémique, les exigences de leur profession autant liées aux patients qu'à leur rôle stratégique au sein de l'hôpital, la volonté d'éviter une maladie aux symptômes désagréables, ainsi que leur conviction des bienfaits de la vaccination contre la grippe ont poussé les organisateurs des campagnes de vaccination à se faire vacciner.

10.3.2.4 Influence des collègues

L'influence des collègues de travail dans le processus décisionnel en matière de vaccination contre la grippe pandémique et saisonnière est l'objet de ce quatrième sous-thème. Ici sera abordée, pour les infirmiers/ères, la manière dont le travail en équipe a pu influencer la prise de décision en faveur ou en défaveur de la vaccination. Autrement dit, il est question de savoir dans quelle mesure l'infirmier/ère a pris en compte le comportement de ses collègues dans son propre processus décisionnel en matière de vaccination contre une grippe pandémique ou saisonnière. Une attention est également portée sur la mesure dans laquelle les ICUS ont orienté ou non les choix des membres de leur équipe.

Ce sous-thème concerne essentiellement le personnel infirmier, puisque l'influence des collègues n'est pas ressortie des entretiens avec les organisateurs des campagnes de vaccination. Ils sont néanmoins nombreux à dire que les taux de vaccination contre la grippe du corps médical est généralement plus élevé que celui du personnel infirmier. Ceci laisse supposer que l'influence des collègues en matière de prise de décision de vaccination peut se traduire, au sens large, par le fait de se sentir ou de vouloir appartenir à un corps de métier – en l'occurrence, le corps médical pour les médecins, ou la prévention et contrôle des infections, pour les autres – dont la légitimité repose avant tout sur les connaissances scientifiques et l'application de comportements de santé basés sur l'évidence scientifique.

De manière générale, la décision entre la vaccination et le port du masque aurait été respectée au sein des collègues infirmiers. Le port du masque n'a, semble-t-il, pas fait l'objet d'une stigmatisation particulière au sein des équipes infirmières, laissant croire à une certaine forme de solidarité au sein de cette corporation. Il ressort des entretiens que, certes, la vaccination et le port du masque ont suscité des discussions, mais la prise de décision, elle, se serait faite généralement de manière autonome. La majorité des infirmiers/ères explique que même si leur ICUS s'est fait(e) vacciner, et qu'il/elle l'a parfois fait à titre d'exemple – comme certain(e)s l'ont affirmé lors des entretiens –, la prise de décision s'est faite de manière libre. Les ICUS pouvaient avoir une influence dans le processus décisionnel relatif à la vaccination, dans le sens où ils/elles avaient pour tâche de transmettre aux membres de leur équipe les instructions des mesures de protection à prendre et les recommandations de vaccination prescrites par les organisateurs des campagnes de vaccination. Pour une poignée d'infirmiers/ères déjà peu convaincu(e)s par la vaccination, le fait que leur ICUS ait décidé de porter le masque les a renforcés dans leur décision de ne pas se faire vacciner. Leur raisonnement a consisté alors à dire que si même leur ICUS n'a pas fait l'effort de se vacciner, ils ne verraient pas pourquoi ils l'auraient fait eux-mêmes. Dans la même veine, d'autres se sont référés à une estimation personnelle du taux élevé de refus de vaccination dans leur service pour appuyer la justification du leur. Il y a quand même des infirmiers/ères pour lesquels/lesquelles les taux élevés de vaccination au sein de leur équipe ont eu une influence sur leur prise de décision en faveur de la vaccination. En somme, on constate que la vaccination peut parfois être tributaire des dynamiques internes des équipes, même s'il semble que la plupart du temps, la décision de se faire vacciner ou de porter le masque se prend de façon individuelle.

L'influence des collègues s'est aussi manifestée par la circulation d'informations alternatives au sujet de la grippe pandémique et de la vaccination. L'évolution incertaine de la pandémie et

de ses conséquences possibles en termes de mortalité, ainsi que les inconnues autour du nouveau virus A/H1N1 ont soulevé des craintes au sein du personnel infirmier et ont amené une partie de ses membres à chercher des informations sur internet. Certains parmi les plus réfractaires à la vaccination auraient surfé sur les sites à caractère anti-vaccin et auraient diffusé leur contenu auprès de leurs collègues, suscitant de cette manière des doutes non seulement sur la vaccination et la dangerosité réelle de la grippe pandémique, mais aussi parfois des soupçons de complots entre les firmes pharmaceutiques, les médias et les autorités politiques. En outre, une importante part d'infirmiers/ères a refusé la vaccination contre la grippe en s'appuyant sur l'argument selon lequel la vaccination aurait provoqué la contraction de la maladie auprès de certain(e)s collègues, ou du moins une baisse de forme.

En résumé, il est difficile, à l'aide des entretiens, de fournir une description univoque de l'influence des collègues dans la prise de décision de vaccination, par le fait qu'elle peut être multiforme et d'intensité variable selon les sites hospitaliers, selon les services, mais également selon les équipes.

10.3.2.5 Influence des proches et des patients

Dans ce sous-thème est étudiée la manière dont le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont tenu compte des proches et des patients dans leur prise de décision en matière de vaccination.

Globalement, la décision des personnes interrogées en matière de vaccination, qu'elle soit favorable ou non, se réfère en partie à l'évaluation des conséquences possibles auprès des proches et des patients. En ce qui concerne les proches, les infirmiers/ères qui ont estimé que les membres de leur entourage n'étaient pas « à risque », c'est-à-dire que leur système immunitaire ne présentait pas de défaillance notable, ont eu tendance à considérer inutile la vaccination contre la grippe pandémique. A l'inverse, certain(e)s infirmiers/ères ont opté pour la vaccination en tenant compte du fait que leur entourage comportait des personnes vulnérables, telles que des personnes âgées, des enfants en bas âge ou sur le point de naître.

Au sujet des patients, le fait de travailler dans un service dans lequel l'infirmier/ère est au contact d'individus immunodéprimés semble aller de pair avec une meilleure acceptation de la vaccination. Cette constatation semble confirmer celles d'autres recherches (Bouadma et al., 2012). En revanche, les infirmiers/ères qui ont estimé ne pas travailler dans un tel service ont eu davantage tendance à refuser la vaccination. La protection des patients ne semblait pas

constituer à elle seule un motif suffisant pour décider de se faire vacciner, alors que le port du masque répondait pleinement à ce devoir.

Du côté des organisateurs des campagnes de vaccination, la protection d'autrui, qu'elle concerne les patients, en particulier les immunodéprimés, ou les membres de l'entourage, est un élément primordial de la prise de décision en faveur de la vaccination. Tous défendent l'idée qu'en se faisant vacciner contre la grippe, ils protègent à la fois leur personne et les autres, et que cette protection est valable tant au niveau de l'hôpital et de la sphère publique, qu'au niveau de la sphère privée. Certains d'entre eux expliquent la difficulté de faire valoir cette idée auprès du personnel infirmier au moment de lui recommander le vaccin contre la grippe par le fait que lors de la prise de décision, l'infirmier/ère concerné(e) a généralement tendance à centrer son raisonnement sur sa personne, alors que la vaccination possède un caractère intrinsèquement altruiste. Selon une partie des organisateurs des campagnes de vaccination, la vaccination est plus facilement acceptée par les infirmiers/ères si elle répond à un but personnel concret, par exemple celui de partir en vacances, que si elle répond à un objectif plus abstrait, comme celui de protéger autrui et soi-même contre un danger difficilement perceptible. Concernant la grippe pandémique de 2009, ils expliquent qu'il y a tout de même eu une augmentation des taux de vaccination du personnel infirmier cette année-là, car le risque de contagion était plus important que pour une grippe saisonnière. *« si je prends une vaccination contre l'hépatite B on a un taux de refus qui est de je sais pas de 0.5% peut-être... pourquoi parce que c'est un vaccin qui protège le collaborateur qui va vraiment... qui est pour lui... si on prend les maladies d'enfance... euh on va dire à un collaborateur écoute tu travailles dans un service à risque donc tu tu c'est tu te vaccines ou tu n'y travailles plus...enfin si dans un premier temps on lui dit tu te vaccines il va nous dire non... on dit ben écoute on est en droit de te transférer de service... donc là il va se se vacciner... si j'arrivais vers le collaborateur en disant écoute c'est pour te protéger parce que t'as des risques d'attraper je sais pas rougeole oreillons etcétera... là il va tout de suite le faire je crois que si on arrivait avec un message c'est pour te protéger toi... oui...maintenant un H1N1... fff allez dire aux collaborateurs tu risques de l'attraper et c'est pour te protéger toi... difficile moi je pense que si on a eu un grand succès aussi c'est parce que la contagiosité était quand même beaucoup plus importante ... qu'elle était démontrée comme.. enfin c'était montré comme très viral.... donc les collaborateurs ont plus pensé à ... on voit aussi on offre une antenne pour les maladies tropicales enfin pour les... pas les tropicales pour les vaccinations pour partir en vacances dès qu'on a quelqu'un qui part en vacances il vient tout de suite il hésite pas à se faire vacciner... on doit lui faire six vaccins et*

il fait les six... et c'est pour lui c'est dans un but perso... et je trouve que c'est difficile de ... d'ouvrir cet état l'état d'esprit à la population... un vaccin c'est pour soi mais on pense pas aux autres dans ces moments-là... ça c'est quelque chose qui est assez difficile et je pense que pour changer cet état d'esprit... là y'a vraiment pas la réponse » (site 2, participant 3, infirmière en prévention et contrôle de l'infection (PCI), responsable de la santé au travail).

10.3.2.6 Comportements de vaccination passés

Ce sous-thème étudie la manière dont les infirmiers/ères et les organisateurs des campagnes de vaccination ont fait référence à leurs comportements antérieurs de vaccination contre la grippe dans leur prise de décision relative à la vaccination contre la grippe pandémique de 2009.

Les propos recueillis tant auprès du personnel infirmier que des organisateurs des campagnes de vaccination amènent au constat général que la prise de décision relative à la vaccination contre la grippe pandémique s'est en partie basée sur les comportements habituels de vaccination contre la grippe saisonnière. Dans la majorité des cas, les individus interrogés disent avoir mobilisé des processus décisionnels similaires à ceux auxquels ils recourent lors d'épidémies de grippe saisonnière. Autrement dit, les personnes qui avaient pour habitude de se faire vacciner chaque année contre la grippe saisonnière l'ont généralement confirmée à l'occasion de la grippe pandémique, tandis que les personnes habituellement réfractaires à la vaccination contre la grippe saisonnière ont généralement continué à l'être lors de l'épisode pandémique, certes, dans une moindre mesure.

L'épisode de la pandémie de grippe de 2009 n'a vraisemblablement pas été un catalyseur des habitudes de vaccination auprès du personnel infirmier, puisque plusieurs de ses membres ont indiqué s'être fait exceptionnellement vacciner cette année-là, mais que cet événement leur a laissé l'impression négative de s'être fait vacciner à cause d'un alarmisme et d'une pression exagérés par rapport à la faible gravité du phénomène en Suisse et d'avoir, en cela, été trompés. Le sentiment d'avoir été bernés s'est aussi ressenti, on l'a vu au point 10.3.2.1, parmi des infirmiers/ères qui avaient l'habitude de se faire vacciner contre la grippe saisonnière, qui ont opté pour la vaccination contre la grippe pandémique, mais qui ont refusé la vaccination l'année suivante, et qui hésiteront à l'avenir à se faire vacciner en cas de nouvelle pandémie similaire. Ce sentiment d'alarmisme exagéré est lié à la perception de la gestion de la crise pandémique dans la sphère publique.

10.3.3. Thème 3 : Gestion de la crise dans la sphère publique

Tableau 11 : Gestion de la crise dans la sphère publique (continue sur la page suivante)

Sous-thème	Groupe	Définition	Résumé des résultats selon groupe
1	Personnel infirmier	Les souvenirs et l'évaluation du traitement médiatique de l'épisode pandémique	<ul style="list-style-type: none"> En général, désapprobation de la couverture médiatique anxiogène et exagérée Sentiment d'exagération médiatique en partie expliqué par une comparaison du contenu médiatique avec les expériences personnelles de la pandémie Sentiment de traitement médiatique abusif, et parfois soupçons d'intérêts économiques sous-jacents pour la presse et l'industrie pharmaceutique Pour certain(e)s infirmiers/ères, confusion due à la multiplication des canaux d'informations donnant une tribune tant aux promoteurs de la vaccination qu'à ses détracteurs
	Organisateurs des campagnes		<ul style="list-style-type: none"> En général, critique du penchant pour le sensationnalisme des médias dans ce genre de situations Alarmisme médiatique en partie explicable par le contexte inédit et incertain de la pandémie Reproches d'un délaissement du sujet une fois que la gravité de la pandémie a été reconnue comme moindre L'imbroglie médiatique a compliqué les recommandations de vaccination La communication basée sur l'évidence scientifique n'a pas eu autant d'écho que celle des médecines parallèles Sentiment d'être démunis face à l'attractivité du discours des médecines parallèles
2	Personnel infirmier	Les souvenirs et l'évaluation de la gestion de la pandémie par les	<ul style="list-style-type: none"> En général, sentiment d'alarmisme exagéré de la part des autorités de santé publique

Rôle des autorités politiques de santé publique		autorités en charge de la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment que la Confédération a succombé à la pression mise par l'OMS qui a recommandé hâtivement la vaccination auprès de ses États-membres. • Soupçons de connivence de l'OMS avec les producteurs de vaccin • Sentiment que les campagnes de vaccination cachaient un intérêt commercial • Déploration du gaspillage du surplus de millions de doses de vaccin • En même temps, alarmisme justifié compte tenu du contexte incertain
	Organisateurs des campagnes		<ul style="list-style-type: none"> • Constat partagé que l'OMS a surévalué l'intensité du phénomène pandémique • Le plan national de pandémie était disproportionné, car prévu pour une pandémie plus grave • Réaction exagérée des autorités de santé publique au niveau du nombre de doses de vaccins achetées par la Confédération • L'OMS doit revoir sa communication, car aurait provoqué la réaction exagérée des autorités de santé publique et des médias, et comportait des membres ayant des conflits d'intérêt. • Les erreurs de communication ont permis le partage dans la population du sentiment d'exagération et du soupçon d'intérêts économiques en faveur de l'industrie pharmaceutique. • Pour certains, l'OFSP aurait dû davantage prendre en main la diffusion régulière d'informations et de recommandations des conduites à tenir • Reconnaissance du recours justifié au principe de précaution compte tenu de la complexité et de l'incertitude de la situation

10.3.3.1 Traitement médiatique

Ce sous-thème (voir Tableau 11) s'intéresse à la manière dont le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination se souviennent du traitement médiatique de l'épisode de la pandémie de grippe, ainsi qu'à la façon dont ils l'évaluent.

La grande majorité des membres du personnel infirmier désapprouve le traitement médiatique de la grippe pandémique. Les médias auraient exagéré la dangerosité de la pandémie, en laissant croire, par exemple, que sa mortalité serait comparable à celle de la « grippe espagnole » de 1918, et auraient participé à l'instauration d'un climat de panique dans la population. Nombreux sont les membres du personnel infirmier à avoir recouru aux termes de « battage médiatique » et de « psychose » pour décrire leur perception d'un traitement médiatique anxiogène de la pandémie, au sensationnalisme exagéré. « [Cet infirmier explique s'être rendu aux États-Unis en 2009 et qu'il y a perçu une « psychose » dans la presse. Il explique que cette « psychose » s'est répandue dans la presse européenne et mondiale.] *Moi je pense qu'il y a eu un... une surmédiatisation du problème... euh... je pense que le...le...le, la contagion si on parle en termes de contagion la contagion de cette psychose elle s'est faite dans le monde* » (site 4, participant 1). « *J'ai trouvé qu'ils faisaient vraiment un battage euh...complètement...à mon sens euh...non productif la manière dont ça a été fait à mon sens euh ça m'étonne pas qu'il y ait pas eu autant de vaccinations et que euh voilà je pense pas que ça a été la meilleure manière de faire mais je parle pas de l'hôpital hein moi je parle en général dans les médias, la manière dont les gens se sont exprimés ce qu'on a dit ce qu'on a...la la le la manière de de faire et puis je je pense que euh c'était beaucoup trop...fin ça a été un truc euh c'est comme s'ils avaient annoncé la fin du monde* » (site 1, participant 2).

Cette impression d'exagération est souvent prolongée par le sentiment que le phénomène pandémique a profité aux firmes pharmaceutiques, lesquelles auraient saisi l'opportunité d'augmenter leur bénéfice financier. Beaucoup d'infirmiers/ères reprochent également la rapidité de la diffusion des informations médiatiques à caractère sensationnel et sans véritable investigation journalistique survenues au début de la pandémie, lorsque les premiers décès ont été déclarés au Mexique et aux États-Unis. « *C'est les médias qui font l'information et qui créent la psychose ou pas donc quelque part moi c'est pour ça que quand y a un vent de panique comme ça qu'on me parle de pandémie parce que le mot pandémie en lui-même psychologiquement c'est waouh c'est grave ben bon juste avant la pandémie y a l'épidémie bon pis après juste avant y a les ... cas isolés et on part d'un cas isolé quand on parle de la H1N1*

... donc c'était un cas isolé pour lequel après ça s'est étendu transformé avec d'un pays le deuxième pays troisième pays c'est comme ça que c'est devenu pandémie mais en même temps c'était la transmission qui était rapide et ... les médias ont été aussi rapides que le virus donc c'est pour ça que ça a fait flipper tout le monde » (site 1, participante 5, infirmière-cadre).

Pour une majorité des infirmiers/ères, le fait qu'il s'agissait d'un virus nouveau réassorti ayant fait un certain nombre de victimes, en particulier en Amérique du Sud, ne justifiait pas une couverture médiatique aussi abondante. D'autres maladies telles que le SIDA et d'autres événements géopolitiques d'actualité au moment des entretiens, tels que le renversement de Kadhafi en Lybie, continuaient de faire davantage de victimes et méritaient, de ce fait, une plus large couverture médiatique que la pandémie. *« On en fait tout un pataquès mais euh le SIDA tue beaucoup plus de personnes donc euh donc faudrait peut-être qu'on fasse un peu plus de pataquès pour le SIDA peut-être ou pour la faim dans le monde ou pour euh je sais pas en même temps en voyant l'actualité aujourd'hui Kadhafi il a tué autant de personnes [rires] que la grippe quoi en quelques jours donc effectivement est-ce que ça aurait pu muter et devenir beaucoup plus important ça je sais pas c'est possible aussi » (site 1, participant 4).*

Certain(e)s ont aussi observé que l'intense couverture médiatique était grandement liée à la menace potentielle de la pandémie pour les pays européens et qu'elle aurait été moindre si le phénomène n'avait concerné que l'Amérique centrale. *« Moi j'essaie toujours de regarder les choses en macro pour voir un peu pourquoi une grippe porcine donne d'un seul coup un événement aussi euh comment dirais-je aussi mondialement là ça y est là tout de suite tout le monde a peur ... alors qu'on a des guerres qui sont depuis des années on a des gens qui meurent de faim tous les jours et tout et que là la grippe porcine pourquoi ça a eu un impact ? parce que c'était sur des pays civilisés là c'est tout c'est rien d'autres parce que si au cas où on avait la grippe porcine en Afrique on s'en serait foutu quoi donc quelque part c'est une belle fumisterie ça rempli les poches de tous les laboratoires ça ça ça a bougé ça a mobilisé tout le monde par rapport à ça ... et puis voilà et puis maintenant on en entend même pas parler (site 4, participant 1).*

Le souvenir et l'évaluation d'une couverture médiatique exagérée du phénomène pandémique sont soutenus par le fait que les membres du personnel infirmier ont comparé le contenu médiatique à leur propre expérience. *« Ben oui ils [les médias] annonçaient vraiment [intervieweuse : mhm] une pandémie mortelle genre la grippe espagnole ben on s'attendait à ce qu'ils avaient dit en plus euh je sais plus tous les 50 ans ou 100 ans [intervieweuse : mhm]*

fin à chaque fois y'avait quelque chose donc on en avait déjà eu une donc voilà là ça va être la grippe espagnole et puis finalement non ça pas été tant que ça » (site 4, participant 13). Le fait de ne pas avoir véritablement vécu une pandémie de grippe particulièrement virulente a renforcé leur sentiment d'un traitement médiatique non seulement abusif, mais aussi, pour certains, suspicieux, laissant imaginer des intérêts économiques sous-jacents, notamment pour la presse et l'industrie pharmaceutique. Ainsi, la presse aurait profité de l'aubaine pour vendre du contenu informatif attractif, tandis que l'industrie pharmaceutique aurait exploité l'épisode pandémique pour vendre des vaccins. « Je pense que mmm y'a eu une manipulation euh un peu par les médias c'était une question politique aussi je pense beaucoup euh des marchés avec des sociétés pharmaceutiques qui ont été passées avec des contrats pour des quantités de euh de vaccins écoulés voilà et puis c'est vrai que y'a eu tout un contexte euh y ont créé tout un contexte de peur les gens ont beaucoup ont eu très peur ont fin c'était un sale test cette sensation de peur chez les gens pour finalement euh oui ça peut tuer des gens mais comme d'autres maladies et [intervieweuse : mhm] et des fois qui sont plus importantes et moins prises en compte donc voilà ce côté » (site 4, participant 6).

Les multiples canaux d'information au sujet de la grippe pandémique, donnant une tribune tant aux promoteurs de la vaccination qu'à ses opposants, a procuré à de nombreux membres du personnel infirmier un sentiment de ne pas savoir comment agir face à la menace. En additionnant les informations et recommandations internes à l'hôpital régulièrement mises à jour, les témoignages contrastés sur les effets de la vaccination par des collègues vaccinés ou les polémiques relatées dans les médias, ainsi que l'exagération médiatique donnant à l'évènement un caractère sensationnel et anxiogène, de nombreux infirmiers/ères se sont retrouvé(e)s dans le doute. « Y a eu beaucoup de polémiques hein ?... Moi qui suis Français, en France y a eu beaucoup de polémiques politiques également, avec une surmédiatisation au niveau des médias. C'est difficile de savoir euh... qu'est-ce qu'il y a eu comme heu... est ce que les labos ont poussé derrière euh...est ce que le gouvernement a été naïf en achetant des million de doses heu... on a été surinformés mais finalement en étant surinformés on donnait bien l'information qu'on voulait... je pense qu'on était presque désinformé à nous donner tous ces chiffres de doses, de vaccins, de prix, de contrats mal ficelés euh... est-ce qu'il y avait des intérêts avec la politique et les labos ? ouais... on nous a barbés avec beaucoup de choses. Mais finalement, en résultats, on n'en savait pas plus à la fin qu'au début... donc est ce qu'il y a eu des accords ou pas ? j'en sais rien... » (site 1, participant 9). Dès lors, certain(e)s ont préféré se tourner vers les spécialistes accessibles sur leur lieu de travail (p.ex. : infectiologue)

pour obtenir des informations fiables. Toutefois, la recherche d'informations, qu'elles proviennent des médias ou de spécialistes, n'a pas empêché une grande partie du personnel infirmier de recourir, au final, à des mécanismes intuitifs pour prendre une décision entre la vaccination et le port du masque « [Intervieweuse : Pensez-vous que le vaccin contre la grippe A puisse prévenir efficacement la transmission du virus ?] *Je s...enfin moi je pense que pfffou c'est des des des...des virus qui sont en continuelle mutation et pis qu'au bout d'un moment et ben il va s'habituer au au au vaccin et pis il va muter ...vers un aut enfin vers autre chose et pis qu'au bout d'un moment le vaccin sera plus efficace. C'est aussi pour ça d'ailleurs que je ne me suis pas faite vacciner* » (...) Quelques lignes plus loin, cette personne explique avoir reçu des informations du médecin infectiologue de l'hôpital (site 3, participant 4).

Les organisateurs des campagnes de vaccination portent, eux aussi, un regard critique sur le traitement médiatique de la pandémie, même s'ils estiment que les médias ont été en général un bon moyen pour la population de s'informer sur l'évolution de la pandémie et des mesures de protection à adopter. Un des principaux problèmes de la couverture médiatique du phénomène, selon eux, est le penchant pour le sensationnalisme des médias dans ce genre de situations. Ils reprochent un mélange maladroit de présentation de faits, de menaces pour la population et de polémiques autour de la mise à disposition rapide de doses de vaccins et leur achat par les autorités politiques. « [Intervieweur : J'en viens maintenant au traitement médiatique de cette grippe porcine... donc comment avez-vous jugé le traitement médiatique de cette pandémie de grippe porcine ?] *P : Ouais... personnellement je pense qu'on a un peu exagéré avec la menace... euh... le... toutes ces étapes... tous les 15 jours on augmentait d'un palier le risque... j'y... profondément j'y croyais pas... franchement qu'on en arrive là... et j'avais l'impression qu'on a... qu'on a un peu exagéré la menace... c'est comme ça que je l'ai vécu... c'était très intense... en partie bien argumenté... y en avait de toutes les couleurs hein... l'information était... si on voulait était bonne hein... on avait... les journaux la télévision la radio... j'écoute un peu moins la radio... c'est allé très loin aussi je trouve dans l'histoire des porcs des oiseaux la Chine etc. ... y a eu beaucoup de détails... euh... l'information était bonne mais maintenant les conclusions... étaient peut-être un peu exagérées c'est comme ça que je l'ai vécu... [Intervieweur : D'accord...]* *P : Mais le niveau d'information globalement il me semblait qu'il était correct et... bon ça allait dans beaucoup de détails... si on s'intéresse à ça... (...)* [L'intervieweur questionne le participant sur les critères de qualité pour un bon traitement médiatique d'une pandémie. Après avoir critiqué la presse d'opinion aux États-Unis, le participant commente la couverture médiatique de la pandémie en Suisse] *Oui... y a eu un peu*

un mélange de menaces et de faits et ça... c'était pas bon... » (site 1, participant 1, médecin chef, spécialiste en infectiologie et en médecine interne).

La majorité d'entre eux pense que l'alarmisme dont les médias ont fait preuve est en partie explicable par le contexte inédit et menaçant de cette pandémie. Ils ont en revanche davantage de peine à concevoir le passage abrupte d'un traitement médiatique alarmiste, dans les premiers temps, à un délaissement du sujet, une fois que les autorités de santé publique et la population se sont rendues compte que la gravité était bien moindre par rapport aux scénarios pessimistes anticipés. Pour eux, les médias auraient dû davantage continuer d'informer la population durant la phase de déclin de la pandémie, au lieu de banaliser le phénomène en ne s'y intéressant plus. Selon eux, la population avait encore besoin de savoir dans quelle mesure il y avait toujours un danger et de recevoir des informations sur les bons comportements à adopter « [L'intervieweur demande l'avis du participant sur la couverture médiatique de la pandémie] *Bon... euh... au départ c'était correct euh d'informer qu'il y avait un problème euh majeur...et de faire de l'alarmisme...mm... mais je crois que les médias ils faisaient aussi de... eux doivent faire du scoop pour parce qu'ils doivent vendre leur journal... [intervieweur : huhum...]* P : *Et donc souvent ils cachent des infos et ils disent les informations les plus graves de façon de pouvoir vendre leur journal au fait... et j'ai trouvé qu'ils faisaient beaucoup d'alarmisme...même quand on savait que c'était pas si grave que ça... [intervieweur : Donc alarmisme... vous entendez quoi par alarmisme ?]* P : *Euh ils disaient... euh... ils disaient pas par exemple que... pfff...ils rendaient pas les informations plus souples... et au départ... ouais au départ les premiers mois au fait... c'était toujours euh... ouais comme si c'était une guerre mondiale qui devait exploser... [intervieweur : huhum...]* P : *Et du coup quand l'information a commencé à circuler que c'était pas si grave que ça etcetera tout d'un coup plus rien plus d'infos... parce que ça leur intéressait plus rien... mais la population avait besoin de savoir... [intervieweur: huhum...]* P : *Donc il y avait des informations de temps en temps mais très peu...avant tous les jours et après peut-être une fois par mois par semaine je veux dire...et ça ça va pas... soit... ils ont ils doivent bien informer les gens même quand les choses sont pas sont pas très graves... [intervieweur : ouais...]* P : *Justement pour ne pas banaliser le problème... parce que l'action qu'ils ont fait c'est qu'ils ont fait une grosse alarmisme au départ et après ils ont banalisé la chose... et ils ont presque mis la faute aux boîtes pharmaceutiques qui voulaient vendre leurs vaccins qui... ils ont donné euh pff ouais... je sais pas si c'est les médias qui ont... ou si il y avait d'autres personnes derrière mais...une mauvaise prise en charge je trouve au niveau de*

la communication... » (site 2, participant 1, médecin adjoint, spécialiste en infectiologie et en médecine préventive).

L'interaction de multiples thématiques dans les médias, telles que la menace de l'arrivée de la pandémie en Europe, l'élaboration accélérée de vaccins avec des adjuvants suspectés par une partie de la population de provoquer des maladies auto-immunes, ou encore les soupçons de conflits d'intérêts entre les autorités politiques et de santé publique, certains experts médicaux médiatiques et l'industrie pharmaceutique, ont rendu difficile la compréhension du phénomène non seulement pour la population générale, mais aussi pour le personnel hospitalier n'étant pas spécialiste des maladies infectieuses. L'imbroglio lié à l'intensive médiatisation du phénomène pandémique a également compliqué la gestion des recommandations de vaccination au sein de l'hôpital auprès des travailleurs de la santé, et notamment auprès des infirmiers/ères « *C'est vrai qu'au niveau des médias on avait beaucoup d'informations qui tombaient de tous côtés on a quand même une population euh... qui recourt de plus en plus à des médecines parallèles et qui sont très influencés par ces dernières... donc on avait là des théories aussi qui coupaient le reste... on avait des interviews à la télé à la radio enfin y'a eu j'pense la surabondance au niveau des médias... a mis un grand grand chaos on a évidemment la gestion du stress chez certains la crainte pour d'autres... pis c'était du n'importe quoi [intervieweur : D'accord...un grand chaos...donc difficile à gérer...une bonne information] P : Oui oui...c'est vrai qu'il y avait beaucoup beaucoup d'infos au niveau des médias et nous par exemple au niveau professionnel c'était difficile on avait des collaborateurs qui arrivaient le matin en disant ben je m'étais inscrit pour la vaccination je veux plus parce que j'ai entendu ce matin que etcétera etcétera... il fallait après nous qu'on vienne derrière avec des indications scientifiques en essayant de leur dire que ben ce qu'ils avaient entendu était peut-être pas à prendre à 100% mais que.... pis nous on leur proposait certaines choses... et y'a toujours l'alternative du port du masque donc très souvent les collaborateurs nous disaient ben tant pis puisque c'est comme ça je mettrai un masque... alors on essayait d'insister un petit peu sur les risques encourus sur le rôle justement au niveau de de ...de de centres de contamination et tout ça... euh mais c'est très...je dirais que c'est cette avalanche d'informations qui venaient de tous côtés ça a été vraiment difficile » (site 2, participant 3, infirmière spécialiste en prévention et contrôle de l'infection (PCI), responsable de la santé au travail).*

Le traitement médiatique, selon les organisateurs des campagnes de vaccination, a vu l'émotionnel prendre l'ascendant sur le rationnel. Même s'ils s'accordent à dire que la médecine traditionnelle occidentale a bénéficié de suffisamment d'espace médiatique durant la pandémie,

avec par exemple des interviews de généticiens, nombreux sont ceux qui estiment que la communication publique basée sur l'évidence scientifique n'a pas eu l'écho escompté au sein de la population. Selon eux, le public serait davantage sensible aux messages des représentants des médecines parallèles. Certains organisateurs des campagnes de vaccination ont constaté que peu de commentaires médiatiques ont été émis sur la gestion de la pandémie par l'OFSP lors de l'arrivée du phénomène en Suisse, les médias reprenant les informations de cet office sans véritablement les retravailler. En revanche, beaucoup de commentaires auraient commencé à bourgeonner a posteriori sur l'achat de millions de doses de vaccins et sur le bénéfice des firmes pharmaceutiques, lorsque le public a commencé à se rendre compte que la pandémie était de gravité moindre par rapport à ce que laissait imaginer la plupart des contenus médiatiques. Ils sont nombreux à souligner, à ce moment-là, la forte présence médiatique des représentants des médecines parallèles, qui ont saisi l'opportunité de concurrencer le discours de la médecine moderne occidentale, en critiquant le vaccin contre la grippe pandémique et en promouvant des moyens de protection alternatifs, comme le vaccin homéopathique. « [L'intervieweur demande le point de vue du participant sur la présence des naturopathes dans les médias lors de la pandémie] *Ouais, bon...moi je pense qu'on est une société qui doit débattre, généralement. Et puis, je pense qu'il est bien quand on a une position affirmée, qu'on ait des gens qui viennent dire...enfin qu'ils soient des aiguilles irritatives, et puis qui viennent donner un avis différent. Après, là on est dans un sujet très sensible, parce qu'on sait qu'on est dans la croyance. On est plus dans, les protestants contre les catholiques, ou contre des gens qui ont des arguments. Donc...c'est vrai que... j'ai pas eu trop l'impression que les naturopathes ont trop occupé le terrain et qu'ils ont sur le moment, en tout cas, énormément euh...investi le...le débat. J'ai pas cette impression. Ils l'ont à mon avis un petit peu plus investi par après, pour récupérer un peu tout ça, en disant « bah voilà » [intervieweur : ouais] P : Mais j'ai pas l'impression, en tout cas de mon point de vue, que ça a été...qu'ils ont surexploité ça. C'est quand même des gens qui sont assez habiles, parce qu'ils savent bien que la médecine qu'ils pratiquent doit s'appliquer à des « bo »... à des petits bobos fréquents, pour être un peu...je suis un médecin hospitalier holistique, donc je vais pas vous dire...donc c'est sûr ils vont traiter des choses qui sont très fréquentes, puisque ce qu'ils font n'est pas forcément très cher [incertitude sur ce terme lors de la retranscription]. Donc, qui sont très fréquentes et pour la plupart l'évolution est spontanément favorable, ce qui leur permet d'avoir une médecine pas trop risquée. Se frotter à une pandémie potentiellement qui va faire des morts...des femmes enceintes mortes aux soins intensifs d'un ARDS pulmonaire [syndrome de détresse respiratoire aigüe], je pense qu'ils*

avaient bien calculé leur coup, que c'était pas là qu'il fallait venir se frotter. Je pense » (site 3, participant 2, médecin chef, spécialiste en médecine interne et intensive).

En accordant ainsi une tribune tant aux représentants des médecines parallèles, tels que les naturopathes, anthroposophes et homéopathes, qu'à ceux de la médecine moderne occidentale, les médias auraient donné l'impression à la population qu'il n'y avait pas de consensus au sujet des bénéfices de la vaccination, même au sein du corps médical. Les organisateurs des campagnes de vaccination se sentent quelque peu démunis face à l'attractivité du discours des médecines parallèles, qui fait de l'ombre au discours rationnel de la médecine moderne. Les représentants des médecines parallèles occuperaient, selon eux, dans ces occasions-là un grand espace médiatique en suscitant des polémiques autour des effets secondaires graves des vaccins, notamment en associant la vaccination contre la grippe pandémique à l'autisme ou à la sclérose en plaques. Ceci amène les organisateurs des campagnes de vaccination à constater que les médias ont ainsi parfois fait de la désinformation et que les polémiques sur le vaccin, notamment sur sa mise à disposition rapide, ont été traitées parfois par des journalistes manquant de connaissances scientifiques « [Intervieweur : Je voulais savoir, un peu globalement, comment vous avez jugé le traitement médiatique de cette pandémie ?] P : *Euh, atrocement mauvais !* [rire] [intervieweur : C'est-à-dire ?] P : *Bah, je pense qu'on était dans l'exemple typique de la désinformation par surinformation et déformation. Trois mots importants. C'est-à-dire que les gens n'ont pas eu, euh, face à eux une presse et des médias qui ont donné des informations qui permettaient de juger. Il y a eu des exceptions avec certains journaux qui ont fait les choses correctement. Mais la plupart des journaux ont sur-réagi, en faisant monter la sauce, parce qu'évidemment c'était le truc qui permettait...comme la crise maintenant... c'était enfin...on sur-réagi, ça fait vendre du papier. Et puis, on s'adresse à des gens qui n'ont pas le temps d'analyser les choses en détail et qui vont lire deux lignes dans le « *Matin bleu*⁷ » et dire « *ah, ouais c'est sûr...ouh la la* ». Donc ça, je pense que c'est ce qu'on a vu. Maintenant, déformation, parce que je pense que beaucoup de choses qui ont été reportées l'ont été mal. Euh, avec aucune analyse, souvent par.../ [intervieweur : /Un exemple ?] P : *Bah, typiquement, le, le, le ...la communication qui a été faite autour des vaccins, des risques...quand on lisait certains journaux sur les risques des vaccins, sur....sur...les risques potentiels avec le fait que c'était des vaccins qui avaient été mis sur le marché que depuis quelques temps, on sentait bien que c'était quelqu'un qui écrivait sur le sujet pour la première fois et qui ne s'y connaissait pas. Et donc, quelqu'un qui écrit sur un sujet pour la première fois**

⁷ Ancien quotidien gratuit distribué en Suisse romande jusqu'au 25 septembre 2009.

et qui ne connaît pas de quoi il parle et qui va communiquer ça à quelqu'un qui ne connaît pas le sujet, enfin, j'entends...ça s'appelle un, même pas un dialogue de sourds, mais enfin, c'est...c'est...c'est...on peut pas avoir quelque chose qui a de la valeur. Et c'est souvent ça qu'on voyait » (site 3, participant 2, médecin chef, spécialiste en médecine interne et intensive).

Parmi les organisateurs des campagnes de vaccination, trois sont d'avis que l'information aurait dû être davantage centralisée autour de l'OFSP. Durant la pandémie, les canaux d'information étaient tellement nombreux, selon eux, que cela a semé le flou au sein de la population. Ainsi, l'OFSP aurait dû s'efforcer davantage pour fournir aux citoyens des informations simples, succinctes et adaptées aux questionnements du public. L'idée sous-jacente est de contrer les canaux d'information anti-vaccin, et ceux diffusant des informations inexactes, et de proposer des informations factuelles qui permettent d'agir face à un phénomène pandémique de manière davantage rationnelle qu'émotionnelle. Toutefois, tous reconnaissent la difficulté, voire l'impossibilité d'imposer des contenus médiatiques et d'éviter ainsi un traitement médiatique émotionnel. Dès lors, les organisateurs soulignent l'importance de mettre des spécialistes à disposition au sein de l'hôpital pour informer le personnel, à l'instar d'un participant qui a avancé l'idée de mettre un service scientifique de piquet au sein de l'hôpital, ou un groupe de discussion pour les collaborateurs, afin que ceux-ci puissent s'exprimer sur leurs craintes et leurs doutes.

10.3.3.2 Rôle des autorités de santé publique

Ce sous-thème se penche sur la manière dont le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes se souviennent et évaluent la gestion de l'épisode pandémique des autorités en charge de la santé publique, que ce soit au niveau mondial, national ou cantonal.

Pour la majorité des infirmiers/ères, les autorités de santé publique ont montré un alarmisme exagéré. Beaucoup estiment que les autorités suisses ont succombé à la pression exercée par l'OMS qui a recommandé hâtivement la vaccination auprès de ses États-membres. Le gouvernement suisse aurait acheté des millions de doses de vaccins de manière précipitée et aurait suspicieusement raccourci le processus de test du vaccin, laissant planer le doute sur sa fiabilité et sa sécurité, ainsi que sur la connivence des autorités de santé publique, en particulier l'OMS, avec les producteurs de vaccins. La précipitation dans laquelle ces vaccins auraient été mis à disposition par les firmes pharmaceutiques a donc augmenté la perception du risque lié à la vaccination et a généré un sentiment largement partagé que les campagnes de vaccination auprès du personnel infirmier comportaient avant tout un intérêt commercial. Ils déplorent en

général le gaspillage du surplus de millions de doses de vaccin que le Conseil fédéral a dû revendre ou offrir à d'autres pays. Cependant, de nombreux infirmiers/ères nuancent ce constat en estimant que dans un tel contexte d'incertitude, l'alarmisme était justifié et qu'il fait en quelque sorte partie du devoir des autorités de santé publique. Ils sont d'ailleurs nombreux à reconnaître que ces dernières auraient été condamnées en cas d'inaction. « Intervieweuse : dans quelle mesure pensez-vous que la pandémie était une menace ?] P : *elle aurait pu l'être, je pense qu'elle aurait pu l'être... mais néanmoins je pense que très tôt les niveaux, les milieux scientifiques ont dû savoir que ça serait peut-être pas aussi grand, néanmoins les campagnes de vaccination tout ça, elles ont perduré, bon ben voilà mais euh... je pense qu'il vaut peut-être quand même mieux être un peu alarmiste pour rien que de faire prendre des risques à des milliers de gens et après on se mord les doigts* » (site 2, participant 14).

Les organisateurs des campagnes de vaccination estiment que l'OMS a surévalué l'intensité du phénomène en déclarant l'état de pandémie et que le plan national de pandémie déclenché à la suite de cette annonce était disproportionné, puisqu'il était prévu pour une pandémie plus grave. A ce titre, certains emploient le terme de « surréaction » de la communauté scientifique et politique. La complexité du phénomène pandémique a conduit les autorités nationales de santé publique à anticiper un scénario de grande ampleur et à vouloir immuniser la population au travers de deux doses de vaccin. C'est particulièrement en relation au nombre de doses de vaccin achetées par la Confédération qu'il y aurait eu une « surréaction », selon certains organisateurs des campagnes de vaccination. « [Intervieweur : Mais vous n'avez pas été pris de court (en parlant de l'arrivée de la pandémie en Suisse et à l'hôpital) ?] P : *Alors on n'a pas été pris de court du tout... et c'est ça le problème... si on avait été pris de court y aurait pas eu de problèmes... parce qu'on n'aurait pas réagi... on n'aurait pas hyper... sur-réagi...* [Intervieweur : Vous pensez que vous avez sur-réagi ?] P : *Ben bien sûr... enfin sur le résultat c'est... on a sur-réagi pas à beaucoup d'égards hein à mon avis... la seule vraie sur-réaction je trouve c'est d'imaginer comme l'a fait la Confédération que chaque Suisse devait avoir deux vaccins... c'est inimaginable... enfin que les gens soient d'accord... je sais pas ce qu'il aurait fallu pour que les gens soient d'accord... il aurait fallu les obliger...* » (site 1, participant 2, médecin adjoint, spécialiste en infectiologie et en médecine interne, responsable d'une unité prévention et contrôle de l'infection). D'ailleurs, à ce propos, un des organisateurs des campagnes de vaccination se souvient que les autorités de santé publique avaient hésité à recommander une ou deux doses de vaccin, créant de ce fait une confusion et une baisse de confiance du public

envers la communauté scientifique, puisqu'il n'y avait pas de consensus au sein de ses membres.

Les organisateurs des campagnes de vaccination sont plusieurs à penser que l'OMS doit revoir sa gestion de crises pandémiques et sa communication lors de tels événements, d'une part, parce que cette organisation aurait participé à la surréaction en déclarant précipitamment l'état de pandémie et d'autre part, parce qu'il s'est avéré que certains de leurs experts avaient des conflits d'intérêt. Il ressort des organisateurs des campagnes de vaccination un sentiment amer de « gâchis communicationnel » de la part de la communauté scientifique et des autorités internationales de santé publique. Les erreurs communicationnelles ont permis le partage dans la population, personnel infirmier compris, du sentiment que le phénomène a été surévalué et que les intérêts économiques des firmes pharmaceutiques ont primé sur la protection de la population. Même s'ils estiment que la pandémie de grippe de 2009 a constitué une expérience enrichissante dans la préparation et la gestion d'une crise mondiale, les organisateurs des campagnes de vaccination pensent qu'il sera difficile de faire adhérer la population et le personnel infirmier à la stratégie de vaccination lors d'une future pandémie, notamment à cause du souvenir négatif laissé par celle de 2009 en termes de crédibilité des autorités de santé publique. *« Après coup moi ce que j'ai aussi beaucoup entendu... alors après le soufflé est retombé... c'était pas si grave qu'en fait il n'était apparu initialement... et puis tout le monde s'est dit ben voilà on s'est fait vacciner pour rien... on en a mis plein les poches aux industries pharmaceutiques on s'est fait manipuler... donc maintenant c'est fini je me vaccine plus... euh... donc voilà y a une espèce de retour de manivelle... les gens ont l'impression de s'être fait un peu avoir hein quelque part... et pis ils décident d'être peut-être un peu plus vigilants par rapport à... à ça... c'est un peu Pierre et le loup hein... »* (site 1, participant 4, médecin chef, spécialiste en médecine du travail). *« Les gens garderont le souvenir d'une escroquerie par une caste de profiteurs »* (site 3, participant 2, médecin chef, spécialiste en médecine interne et en infectiologie).

Au niveau national, une partie des organisateurs des campagnes de vaccination aurait souhaité que l'OFSP prenne davantage en main la diffusion régulière des informations et des recommandations des conduites à tenir destinées à la population, mais aussi celles destinées aux médecins cantonaux. Certains ont regretté l'application de directives différentes entre les cantons, notamment au niveau du type de masque de protection à porter en cas de refus de vaccination. Selon eux, l'OFSP aurait dû être davantage le noyau des informations et des directives au niveau fédéral, de manière à que les mesures de protection aient été appliquées

uniformément sur le territoire national, évitant ainsi la confusion organisationnelle dans les hôpitaux.

Tout comme une large partie du personnel infirmier, les organisateurs des campagnes de vaccination nuancent leurs critiques envers les autorités de santé publique en reconnaissant l'application à juste titre du principe de précaution, en regard de la complexité et de l'incertitude de la situation. Ils reconnaissent également les difficultés pour l'OMS de communiquer au public de manière nuancée sur la gravité de la pandémie dans un contexte incertain, même si selon eux, cela aurait été souhaitable. En fin de compte, les organisateurs des campagnes de vaccination retiennent que les mesures prises par l'ensemble des autorités de santé publique étaient justifiées et ont très probablement participé à la faible gravité de la pandémie, même si celles-ci ont été considérées a posteriori comme exagérées.

10.4. Discussion

10.4.1. L'existence d'attitudes sceptiques au sein du personnel infirmier

Cette étude montre comment des membres du personnel infirmier et des organisateurs des campagnes de vaccination se rappellent avoir vécu l'épisode de la grippe pandémique de 2009 sur leur lieu de travail et de l'impact de ce dernier sur leurs pratiques professionnelles. Elle révèle surtout l'existence d'attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi le personnel infirmier. En ce qui concerne la pandémie de grippe de 2009, de telles attitudes se traduisent par des doutes quant au réel danger que représentait la pandémie, par l'impression d'un alarmisme exagéré de la part des autorités de santé publique et des médias par rapport à l'expérience personnelle d'un phénomène de faible incidence, par de la réticence envers un vaccin parfois perçu comme élaboré à la hâte par des firmes pharmaceutiques profitant de la situation pour augmenter leur chiffre d'affaires, et par des soupçons de connivence entre ces dernières et l'OMS.

La crédibilité de cette organisation semble avoir été écornée par sa gestion de la crise pandémique, accusée notamment par certains organisateurs des campagnes de vaccination d'un manque de transparence sur les potentiels conflits d'intérêt de ses experts-conseils avec les firmes pharmaceutiques. De nombreux membres du personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination s'accordent à dire que l'élévation du niveau d'alerte au maximum par l'OMS était quelque peu exagérée et qu'elle a provoqué un alarmisme disproportionné. Cet alarmisme semble avoir eu des répercussions au niveau des hôpitaux, notamment en termes de recommandations de vaccination plus insistantes que d'habitude auprès des employé(e)s, et en

particulier auprès du personnel infirmier. En contrepartie, la grande majorité des infirmiers/ères affirme avoir subi une pression extraordinaire en faveur de la vaccination et a ressenti le choix entre la vaccination et le port du masque comme un chantage.

Lors d'une prochaine pandémie, le souvenir d'une « fausse alarme » en 2009, et la « fatigue du risque » (Liao & Fielding, 2014) seront vraisemblablement des éléments à prendre en considération au moment d'édicter des conduites à tenir auprès de la population et des professionnels de la santé. La perte de crédibilité d'institutions telles que l'OMS semble participer au scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes, puisqu'elle a amené une grande part des infirmiers/ères interrogé(e)s à mettre en doute le réel danger de la pandémie et la nécessité de se vacciner. D'ailleurs, de plus en plus d'études scientifiques indiquent que les autorités de santé publique devraient se baser sur l'expérience de la pandémie de 2009 pour réfléchir à la façon de regagner de la confiance du public (Bangerter, 2014; Larson & Heymann, 2010), parce qu'il a été démontré que l'adhérence aux recommandations de vaccination, par exemple lors de pandémies comme celle de 2009, dépend également de la confiance du public dans les institutions de santé publique (Gilles et al., 2011) et de la perception de la crédibilité des sources d'information (Clarke & McComas, 2012).

10.4.2. Des professionnels de la santé aux points de vue différents

Cette étude dégage également des divergences de point de vue entre le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination – issus majoritairement du corps médical et du domaine de la prévention et du contrôle de l'infection – quant aux responsabilités et devoirs professionnels des infirmiers/ères, notamment en matière de vaccination contre la grippe. L'étude montre que ces divergences sont susceptibles de péjorer l'application des recommandations de vaccination au sein d'une structure hospitalière lors d'une pandémie. Les infirmiers/ères ont tendance à estimer que la vaccination contre la grippe n'est pas la seule façon de répondre au devoir professionnel de protection des patients, même lors d'une pandémie. Le port du masque et les autres mesures de protection standards, comme la désinfection des mains et le port de gants, rempliraient pleinement les exigences liées à leur activité professionnelle. De plus, certain(e)s d'entre eux/elles estiment que la vaccination leur est recommandée indirectement dans le but organisationnel de limiter l'absentéisme. Il y a derrière cette façon de penser l'idée que la vaccination contre la grippe, qu'elle soit saisonnière ou pandémique, est une sollicitation superflue du corps de l'infirmier/ère, déjà appelé(e) à se vacciner contre d'autres maladies. La distinction proposée par le sociologue Dubar (2010, 2015) entre

l'« identité pour soi » et l' « identité pour autrui » est pertinente pour aborder le processus décisionnel des infirmiers/ères réticents envers la vaccination. La prise de décision en matière de vaccination confronte parfois les valeurs personnelles d'autonomie aux valeurs professionnelles infirmières d'altruisme. L'étude montre que les valeurs professionnelles d'altruisme sont particulièrement remises en question lorsqu'il s'agit de vaccination contre la grippe, étant donné que celle-ci est un acte intrusif qui engage le corps de l'infirmier/ère, et qu'il arrive donc que les revendications d'autonomie priment sur l'altruisme.

Falomir-Pichastor et al. (2009) expliquent que les infirmiers/ères ont tendance à être davantage vacciné(e)s contre la grippe saisonnière et à considérer cette pratique comme faisant partie de leur devoir professionnel en fonction de l'intensité de leur identification à leur groupe professionnel. L'étude que je présente soulève la question de savoir si l'on arriverait aux mêmes conclusions dans le cas d'une campagne de vaccination contre une grippe pandémique. La deuxième étude de cette thèse y reviendra. Il serait également légitime de se demander si le contexte incertain d'une pandémie, marqué par des controverses publiques sur le vaccin, ne réduirait pas l'identification au groupe professionnel infirmier et, partant, la conception de la vaccination comme un devoir professionnel au profit du recours au libre arbitre. Davantage de recherches sont à envisager sur les comportements de vaccination des infirmiers/ères lors de telles situations.

La volonté d'une grande partie du personnel infirmier de préserver l'intégrité de leur corps fait écho à une peur des effets secondaires à long terme du vaccin contre la grippe. La vaccination représente pour certain(e)s réfractaires l'injection d'un produit sophistiqué dans leur propre corps dont aucun expert ne pourra les convaincre de l'absence d'effets indésirables graves à long terme. Par conséquent, certain(e)s infirmiers/ères estiment intuitivement que le risque lié à la vaccination est plus important que celui lié à la contraction de la maladie. La plupart des infirmiers/ères n'estime pas appartenir à un groupe à risque, perçoit la grippe comme une maladie de faible gravité, et préfère donc faire confiance en leur système immunitaire, plutôt que de « prendre le risque » de se vacciner (e.g., Bellia, Setbon, Zylberman & Flahault, 2013).

Les services dans lesquels travaillent les infirmiers/ères semblent également être un déterminant dans la prise de décision en matière de vaccination. Travailler dans un service accueillant des patients immunodéprimés semblerait favoriser la vaccination d'une partie du personnel infirmier. Les habitudes de vaccination seraient également un facteur important dans la prise de décision en matière de vaccination (Lin et al., 2010). Les infirmiers/ères habitué(e)s à se faire

vacciner contre la grippe saisonnière semblent avoir davantage accepté la vaccination contre la grippe pandémique que celles et ceux qui n'avaient pas l'habitude de se faire vacciner. Lors de la pandémie de 2009, les taux de vaccination ont augmenté par rapport à ceux habituellement relevés, signifiant que des infirmiers/ères qui ne se vaccinaient pas d'habitude se sont faits vacciner cette année-là. À en croire ce que disent les organisateurs des campagnes de vaccination, et d'après les relevés des taux de vaccination mis à ma disposition, l'épisode pandémique n'a pas été un catalyseur des habitudes de vaccination contre la grippe, puisque les taux ont chuté l'année d'après pour retrouver par la suite, des taux habituels (voir Annexe 1).

Du côté des organisateurs des campagnes de vaccination, on défend, en revanche, une éthique utilitariste qui consiste à penser que, dans une institution de soins, la protection d'autrui est cruciale et demande à ce que le bien-être commun, en l'occurrence assuré de la meilleure façon par la vaccination, prime sur les prérogatives personnelles d'autonomie. Ils considèrent le port du masque comme un compromis moins satisfaisant que la vaccination. Les organisateurs des campagnes de vaccination entendent bien les revendications d'autonomie et de liberté de décision d'une grande partie du personnel infirmier, mais ils déplorent le fort déni envers les arguments rationnels recommandant la vaccination.

Les organisateurs des campagnes de vaccination adoptent la perspective du modèle du déficit (Durant et al., 1989) en pensant que le refus de vaccination est attribuable à un manque de connaissances sur le vaccin et qu'il serait bénéfique que le personnel infirmier acquière de meilleures connaissances à ce sujet, de manière à ce que ce dernier adopte une attitude plus favorable. Les organisateurs des campagnes de vaccination se sentent quelque peu démunis face à ce « dialogue de sourds » opposant leurs arguments scientifiques aux craintes et croyances relatives à la vaccination d'une grande partie des infirmiers/ères. La rationalité avec laquelle ils ont donné sens à la pandémie et aux moyens d'en contenir sa propagation a parfois été diamétralement différente de certains membres du personnel infirmier qui ont eu recours à des mécanismes cognitifs plus intuitifs.

10.4.3. L'impact de la pandémie sur les pratiques professionnelles quotidiennes

Enfin, cette étude montre comment la pandémie et la campagne de vaccination y relative a eu des conséquences sur les pratiques professionnelles quotidiennes du personnel infirmier et des organisateurs des campagnes de vaccination. Une majorité du personnel infirmier affirme avoir ressenti une pression institutionnelle inhabituelle en faveur de la vaccination sur leur lieu de travail. Le fait de devoir choisir entre la vaccination et le port du masque de protection durant

toute la période pandémique a été considéré par une grande partie des infirmiers/ères comme une sorte de chantage, traduisant un manque de diplomatie de la part des dirigeants de l'hôpital. De nombreux membres du personnel infirmier non-vaccinés ont en effet ressenti l'obligation du port du masque comme une punition de ne pas avoir suivi les recommandations de vaccination. Les infirmiers/ères non-vacciné(e)s ont perçu la plupart du temps le port du masque comme une alternative stigmatisante à la vaccination, car celui-ci indiquait ostensiblement l'appartenance de l'individu à la catégorie des infirmiers/ères réfractaires et, de ce fait, attirait les reproches d'autres travailleurs de la santé promouvant la vaccination, en particulier les médecins. Les recommandations de vaccination ont souvent été confrontées aux revendications du personnel infirmier de pouvoir disposer de leur corps et de choisir librement entre la vaccination et le port du masque. Ces revendications d'autonomie ont nuï aux arguments avancés par les organisateurs des campagnes de vaccination qui prônaient la responsabilité professionnelle de protection des patients par la vaccination en tant que mesure la plus efficace.

En général, les infirmiers/ères estiment que les mesures prises au sein de l'hôpital pour lutter contre la propagation de la grippe pandémique ont été exagérées, même s'ils/elles reconnaissent, deux ou trois ans après l'épisode pandémique, que le contexte incertain et menaçant pouvait justifier d'aussi grandes précautions. Cette impression d'exagération s'explique en partie par la comparaison entre la pression qui aurait été mise sur leurs épaules pour se vacciner, ou, à défaut, porter le masque, et la perception d'une faible incidence de la grippe pandémique sur leur lieu de travail et dans leur environnement social. La pandémie s'avérant de gravité moindre par rapport aux scénarios prévoyant une pandémie aussi grave que celle de 1918, les infirmiers/ères ont émis des doutes quant à l'adéquation des mesures de protection prises à l'hôpital.

Les informations officielles diffusées par différents canaux au sein de l'hôpital ont été jugées de bonne qualité et présentaient clairement les différents moyens à disposition pour lutter contre la grippe pandémique. Les ICUS ont à ce titre joué un rôle important dans la communication des informations et recommandations au sein de leur équipe. Leur rôle a été d'autant plus important que certain(e)s infirmiers/ères ont éprouvé des difficultés à comprendre et à s'adapter aux informations et recommandations régulièrement mises à jour durant l'épisode pandémique. Ces informations ont été concurrencées par la consommation de contenus médiatiques et des discussions entre collègues relatives aux controverses autour de l'intégrité de l'OMS, ainsi qu'autour de l'élaboration rapide et des effets secondaires du vaccin. La confusion due à la comparaison entre les informations officielles de l'hôpital et les sources alternatives peut

expliquer en partie les doutes de certain(e)s infirmiers/ères sur la réelle nécessité et sécurité de se vacciner.

10.4.4. L'épisode pandémique comme occasion de sensemaking

Le processus décisionnel en matière de vaccination du personnel infirmier est complexe, car il implique des aspects cognitifs, organisationnels et sociaux. Les modèles de comportements de santé tels que le Health Belief Model, les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié et les théories de perception du risque restent des outils légitimement mobilisables pour comprendre les attitudes et comportements du personnel infirmier envers la vaccination. Par exemple, la peur des effets secondaires due en partie à des incertitudes sur le contenu du vaccin, ne pas se sentir appartenir à un groupe à risque, ou encore le fait de percevoir la grippe comme étant une maladie peu grave semblent toujours représenter des facteurs explicatifs valides de la réticence envers la vaccination (Brewer et al., 2007; Weinstein et al., 2007). La méconnaissance relative au contenu du vaccin, cette sorte de « produit chimique » injecté dans le corps, semble également favoriser la peur de souffrir d'effets secondaires à plus ou moins long terme, et en ce sens, corroborer les études déjà menées à ce sujet (Zhang et al., 2012).

Toutefois, l'étude montre qu'il faut, en plus de cela, tenir compte des facteurs organisationnels et sociaux pouvant avoir un impact sur ce processus. Les infirmiers/ères se faisant vacciner la plupart du temps sur leur lieu de travail, comme cela a été le cas durant la dernière pandémie, leur processus décisionnel doit être indexé dans le contexte d'une campagne de vaccination au sein de l'hôpital. Et puisque les infirmiers/ères ne sont pas seulement des travailleurs de la santé, mais également des citoyennes et des citoyens, ayant été témoins des controverses publiques durant l'épisode pandémique, leur processus décisionnel doit aussi être indexé dans un contexte social plus large. Une telle prise en compte de ces contextes est souvent négligée dans les approches des comportements de santé et de perception du risque.

La pandémie de grippe de 2009 a constitué une sorte de « turbulence » pour les hôpitaux (Huber & Daft, 1987), caractérisée par de l'incertitude, des informations et des conduites à tenir évolutives et par de l'ambiguïté. Pour le personnel infirmier, la prise de décision en matière de vaccination a dû se faire dans une période durant laquelle le potentiel d'évolution et la gravité de la pandémie étaient encore inconnus, les controverses autour du vaccin étaient largement publiées dans les médias et les informations au sein de l'hôpital évoluaient rapidement. La pandémie de grippe A/H1N1 représentait donc une période marquée par l'ambiguïté, durant laquelle des paradoxes ont éclaté. En effet, l'OMS a déclaré l'état de pandémie et les

infirmiers/ères recevaient des recommandations de vaccination, alors qu'il/elles ne percevaient pas forcément dans leur environnement les conséquences directes de la pandémie. En somme, la pandémie de grippe A/H1N1 a véritablement constitué une occasion de *sensemaking* (Weick, 1995), en particulier pour le personnel infirmier. Les infirmiers/ères ont été amené(e)s à donner du sens à l'inédite situation pandémique touchant leur lieu de travail. Cette étape pourrait se résumer dans la question « Quelle genre de situation est-ce ? » (Chun Wei, 2001). Ils/elle ont ensuite dû évaluer les diverses interprétations données au phénomène et à la vaccination, de manière à pouvoir se décider rapidement en faveur de la vaccination ou du port du masque. Cette deuxième étape pourrait se résumer par la question « Et maintenant, que faire ? ».

La littérature scientifique a démontré que de tels contextes d'incertitude et d'ambiguïté demandant de réagir rapidement favorisent la prise de décisions intuitives souvent basées sur une comparaison avec un phénomène connu. Ces mécanismes sont très souvent efficaces, mais il arrive qu'ils soient inadéquats (Dane & Pratt, 2007; Lazarus & Folkman, 1984). Il se pourrait bien que de tels mécanismes intuitifs se reproduisent lors d'une prochaine pandémie de grippe et que le scepticisme public envers l'émergence de maladies infectieuses hérité de la pandémie de grippe de 2009 fasse partie de ses composants.

11.Étude 2 : Le scepticisme des infirmiers/ères envers les maladies infectieuses émergentes et leurs intentions de vaccination antigrippale

11.1. Résumé des observations de l'étude 1

L'étude 1 a proposé une rétrospective sur le vécu de la pandémie de grippe A/H1N1 survenue en 2009 du personnel infirmier et des organisateurs des campagnes de vaccination hospitalières. Elle a mis le doigt sur certains biais cognitifs susceptibles d'influencer la prise de décision en matière de vaccination de certain(e)s infirmiers/ères. Dans le même temps, cette étude qualitative a investigué la manière dont ces professionnels de la santé ont évalué la gestion de l'événement par les médias et les autorités de santé publique. L'étude a décrit la façon dont ces acteurs se souviennent de l'impact de cet événement sur leurs pratiques professionnelles et dans leur manière de concevoir les mesures de protection appliquées au sein de leur lieu de travail, notamment en termes de port du masque et de vaccination. Il en résulte principalement, en ce qui concerne le personnel infirmier, un sentiment d'exagération des mesures prises à l'hôpital et d'avoir subi une pression inhabituelle en faveur de la vaccination, et que le port du masque pouvait être stigmatisant.

Le retour réflexif sur la pandémie de grippe de 2009 a permis de relever l'existence d'attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) parmi le personnel infirmier et d'en explorer les composantes. Ce scepticisme se traduit principalement par des doutes quant au réel danger que représentait la pandémie de grippe. Ces doutes sont alimentés par le sentiment que l'alarmisme autour de cette pandémie était exagéré par rapport à la situation vécue au sein de l'hôpital et dans l'environnement social des infirmiers/ères. Les doutes concernaient également la nécessité de se vacciner pour se prémunir et contenir la propagation de la pandémie, et se manifestaient par des interrogations sur la sûreté du vaccin et de la méfiance envers les intentions et les compétences des autorités de santé publique et des firmes pharmaceutiques, censées gérer de tels phénomènes dans l'intérêt de la population. Cette étude a aussi montré que les organisateurs des campagnes de vaccination se sont sentis quelque peu démunis face aux croyances du personnel infirmier envers la vaccination et observent que les informations factuelles sur la maladie et son vaccin n'augmentent en général que de façon infime les taux de vaccination du personnel infirmier (Corace & Garber, 2014; de Juanes et al., 2007; Lam et al., 2010).

En somme, la première étude de cette thèse a mis en lumière une impression d'alarmisme exagéré et de « fausse alarme » au sein du personnel infirmier. Cette impression participe à la

« fatigue du risque » (Liao & Fielding, 2014) pouvant toucher autant la population générale que les infirmiers/ères, c'est-à-dire qu'elle favorise la tendance à jeter un discrédit sur les messages d'alerte et les recommandations lancés par les autorités de santé publique telles que l'OMS, en regard d'épisodes passés d'épidémies ou de pandémies dont la menace a été surévaluée. Les conclusions de cette étude soulignent l'importance de la crédibilité que les destinataires des messages de santé publique accordent aux institutions qui les émettent pour des campagnes de vaccination plus efficaces (Clarke & McComas, 2012).

11.2. Buts de l'étude

Le premier but de la présente étude est de savoir si l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE parmi les infirmiers/ères constitue un facteur prédictif supplémentaire de leurs intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle pandémie de grippe, par rapport aux conclusions des études basées sur les modèles comportements de santé et la perception du risque, ainsi que sur l'identité sociale (identification au groupe professionnel infirmier).

En étudiant la potentielle influence des attitudes sceptiques envers les MIE, cette étude vise une contribution théorique en présentant un nouvel facteur prédictif d'adoption de comportements de vaccination contre la grippe, par rapport aux études basées sur les modèles de comportements de santé (Carpenter, 2010; Jones et al., 2013), sur les croyances et biais de perception du risque (Brewer et al., 2007; Hofmann et al., 2006; Weinstein et al., 2007; Zhang et al., 2012) et sur l'identification à la profession infirmière (Falomir-Pichastor et al., 2009). Je forme l'hypothèse que l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE réduit les intentions futures de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique.

Un autre objectif de cette étude est d'investiguer, au-delà des déterminants de vaccination cités ci-dessus, l'influence de facteurs organisationnels sur les intentions futures de vaccination contre la grippe du personnel infirmier, tels que le souvenir du vécu de l'épisode pandémique et de sa campagne de vaccination y relative au sein de l'hôpital.

Cette étude vise aussi à étudier la mesure dans laquelle l'effet du vécu de l'épisode pandémique au sein de l'hôpital sur les intentions futures de vaccination transite par l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE. L'hypothèse sous-jacente est qu'un souvenir négatif de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique est lié à l'adoption d'attitudes sceptiques et réduit, par conséquent, les intentions futures de vaccination des infirmiers/ères contre la grippe

saisonnière et pandémique. Plus l'infirmier/ère perçoit la campagne de vaccination de 2009 comme ayant été exagérée ou encore oppressante, plus il/elle aura tendance à adopter une attitude sceptique envers les maladies infectieuses émergentes, c'est-à-dire qu'il/elle aura tendance à douter du réel danger qu'elles représentent et à remettre en question la gestion de l'épisode pandémique des autorités de santé publique, et par conséquent, il/elle aura moins l'intention de se vacciner dans le futur contre une grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique.

En outre, cette étude désire contribuer à la réflexion déjà engagée dans la littérature scientifique, notamment au travers des approches basées sur le marketing social, pour l'élaboration de campagnes de vaccination dans les hôpitaux qui tiennent compte des attitudes potentiellement sceptiques et hésitantes d'une partie du personnel infirmier et qui soient également adaptées aux différentes attitudes vis-à-vis de la vaccination contre la grippe (Heinrich-Morrison et al., 2015; Marshall, 2013; Marshall et al., 2010; Nowak et al., 2015; Opel et al., 2009).

Parmi les questions de recherche de cette thèse, cette étude en aborde trois. La première a trait aux corrélats des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes parmi le personnel infirmier, par exemple, en termes de profils sociodémographiques et de perception du risque, ou encore d'identité professionnelle. La deuxième veut prolonger les facteurs explicatifs déjà documentés sur la prise de décision en matière de vaccination contre la grippe, tels que ceux liés à la perception du risque et au devoir professionnel, en demandant dans quelle mesure les attitudes sceptiques envers les MIE ont, elles aussi, un impact sur les intentions futures de vaccination contre une prochaine épidémie de grippe saisonnière et contre une prochaine grippe pandémique similaire à celle de 2009. La troisième question investigate le processus pouvant influencer les intentions futures de vaccination du personnel infirmier contre une nouvelle grippe pandémique, au-delà des conclusions établies par les études basées sur les modèles de comportements de santé, de perception du risque et d'identification à la profession infirmière. Plus précisément, la question est de savoir dans quelle mesure l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE médiatise l'effet de l'expérience des infirmiers/ères de l'épisode pandémique de 2009 (à titre privé et sur leur lieu de travail) sur leurs intentions futures de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique.

La première question sur les corrélats des attitudes sceptiques envers les MIE donnera lieu à une analyse de corrélations. La deuxième question sur les attitudes sceptiques en tant que facteur explicatif supplémentaire des intentions de vaccination fera l'objet d'une analyse par

régressions hiérarchiques. Tandis que la troisième, investiguant la médiation opérée par l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE entre l'expérience de l'épisode pandémique et les intentions futures de vaccination, donnera lieu à une *path analysis*.

Le modèle que je souhaite tester (Figure 10) investigate l'influence des attitudes sceptiques envers les MIE sur les intentions de vaccination contre la grippe pandémique, en y incluant les variables liées aux expériences passées avec la pandémie de grippe de 2009 (expérience personnelle de la campagne de vaccination de 2009, expérience personnelle de la pandémie, et perception des informations au sein de l'hôpital) et en reprenant comme variables de contrôle celles de la perception du risque, des habitudes de vaccination et du devoir professionnel (considération de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel). Les hypothèses de ce modèle sont les suivantes :

- Les expériences négatives avec la pandémie de 2009 (impression d'exagération) et sa campagne de vaccination (sentiment de forte pression en faveur de la vaccination, stigmatisation des infirmiers/ères non-vacciné(e)s) favorisent l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE ;
- Les expériences négatives avec la pandémie de 2009 et le scepticisme envers les MIE affectent les intentions de vaccination
- Le scepticisme envers les MIE est un médiateur de la relation entre les expériences négatives avec la pandémie de 2009 et les intentions de vaccination.

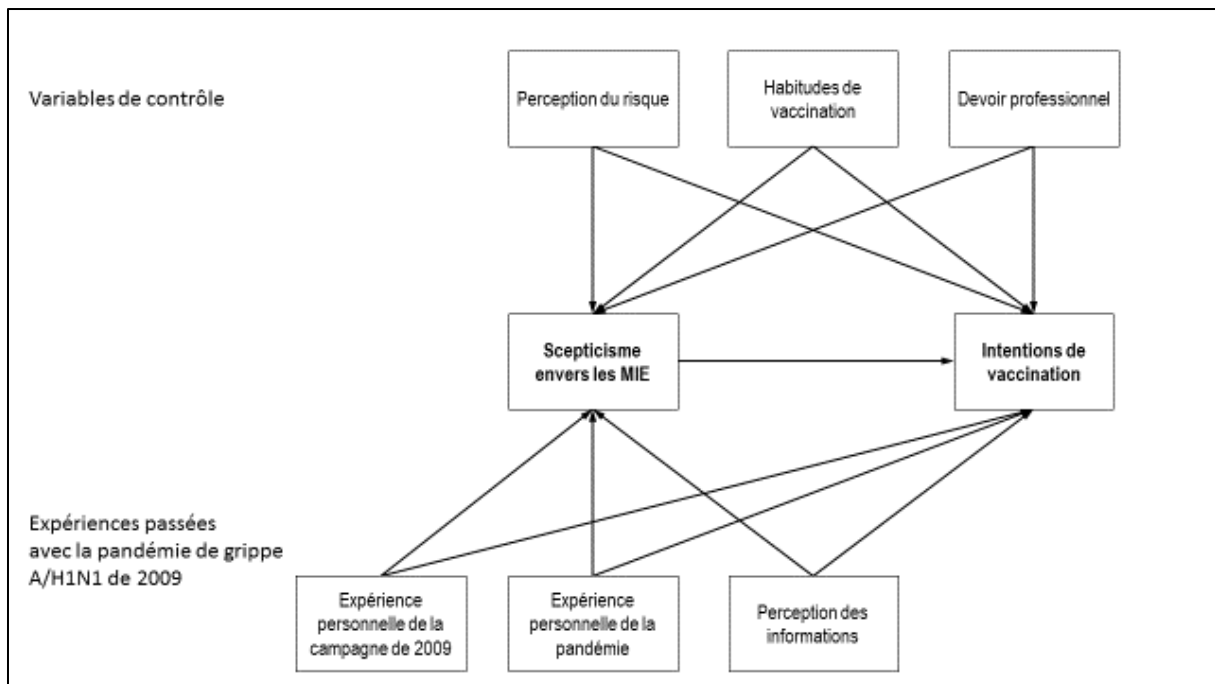


Figure 10 : Modèle à tester de l'influence du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) sur les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique

11.3. Méthode

11.3.1. Distribution et contenu du questionnaire

Nous avons distribué 841 questionnaires (voir Annexe 5) à l'ensemble du personnel infirmier diplômé de trois sites hospitaliers régionaux de Suisse romande entre février et mars 2013. Au moment de l'étude, les sites hospitaliers 1, 2 et 3 étaient dotés respectivement de 163, 119 et 163 lits. Les deux premiers dispensent des soins généraux, aigus, de réadaptation, ainsi que de gériatrie. Le troisième site offre des soins généraux et aigus. Il s'agit des hôpitaux régionaux ayant déjà participé à la première étude par entretiens. Nous avons choisi de ne pas inclure l'hôpital universitaire, car le processus d'acceptation de notre étude, notamment au travers d'un comité d'éthique, nous semblait trop long.

Avant d'engager les démarches pour l'envoi des questionnaires, j'ai informé par courrier électronique les directeurs des soins de chaque site de la démarche de notre étude, en présentant ses questions de recherche et ses potentielles implications pratiques, et avons demandé leur accord pour procéder. Après consultation de leurs comités de direction respectifs, chaque site nous a donné son accord pour mener notre étude. Par la suite, je me suis coordonné avec les directeurs des soins des sites pour organiser la distribution des questionnaires.

Les sites 1 et 3 ont reçu le questionnaire en format papier durant le mois février 2013, tandis que le site 2 l'a reçu en version électronique durant le mois de mars 2013, via le logiciel

Qualtrics®. J'ai acheminé les questionnaires en version papier auprès du site 1. Le directeur des soins de ce site s'est chargé de la distribution auprès de son personnel infirmier et s'est coordonné avec son collègue du site 3 pour que celui-ci les distribue à l'ensemble de son personnel infirmier. Les questionnaires en version électronique ont été distribués avec l'aide du directeur des soins du site 2, lequel nous a transmis les adresses de courrier électronique de l'ensemble de son personnel infirmier.

Le questionnaire en version papier était accompagné d'une lettre explicative (voir Annexe 6). Les participant(e)s au questionnaire électronique recevaient la même lettre en version électronique en introduction au sondage et devaient cocher une case indiquant leur accord de participation. Le document annexé expliquait l'intention de réaliser une étude sur la manière dont la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 a été vécue par le personnel infirmier dans les hôpitaux, et qu'elle abordait les thématiques suivantes :

- La perception et le souvenir des informations diffusées lors de la campagne ;
- Les implications concrètes de la campagne sur les activités/interactions professionnelles quotidiennes du personnel infirmier ;
- La perception du risque que constituait la grippe A/H1N1 ;
- Les attitudes plus générales envers les maladies émergentes ;
- L'historique de vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique ;
- Les intentions futures de vaccination contre la grippe saisonnière ainsi qu'en cas de nouvelle grippe pandémique ;
- Les raisons pour avoir accepté et/ou refusé le vaccin contre la grippe A/H1N1 et la grippe saisonnière ;
- La vaccination contre la grippe (saisonnière ou pandémique) comme devoir professionnel ;
- La satisfaction au travail ;
- Le sentiment d'appartenance à l'hôpital ;
- Données démographiques des participant(e)s.

Le document indiquait que cette étude était réalisée par l'Université de Neuchâtel, qu'elle avait obtenu le soutien financier du Fonds National Suisse de la Recherche. Le ou la participant(e) était également informé(e) des enjeux relatifs à cette étude ; à savoir, ceux de mieux saisir les attitudes du personnel infirmier en cas de pandémie et les répercussions concrètes des campagnes de vaccination dans le quotidien professionnel du personnel infirmier. Les personnes ayant répondu au questionnaire pouvaient choisir de recevoir en liquide une

récompense de CHF 20.-, ou de faire don de cette somme à des associations caritatives que j'avais sélectionnées. Les participant(e)s avaient également la possibilité d'indiquer s'ils voulaient recevoir un résumé de l'étude. Les participant(e)s avaient deux mois pour répondre au questionnaire. Aucun rappel n'a été lancé.

Le questionnaire guidait les participant(e)s de manière à ce qu'ils/elles puissent répondre aux questions qui correspondaient à leur statut professionnel au moment de la grippe pandémique de 2009. Les premières indications servaient à « trier » les participant(e)s. Ainsi, les infirmiers/ères qui n'étaient pas diplômé(e)s en octobre 2009, celles et ceux qui ne travaillaient ni dans l'hôpital étudié, ni dans un autre hôpital durant la période de la campagne, ou celles et ceux qui étaient absent(e)s deux mois ou plus entre octobre et décembre 2009 ont sauté les questions qui concernaient le vécu de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009.

Le questionnaire était divisé en deux rubriques principales. La première était rattachée à la grippe pandémique de 2009, tandis que l'autre concernait la grippe saisonnière. Les points abordés dans la première rubrique et les items du questionnaire se sont en grande partie inspirés des résultats de la première étude exploratoire par entretiens. A la suite de l'étape de « triage », étaient abordés les souvenirs des membres du personnel infirmier des moyens de communication utilisés par l'hôpital lors de la campagne de vaccination. Il leur était par exemple demandé s'il y avait ou non des affiches à différents endroits de l'hôpital, des livrets d'information, ou encore si un spécialiste (infectiologue) était à disposition pour répondre à leurs questions. Dans la suite du questionnaire, nous avons la plupart du temps utilisé des échelles de Likert à cinq points.

Venaient ensuite la thématique de leur perception, en termes de qualité et de fiabilité, des informations de la campagne de vaccination au sein de l'hôpital. Les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord) avec des affirmations telles que « à l'hôpital, les informations sur le vaccin contre la grippe A/H1N1 étaient fiables » ou encore « à l'hôpital, je me suis senti(e) obligé(e) de me vacciner contre la grippe A/H1N1 ». Les participants étaient ensuite amenés à indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord) relatif à des affirmations sur la manière dont le personnel infirmier a vécu la campagne de vaccination, afin d'observer dans quelle mesure celle-ci pouvait être ressentie comme oppressante. Ces affirmations étaient du type « à l'hôpital, certains médecins ont critiqué le refus de la vaccination des infirmiers/ères », ou encore, « à

l'hôpital, la campagne de vaccination a suscité des désaccords entre les infirmiers/ères vacciné(e)s et pas vacciné(e)s ».

Ensuite, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord) par rapport à des affirmations sur leur vécu personnel de l'épisode de la grippe pandémique. Ceci permettait de mieux comprendre, par exemple, dans quelle mesure l'individu s'est senti personnellement menacé par la pandémie ou dans quelle mesure il a estimé que le phénomène a été exagéré. Les affirmations étaient du type « d'après ce que j'ai pu observer dans mon entourage, la grippe A/H1N1 n'était pas si sévère qu'on a pu le dire », ou encore, « d'après ce que j'ai pu observer dans mon entourage, il était indispensable d'adopter les mesures d'hygiène recommandées par le gouvernement pour ne pas attraper la grippe A/H1N1 ».

Les participants devaient ensuite indiquer s'ils avaient été vaccinés contre la grippe pandémique en 2009 (oui, non, je ne sais plus). S'ensuivait une question sur leurs intentions de vaccination en cas de nouvelle grippe pandémique (de 1 = non, certainement pas, à 5 = oui, absolument »). Cette échelle a été adaptée à la grippe pandémique à partir de celle de Falomir-Pichastor et al. (2009), laquelle mesurait les intentions de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière. En outre, les participants devaient noter jusqu'à trois raisons principales pour lesquelles ils se feraient vacciner contre une nouvelle grippe pandémique. Pour cela, nous avons repris la manière de procéder de Zhang et al. (2012) pour leur questionnaire relatif aux connaissances, attitudes et perception du risque du personnel infirmier sur la grippe saisonnière et sur la vaccination, dont un des auteurs m'a transmis un exemplaire.

Ensuite de quoi, les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord) par rapport à une quinzaine de raisons de refuser la vaccination. La rubrique sur la grippe pandémique se terminait par des affirmations relatives aux attitudes envers les MIE par rapport auxquelles les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord). Il s'agissait d'affirmations telles que « le danger des maladies émergentes est exagéré dans le but de vendre des vaccins ou des médicaments », ou encore « il faut se méfier des recommandations qui sont données à la population pour combattre les maladies émergentes ». Cette échelle avait pour but de mesurer le niveau de scepticisme envers les MIE des infirmiers/ères.

Concernant la rubrique sur la grippe saisonnière, les participants ont été amenés à indiquer leur niveau d'accord avec des affirmations relatives à la perception du risque lié à la grippe

saisonniers. Pour cette échelle, nous avons repris 8 des 12 items que contient celle du questionnaire de Zhang et al. (2012). Avec l'aide de mon directeur de thèse, de langue maternelle anglaise, cette échelle a fait l'objet d'une traduction renversée de l'anglais au français et retour. Ensuite de quoi les participants devaient indiquer leur historique de vaccination contre la grippe (jamais été vacciné/e ; oui, en 2013 ; oui, en 2012 ; oui, en 2011 ; oui, mais je ne me souviens plus exactement quand). Plusieurs réponses étaient possibles.

Tout comme pour la grippe pandémique, les participants devaient indiquer leurs intentions de vaccination contre la grippe saisonnière l'année suivante (1 = non, certainement pas, à 5 = oui, absolument). De même, toujours selon le modèle du questionnaire de Zhang et al. (2012), ils étaient invités à noter jusqu'à trois raisons principales pour refuser la vaccination contre la grippe saisonnière. Ils devaient également indiquer leur niveau d'accord avec une quinzaine de raisons de refuser la vaccination contre la grippe saisonnière (1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord). Suivaient des affirmations relatives à la perception de la vaccination contre la grippe saisonnière comme faisant partie du devoir professionnel, auxquelles les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord). Pour cela, nous avons repris l'échelle de Falomir-Pichastor et al. (2009). L'auteur principal nous en a communiqué la version française validée. Les affirmations étaient du type « Se faire vacciner contre la grippe saisonnière fait partie du rôle professionnel de l'infirmier(ière) », ou encore, « La vaccination des professionnels de la santé doit rester un choix personnel pour chacun ».

Le questionnaire se poursuivait avec des affirmations relatives à la satisfaction au travail auxquelles les participants devaient indiquer leur niveau d'accord (1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord). Pour mesurer la satisfaction au travail, nous avons utilisé une échelle reprise d'un article de Roulin, Mayor et Bangerter (2014), qui eux-mêmes ont repris des items de la sous-échelle de satisfaction au travail de l'Extended Satisfaction with Life scale (Alfonso, Allison, Rader, & Gorman, 1996). L'un des auteurs m'a transmis un document sur lequel les items étaient traduits en français. Ensuite, venaient des affirmations relatives au sentiment d'appartenance à leur lieu de travail (engagement organisationnel). Pour cette échelle, nous avons utilisé 7 items de l'échelle de Allen et Meyer (1990), tels que listés par Jaros (2007), et un item de l'échelle de Chao, O'Leary-Kelly, Wolf, Klein, et Gardner (1994). Un collègue de mon institut m'a communiqué la version française de cette échelle qu'il avait déjà utilisée et validée pour ses recherches.

Le questionnaire se terminait par l'indication de données sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, l'état civil, le fait d'avoir ou non des enfants de moins de 12 ans dans le ménage, la/les nationalité(s), la formation, le fait d'exercer une fonction de cadre dans l'hôpital (p.ex. : infirmier/ère chef(fe) d'unité spécialisée), le service (médecine, chirurgie, pédiatrie, réadaptation, ou autre), le nombre d'années d'activité en tant qu'infirmier/ère, le nombre d'années d'activité au sein de l'établissement étudié, l'autoévaluation de l'état de santé (de 1 = très mauvais, à 5 = très bon), et pour finir, l'estimation de l'importance de la religion dans sa propre vie (de 1 = pas du tout importante, à 5 = très importante).

Les réponses au questionnaire en version électronique étaient automatiquement enregistrées par le logiciel, tandis que les questionnaires en version papier nous ont été retournés par la poste, dans une enveloppe-retour préaffranchie.

11.4. Résultats préliminaires

11.4.1. Taux de réponse et caractéristiques de l'échantillon

Un total de 841 infirmiers/ères réparti sur les trois sites hospitaliers retenus pour l'étude a reçu le questionnaire. 334 questionnaires me sont parvenus en retour, pour un taux de réponse de 40%. Les taux de réponse par site sont indiqués dans le Tableau 12 ci-dessous :

Tableau 12: Taux de réponse par site

	Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Taux de réponse
Site 1	310	103	33.23%
Site 2	201	43	21.39%
Site 3	330	188	56.97%
Total	841	334	39.71%

Les diagrammes d'attrition de chaque site, présentés ci-dessous, permettent de visualiser la manière dont les quatre premières questions du questionnaire (Q1.1, Q1.2, Q1.3 et Q1.4) ont « trié » les participant(e)s, selon leur statut professionnel au moment de la pandémie de 2009 (Figures 11, 12 et 13). Cela permet de mieux comprendre la manière dont a été constitué l'échantillon de la *path analysis*, laquelle a sélectionné uniquement des participants ayant vécu la campagne de vaccination. On s'aperçoit ainsi que sur les 334 participants, 243 (78 site 1 +35

site 2 + 130 site 3) ont vécu la pandémie sur le site étudié ou dans un autre hôpital en tant qu'infirmier/ère diplômé(e) et n'étaient pas absent(e)s deux mois ou plus durant cette période.

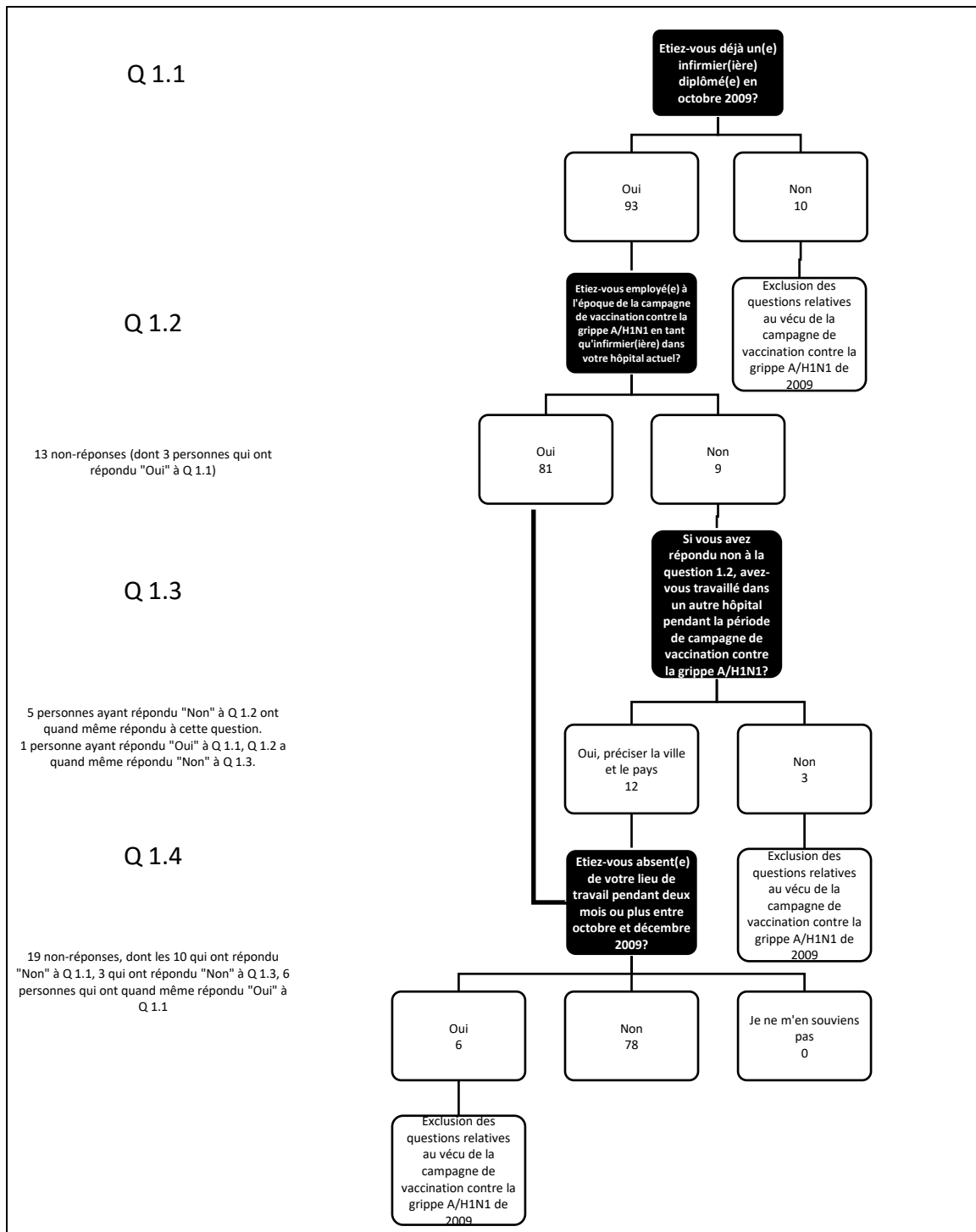


Figure 11: Diagramme d'attrition du site 1 (N = 103)

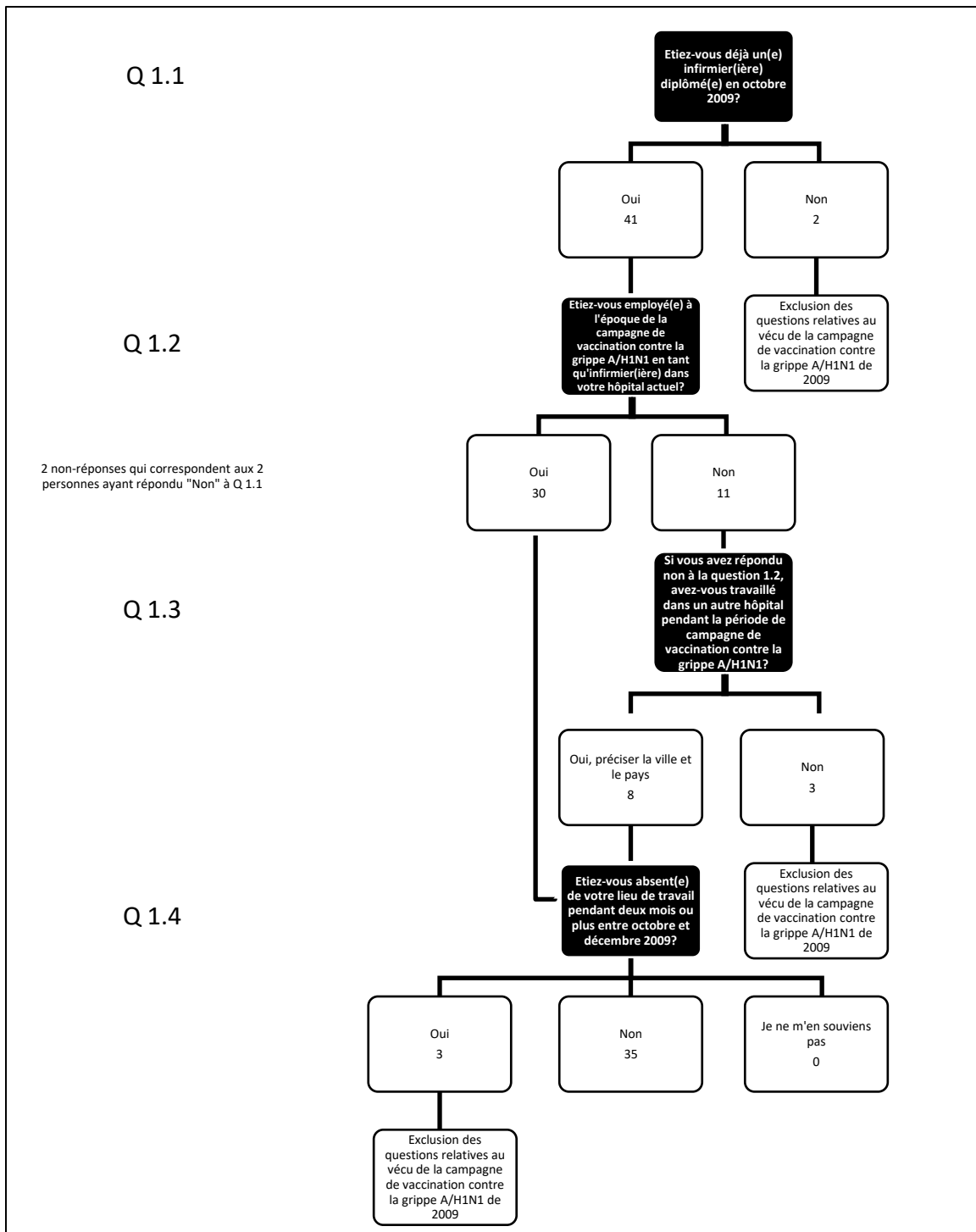


Figure 12: Diagramme d'attrition du site 2 (N = 43)

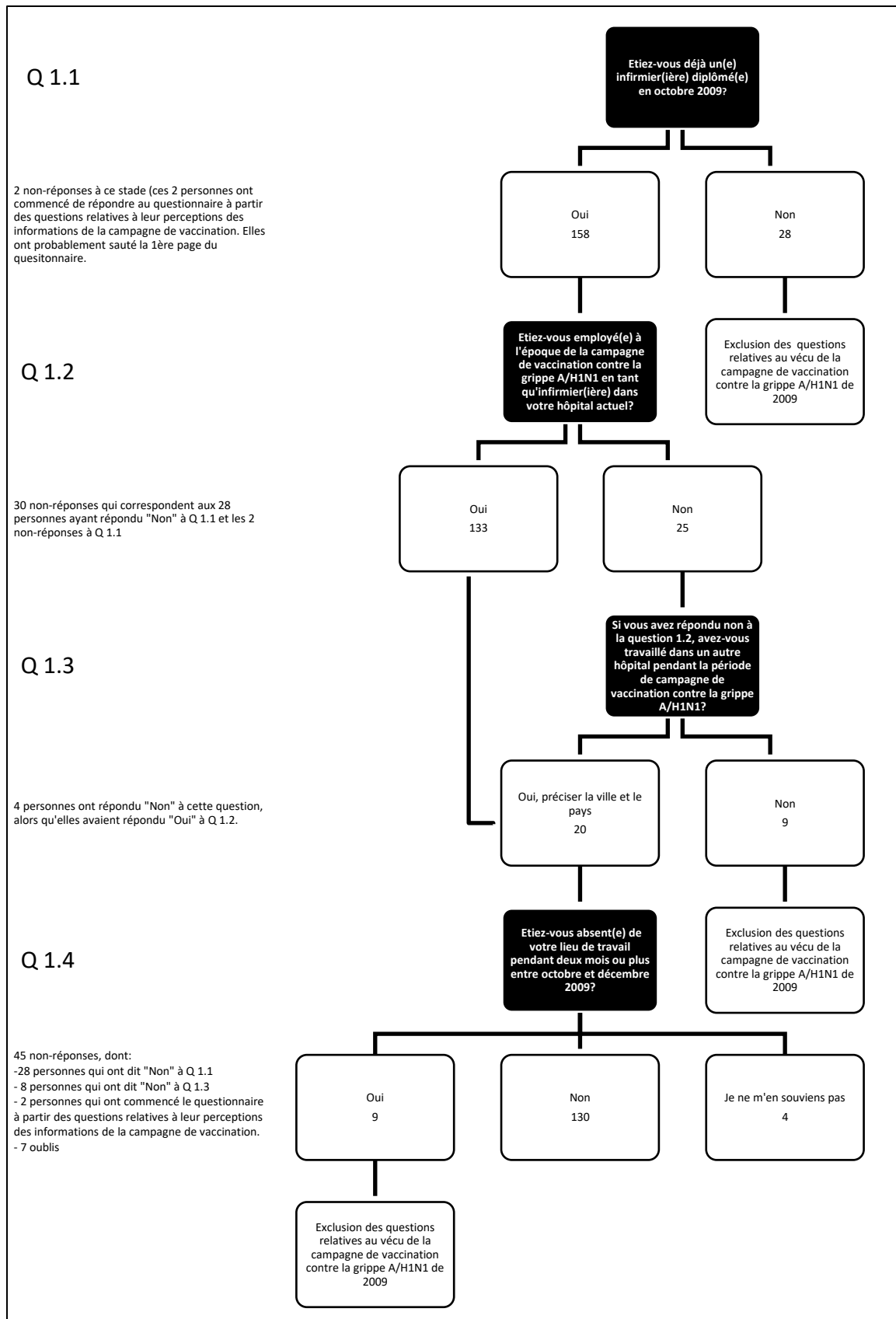
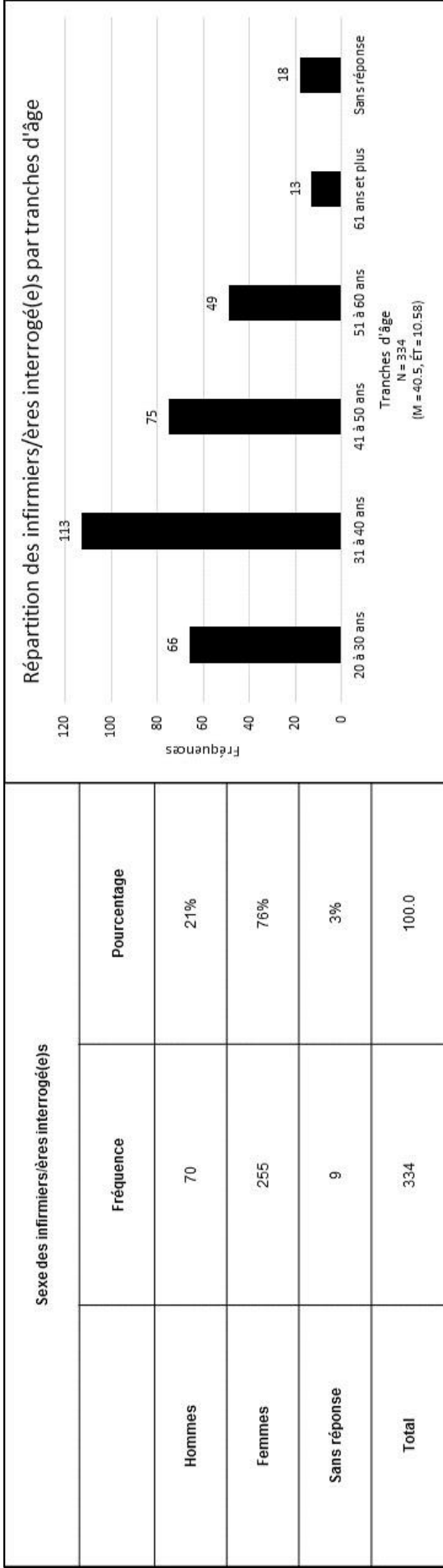
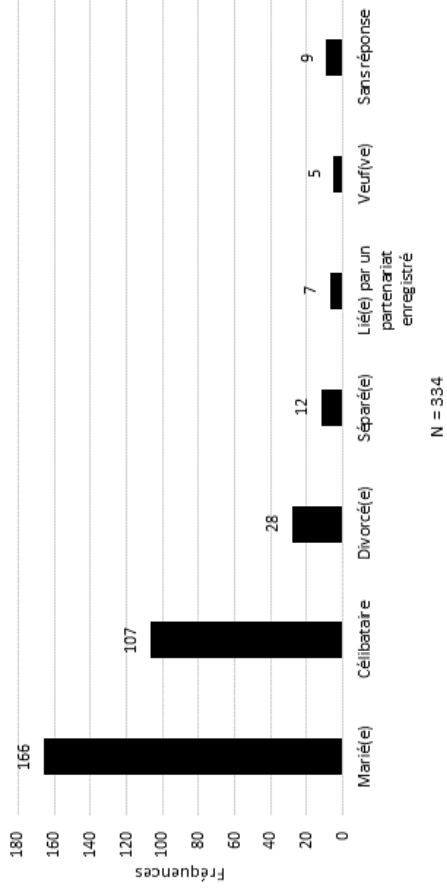


Figure 13: Diagramme d'attrition du site 3 (N = 188)

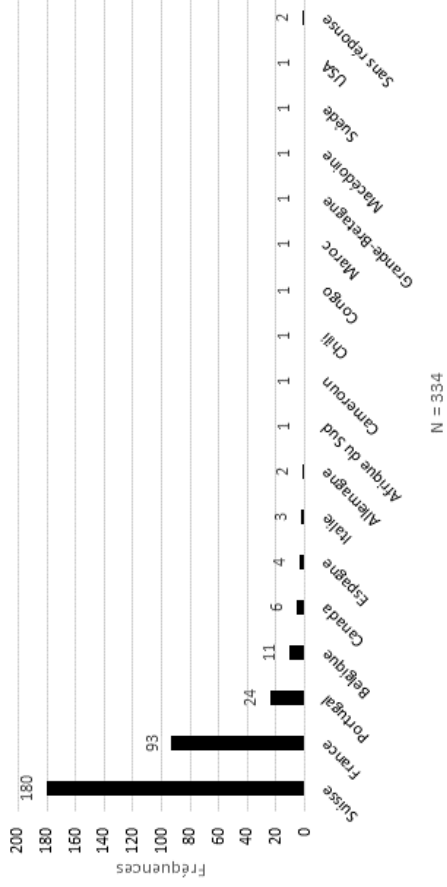
Les caractéristiques de l'échantillon des 334 participants sont présentées dans les graphiques regroupés dans la Figure 14 ci-dessous. Étant donné que les graphiques remplacent les explications, je ne vais pas les commenter, si ce n'est celui relatif aux formations. Celui-ci mérite quelques explications et n'a pas la prétention de refléter exactement le niveau de reconnaissance des formations tant ceci s'avère compliqué, les formations dans le domaine des soins étant très diverses, notamment d'un pays à l'autre. Pour le regroupement dans les catégories choisies, j'ai tenu compte des années et des crédits ECTS (European Credit Transfer and accumulation System) des formations. Un Bachelor équivaut à trois ans de formation et 180 ECTS. Un Master équivaut à deux ans de formation après le Bachelor et 90 ou 120 ECTS. Les formations postdiplôme sont généralement des formations de spécialisation après l'obtention d'un diplôme en soins infirmier et dure entre 18 et 24 mois. J'ai regroupé dans la catégorie « Bachelor en soins infirmiers Haute école de santé (ou titre équivalent) » d'autres formations que j'ai jugées équivalentes. Ainsi, par exemple, les infirmiers/ères titulaires d'un diplôme d'État français, d'un diplôme canadien d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, d'un diplôme d'une école infirmière de la Croix-Rouge française, ou encore un diplôme en technique infirmière ont été intégré(e)s dans cette catégorie. A la catégorie « Master en soins infirmiers Haute école de santé (ou titre équivalent) », j'ai intégré les individus en possession d'un diplôme d'État français avec une spécialisation, les infirmiers/ères spécialistes en anesthésie ou autres, les infirmiers/ères de bloc opératoire. La catégorie « Formation postdiplôme » regroupe les individus en possession, par exemple, d'un Diploma of advanced studies (DAS) en soins d'urgence, d'un Certificate of advanced studies (CAS), d'un brevet fédéral de responsable d'équipe dans des institutions sociales et médico-sociales, ou encore les infirmiers/ères stomathérapeutes. Les « autres formations » concernent, par exemple, les assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC), dont le titre équivaut à un certificat de degré secondaire II, et les techniciens/techniciennes en salle d'opération.



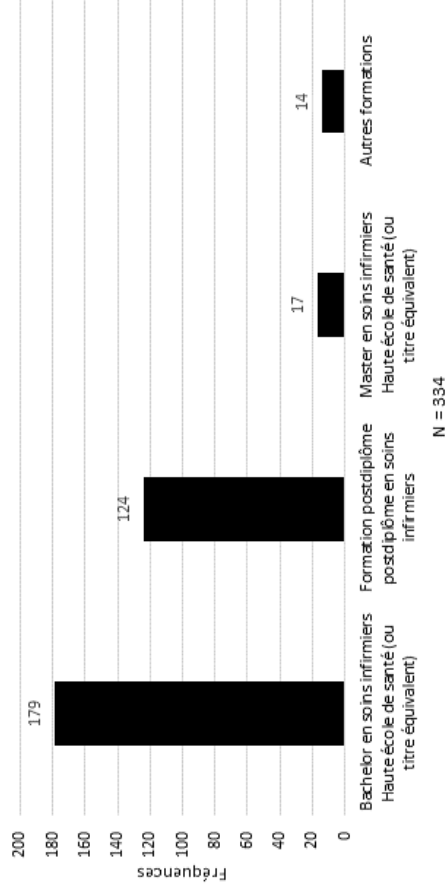
État civil



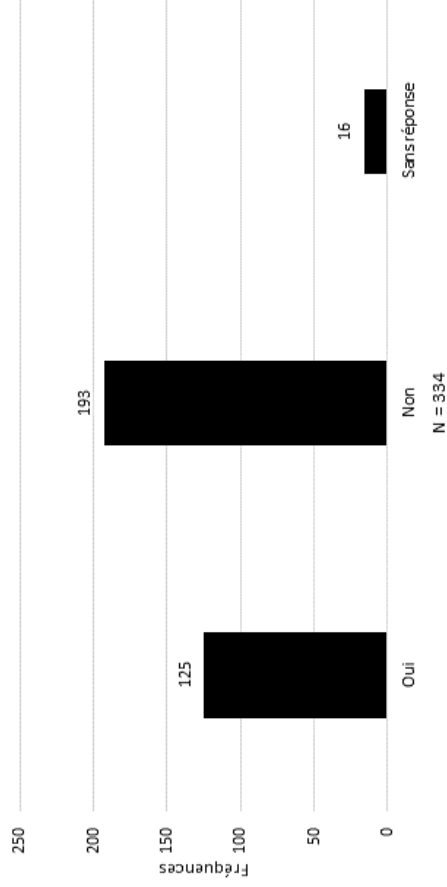
Nationalités



Formation



Présence d'enfants de moins de 12 ans dans le ménage



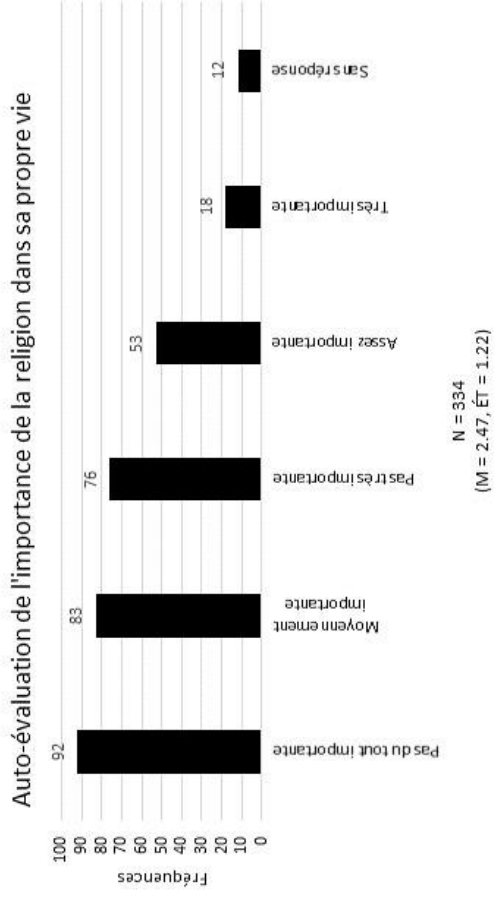
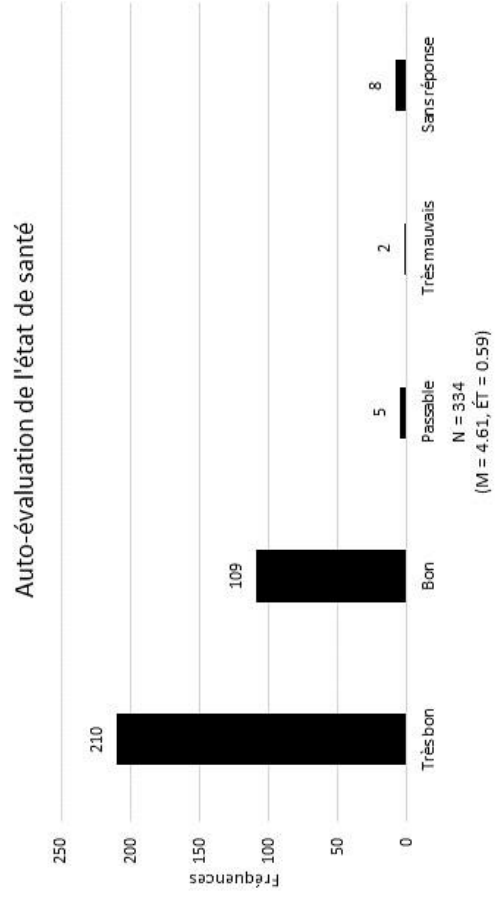
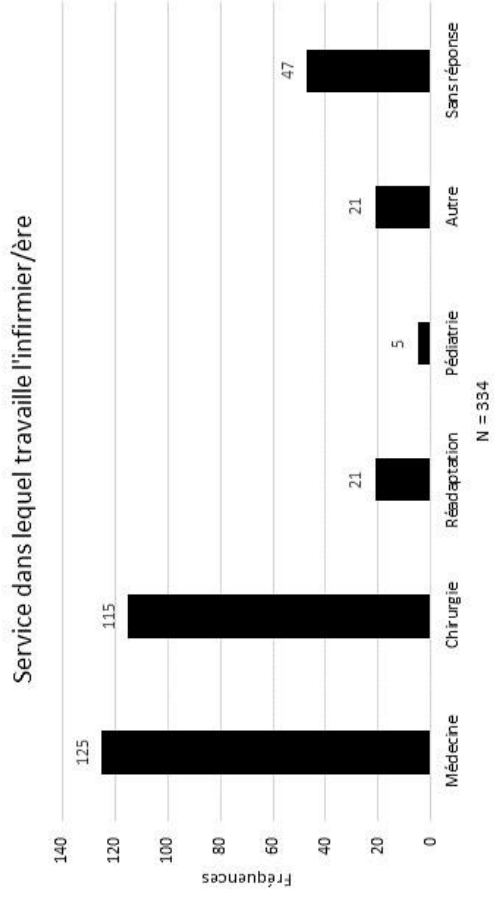
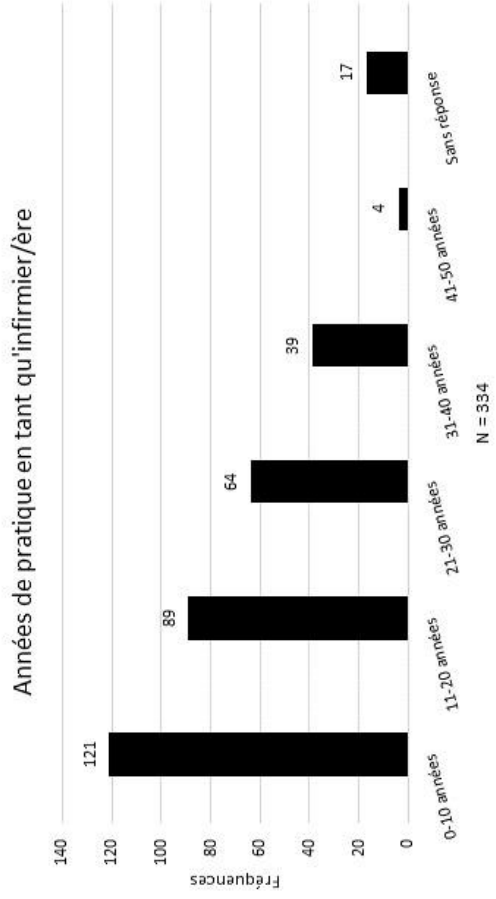


Figure 14: Graphiques des principales caractéristiques de l'échantillon

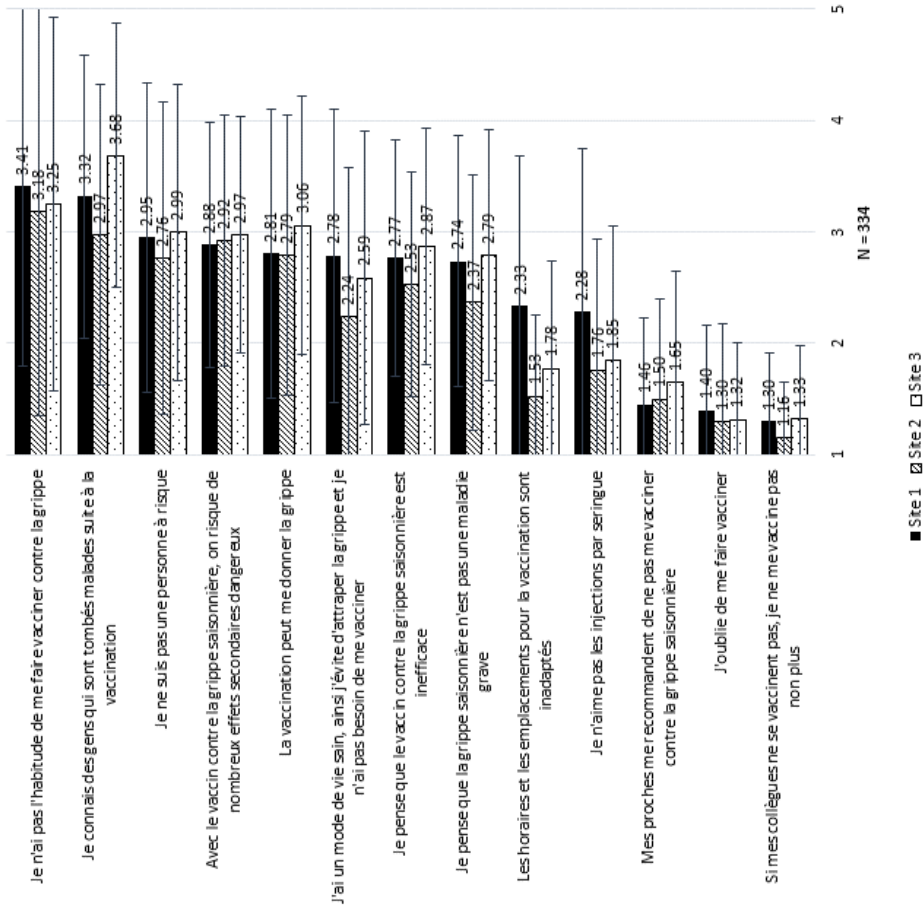
11.4.2. Différences entre les sites et corrélations des variables principales

Je présente maintenant les moyennes obtenues, pour chacun des sites et relativement à l'échantillon des 334 participants, sur les principales échelles du questionnaire : raisons principales du refus de la vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009, perception du risque lié à la grippe saisonnière, vaccination contre la grippe saisonnière en tant que devoir professionnel, vécu de la campagne de vaccination de 2009, souvenir des moyens de communication mis en place à l'hôpital, perception des informations fournies au sein de l'hôpital, vécu personnel de la pandémie de grippe A/H1N1 et finalement, les attitudes envers les MIE. Il s'agit d'une prémisse aux analyses statistiques de corrélations, de régression et de médiation qui vont suivre. Ces graphiques permettent de se familiariser avec le contenu de ces échelles et de jeter un premier aperçu des réponses données par les 334 participants.

En ce qui concerne les raisons principales du refus de la vaccination contre la grippe pandémique (Figure 15, à gauche), on s'aperçoit que la peur des effets secondaires, le fait de ne pas se considérer comme étant une personne à risque, et l'habitude de ne pas se faire vacciner contre la grippe ont été les raisons les plus fréquemment indiquées pour expliquer le refus de la vaccination contre la grippe A/H1N1 (pour rappel, les réponses étaient données sur une échelle de 1 à 5, avec 1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord).

En ce qui concerne la perception du risque lié à la grippe saisonnière (Figure 15, à droite), les réponses étaient également données sur une échelle de 1 à 5, avec 1 = pas du tout d'accord et 5 = tout à fait d'accord. Les résultats montrent que le risque perçu de contracter la maladie est faible (trois derniers items), et que la sévérité perçue des conséquences liées à la contraction de la grippe est plus lourde (quatre premiers items). Cela laisse penser qu'il serait judicieux d'axer une campagne de vaccination davantage autour des possibles conséquences liées à la grippe que sur les risques de contracter cette maladie.

Raisons pour refuser la vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009



Perception du risque lié à la grippe

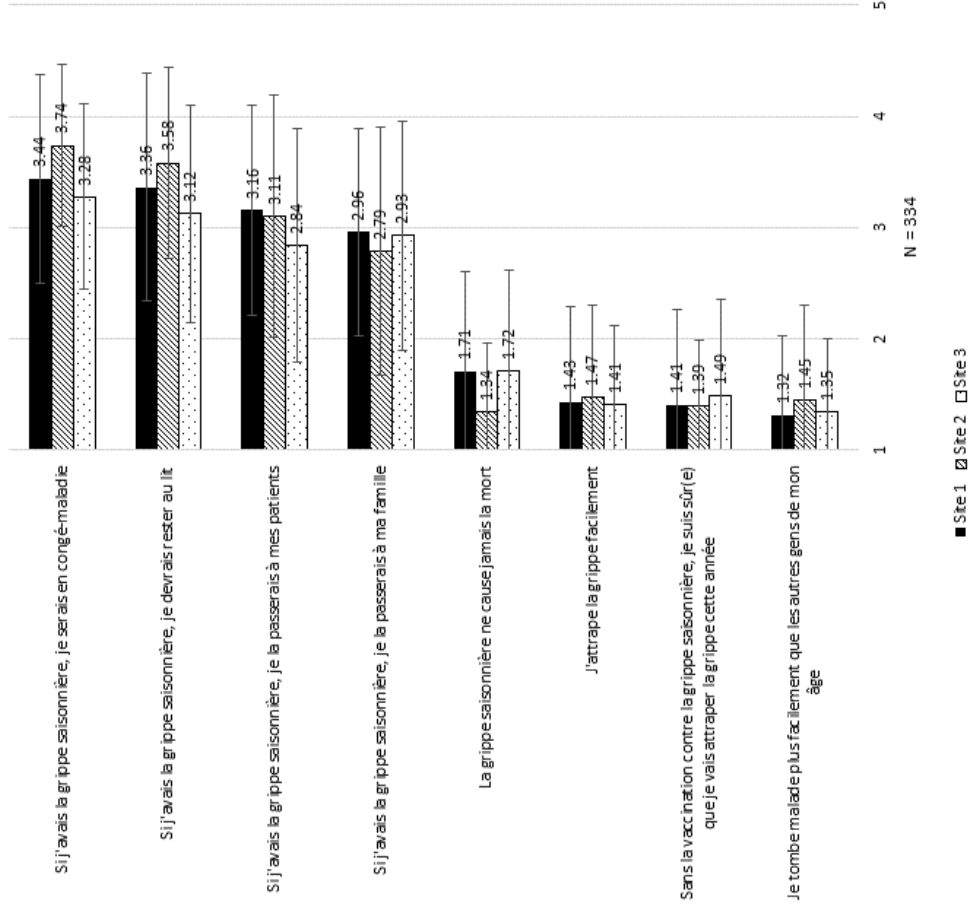
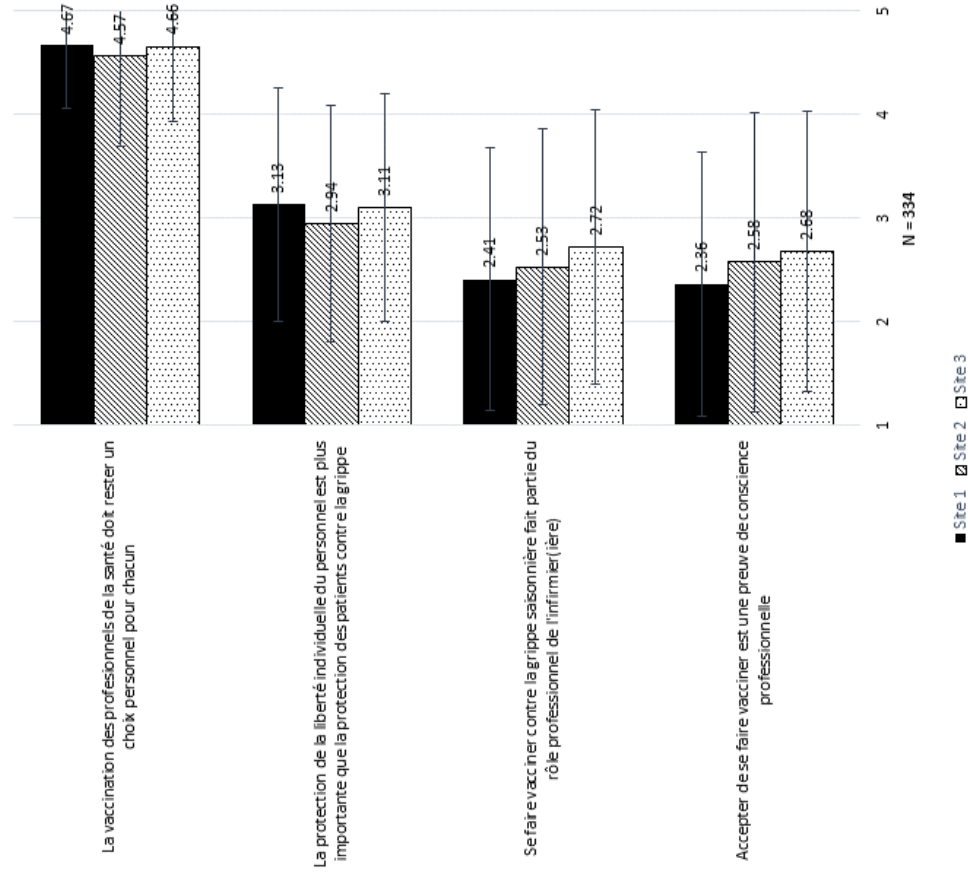


Figure 15. Les raisons principales du refus de la vaccination contre la grippe pandémique et la perception du risque lié à la grippe saisonnière

La Figure 16, à gauche, représente l'échelle de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel reprise de Falomir-Pichastor et al. (2009). Les réponses ont été reportées sur une échelle de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord. Les résultats montrent qu'en moyenne, la vaccination contre la grippe n'est pas considérée comme faisant partie du devoir professionnel infirmier (item 3). En effet, pour la majorité du personnel infirmier, la vaccination contre la grippe semble devoir rester un choix personnel (item 1). Pour autant, la protection de la liberté individuelle du personnel infirmier ne prime pas clairement sur la protection des patients contre la grippe. Le personnel infirmier semble partagé sur ce point (item 2). Ceci peut être expliqué par le fait que certains membres du personnel infirmier ne considèrent pas la vaccination comme étant l'unique moyen de protéger les patients contre la grippe. Certains préfèrent par exemple le port du masque.

La Figure 16 située sur la droite concerne le vécu de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009. Les résultats n'indiquent, en moyenne, que peu de désaccords entre collègues infirmiers/ères et avec le corps médical. Nous pouvons tout au plus remarquer des moyennes supérieures, avoisinant le 3 (ni d'accord ni pas d'accord), pour l'affirmation selon laquelle certains médecins ont critiqué le refus de vaccination des infirmiers/ères, reflétant ainsi le sentiment de pression ressorti de la première étude.

Devoir professionnel



Vécu de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009

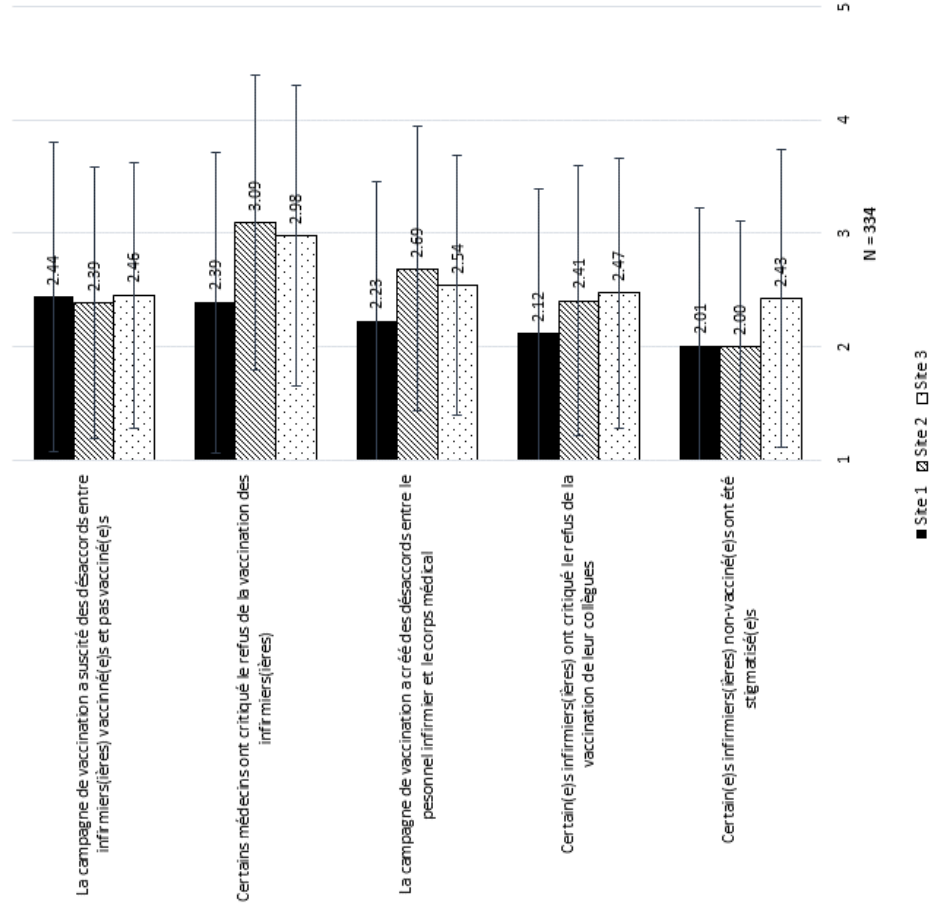


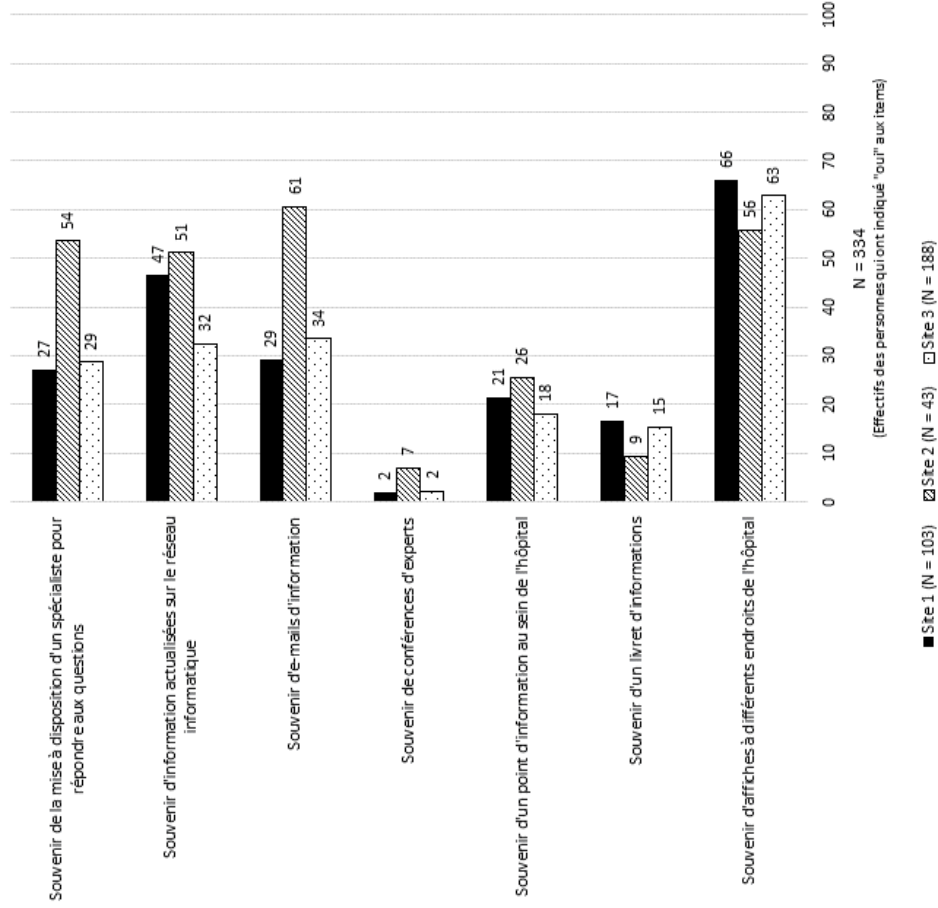
Figure 16: Perception de la vaccination contre la grippe saisonnière en tant que devoir professionnel et vécu de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009

La Figure 17 ci-dessous a trait au souvenir des moyens de communication utilisés à l'hôpital durant la campagne de vaccination de 2009 (à gauche) et à la perception des informations fournies au sein de l'hôpital durant cette période (à droite).

En ce qui concerne le souvenir des moyens de communication utilisés à l'hôpital, les participants devaient cocher « oui », s'ils se souvenaient du moyen de communication en question, « non » s'ils pensaient qu'il n'y avait pas ledit moyen de communication, et « je ne me souviens plus » s'ils n'en avaient plus le souvenir. Le graphique gauche de la Figure 17, ci-dessous, présente uniquement les pourcentages des participants ayant coché « oui ». On s'aperçoit que les moyens de communication dont les répondants se souviennent le plus sont les affiches disposées à différents endroits de l'hôpital, les e-mails d'information, les informations actualisées sur le réseau informatique de l'hôpital, ainsi que la mise à disposition d'un spécialiste pour répondre aux questions.

Relativement au graphique de droite de la Figure 17, nous avons demandé aux membres du personnel infirmier d'indiquer sur une échelle de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout la fait d'accord, dans quelle mesure ils étaient d'accord avec les affirmations présentées. On remarque qu'en moyenne, les répondants ont estimé que la politique menée par leur hôpital était assez cohérente et que les informations sur le vaccin contre la grippe AH1N1 étaient fiables. En revanche, les avis sont davantage partagés lorsque l'on analyse les affirmations liées au ressenti personnel sur le libre choix de se vacciner.

Souvenir des moyens de communication utilisés lors de la campagne de vaccination



Perception des informations fournies au sein de l'hôpital

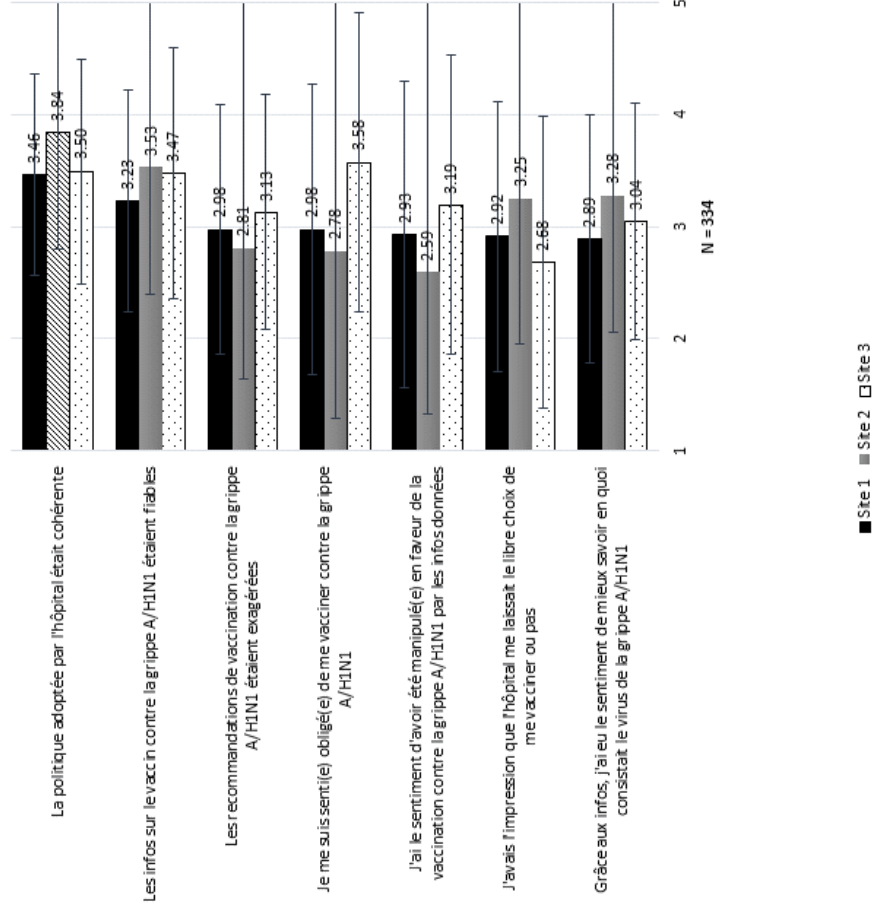


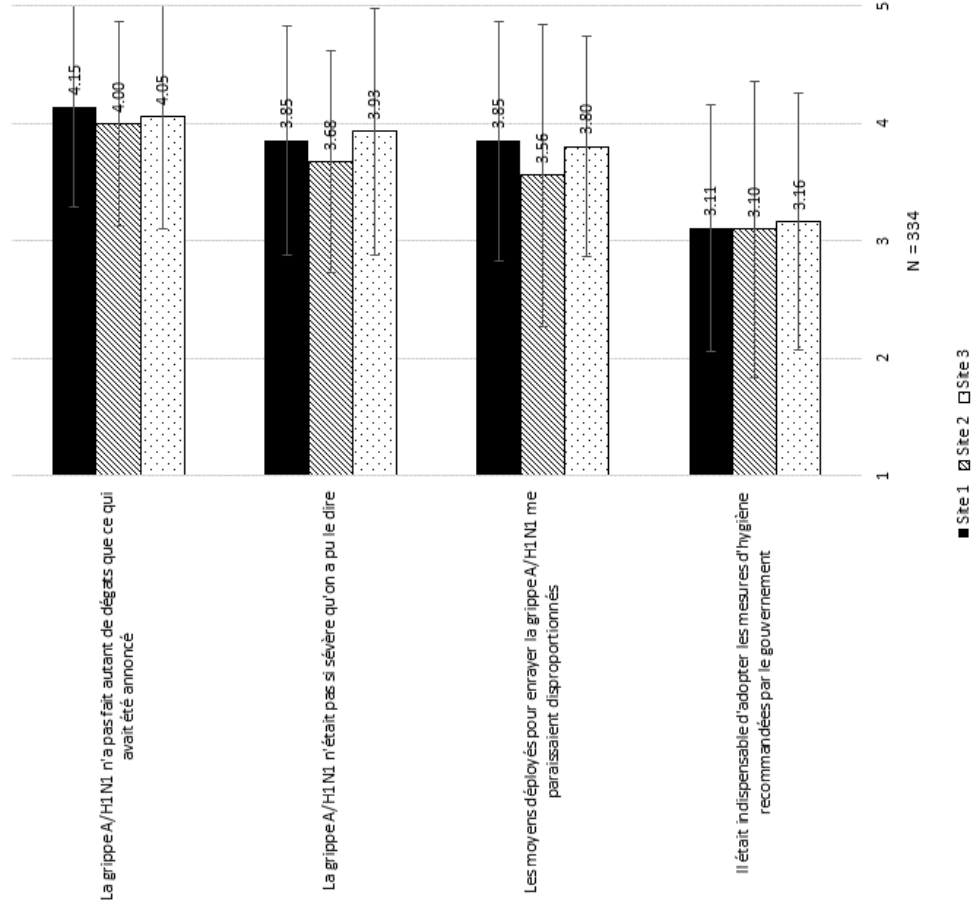
Figure 17. Souvenir des moyens de communication utilisés lors de la campagne de vaccination de 2009 et perception des informations fournies au sein de l'hôpital

La Figure 18 ci-dessous résume les résultats obtenus pour l'échelle du vécu de l'épisode de grippe pandémique de 2009 (gauche) et pour celle des attitudes envers les MIE (droite).

Le graphique de gauche indique un sentiment de décalage entre « l'alarmisme » dont la grippe A/H1N1 a été l'objet et la gravité de la maladie. L'échelle va de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord.

L'échelle relative au graphique de droite va de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord. Le graphique nous indique la présence d'un doute relatif aux potentiels conflits d'intérêts des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies infectieuses émergentes. Les informations médiatiques semblent être, elles aussi, l'objet de mises en doute par le personnel infirmier. Toutes les affirmations, sauf une, comportent des moyennes supérieures à 3, indiquant un niveau de scepticisme non-négligeable parmi les participants.

Vécu personnel de l'épisode de grippe pandémique A/H1N1



Attitudes envers les maladies infectieuses émergentes

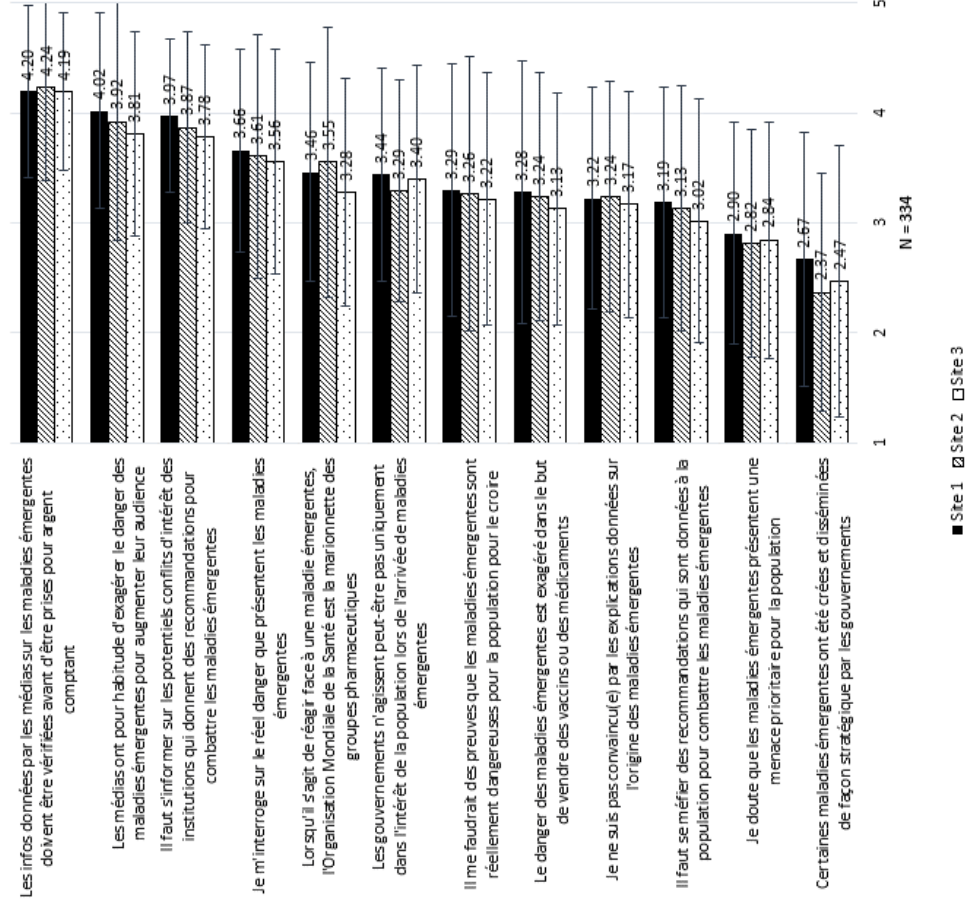


Figure 18: Vécu personnel de l'épisode de grippe pandémique A/H1N1 et attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)

11.4.3. Consistance interne des principales échelles créées

L'échelle de la perception des informations de la campagne de vaccination au sein de l'hôpital avait pour but de savoir si les informations concernant la grippe A/H1N1 étaient perçues comme fiables, non-oppessantes, informatives, cohérentes et adéquates. La consistance interne de l'échelle entière était bonne : $\alpha = .829$ (N = 250 ; 7 items). Une analyse factorielle exploratoire, avec extraction des facteurs par rotation orthogonale Varimax et avec le critère de Kaiser pour le nombre de facteurs à retenir, suggérait deux différents facteurs : la perception de liberté de choix de se vacciner (le caractère non-oppessant des informations) ($\alpha = .831$, N = 254 ; 4 items) et la fiabilité des informations ($\alpha = .746$, N = 251 ; 3 items). Cela dit, l'alpha de Cronbach était suffisamment élevé lorsque tous les items étaient combinés et n'était pas substantiellement meilleur pour les deux sous-échelles.

L'échelle de l'expérience personnelle de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique avait pour but de savoir si la campagne de vaccination a vu les infirmiers/ères non-vacciné(e)s être stigmatisé(e)s, ou si elle a suscité des disputes au sein du personnel infirmier. La consistance interne de cette échelle était bonne $\alpha = .830$ (N = 255 ; 5 items).

L'échelle du vécu personnel de l'épisode de la grippe pandémique avait pour but de comprendre l'évaluation de la dangerosité du virus A/H1N1 et de la menace de la pandémie. La consistance interne de l'échelle entière était acceptable : $\alpha = .707$ (N = 328 ; 4 items). Le quatrième item ne corrélait pas bien aux autres items de l'échelle. En l'enlevant de l'échelle, l'alpha de Cronbach s'élevait à $.804$ (N = 330 ; 3 items), ce qui représente une bonne fidélité.

L'échelle des intentions de vaccination en cas de nouvelle grippe pandémique était une échelle de Likert à 5 points pour un item allant de 1 « Non, certainement pas » à 5 « Oui absolument ».

L'échelle créée pour mesurer les raisons de refuser la vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1 avait pour but de voir comment les participants évaluaient la sûreté du vaccin et comment ils évaluaient le risque lié à cette maladie et à sa vaccination. La consistance interne de l'échelle entière était acceptable : $\alpha = .773$ (N = 308 ; 14 items). Une analyse factorielle exploratoire de cette échelle, avec extraction des facteurs par rotation orthogonale Varimax et avec le critère de Kaiser pour le nombre de facteurs à retenir, a suggéré l'existence de trois sous-échelles : 1) insécurité du vaccin (le vaccin est perçu comme peu sûr) $\alpha = .784$ (N = 322 ; 5 items), 2) faible susceptibilité perçue d'attraper la grippe pandémique $\alpha = .757$ (N = 316 ; 4

items), 3) effets indésirable (la vaccination entraîne des effets indésirables), sous-échelle non-valide, $\alpha = .580$ (N = 320 ; 5 items).

Dans les lignes suivantes, je décrirai plus spécifiquement l'échelle de scepticisme envers les MIE et développerai la démonstration de sa validité prédictive sur les intentions de vaccination contre la grippe.

11.4.4. Échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)

Mon directeur de thèse, ma collègue assistante-doctorante et moi-même avons développé l'échelle mesurant les attitudes envers les MIE (Tableau 14). Celle-ci sert avant tout à mesurer le niveau de scepticisme envers les MIE. Pour rappel, le scepticisme est une posture philosophique pour laquelle les connaissances provenant de la recherche scientifique reposent sur des croyances et méritent pour cela d'être continuellement remises en question. Le scepticisme envers les MIE revient à avoir des doutes sur le réel danger et sur les origines des MIE, à remettre en question la crédibilité des institutions qui les combattent et qui diffusent des recommandations de conduites à tenir, à croire que les mécanismes de transmission communément acceptés ne sont pas véridiques (p. ex. : ne pas croire que le SIDA est transmis par le virus VIH). Certains items de l'échelle (1, 5, 7, 10, 11) se rapportent davantage à des attitudes cyniques envers les MIE, c'est-à-dire, à des attitudes qui soutiennent l'idée que les institutions qui diffusent les informations au public sur une MIE et les institutions censées en gérer son endiguement sont mal intentionnées, cachant la vérité au public pour leur propre intérêt. Cette échelle a aussi été utilisée pour mesurer le degré de scepticisme de la population générale, au travers d'un échantillon de 884 individus provenant de la Suisse romande. Je reviendrai sur l'utilisation de cette échelle pour la population générale, lorsque j'en démontrerai la validité. En effet, il s'agira de répliquer les résultats de cette échelle obtenus avec l'échantillon des infirmiers/ères sur celui, plus large, de la population générale, pour voir si l'échelle peut être validée.

Employant une échelle de Likert à 5 points (de 1 = pas du tout d'accord, à 5 = tout à fait d'accord), les scores situés en-dessus de la moyenne de 3 (3 = ni d'accord, ni pas d'accord) indiquent un niveau de scepticisme notable. Le Tableau 14 présente les items de l'échelle et leurs statistiques descriptives pour l'échantillon de 334 infirmiers/ères. Aussi peut-on s'apercevoir, par exemple, de la mise en doute des informations diffusées par les médias (item 8, M = 4.20, ÉT = 0.75), et de l'existence de doutes sur les potentiels conflits d'intérêt des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies émergentes (item

12, $M = 3.85$, $\acute{E}T = 0.80$). Tous les items, à part les items 5 et 9, présentent des moyennes supérieures à 3. Le Tableau 13 ci-dessous indique un score moyen de scepticisme envers les MIE de 3.37, reflétant un niveau de scepticisme non-négligeable parmi les 334 infirmiers/ères de notre échantillon. L'échelle possède une bonne cohérence interne : $\alpha = .886$. On remarque sur le Tableau 14 que les items 2, 8, 11 et 12 ont une forte asymétrie négative, indiquant que les participants ont été particulièrement d'accord avec les affirmations qu'ils contenaient.

Tableau 13: Statistiques descriptives de l'échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)

	N	Min.	Max.	Moyenne	$\acute{E}T$	Asymétrie	Aplatissement	α
Échelle (12 items)	329	1.42	5.00	3.366	0.678	-0.293	0.137	.886

Tableau 14: Statistiques descriptives des items de l'échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)

#	Item	N	Sans réponse	Moyenne	ÉT	Asymétrie	Aplatissement
1	Le danger des maladies émergentes est exagéré dans le but de vendre des vaccins ou des médicaments	328	6	3.189	1.106	-0.244	-0.735
2	Je m'interroge sur le réel danger que présentent les maladies émergentes	328	6	3.595	1.000	-0.871	0.217
3	Il me faudrait des preuves que les maladies émergentes sont réellement dangereuses pour la population pour le croire	326	8	3.245	1.156	-0.466	-0.761
4	Il faut se méfier des recommandations qui sont données à la population pour combattre les maladies émergentes	328	6	3.082	1.090	-0.193	-0.767
5	Certaines maladies émergentes ont été créées et disséminées de façon stratégique par les gouvernements.	327	7	2.523	1.195	0.282	-0.815
6	Je ne suis pas convaincu(e) par les explications données sur l'origine des maladies émergentes	328	6	3.192	1.021	-0.340	-0.289
7	Lorsqu'il s'agit de réagir face à une maladie émergente l'OMS est la marionnette des groupes pharmaceutiques.	327	7	3.367	1.045	-0.260	-0.555
8	Les infos données par les médias sur les maladies émergentes doivent être vérifiées avant d'être prises pour argent comptant	328	6	4.198	0.754	-0.947	1.313
9	Je doute que les maladies émergentes présentent une menace prioritaire pour la population.	327	7	2.859	1.047	0.139	-0.590
10	Les gouvernements n'agissent peut-être pas uniquement dans l'intérêt de la population lors de l'arrivée de maladies émergentes	327	7	3.398	1.010	-0.446	-0.293
11	Les médias ont pour habitude d'exagérer le danger des maladies émergentes pour augmenter leur audience	327	7	3.887	0.938	-0.782	0.437
12	Il faut s'informer sur les potentiels conflits d'intérêt des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies émergentes	326	8	3.850	0.803	-0.618	0.726

N = 334

11.4.5. Démonstration de la validité de l'échelle

Les étapes de validation de l'échelle des attitudes envers les MIE sont présentées dans la Figure 19. Elles se sont inspirées de celles proposées par la littérature scientifique (Hinkin, 1998, p. 106), à savoir :

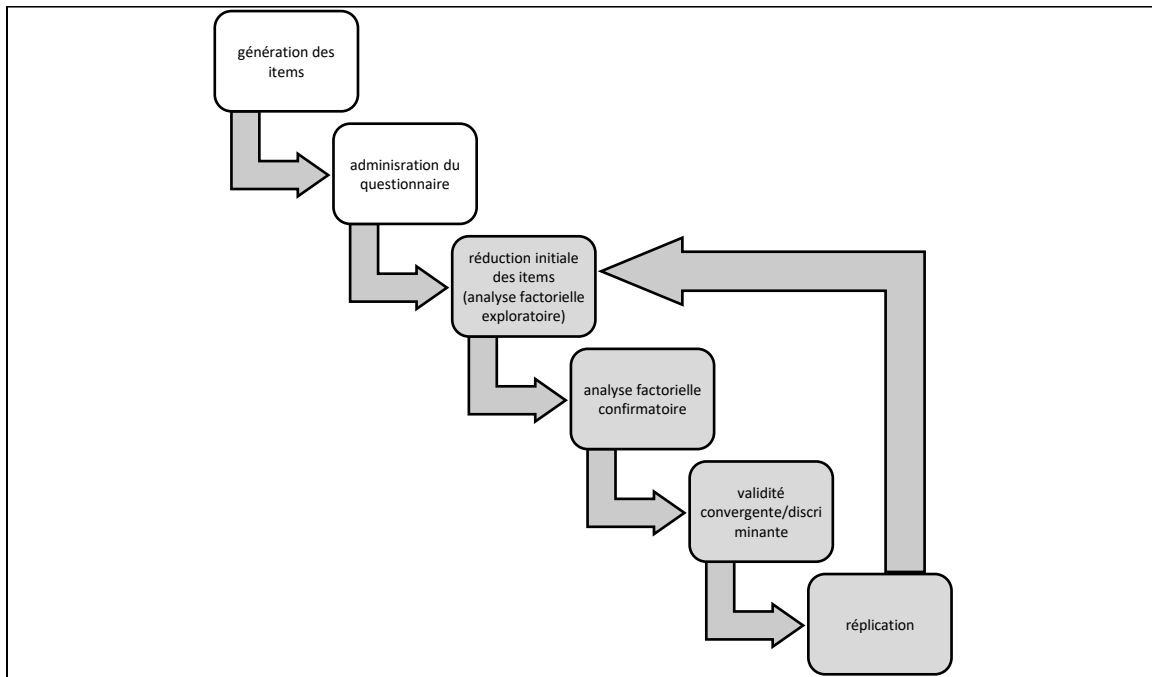


Figure 19: Processus de développement d'échelle de mesures, d'après Hinkin (1998)

Je n'ai cependant pas pu suivre les recommandations de Hinkin (1998), selon lesquelles il faudrait tester la nouvelle échelle (après la réduction d'items à l'échelle de mesures initiale) sur un échantillon différent, comme par exemple, la population générale, et faire une nouvelle collecte de données. La raison pour cela est que le projet de recherche sur la population générale a été mené parallèlement au mien par ma collègue assistante-doctorante. La description du processus de développement de l'échelle que je propose ici reprend les étapes à partir de la réduction initiale des items (en gris, dans la Figure 19). J'ai calculé, par le biais de l'alpha de Cronbach, la consistance interne de l'échelle à 12 items de scepticisme envers les MIE, pour m'assurer que les items qui la composent mesurent tous le même construit, à savoir, le scepticisme envers les MIE. Un alpha de Cronbach doit dépasser le seuil de 0.70 pour être jugé satisfaisant (Nunally, 1978). Même si l'alpha de Cronbach de .886 avec l'échelle à 12 items indique une bonne consistance interne de l'échelle, force est de constater, avec le tableau de corrélations des items avec l'échelle (Tableau 15) et le tableau de corrélations entre les items (Tableau 16), que chaque item ne mesure pas le scepticisme envers les MIE de manière égale. Or, il faut savoir que plus les items sont corrélés entre eux et à l'échelle, plus la consistance interne de l'échelle est élevée. Les items 8 et 2 ont la plus faible corrélation avec l'échelle,

suivis des items 11, 12 et 5 (<.50). Les items 1, 3, 4, 6, 7, 9, 10 corrélaient bien avec l'échelle (>.60). Le Tableau 16 montre que les items 2, 8, 11, 12 ne corrélaient pas bien avec les autres items, hormis entre eux (couleurs rougeâtres = faible corrélation [$r = 0 - 0.3$], couleurs orangées = corrélation faible à moyenne/modérée [$r = 0.3 - 0.5$], couleurs verdâtres = corrélation modérée à forte [$r = \text{plus de } 0.5$])⁸. Ils sont donc susceptibles d'être retirés pour une meilleure consistance interne de l'échelle. Toutefois, comme l'indique la colonne de droite du Tableau 15, le fait de retirer de l'échelle un item ne corrélaient pas bien avec l'échelle n'améliore pas considérablement l'alpha de Cronbach.

Tableau 15: Corrélation des items avec l'échelle

#	Item	Corrélation item- échelle	α de Cronbach si item enlevé
1	Le danger des maladies émergentes est exagéré dans le but de vendre des vaccins ou des médicaments	.623	.875
2	Je m'interroge sur le réel danger que présentent les maladies émergentes	.475	.883
3	Il me faudrait des preuves que les maladies émergentes sont réellement dangereuses pour la population pour le croire	.667	.872
4	Il faut se méfier des recommandations qui sont données à la population pour combattre les maladies émergentes	.671	.872
5	Certaines maladies émergentes ont été créées et disséminées de façon stratégique par les gouvernements.	.547	.880
6	Je ne suis pas convaincu(e) par les explications données sur l'origine des maladies émergentes	.699	.870
7	Lorsqu'il s'agit de réagir face à une maladie émergente l'OMS est la marionnette des groupes pharmaceutiques.	.654	.873
8	Les infos données par les médias sur les maladies émergentes doivent être vérifiées avant d'être prises pour argent comptant	.413	.885
9	Je doute que les maladies émergentes présentent une menace prioritaire pour la population.	.620	.875
10	Les gouvernements n'agissent peut-être pas uniquement dans l'intérêt de la population lors de l'arrivée de maladies émergentes	.655	.873
11	Les médias ont pour habitude d'exagérer le danger des maladies émergentes pour augmenter leur audience	.492	.882
12	Il faut s'informer sur les potentiels conflits d'intérêt des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies émergentes	.529	.880

⁸ Pour une interprétation générale de l'échelle des coefficients de corrélation, voir Coolican, 1999, p. 349.

Tableau 16: Corrélations entre les items de l'échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE)

	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	Moyenne
item 1		.39	.48	.51	.43	.50	.47	.21	.49	.46	.40	.35	.43
item 2	.39		.55	.40	.31	.43	.37	.25	.41	.33	.17	.30	.35
item 3	.48	.55		.59	.46	.52	.53	.37	.52	.44	.39	.39	.48
item 4	.51	.40	.59		.45	.64	.54	.28	.48	.53	.33	.38	.47
item 5	.43	.31	.46	.45		.57	.48	.18	.45	.46	.23	.23	.39
item 6	.50	.43	.52	.64	.57		.62	.26	.52	.47	.34	.39	.48
item 7	.47	.37	.53	.54	.48	.62		.35	.40	.47	.43	.43	.46
item 8	.21	.25	.37	.28	.18	.26	.35		.23	.39	.46	.44	.31
item 9	.49	.41	.52	.48	.45	.52	.40	.23		.49	.32	.41	.43
item 10	.46	.33	.44	.53	.46	.47	.47	.39	.49		.38	.49	.45
item 11	.40	.17	.39	.33	.23	.34	.43	.46	.32	.38		.49	.36
item 12	.35	.30	.39	.38	.23	.39	.43	.44	.41	.49	.49		.39
Moyenne	.43	.35	.48	.47	.39	.48	.46	.31	.43	.45	.36	.39	.42

La force des corrélations varie de rouge = faible corrélation à vert = corrélation modérée à forte

La vérification des corrélations entre les items permet de s'assurer qu'il existe une corrélation minimale entre eux et qu'il sera possible de faire émerger un ou plusieurs facteurs lors de l'analyse factorielle.

Se contenter de la matrice de corrélations et des alphas de Cronbach pour juger de la validité d'une échelle conduirait à des conclusions subjectives et peu fiables. C'est la raison pour laquelle j'ai par la suite conduit une analyse factorielle exploratoire (AFE). Elle permet d'identifier des facteurs latents parmi les variables mesurées. « L'analyse factorielle peut repérer pour nous des structures de corrélations, et des groupes de variables liées. Elle peut ensuite déterminer le nombre de facteurs mesurés. Chacun de ces facteurs correspond à un trait de personnalité particulier... si tout se passe bien. Ces facteurs peuvent être utilisés pour détailler l'échelle du test » (Dancey & Reidy, 2007, p. 463).

Ici, l'analyse factorielle exploratoire a pour but de se rendre compte si l'échelle comporte un ou plusieurs facteurs, autrement dit, de savoir si sa structure est uni-, ou multidimensionnelle. En l'occurrence, on pourrait s'attendre à ce que l'analyse factorielle révèle une dimension de scepticisme et de cynisme. L'extraction des facteurs s'est faite par rotation orthogonale Varimax. Cette méthode permet de réduire un certain nombre de variables en un plus petit nombre de facteurs peu corrélés entre eux. Le critère de Kaiser a été la référence pour le nombre de facteurs à retenir. Pour être retenus, les facteurs doivent avoir une valeur propre (*Eigenvalue*) supérieure à 1 (Field, 2009).

Le Tableau 17 ci-dessous suggère une solution à deux facteurs, dont neuf items se rattacheront au facteur 1, et trois items au facteur 2. Les chiffres sous les facteurs 1 et 2 représentent la part

de variance expliquée par chaque item. Les valeurs propres initiales (*Eigenvalues*) présentées en bas du tableau servent à considérer la part de la variance expliquée par chaque facteur. Chaque valeur propre initiale supérieure à 1 est considérée comme significative. Cependant, plus la valeur propre initiale est élevée, plus le facteur explique une part significative de la variance. Ainsi, dans le Tableau 17, on s’aperçoit que le facteur 1, avec une valeur initiale propre de 5.376 explique davantage de variance que le facteur 2, dont la valeur initiale propre n’est que de 1.183 (proche de 1). Le regroupement des items en deux 2 facteurs est difficile à interpréter d’un point de vue théorique, notamment à cause du fait que chaque facteur regroupe des items relatifs à la méfiance envers les institutions participant à la lutte contre le MIE.

Tableau 17: Analyse factorielle, variance expliquée par chaque item

#	Item	Facteur	
		1	2
1	Le danger des maladies émergentes est exagéré dans le but de vendre des vaccins ou des médicaments	.661	.257
2	Je m’interroge sur le réel danger que présentent les maladies émergentes	.560	.146
3	Il me faudrait des preuves que les maladies émergentes sont réellement dangereuses pour la population pour le croire	.695	.276
4	Il faut se méfier des recommandations qui sont données à la population pour combattre les maladies émergentes	.729	.235
5	Certaines maladies émergentes ont été créées et disséminées de façon stratégique par les gouvernements.	.750	-.018
6	Je ne suis pas convaincu(e) par les explications données sur l’origine des maladies émergentes	.762	.222
7	Lorsqu’il s’agit de réagir face à une maladie émergente l’OMS est la marionnette des groupes pharmaceutiques.	.641	.349
8	Les infos données par les médias sur les maladies émergentes doivent être vérifiées avant d’être prises pour argent comptant	.115	.754
9	Je doute que les maladies émergentes présentent une menace prioritaire pour la population.	.663	.249
10	Les gouvernements n’agissent peut-être pas uniquement dans l’intérêt de la population lors de l’arrivée de maladies émergentes	.581	.448
11	Les médias ont pour habitude d’exagérer le danger des maladies émergentes pour augmenter leur audience	.206	.772
12	Il faut s’informer sur les potentiels conflits d’intérêt des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies émergentes	.283	.712

Eigenvalues: 5.376 1.183

Si l’on soustrait les items 2, 8, 11 et 12 comme le suggère l’interprétation du Tableau 15 et que l’on conduit une deuxième analyse factorielle exploratoire sur l’échelle à 8 items, on s’aperçoit, en lisant le Tableau 18, qu’une solution à un facteur est suggérée (variance expliquée : 54.2%). Le problème, dès lors, est que les items exprimant du scepticisme ou du cynisme ne sont plus représentés que par ceux exprimant de la méfiance envers l’OMS et les gouvernements (items 5 et 10). Les items relatifs aux médias sont écartés, et cela serait regrettable. Maintenant, si l’on retire tous les items concernant l’OMS et les gouvernements (items 5, 7 et 10), pour ne pas

privilégier une institution par rapport à une autre, la variance expliquée passe à 59.7% pour une échelle à 5 items. Ceci laisse suggérer qu'une échelle à 5 items unidimensionnelle serait valide.

Tableau 18: Tableau des analyses factorielles exploratoires

#	Item	AFE1 (12 items)		AFE2 (8 items)	AFE3 (5 items)	S/C*	Inst. ^o
		1	2	1	1		
1	Institutions : vendent des vaccins	.661	.257	.712	.741	C	?
2	Doutes sur la menace réelle	.560	.146			S	
3	Doutes : besoin de preuves	.695	.276	.732	.778	S	
4	Doutes : recommandations	.729	.235	.773	.809	S	
5	MIE disséminées par gouvern.	.750	-.018	.701		C	Gouv.
6	Doutes sur les origines	.762	.222	.792	.790	S	
7	OMS manipulée par pharmas	.641	.349	.735		C	OMS
8	Doutes sur infos médiatiques	.115	.754			S	Médias
9	Doutes sur la menace réelle	.663	.249	.714	.744	S	
10	Gouv. : intérêts cachés	.581	.448	.724		C	Gouv.
11	Médias : exagération du risque	.206	.772			C	Médias
12	Institutions : conflits d'intérêts	.283	.712			S	Inst.
VARIANCE EXPLIQUÉE							
	Eigenvalues:	5.38	1.18	4.34	2.99		
	Var. expliquée :	44.8%	9.9%	54.2%	59.7%		
COHÉRENCE INTERNE							
	α de Cronbach :	.886		.878	.830		
Notes : AFE utilisant l'ACP, critère de Kaiser, rotation Varimax; α de Cronbach pour une solution à 1 facteur							
*S/C : S = items exprimant des attitudes sceptiques, C = items exprimant des attitudes cyniques							
^o institutions mentionnées dans l'item							

Les résultats du Tableau 18 suggèrent qu'une solution à 1 facteur est préférable, si l'on considère les valeurs propres (*Eigenvalues*). Cependant, il est préférable de procéder à une analyse factorielle confirmatoire, afin de s'assurer de la validité de la solution unidimensionnelle pour les échelles à 12, 8 et 5 items.

Tableau 19: Tableau des analyses factorielles confirmatoires

#	Item	AFC1 (12 items)	AFC2 (8 items)	AFC3 (5 items)	S/C*	Inst. ^o
1	Institutions : vendent des vaccins	.661	.656	.652	C	?
2	Doutes sur la menace réelle	.510			S	
3	Doutes : besoin de preuves	.703	.685	.711	S	
4	Doutes : recommandations	.726	.741	.767	S	
5	MIE disséminées par gouv.	.607	.649		C	Gouv.
6	Doutes sur les origines	.750	.766	.737	S	
7	OMS manipulée par pharmas	.698	.693		C	OMS
8	Doutes sur infos médiatiques	.430			S	Médias
9	Doutes sur la menace réelle	.658	.657	.652	S	
10	Gouv. : intérêts cachés	.688	.669		C	Gouv.
11	Médias : exagération du risque	.516			C	Médias
12	Institutions : conflits d'intérêts	.555			S	Inst.
<i>INDICES D'AJUSTEMENT :</i>						
	X ²	sig.	sig.	n.s.		
	CFI	.910	.976	.994		
	TLI	.890	.967	.989		
	RMSEA(CI)	.09(.07-.1)	.06(.04-.09)	.04(.0-.096)		
<i>COHÉRENCE INTERNE :</i>						
	α de Cronbach :	.886	.878	.830		
Notes : AFC présument des termes d'erreur non-corrélés						
*S/C : S = items exprimant des attitudes sceptiques, C = items exprimant des attitudes cyniques						
^o institutions mentionnées dans l'item						

Le Tableau 19, ci-dessus, indique que seule la troisième analyse factorielle confirmatoire présente un modèle bien ajusté (X^2 n.s, CFI et TLI > 0.95, RMSEA(CI) < 0.6). Ainsi, l'échelle à 5 items à un facteur possède une bonne validité de construit, en ce qui concerne le personnel infirmier. Toutefois, cet échantillon est spécifique, étant donné qu'il s'agit d'un groupe professionnel. Il serait donc intéressant de savoir si l'on peut tester cette échelle sur un échantillon plus large et moins homogène, pour savoir si celle-ci peut être généralisable.

Le processus de validation de l'échelle à un échelon plus général se poursuit par la réplication de l'échelle sur l'échantillon de la population générale : N = 884, âge : 20-94 ans (M = 55.8, ÉT = 16.6), sexe : 31.8% femmes). Le Tableau 20 ci-dessous confirme la validité d'une solution à un facteur. Ici aussi, seule l'échelle à 5 items présente un bon ajustement du modèle à la population. Le X^2 est significatif, toutefois il est à noter que celui-ci est sensible à la taille de l'échantillon, laquelle est grande en l'occurrence (N = 884). Le CFI et le TLI sont > .95, de même que le RMSEA est < 0.6. Cependant, la corrélation des items avec le modèle est moindre par rapport à l'échantillon des infirmiers/ères et leurs corrélations ne sont pas très homogènes et l'alpha de Cronbach, même s'il est toujours acceptable, a baissé à 0.721. A ce stade, il est donc imaginable que la version à 5 items de l'échelle des attitudes envers les MIE soit valide.

Tableau 20: Tableau des analyses factorielles confirmatoires pour la population générale

#	Item	AFC1 (12 items)	AFC2 (8 items)	AFC3 (5 items)	S/C*	Inst.°
1	Institutions : vendent des vaccins	.713	.737	.650	C	?
2	Doutes sur la menace réelle	.204			S	
3	Doutes : besoin de preuves	.510	.486	.583	S	
4	Doutes sur les recommandations	.619	.629	.703	S	
5	MIE disséminées par gouv.	.489	.531		C	Gouv.
6	Doutes sur les origines	.516	.517	.498	S	
7	OMS manipulée par pharmas	.735	.722		C	OMS
8	Doutes sur infos médiatiques	.458			S	Médias
9	Doutes sur la menace réelle	.421	.416	.480	S	
10	Gouv. : intérêts cachés	.686	.689		C	Gouv.
11	Médias : exagération du risque	.561			C	Médias
12	Institutions : conflits d'intérêts	.420			S	Inst.
<i>INDICES D'AJUSTEMENT :</i>						
	X ²	sig.	sig.	sig.		
	CFI	.880	.937	.984		
	TLI	.854	.912	.969		
	RMSEA(CI)	.08(.07-.09)	.08(07-09)	.05(.03-.08)		
<i>COHÉRENCE INTERNE :</i>						
	α de Cronbach	.826	.812	.721		
Notes : AFC présumant des termes d'erreur non-corrélés						
*S/C : S = items exprimant des attitudes sceptiques, C = items exprimant des attitudes cyniques						
° institutions mentionnées dans l'item						

Voici à présent les statistiques descriptives de la version à 12 items et à 5 items de l'échelle des attitudes envers les MIE pour l'échantillon des infirmiers/ères et pour celui de la population générale (Tableau 21).

Tableau 21: Statistiques descriptives de la version à 12 items et à 5 items de l'échelle des attitudes envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) relatives à l'échantillon des infirmiers/ères et à celui de la population générale

INIFRIMIERS/ÈRES								
	N	Min.	Max.	Moyenne	ÉT	Asymétrie	Aplatissement	α
Échelle à 12 items	329	1.42	5.00	3.366	0.678	-0.293	0.137	.886
Échelle à 5 items	327	1.00	5.00	3.113	0.836	-0.262	0.055	.830
POPULATION GÉNÉRALE								
	N	Min.	Max.	Moyenne	ÉT	Asymétrie	Aplatissement	α
Échelle à 12 items	881	1.33	5.00	3.386	0.618	-0.207	0.264	.826
Échelle à 5 items	884	1.00	5.00	3.243	0.749	-0.290	-0.018	.721

La dernière étape du processus de validation de l'échelle des attitudes envers les MIE consiste à en vérifier la validité de construit. Cette étape a pour but de voir si le construit du scepticisme envers les MIE est à la fois corrélé et indépendant d'autres construits théoriquement proches issus des questionnaires relatifs au personnel infirmier et à la population générale. Le questionnaire destiné à la population générale, bien que similaire à celui destiné au personnel infirmier, contient quelques échelles et variables différentes. Les Tableaux 22 et 23 montrent

respectivement les corrélations entre le construit du scepticisme envers les MIE et les autres échelles/variables pour le personnel infirmier et pour la population générale. Pour les intérêts de ce travail, je me suis focalisé sur les variables/échelles en lien avec la décision de vaccination et celles qui reprennent des échelles reprises et validées par d'autres auteurs.

Tableau 22: Corrélations entre le construit de scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) et les autres échelles/variables du questionnaire relatif au personnel infirmier

Échelle/Variable	N items	α	Échelle à 12 items			Échelle à 5 items		
			r	p	N	r	p	N
<i>Expérience personnelle de la pandémie de grippe A/H1N1</i>								
Perception des informations à l'hôpital ("l'information était de qualité, utile")	7	.829	-.404	.000	253	-.405	.000	253
Expérience personnelle de la campagne de vaccination ("la campagne a suscité des critiques, de la stigmatisation")	5	.830	.309	.000	254	.331	.000	254
Expérience personnelle de la grippe A/H1N1 ("H1N1 est perçu comme moins grave que ce qui était annoncé").	3	.804	.517	.000	325	.484	.000	325
<i>Attitudes envers la grippe et sa vaccination</i>								
Perception du risque lié à la grippe saisonnière (Zhang et al., 2012)	8	.621	-.275	.000	326	-.258	.000	326
Perception de la vaccination en tant que devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009)	4	.731	-.334	.000	312	-.343	.000	312
<i>Intentions de vaccination</i>								
Grippe saisonnière	1		-.352	.000	324	-.356	.000	324
Future grippe pandémique	1		-.468	.000	323	-.482	.000	323
<i>Historique de vaccination</i>								
Grippe saisonnière	1		-.214	.000	323	-.237	.000	323
Grippe pandémique A/H1N1	1		-.300	.000	319	-.283	.000	319
Raisons de refuser la vaccination contre la grippe saisonnière	13	.790	.509	.000	327	.515	.000	327
Raisons de refuser la vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1	14	.773	.528	.000	322	.511	.000	322
<i>Variables relatives au travail</i>								
Satisfaction au travail (Alfonso et al., 1996)	11	.845	-.188	.001	323	-.196	.000	323
Engagement organisationnel (Allen & Meyer, 1990 ; Chao et al., 1994)	8	.819	-.077	.165	326	-.079	.157	326
<i>Variables démographiques</i>								
Était employé en tant qu'infirmier/ère au moment de la campagne de vaccination	1		.009	.881	303	.002	.970	303
Sexe (dummy : 1 = homme)	1		.103	.065	324	.072	.195	324
Âge	1		.115	.041	315	.106	.060	315
Auto-évaluation de l'état de santé (dummy 1 = en bonne santé)	1		.135	.015	324	.124	.025	324
Importance de la religion	1		.179	.001	321	.161	.004	321

Tableau 23: Corrélations entre le construit de scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) et les autres échelles/variables du questionnaire relatif à la population générale

Échelle/Variable	N items	α	Échelle à 12 items			Échelle à 5 items		
			r	p	N	r	p	N
<i>Expérience personnelle de la pandémie de grippe A/H1N1</i>								
Recherche active d'informations	1		-1.09	.001	864	-1.51	.000	867
A été infecté(e)	1		-0.80	.020	854	-0.71	.039	857
A été vacciné(e)	1		-1.96	.000	867	-2.21	.000	870
Expérience personnelle et partagée ("la grippe A/H1N1 m'a affectée ainsi que mon entourage")	9	.729	-2.66	.000	877	-3.13	.000	880
Perception de décalage (<i>discrepancy</i>) ("le virus H1N1 est perçu comme moins grave que ce qui est dit dans les médias")	3	.769	.352	.000	867	.362	.000	870
Perception des informations officielles ("le virus H1N1 était annoncé comme dangereux")	7	.732	.166	.000	879	.092	.006	882
<i>Attitudes envers les maladies</i>								
Attitudes envers les origines de la grippe pandémique ("le virus H1N1 a été créé par l'homme")	12	.631	.307	.000	874	.252	.000	876
Perception du risque des MIE	4	.598	-2.24	.000	875	-3.14	.000	878
Perception de vulnérabilité envers les maladies (Duncan et al., 2009)	10	.719	-1.76	.000	881	-2.04	.000	882
<i>Traits de personnalité</i>								
Perception of world as dangerous place (Eicher et al., 2014 ; Altemeyer, 1988)	6	.832	.226	.000	880	.197	.000	883
Auto-efficacité (Schwarzer & Jerusalem, 1995)	10	.879	.084	.013	880	.074	.027	883
Need for closure (Roets & Van Hiel, 2011)	11	.805	.137	.000	880	.142	.000	883
Cynisme général ("Les gens ne pensent qu'à leurs propres intérêts")	6	.845	.229	.000	881	.235	.000	884
Trait de scepticisme (Hurt, 2010)	5	.511	.045	.181	881	-0.14	.679	884
Confiance dans les institutions (Devos et al., 2002)	9	.805	-2.94	.000	878	-2.64	.000	881
Consommation de médias	12	.558	-0.98	.004	858	-1.17	.001	861
<i>Variables démographiques</i>								
Sexe (dummy : 1 = homme)	1		-0.65	.053	880	-0.68	.044	883
Âge	1		-0.01	.976	879	.005	.888	882
Auto-évaluation de l'état de santé	1		.000	.995	879	-0.14	.678	882
Salaire	1		-1.23	.000	852	-1.28	.000	855
Importance de la religion	1		-0.81	.017	875	-0.59	.080	878
Religion : niveau de croyance	1		-0.25	.470	863	-0.20	.558	866
Orientation politique	1		.013	.703	803	.009	.799	806

En prenant en considération les échantillons du personnel infirmier et de la population générale (Tableaux 22 et 23), on s'aperçoit, après la réplique, que le scepticisme envers les MIE est lié aux expériences personnelles passées avec la pandémie, à la perception du risque de la grippe saisonnière et aux MIE, ainsi qu'avec l'historique de vaccination contre la grippe. Le scepticisme semble être distribué de manière plus ou moins égale entre les hommes et les femmes, entre les différentes tranches d'âge, et parmi les différentes évaluations de l'état de santé et est faiblement corrélé avec les variables démographiques. La similitude des scores en lien avec ces échelles/variables parmi les infirmiers/ères et la population générale indique que le scepticisme envers les MIE est un construit fiable et cohérent. En outre, les résultats du Tableau 22 permettent de répondre à la première question de recherche de l'étude, en montrant les corrélats des attitudes sceptiques envers les MIE.

Par rapport au personnel infirmier, le scepticisme envers les MIE corrèle négativement avec les intentions de vaccination, montrant que cette attitude réduit ses intentions de vaccination. Parmi les infirmiers/ères, le scepticisme est corrélé négativement avec la satisfaction au travail et avec le fait de considérer la vaccination contre la grippe comme un devoir professionnel, laissant suggérer que les infirmiers/ères éprouvant de la satisfaction au travail et possédant une forte conscience professionnelle ont moins de doutes sur les MIE et la vaccination. Ainsi, il est légitime de penser que de proposer de bonnes conditions de travail et communiquer, sans mettre de pression, sur le devoir professionnel infirmier devrait être un moyen parmi d'autres pour augmenter les intentions de vaccination des infirmiers/ères les plus sceptiques.

Pour l'intérêt de cette étude, qui vise à observer l'apport prédictif du scepticisme envers les MIE sur les intentions de vaccination, par rapport aux théories de perception du risque et de l'identification au groupe professionnel infirmier, les Tableaux 22 et 23 montrent que le scepticisme envers les MIE corrèle faiblement ou modérément avec les autres échelles/variables de perception du risque, tandis que le Tableau 22 montre une corrélation négative modérée avec la perception de la vaccination en tant que devoir professionnel. Ceci montre que le scepticisme envers les MIE est un construit qui leur est lié, mais qui est tout de même indépendant.

Le processus de validation indique qu'autant l'échelle à 12 items que celle à 5 items sont valides pour le personnel infirmier. Contrairement à l'échelle à 12 items, celle à 5 items est adaptée pour être répliquée sur d'autres échantillons. Pour mes analyses, j'utiliserai l'échelle à 12 items, étant donné qu'elle contient davantage d'informations.

11.5. L'influence du scepticisme sur les intentions de vaccination

Outre l'indication des corrélats des attitudes sceptiques envers les MIE avec les autres variables, la présente étude souhaite tester si l'adoption de telles attitudes constitue un facteur explicatif supplémentaire des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique, par rapport à la perception du risque et à celle de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel. Cette partie fera l'objet d'une analyse par régressions hiérarchiques. Dans un second temps, l'étude vise à considérer le potentiel effet indirect de l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE sur la relation entre les expériences personnelles passées avec la pandémie et les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique. Cette partie donnera lieu à une analyse par médiation, au travers d'un modèle d'équations structurales (voir 11.6).

11.5.1. Le scepticisme comme prédicteur supplémentaire des intentions de vaccination

Pour mon analyse, je me suis basé sur un échantillon de 293 participants, étant donné que parmi les 334 questionnaires retournés, 41 étaient incomplets. J'ai choisi, de manière arbitraire, d'établir des scores à chaque échelle pour lesquelles les participants ont répondu à au moins 70% des items, pour toujours avoir un échantillon assez grand et des échelles fiables. L'échantillon final pour les analyses que je présente dans ce travail est composé de 231 infirmières (78.8%) et 62 infirmiers (21.2%) âgés entre 24 et 63 ans ($M = 40.1$, $ÉT = 10.3$) (Tableau 24). Les variables de contrôle sont les mêmes pour chaque analyse présentée ici, à savoir : le sexe, l'âge, l'auto-évaluation de l'état de santé, les variables indicatrices (*dummy*) site 1 et 2, l'historique de vaccination contre la grippe saisonnière et contre la grippe pandémique de 2009, la perception du risque lié à la grippe saisonnière et la perception de la vaccination contre la grippe saisonnière en tant que devoir professionnel des infirmiers/ères.

Je n'ai retenu que les participant(e)s qui ont vécu la campagne de vaccination en tant qu'infirmier/ère diplômé(e), c'est-à-dire, celles et ceux qui avaient terminé leur formation, qui étaient employé(e)s en tant qu'infirmier/ère à l'époque de la pandémie, et ceux qui n'étaient pas absent(e)s plus de deux mois durant cette période. Parmi les participants retenus pour mes analyses, 67.2% d'entre eux se considéraient en très bonne santé, 58% d'entre eux ont affirmé s'être déjà fait vacciner contre la grippe saisonnière en 2013 et durant les années précédentes, tandis que 50.9% d'entre eux se sont vaccinés contre la grippe pandémique de 2009. Ces taux de vaccination dépassent l'agrégation des taux de vaccination reportés par les sites hospitaliers étudiés (31.5%). Ainsi, les infirmiers/ères ayant des comportements généralement favorables

envers la vaccination contre la grippe sont ici surreprésenté(e)s. Cela dit, seulement un tiers d'entre eux/elles affirme avoir l'intention de se vacciner contre la grippe saisonnière (34.5%) et pandémique (30.0%) dans le futur. Une majorité d'entre eux/elles indique clairement ne pas avoir l'intention de se vacciner dans le futur (grippe saisonnière : 56.0%, pandémique : 54.9%), tandis qu'une minorité se montre indécise (grippe saisonnière : 9.6%, grippe pandémique : 15%). Enfin, le Tableau 24 indique également un score moyen de scepticisme envers les MIE de 3.34 ($ÉT = 0.68$), indiquant que ces attitudes sont tout de même bien présentes au sein du personnel infirmier.

Un regard sur les corrélations présentées dans le Tableau 24 nous indique la présence de corrélations faibles à modérées entre le scepticisme envers les MIE et les autres prédicteurs des intentions de vaccination. Comme je l'avais déjà expliqué lors de la démonstration de la validité de l'échelle des attitudes envers les MIE, ces faibles corrélations démontrent la distinction du construit de scepticisme envers le MIE d'avec ceux de perception du risque et de vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel.

Tableau 24: Statistiques descriptives et corrélations des variables de l'étude

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Dichotomiques									
1 Sexe	-								
2 Évaluation état de santé	-.006	-							
3 Habitudes vacc. : saisonnière	-.034	-.196**	-						
4 Vacc. grippe pandémique	.076	-.250**	.533**	-					
Continues									
	Min	Max	M	ÉT	α				
5 Âge	24	63	40.06	10.25		.040			
6 Perception du risque	1	4.25	2.64	0.46	.64	.296**	-.021		
7 Devoir professionnel	1	5	2.36	0.87	.74	.380**	.140*	.272**	
8 Scepticisme envers les MIE	1.42	5	3.34	0.68	.89	-.299**	.097	-.278**	-.316**
9 Intentions de vaccination : grippe pandémique	1	5	2.56	1.51		.627**	.079	.381**	.580**
10 Intentions de vaccination : grippe saisonnière	1	5	2.57	1.65		.538**	.052	.447**	.585**
									-.350**
									.774**

N = 293 ; * p < .05, ** p < .01

Pour voir si le scepticisme envers les MIE constitue un facteur explicatif supplémentaire des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une grippe pandémique future, j'ai procédé à deux régressions linéaires hiérarchiques dont les variables dépendantes étaient les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et les intentions de vaccination contre une future grippe pandémique (Tableau 25). Cette méthode permet au chercheur d'entrer des blocs de variables indépendantes (prédicteurs) par étapes successives dans le modèle de régression et d'en observer l'apport en termes de pourcentage de variance expliquée sur la variable dépendante

Tableau 25: Résumé de l'analyse par régression hiérarchique des variables prédictives des intentions de vaccination contre une future grippe pandémique et contre la grippe saisonnière. Les coefficients de l'étape 4 (B, ET, β) sont listés. Pour chaque étape à laquelle des variables ont été intégrées sont indiqués le R² et un test de significativité de la variation de R².

Étape	Variable	Future grippe pandémique				Grippe saisonnière			
		B	ES	β	R ² Variation R ² : F(ddl)	B	ES	β	R ² Variation R ² : F(ddl)
1	Sexe	-0.05	0.16	-.01	.498 40.42 (7,285) ***	-0.33	0.17	-.08	.532 46.31 (7,285) ***
	Âge	0.01	0.01	.04		0.00	0.01	.00	
	Évaluation état de santé	-0.07	0.12	-.02		-0.10	0.13	-.03	
	Site 1	0.05	0.12	.01		0.06	0.13	.02	
	Site 2	0.14	0.21	.03		-0.04	0.22	-.01	
	Habitudes vacc: saisonnière	0.80	0.14	.26 ***		1.47	0.14	.44 ***	
	Vacc. grippe pandémique	0.88	0.14	.29 ***		0.37	0.15	.11 *	
2	Perception du risque	0.25	0.13	.08 °	.520 12.75 (1,284) ***	0.64	0.14	.18 ***	.580 32.36 (1,284) ***
3	Devoir professionnel	0.45	0.07	.26 ***	.596 53.79 (1,283) ***	0.54	0.08	.29 ***	.653 59.24 (1,283) ***
4	Scepticisme envers MIE	-0.52	0.09	-.23 ***	.640 34.47 (1,282) ***	-0.21	0.09	-.09 *	.659 4.91 (1,282) *

°p<.1 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Pour la première étape, j'ai entré les variables sexe, âge, autoévaluation de l'état de santé, variables indicatrices (*dummy*) site 1 et 2, historique de vaccination contre la grippe saisonnière et contre la grippe pandémique de 2009. Ces variables expliquent 49.8% et 53.2% de la variance des intentions de vaccination respectivement contre une future grippe pandémique ($F(7.285)=40.82, p < .001$) et contre la grippe saisonnière ($F(7.285)=46.31, p < .001$). Il est intéressant de noter que seules les variables des habitudes de vaccination contre la grippe saisonnière et le fait d'avoir été vacciné contre la grippe pandémique en 2009 ont des corrélations significatives avec les intentions de vaccination autant pour la grippe pandémique que saisonnière. Cela laisse penser que les infirmiers/ères qui ont l'habitude d'avoir été vacciné(e)s dans le passé vont continuer à se faire vacciner dans le futur, que ce soit contre une future grippe pandémique, ou contre une future grippe saisonnière.

Dans l'étape 2, j'ai introduit le prédicteur de la perception du risque lié à la grippe saisonnière. L'ajout de ce prédicteur a significativement augmenté le pourcentage de variance expliquée par le modèle autant pour les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique ($F(1.284)=12.75, p < .001$) que pour celles contre une grippe saisonnière ($F(1.284)=32.36, p < .001$). 49.8% de la variance était expliquée par le premier bloc de prédicteurs. L'ajout du prédicteur lié à la perception du risque permet au modèle d'expliquer maintenant 52% et 58% de la variance des intentions de vaccination, respectivement pour une nouvelle grippe pandémique et pour la grippe saisonnière.

La troisième étape voyait l'ajout du prédicteur lié à la perception de la vaccination en tant que devoir professionnel. L'ajout de ce prédicteur a également augmenté le pourcentage de variance expliquée par le modèle autant pour les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique ($F(1.283)=53.79, p < .001$) que pour les intentions de vaccination contre une grippe saisonnière ($F(1.283)=59.24, p < .001$).

La quatrième et dernière étape consistait en l'introduction du scepticisme envers les MIE en tant que prédicteur des intentions de vaccination. L'ajout de ce prédicteur augmente de 4.4% la variance expliquée des intentions de vaccination contre une future grippe pandémique. Ainsi, on passe de 59.6% à 64% de la variance expliquée ($F(1,282)= 34.47, p < .001$). De même que la variance expliquée des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière a augmenté de 0.6%, passant de 65.3% à 65.9% ($F(1,282) = 4.91, p = .028$). J'ai contrôlé le problème de la potentielle multicollinéarité des prédicteurs, c'est-à-dire que j'ai vérifié qu'il n'y ait pas de relation linéaire forte entre les variables indépendantes. Pour cela, j'ai recouru au *variance*

inflation factor (VIF), dont la règle veut qu'une valeur supérieure à 10 indique un problème de multicolinéarité. Il s'est avéré qu'il n'y avait pas de problème de multicolinéarité, étant donné que le VIF variait entre 1.2 et 1.6 pour l'ensemble des modèles de régression.

De ces deux régressions hiérarchiques, je tire la conclusion que le scepticisme envers les MIE apporte une part explicative supplémentaire des intentions de vaccination par rapport aux autres prédictors inclus dans les modèles de régression, tels que les habitudes de vaccination, la perception du risque lié à la grippe saisonnière et la perception de la vaccination en tant que devoir professionnel. Le scepticisme envers les MIE réduit les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique et contre la grippe saisonnière.

Pour comparer l'influence du scepticisme envers les MIE sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique et contre la grippe saisonnière, j'ai recouru à une analyse de covariance (ANCOVA) à mesures répétées. Une telle analyse permet de comparer la valeur prédictive des covariables pour les intentions de vaccination contre la grippe pandémique, d'une part, et pour les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière, d'autre part. Elle permet de dire si une covariable a une plus forte influence qu'une autre sur la variable dépendante, et si cette influence est significative.

Tableau 26: Interactions entre la maladie (grippe saisonnière vs future grippe pandémique) et l'ensemble des prédictors des intentions de vaccination inclus. Un terme d'interaction significatif (test du F) indique que le prédictor a des pentes différentes (β) pour la grippe pandémique et la grippe saisonnière.

Variable	Future grippe pandémique β	Versus	Grippe saisonnière β	Interaction $F(1,282)$
Sexe	-0.01		-0.08	2.78
Âge	0.04		0.00	0.79
Évaluation état de santé	-0.02		-0.03	0.04
Site 1	0.01		0.02	0.02
Site 2	0.03		-0.01	0.63
Habitudes vacc.: saisonnière	0.26 ***	<	0.44 ***	21.54 ***
Vacc. grippe pandémique	0.29 ***	>	0.11 *	11.78 **
Perception du risque	0.08 °	<	0.18 ***	7.58 **
Devoir professionnel	0.26 ***		0.29 ***	1.31
Scepticisme envers MIE	-0.23 ***	>	-0.09 *	10.48 **

N = 293; °p<.10, *p < .05, **p <.01, ***p<.001

Les covariables faisant l'objet de l'ANCOVA à mesures répétées sont celles de la dernière étape du modèle de régression hiérarchique (Tableau 26). Le Tableau 26 indique que les habitudes

de vaccination contre la grippe saisonnière constituent un prédicteur plus influent pour les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière que pour celles contre une nouvelle grippe pandémique ($F(1.282)=21.54, p < .001$). De même qu'avoir été vacciné(e) contre la grippe pandémique de 2009 semble prédire davantage les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique que contre la grippe saisonnière ($F(1.282)=11.78, p < .05$). La perception du risque lié à la grippe saisonnière est un meilleur prédicteur des intentions de vaccination contre la grippe saisonnière par rapport à celles contre une nouvelle grippe pandémique ($F(1.282)=7.58, p < .05$). Le fait de considérer la vaccination contre la grippe comme faisant partie du devoir professionnel est un bon prédicteur des intentions de vaccination pour les deux types de grippe, étant donné que la différence n'est pas significative ($F(1.282)=1.31, n.s$). Enfin, le scepticisme envers les MIE est un meilleur prédicteur pour les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique par rapport à celles relatives à la grippe saisonnière ($F(1.282)=10.48, p < .05$).

11.5.2. Conclusions relatives à l'influence du scepticisme sur la vaccination

Le but de cette étude par régressions hiérarchiques était d'observer si le scepticisme envers les MIE constituait un prédicteur supplémentaire des intentions de vaccination du personnel infirmier contre une nouvelle grippe pandémique et contre la grippe saisonnière, par rapport aux prédicteurs de perception du risque et de devoir professionnel.

Les résultats montrent que parmi les membres du personnel infirmier, l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE réduit significativement les intentions de vaccination pour les deux types de grippe. Le scepticisme envers les MIE constitue donc un prédicteur à prendre en considération dans le processus décisionnel en matière de vaccination, au même titre que les habitudes de vaccination (Lin et al., 2010), la perception du risque (Weinstein et al., 2007) et le fait de considérer la vaccination contre la grippe saisonnière comme un devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009). Le scepticisme envers les MIE semble avoir un effet plus prononcé sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique, laissant supposer que les membres du personnel infirmier opèrent une distinction claire entre une grippe saisonnière, phénomène annuel et donc habituel, et une grippe pandémique, qui constitue, elle, un phénomène extraordinaire, plus ambigu et plus incertain, dont le processus de *sensemaking*, ou de signification, diffère de la grippe saisonnière. Une pandémie semble faire ressurgir plus fortement des mécanismes cognitifs basés sur la mise en doute du réel danger que représente la

MIE et sur la méfiance envers les institutions qui les combattent que lors d'une épidémie de grippe annuelle.

11.6. Les origines du scepticisme et ses conséquences sur les intentions de vaccination

L'étude par régressions hiérarchiques présentée ci-dessus a montré que le scepticisme envers les MIE réduisait les intentions de vaccination du personnel infirmier contre une nouvelle grippe pandémique et contre la grippe saisonnière. Il appartient dès lors à la présente étude d'investiguer les origines du scepticisme envers les MIE selon le modèle à tester (Figure 10, p. 191). Les hypothèses initiales étaient que les expériences négatives passées du personnel infirmier avec des MIE, en l'occurrence, le souvenir négatif de l'épisode de grippe pandémique de 2009, favorise l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE. Autrement dit, je pense que l'expérience personnelle de l'épisode de pandémie, la perception de la qualité des informations diffusées au sein de l'hôpital, ainsi que l'expérience personnelle de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 ont une influence sur le niveau de scepticisme envers les MIE. De même que les expériences négatives vécues durant la pandémie de 2009 et le scepticisme envers les MIE affectent les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique. Et enfin, la dernière hypothèse est que le scepticisme envers les MIE médiatise l'effet des expériences négatives avec les MIE sur les intentions de vaccination.

J'ai choisi de ne pas tester ce modèle avec les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière comme variable dépendante, car cela n'aurait pas de sens d'un point de vue théorique. En effet, il ne serait pas pertinent de penser que les intentions de vaccination contre un grippe saisonnière soient influencées par les expériences passées avec la grippe pandémique de 2009. Un(e) infirmier/ère ne va pas forcément recourir à ses expériences passées avec la pandémie de 2009 pour expliquer ses intentions de vaccination contre une grippe saisonnière. En revanche, en cas de nouvelle grippe pandémique similaire à celle de 2009, il y a fort à parier que les infirmiers/ères recourront aux souvenirs de l'épisode pandémique de 2009 au sein de l'hôpital pour donner sens à la nouvelle situation pandémique et pour expliquer leurs intentions de vaccination, selon le phénomène d'ancrage (Moscovici, 1961).

L'analyse présentée ici consiste en une *path analysis* avec une variable médiatrice dans le modèle (Gunzler, Chen, Wu, & Zhang, 2013). Les *path analysis* sont considérées comme des techniques de modèles d'équations structurales (SEM). Ces modèles, basés sur une approche de régressions, visent à étudier le réseau de relations causales entre les variables mesurées sur une ou plusieurs variables dépendantes (Pollaris, 2014). Il s'agit d'une approche confirmatoire

qui a pour but de confirmer que les effets décrits dans le modèle théorique se retrouvent parmi ceux observés. Les SEM permettent également de considérer l'effet direct d'une variable indépendante sur la variable dépendante, mais aussi l'effet indirect via une autre variable médiatrice. Le modèle que je propose veut tester les paramètres (variables) suivants (voir Figure 10, p. 191) :

- Les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique (1 item) (VD) ;
- Les attitudes envers les MIE (scepticisme) (échelle à 12 items) (Médiateur) ;
- Les expériences passées avec des pandémies, avec la grippe pandémique de 2009 comme exemple :
 - o Expérience personnelle de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique (5 items : perception de la campagne comme oppressante envers les infirmiers/ères non-vaccinées, stigmatisation des non-vacciné(e)s, pression ressentie en faveur de la vaccination)
 - o Expérience personnelle de la grippe pandémique (4 items : perception selon laquelle le virus n'était pas si dangereux qu'annoncé et que la menace a été exagérée)
 - o Perception des informations officielles diffusées au sein de l'hôpital (7 items : l'information officielle diffusée au sein de l'hôpital est fiable, informative, adéquate)

En outre, l'analyse s'est basée sur les variables de contrôle suivantes :

- Les habitudes de vaccination : est-ce que la personne a été vaccinée ou non contre la grippe pandémique en 2009 ?
- La perception du risque (8 items : risque et conséquences perçus liés à la grippe saisonnière) ;
- Devoir professionnel (4 items : perception de la vaccination contre la grippe comme faisant partie du devoir professionnel infirmier).
- Variables démographiques : sexe, âge, variable indicatrice (dummy) auto-évaluation de l'état de santé, variable indicatrice (dummy) sites 1 et 2, historique de vaccination contre la grippe saisonnière.

Le modèle, avec le scepticisme envers les MIE comme variable médiatrice, a fait l'objet d'une *path analysis* à l'aide du logiciel de statistiques R et du package Lavaan (*latent variable*

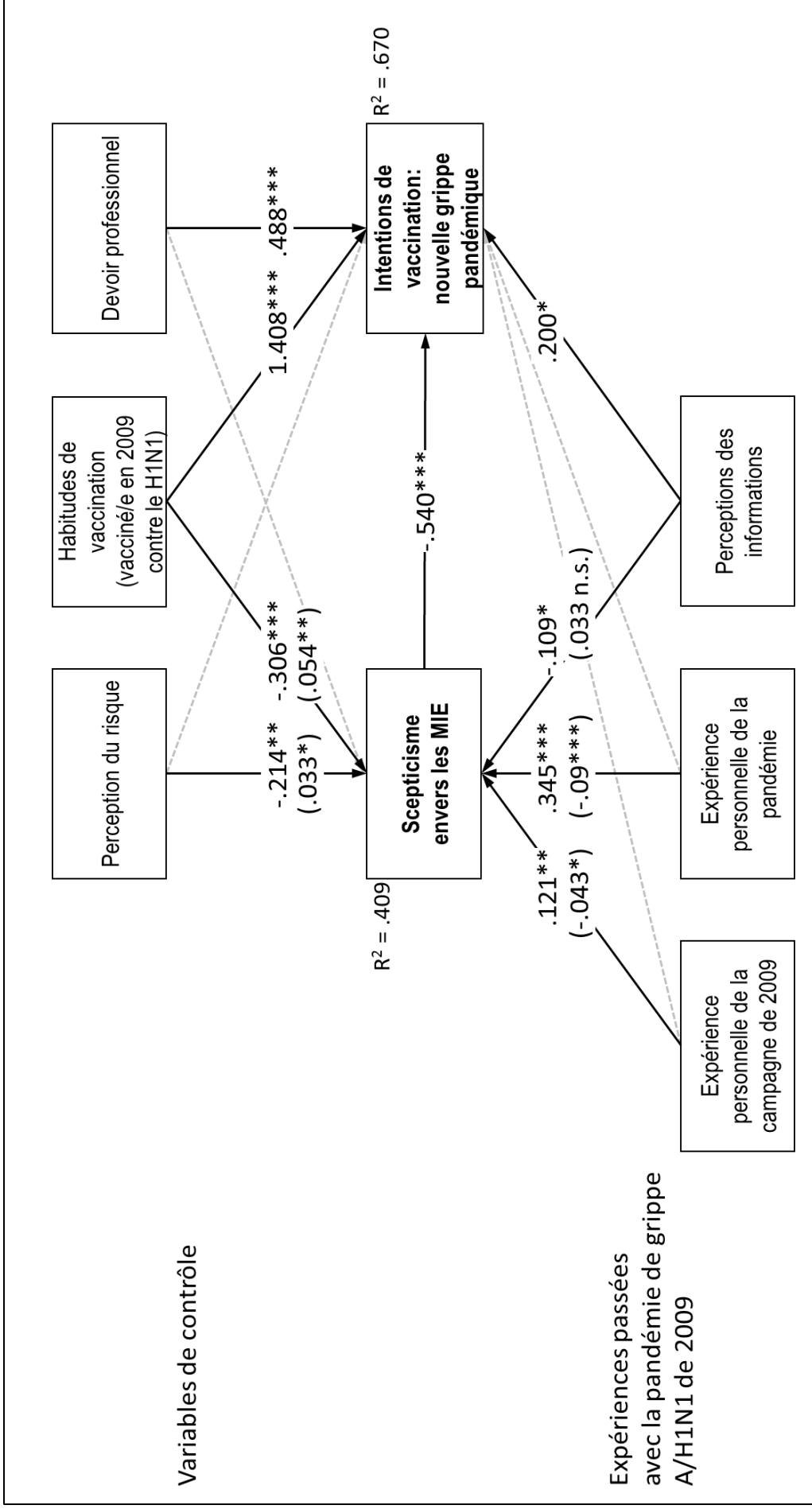
analysis). Dans ce modèle (Figure 10), il est imaginé que tous les paramètres affectent à la fois le scepticisme envers les MIE et les intentions de vaccination. Ce modèle, dit saturé, réplique parfaitement les données (CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = 0, SRMR = 0). Le logiciel R et son package Lavaan permettent d'estimer des modèles d'équations structurales.

Sur les 243 participants ayant vécu la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009, 212 n'avaient pas de valeurs manquantes. Aussi c'est pourquoi la *path analysis* avec R portera sur un échantillon de 212 participants. Le logiciel R procure des résultats des tests d'ajustement du modèle, ainsi que des tableaux de régression avec les effets directs et indirects.

Les effets (terme préféré à « chemin », traduction malheureuse de *path*) non-significatifs ont été enlevés du modèle théorique, selon la façon pas-à-pas (*stepwise*). Ainsi, ont été enlevés des effets sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique, la perception du risque, l'expérience personnelle de la campagne, l'expérience personnelle de la grippe pandémique. Le devoir professionnel n'exerçait pas d'effet significatif sur le scepticisme envers les MIE, c'est pourquoi ce dernier a été retiré du modèle. Les effets non-significatifs entre variables sont représentés en traits-tillés dans la Figure 20. Ainsi, en ayant enlevé ces effets non-significatifs, j'ai obtenu un modèle simplifié (Figure 20).

Les effets indirects des expériences passées avec la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009 (expérience personnelle de la campagne, expérience personnelle de la grippe pandémique et la perception des informations diffusées au sein de l'hôpital) sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique ont été calculés au travers d'une analyse de médiation. Ils sont inscrits entre parenthèses dans la Figure 20.

L'estimation du modèle s'est faite au travers de la maximisation par vraisemblance (*maximum likelihood estimation*). J'ai commencé l'interprétation des résultats en observant les indices d'ajustement du modèle simplifié. Ceux-ci indiquent que le modèle simplifié est bien ajusté (CFI = .996, TLI = .988, RMSEA = .038, SRMR = .015) et n'était pas significativement différent du modèle saturé ($X^2(4, N = 212) = 5.220, p = .265$). Le modèle simplifié, avec les effets directs et indirects standardisés significatifs, ainsi que les effets non-significatifs en traits tillés sont indiqués dans la Figure 20. Les valeurs obtenues après 20 itérations sont les estimateurs des paramètres du modèle simplifié.



N = 212, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Figure 20: Modèle simplifié de l'influence du scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) sur les intentions de vaccination du personnel infirmier contre une nouvelle grippe pandémique. Les coefficients standardisés des effets indirects sur les intentions de vaccination sont indiqués entre parenthèses. Les autres coefficients représentent les effets directs. Les effets non-significatifs entre variables sont représentés en traits-tillés.

La Figure 20 a été dessinée à partir des tableaux de régression produits par le logiciel R et son package Lavaan (Tableaux 27 et 28) :

Tableau 27: Tableaux de régression des effets directs des paramètres du modèle simplifié sur le scepticisme envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) (1), et sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique (2)

		Estimateur	ÉT	Z- value	P(> z)	IC inférieur	IC supérieur	Std.lv	
(1) Scepticisme envers les MIE									
	Perception des informations	(a1)	-0.109	0.053	-2.072	0.038	-0.212	-0.006	-0.109
	Expérience personnelle de la campagne	(a2)	0.121	0.041	2.948	0.003	0.041	0.202	0.121
	Expérience personnelle de la grippe pandémique	(a3)	0.345	0.057	6.049	0.000	0.233	0.456	0.345
	Perception du risque	(a5)	-0.214	0.09	-2.378	0.017	-0.391	-0.038	-0.214
	Habitudes de vaccination grippe pandémique	(a6)	-0.306	0.078	-3.919	0.000	-0.459	-0.153	-0.306
	Devoir professionnel (a4)	Paramètre retiré lors de l'exclusion pas-à-pas							
(2) Intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique									
	Scepticisme envers les MIE	(b)	-0.54	0.099	-5.464	0.000	-0.734	-0.346	-0.54
	Perception des informations	(c1)	0.2	0.082	2.449	0.014	0.04	0.361	0.2
	Devoir professionnel	(c4)	0.488	0.081	6.008	0.000	0.329	0.647	0.488
	Habitudes de vaccination contre la grippe pandémique	(c6)	1.408	0.141	10.016	0.000	1.132	1.683	1.408
	Expérience personnelle de la campagne (c2)								
	Expérience personnelle de la grippe pandémique (c3)	Paramètres retirés du modèle lors de l'exclusion pas-à-pas							
	Perception du risque (c5)								

Tableau 28: Tableau de régression présentant les effets indirects des paramètres du modèle simplifié sur les intentions de vaccination contre une nouvelle grippe pandémique (la dernière colonne donne les coefficients retenus dans le modèle)

	Estimateur	ÉT	Z-value	P(> z)	IC inférieur	IC supérieur	Std.lv	Std.all
a1*b	0.059	0.03	1.937	0.053	-0.001	0.118	0.059	0.033
a2*b	-0.066	0.025	-2.594	0.009	-0.115	-0.016	-0.066	-0.043
a3*b	-0.186	0.046	-4.055	0.000	-0.276	-0.096	-0.186	-0.09
a5*b	0.116	0.053	2.181	0.029	0.012	0.22	0.116	0.033
a6*b	0.165	0.052	3.185	0.001	0.064	0.267	0.165	0.054

Dans la colonne « Std. Lv » (standardize latent variables), seules les variables latentes du modèle sont standardisées. Les variables manifestes y gardent leur score non-standardisé. Tandis que dans la colonne « Std all » (standardize all variables ou completely standardized solution), tant les variables latentes que les variables manifestes sont standardisées. Les résultats de la colonne « Std. All » sont ceux que l'on souhaite considérer pour l'analyse (Grace, 2013, p. 12).

11.6.1. Conclusions relatives aux origines et conséquences des attitudes sceptiques

Les résultats de la Figure 20 indiquent que les expériences négatives avec la pandémie de grippe de 2009 (p. ex. : le fait de penser que la menace a été exagérée) et avec la campagne de vaccination (p. ex : le fait de penser que la campagne de vaccination donnait lieu à de la stigmatisation des infirmiers/ères non-vacciné(e)s) semblent avoir forgé des attitudes sceptiques envers les MIE, qui, elles-mêmes, ont un effet négatif sur les intentions de vaccination. Ainsi, peut-on conclure que les attitudes sceptiques envers les MIE, basées sur des expériences négatives avec la pandémie de grippe de 2009, réduisent les intentions de vaccination du personnel infirmier contre une nouvelle grippe pandémique.

Il faut toutefois relever qu'une évaluation positive faite par le personnel infirmier au sujet des informations officielles diffusées au sein de l'hôpital tend à amoindrir le scepticisme et à encourager les intentions de vaccination. Ce constat appuie l'idée avancée par le marketing social, selon laquelle il est important de connaître, lors d'une campagne de vaccination, comment les informations diffusées au sein d'un hôpital sont perçues par le personnel infirmier. Ceci permet de réorienter, au besoin, la stratégie de promotion de la vaccination en fonction des différentes attitudes des destinataires (Nowak et al., 2015). Si celles-ci sont perçues positivement, elles seront susceptibles de réduire le scepticisme ambiant au sein du personnel infirmier et d'augmenter les intentions de vaccination. Si, le cas échéant, celles-ci sont perçues négativement, le fait savoir pourquoi devrait permettre la réorientation d'une stratégie de communication qui sera évaluée de manière plus positive.

En outre, comme le montre la Figure 20, le fait de connaître les risques liés à la grippe (variable de contrôle « Perception du risque », ou, autrement dit, une perception du risque adéquate, (p.ex. : le fait de savoir que la vaccination ne peut pas donner la grippe) diminue le scepticisme

et, indirectement, favorise les intentions de vaccination. Ce constat laisse suggérer que la communication sur le risque lié à la grippe et à sa vaccination, basée sur l'évidence scientifique est une stratégie pertinente. Toutefois, cette stratégie ne sera probablement pas suffisante dans le cas d'une nouvelle grippe pandémique, étant donné que le scepticisme envers les MIE est affecté, entre autres, par les expériences passées avec la pandémie de 2009. Le fait d'avoir une perception du risque adéquate renvoie à une manière de penser rationnelle. Cette manière de penser peut être mise à l'épreuve lors d'un événement incertain et ambigu tel qu'une nouvelle pandémie. Des mécanismes cognitifs empreints de biais de perception et d'heuristiques peuvent être mobilisés par le personnel infirmier dans de tels circonstances. C'est la raison pour laquelle une communication basée principalement sur les risques liés à la grippe et à sa vaccination ne sera probablement pas suffisante dans de tels cas.

Parmi les autres variables de contrôle de la Figure 20, le fait de percevoir la vaccination contre la grippe comme un devoir professionnel a un effet direct positif sur les intentions de vaccination, mais ne réduit pas significativement le scepticisme envers les MIE. Ceci semble indiquer que les campagnes de vaccination axées sur la vaccination en tant que devoir professionnel devraient voir des taux de vaccination augmenter. Toutefois, ces campagnes risquent de ne pas sensibiliser les infirmiers/ères les plus sceptiques. En revanche, des campagnes de vaccination qui évitent de mettre excessivement de pression sur le personnel infirmier et de stigmatiser les personnes non-vaccinées sont susceptibles de réduire le scepticisme envers les MIE, et indirectement, d'augmenter les intentions de vaccination. A ce propos, les outils du marketing social peuvent dégager des solutions intéressantes.

Le fait d'avoir déjà été vacciné contre une grippe pandémique semble avoir un effet direct négatif sur le scepticisme et un effet positif direct sur les intentions de vaccination. Cela laisse suggérer que de faire en sorte que la vaccination devienne une habitude favorise les intentions de vaccination. Les campagnes de vaccination devraient inciter surtout les jeunes infirmiers/ères à se vacciner contre la grippe, car s'ils le font une fois, ils seront susceptibles de vouloir se faire vacciner les prochaines fois, à condition qu'ils ne subissent pas de pression en faveur de la vaccination et qu'ils ne soient pas stigmatisés en raison d'un refus.

11.7. Discussion

Les résultats de l'étude 2 indiquent que le scepticisme envers les MIE est un concept théorique lié, mais néanmoins distinct de ceux de perception du risque et de devoir professionnel et prédit, lui aussi, les intentions de vaccination. Les attitudes sceptiques envers les MIE se traduisent en

général par le sentiment que la menace est exagérée, ainsi que par de la méfiance envers les intentions et les intérêts supposés cachés des institutions censées les combattre et informer la population à leur sujet. Il est d'ailleurs de plus en plus suggéré par la littérature scientifique de prendre en considération les facteurs liés à la confiance dans les institutions dans les déterminants des comportements de vaccination (Gilles et al., 2011) et dans les stratégies de communication en cas de crises sanitaires (Siegrist & Zingg, 2014).

L'étude par régressions hiérarchiques a montré que l'influence du scepticisme envers les MIE sur les intentions de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique existe au-delà de celles des habitudes de vaccination (Lin et al., 2010), de la perception du risque lié à la grippe (Weinstein et al., 2007) et de la perception de la vaccination contre la grippe en tant que devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009). Les résultats de l'étude par régressions hiérarchiques indiquent que l'influence de l'adoption attitudes sceptiques envers les MIE envers les intentions de vaccination est plus forte pour une nouvelle grippe pandémique que pour une grippe saisonnière. Dès lors, l'influence des attitudes sceptiques sur les intentions de vaccination semblent être nuancées selon le degré d'incertitude et d'ambiguïté lié à l'émergence d'une maladie infectieuse.

Les auteurs du Trust, Confidence and Cooperation (TCC) model (Earle, Siegrist, & Gutscher, 2007) expliquent que dans les moments de grande incertitude, comme lors de la pandémie de grippe de 2009, l'évaluation des valeurs et des intentions de l'autre (personne physique ou institution) sont les éléments prépondérants dans la confiance accordée à autrui. Dans ces cas-là, les autorités de santé publique auraient intérêt à axer leur stratégie de communication sur des valeurs de préservation de la santé publique et de transparence, de manière à conserver la confiance du public quant à ses intentions, et de manière à éviter les soupçons de connivence avec l'industrie pharmaceutique. Dans un contexte d'incertitude peu marquée, comme lors d'une période post-pandémique ou lors d'épidémies de grippe saisonnière, les auteurs du TCC model expliquent que l'évaluation des comportements passés de l'autre prévaut sur celle de ses valeurs et intentions. Dès lors, si durant un contexte d'incertitude tel qu'une pandémie, les autorités de santé publique ont su démontrer leurs bonnes intentions et ont su convaincre qu'elles ont agi du mieux qu'elles pouvaient, compte tenu des circonstances, il est probable qu'en contexte d'incertitude moindre, les citoyens se souviennent de leur bon comportement et ainsi, leur fassent confiance ultérieurement.

Quant à l'étude réalisée au travers de la *path analysis*, elle a montré que le scepticisme envers les MIE pouvait être forgé par des expériences négatives passées avec des pandémies. Ces dernières semblent favoriser l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE, lesquelles paraissent réduire à leur tour les intentions de vaccination. Pour certain(e)s infirmiers/ères, le souvenir de l'épisode pandémique de 2009 peut résonner comme une « fausse alarme », déboucher sur « une fatigue du risque » (Liao & Fielding, 2014) ou une « fatigue des alertes » (Rubin et al., 2015) et, finalement, sur l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE. Le souvenir de l'épisode pandémique de 2009, avec le sentiment de menace exagérée, est susceptible d'être mobilisé par les infirmiers/ères en cas de nouvelle pandémie de grippe. En d'autres termes, l'expérience de l'épisode pandémique de 2009 servira vraisemblablement d'ancrage (Moscovici, 1961) aux infirmiers/ères pour donner du sens à une nouvelle situation pandémique. Il y a fort à parier que l'épisode de la grippe pandémique de 2009 s'inscrive dans les mémoires collectives et constitue un stock de connaissances et d'attitudes susceptible d'être mobilisé à nouveau pour donner du sens à une nouvelle pandémie. La mobilisation du souvenir négatif de l'épisode de pandémie de 2009 parmi les membres du personnel infirmier devrait susciter le scepticisme envers une MIE et par conséquent, freiner leurs intentions de vaccination.

En conséquence, les autorités internationales et nationales de santé publique devraient s'évertuer à évaluer le risque d'une MIE de manière prudente. Comme l'indiquent les résultats de l'étude 2, la perception d'une exagération du risque lié à une MIE par rapport à une incidence de la maladie jugée faible risque de raviver le scepticisme envers les MIE, héritage de la pandémie de grippe de 2009. Il est probable que ceci favorise les doutes sur le réel danger que représente la MIE et la méfiance envers les institutions censées les combattre, notamment les autorités de santé publique et les firmes pharmaceutiques. Par conséquent, l'exagération dans l'évaluation du risque d'une MIE sera susceptible, au final, d'affecter négativement les intentions de vaccination.

Le lien entre la théorie des représentations sociales et celle du *sensemaking* (Weick, 1995) peut être établi si l'on considère le fait que la pandémie de 2009 peut servir d'ancrage (Moscovici, 1961) aux managers des hôpitaux et au personnel infirmier pour interpréter une nouvelle situation de pandémie inédite et y réagir de la manière la plus juste à leurs yeux. La difficulté principale pour les managers des hôpitaux et le personnel infirmier sera de faire preuve de résilience (Weick, 1993 ; Weick & Suttcliffe, 2007) dans le cas où la nouvelle pandémie s'avère substantiellement plus menaçante que celle de 2009, tant le souvenir de menace exagérée laissé

par la dernière pandémie risque d'influencer les comportements des uns et des autres. Les managers des hôpitaux devront adapter les schémas organisationnels et communicationnels déjà mis en place lors de la pandémie de 2009 à un phénomène sanitaire plus menaçant. Le personnel infirmier sera lui aussi contraint d'adapter son comportement à la nouvelle situation et se distancer des schémas d'action déjà expérimentés en 2009, pour gérer au mieux la crise sanitaire qu'il traverse.

L'étude 2 soulève également des implications pratiques. Dans des situations particulièrement incertaines, les campagnes de vaccination, que ce soit au sein d'un hôpital, ou pour la population générale, devraient prendre en considération la manière dont les individus concernés donnent du sens à la maladie pour laquelle il est recommandé de se vacciner. En effet, les stratégies de communication en faveur de la vaccination seront différentes selon que les destinataires des messages possèdent une connaissance adéquate des risques liés à la maladie et à la vaccination, s'ils ont des doutes sur le réel danger que représente la maladie et sur la sûreté et efficacité du vaccin, ou encore s'ils ont des soupçons de connivence entre les autorités de santé publique et les firmes pharmaceutiques.

Les intentions de vaccination pourraient s'accroître lors de campagne de vaccination prenant en considération la problématique de la confiance dans les institutions engagées dans le combat contre les maladies infectieuses (Larson, Cooper, Eskola, Katz, & Ratzan, 2011), et adaptant leurs messages à différents groupes-cible, comme par exemple les infirmiers/ères ayant des connaissances erronées sur la maladie concernée et sur les moyens de s'en protéger, comme le suggère l'approche du marketing social (Nowak et al., 2015). Il semble pertinent de poursuivre dans l'élan de cette approche, en suggérant d'adresser une communication spécifique aux infirmiers/ères les plus sceptiques envers les MIE, lesquels/lesquelles ont tendance à estimer de manière intuitive que le risque de la maladie est exagéré par les médias et les autorités de santé publique, et que les institutions censées la combattre ne sont pas entièrement dignes de confiance. Ce travail de communication ciblé sur les attitudes sceptiques du personnel infirmier envers les MIE devrait se faire dans un esprit de dialogue, afin d'éviter le sentiment de manipulation. Il pourrait même être intégré dans les programmes de formation des générations futures d'infirmiers/ères, afin de les sensibiliser aux enjeux liés à des situations extraordinaires susceptibles d'avoir des impacts sur leurs activités professionnelles.

11.8. Limites de l'étude et pistes pour de futures études

L'étude 2 est de type transversal (*cross-sectional*). Par conséquent, les interprétations des résultats, en termes d'inférences causales, doivent se faire avec prudence et humilité. Néanmoins, la démonstration de l'influence des attitudes sceptiques envers les MIE sur les intentions de vaccination, au-delà des théories dominantes de perception du risque et celle liée au devoir professionnel, invite à considérer l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE comme un facteur prédictif des comportements de vaccination. Il serait également intéressant d'observer si l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE influence les comportements de vaccination ou de protection liés à d'autres MIE qu'une grippe pandémique.

La deuxième limite de cette étude réside dans l'échantillon relativement petit. Les résultats de l'étude sont dès lors difficilement généralisables. L'utilisation de l'échelle des attitudes envers les MIE à 5 items adaptée à des échantillons plus larges et moins homogènes qu'un groupe professionnel serait une piste à suivre pour la généralisation des résultats de cette étude.

Une autre limite de cette étude est relative au fait qu'ont seulement été mesurées les intentions de vaccination et non pas les comportements effectifs de vaccination. Il serait intéressant, pour évaluer la relation entre les intentions et le comportement effectif, de s'engager dans une démarche pré-test et posttest. Lors de l'éclosion d'une prochaine pandémie, on pourrait imaginer utiliser le modèle de la *path analysis* présenté dans cette étude prédisant les intentions de vaccination, puis, une fois la pandémie passée, observer si les intentions de vaccination manifestées durant la période pré-pandémique ont débouché sur des comportements effectifs de vaccination. Malgré cette limite, cette étude a permis de poser de solides jalons en vue de la préparation de futures campagnes de vaccination, en présentant différents facteurs influençant les processus décisionnels en matière de vaccination.

Enfin, cette thèse est limitée dans la proposition concrète de stratégies de communication de santé efficaces. Néanmoins, elle constitue une base empirique sur laquelle peuvent s'appuyer les spécialistes en rhétorique, persuasion et argumentation, en charge de l'élaboration de stratégies de communication de santé adaptées à des contextes pandémiques et à différentes attitudes envers les MIE présentes au sein du personnel hospitalier.

12. Conclusion

La vaccination est le moyen le plus efficace pour lutter contre les maladies infectieuses telles que la grippe, et, de ce fait, le personnel infirmier est désigné comme un des groupes prioritaires pour les recommandations de vaccination (OMS, 2014). Or, malgré ces recommandations répétées chaque année lors des gripes saisonnières, les taux de vaccination du personnel infirmier restent généralement bas (Hofmann et al., 2006 ; Hollmeyer et al., 2009). La plupart des études consacrées aux déterminants des comportements de vaccination du personnel infirmier explique le refus de la vaccination au travers de biais de perception du risque (Brewer et al., 2007 ; Hofmann et al., 2006 ; Weinstein et al., 2007 ; Zhang et al., 2012) et recourent à des modèles de comportements de santé, tels que le Health Belief Model pour prédire les comportements de vaccination (Carpenter, 2010 ; Jones et al., 2013). Une étude basée sur la théorie de l'identité sociale et de l'auto-catégorisation a permis de constater que les intentions de vaccination étaient positivement liées à l'identification au groupe professionnel infirmier et au fait de considérer la vaccination contre la grippe comme faisant partie du devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009).

Cette thèse aborde un aspect jusque-là peu pris en compte dans les déterminants des comportements de vaccination, à savoir, le sens que confèrent les individus à l'avènement d'épidémies ou de pandémies. Ces dernières années ont vu une succession d'épidémies de maladies infectieuses d'échelle internationale (p. ex. : « grippe aviaire » H5N1 en 2004, « grippe porcine » H1N1 en 2009), qui ont été décrites par les autorités internationales de santé publique et les médias comme potentiellement menaçantes pour l'humanité (Klemm et al., 2016), mais qui, au final, se sont révélées de faible incidence (Bangerter et al., 2012). L'expérience collective de successions de « fausses alarmes » dans un laps de temps relativement restreint peut mener à une « fatigue du risque » (*risk fatigue*) (Liao & Fielding, 2014) ou à une « fatigue des alertes » (*warning fatigue*) (Rubin et al., 2015), et ainsi favoriser l'adoption d'attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) au sein du public, et notamment, au sein du personnel infirmier. Cette attitude se traduit alors par des doutes quant à la menace réelle de la maladie et de la méfiance envers les institutions impliquées dans la lutte contre les maladies infectieuses.

L'objectif général de cette thèse située dans un contexte post-pandémique était donc de documenter le scepticisme du personnel infirmier envers les MIE, d'en décrire les composantes et les conséquences en termes d'intentions de vaccination. Cette thèse visait particulièrement à

observer la mesure dans laquelle l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE est susceptible de prédire les comportements de vaccination du personnel infirmier, au même titre que les facteurs de perception du risque (Weinstein et al., 2007), ceux liés à la considération de la vaccination comme devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009), et les modèles de comportements de santé (Carpenter, 2010 ; Jones et al., 2013). Enfin, cette thèse voulait observer la mesure dans laquelle les expériences passées des infirmiers/ères avec des pandémies étaient susceptibles de forger ces attitudes sceptiques et d'influencer ainsi leurs intentions de vaccination en cas de phénomène similaire futur. En des termes propres à la théorie des représentations sociales, cette thèse investigate la manière dont le souvenir que les membres du personnel infirmier ont gardé d'une pandémie passée, et considère la mesure dans laquelle ces souvenirs sont susceptibles de servir d'ancrage (Mosovici, 1961), c'est-à-dire, de constituer un stock de connaissances de sens commun et une mémoire collective mobilisables en cas de situation de crise sanitaire similaire à la dernière pandémie vécue.

Ce travail se base sur l'épisode de la grippe pandémique A/H1N1 de 2009, lequel a vu se forger au fil de son évolution des attitudes sceptiques envers cette MIE (Bangerter et al., 2012). Le scepticisme s'est manifesté au travers de controverses publiques relatives à l'élévation du niveau d'alerte au maximum par l'OMS, à l'élaboration rapide de vaccins antipandémiques par des firmes pharmaceutiques soupçonnées d'avoir agi dans leur seul intérêt, ainsi que par des doutes quant au réel danger que représentait la grippe pandémique A/H1N1. Cette attitude s'est aussi traduite par la perception d'une menace exagérée par les médias et les autorités de santé publique, entraînant la mise sur pied de mesures de protection souvent considérées comme disproportionnées. Les controverses autour de l'OMS ont affecté la confiance du public dans cette organisation et sont susceptibles d'affecter sa réaction lors d'une future pandémie (Bangerter, 2014).

Le personnel infirmier n'était pas immunisé contre l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE, lors de la pandémie de 2009. Étant donné que les membres de cette profession constituent un groupe-cible des recommandations de vaccination, particulièrement en cas de pandémie de grippe, il importait d'étudier les composantes et les conséquences de l'adoption d'attitudes sceptiques envers les MIE sur leurs comportements futurs de vaccination. Ainsi, cette thèse souhaitait, d'une part, apporter une contribution théorique aux études relatives à la prédiction des comportements de vaccination du personnel infirmier, et d'autre part, offrir des pistes de réflexion pour la mise en place de campagnes de vaccination adaptées aux individus adoptant ce genre d'attitudes.

Un des principaux enseignements de cette thèse réside dans le fait que des attitudes sceptiques envers les MIE existent au sein du personnel infirmier et que celles-ci prédisent les intentions de vaccination, au même titre que les facteurs de perception du risque (Weinstein et al., 2007) et de devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009). Un autre enseignement de cette thèse est le fait que les attitudes sceptiques envers les MIE peuvent être forgées par des expériences négatives passées avec de grandes épidémies ou des pandémies. Ainsi, en ayant documenté le scepticisme envers les MIE au sein du personnel infirmier, cette thèse offre des bases théoriques solides pour la mise en place de campagnes de vaccination plus efficaces, car plus adaptées aux attitudes du personnel infirmier.

L'influence des attitudes sceptiques envers les MIE sur les intentions de vaccination n'a jusqu'à présent pas encore reçu l'attention qu'elle mérite dans la littérature scientifique. Pourtant, la répétition accélérée d'épidémies d'ampleur internationale, due en partie à la globalisation et aux modes de vie actuels (Washer, 2010), est susceptible de provoquer de plus en plus d'alertes qui seront perçues a posteriori comme exagérées et, par conséquent, de favoriser l'adoption d'attitudes sceptiques parmi les individus, et notamment, les infirmiers/ères. Cette thèse souhaitait combler cette lacune, et contribuer à une meilleure compréhension et anticipation des comportements de vaccination du personnel infirmier lors d'épidémies de maladies infectieuses de grande ampleur, en démontrant que les attitudes sceptiques envers les MIE constituent un facteur prédictif supplémentaire des intentions de vaccination par rapport à ceux déjà documentés.

L'originalité de cette thèse provient en partie du fait de s'interroger sur le souvenir et l'héritage laissé par la pandémie de grippe de 2009 parmi le personnel infirmier. La première question de recherche était de savoir quels souvenirs les infirmiers/ères ont gardé de l'épisode pandémique de 2009, et si ceux-ci révélaient l'existence d'attitudes sceptiques envers les MIE. La deuxième question de recherche était relative aux corrélats des attitudes sceptiques envers les MIE, en termes de profils sociodémographiques, de perception du risque et d'identité professionnelle des membres du personnel infirmier. La dernière question de recherche revenait à observer si les attitudes sceptiques envers les MIE prédisent les intentions de vaccination contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique, au même titre que la perception du risque (Weinstein et al., 2007 ; Zhang et al., 2012) et le fait de considérer la vaccination comme faisant partie du devoir professionnel infirmier (Falomir-Pichastor et al., 2009).

Les entretiens avec le personnel infirmier et les organisateurs des campagnes de vaccination ont permis de relever l'existence d'attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes (MIE) au sein du personnel infirmier. Ces attitudes se traduisent par un sentiment que la menace que représentait la pandémie de grippe A/H1N1 était exagérée par rapport à la situation vécue par les infirmiers/ères, ainsi que par de la méfiance envers les institutions engagées dans la lutte contre la propagation de cette pandémie, notamment l'OMS et l'industrie pharmaceutique. Les infirmiers/ères ont gardé majoritairement le souvenir d'une campagne de vaccination mettant une pression inhabituelle en faveur de la vaccination. Certains membres du personnel infirmier ont perçu les recommandations de vaccination comme orientées vers le seul but organisationnel de limiter l'absentéisme, ayant ainsi l'impression d'avoir été manipulés. L'instauration inédite du port du masque en cas de refus de vaccination a été perçue par une partie du personnel infirmier comme une mesure stigmatisante.

A la pression en faveur de la vaccination, de nombreux infirmiers/ères ont opposé leur revendication de disposer de leur corps et de liberté de choix. Ces revendications ont parfois donné lieu à des oppositions de points de vue entre les membres du personnel infirmier et les professionnels engagés dans la promotion de la vaccination. Selon les propos tenus par une grande partie du personnel infirmier, la vaccination contre la grippe n'est pas le seul moyen de répondre aux exigences professionnelles de protection des patients. Une part substantielle des membres du personnel infirmier pense que le port du masque constitue un moyen de protection tout aussi valable que la vaccination, et permet de préserver l'autonomie de la personne. La forte pression en faveur de la vaccination, ainsi que le sentiment de stigmatisation au travers du port du masque ont laissé un souvenir négatif de la campagne de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 pour une partie non-négligeable du personnel infirmier, même si la plupart d'entre eux reconnaît que ces mesures se justifiaient compte tenu du contexte d'incertitude de l'époque.

Certains membres du personnel infirmier ont recouru à des raisonnements intuitifs, des heuristiques, pour prendre une décision en matière de vaccination. La peur des effets secondaires constituait un élément prépondérant dans l'explication du refus de la vaccination, au même titre que les doutes relatifs à l'efficacité du vaccin. Beaucoup d'infirmiers/ères, en se référant souvent à des oui-dire et des témoignages de collègues, ont considéré que la vaccination pouvait engendrer la grippe, une baisse de forme, ou encore des effets secondaires potentiellement graves à plus ou moins long terme, et ont refusé la vaccination pour cette raison. A ce propos, la lecture de témoignages de « victimes » du vaccin contre la grippe pandémique

dans les médias ou sur les sites internet anti-vaccin a attisé les peurs et les croyances de diverses natures autour du vaccin contre la grippe pandémique. Souvent, le refus de vaccination était expliqué par une évaluation intuitive des risques et des bénéfices de la vaccination. Les infirmiers/ères ayant refusé la vaccination ont souvent anticipé des conséquences négatives de la vaccination, en termes d'effets indésirables graves tels que le syndrome de Guillain-Barré ou la sclérose en plaques. Le doute sur la sécurité du vaccin provenait également de polémiques passées au sujet de vaccins, comme par exemple celui contre l'hépatite b. Ainsi, pour ces personnes, le fait d'anticiper la possibilité, même infime, de pâtir d'effets indésirables consécutifs à la vaccination paraissait plus important que les bénéfices de la vaccination.

En l'occurrence, les infirmiers/ères ont parfois recouru à des heuristiques tels que celui de disponibilité (Slovic et al., 1982), surestimant les risques de développer des effets secondaires très rares, mais graves et sensationnels, tels que le syndrome de Guillain-Barré ou la sclérose en plaques. Ces heuristiques peuvent provenir de croyances qui circulent au sein de la population. Les raisonnements intuitifs de certains membres du personnel infirmier illustrent la saillance de ces croyances dans les représentations du vaccin, et par conséquent, influencent le processus décisionnel en matière de vaccination. Certain(e)s d'entre elles/eux affirment même qu'aucun expert ne pourra les convaincre de la sécurité du vaccin à long terme. Le sentiment d'un vaccin pandémique peu sûr, élaboré dans la précipitation par les firmes pharmaceutiques et distribué sans avoir été suffisamment testé fait également partie des raisons de refus de vaccination. La méfiance envers les experts et les firmes pharmaceutiques semble indiquer que l'explication du refus de la vaccination en termes de perception du risque n'est pas suffisante et qu'il faut également considérer les facteurs liés à la confiance du public dans les institutions.

Parmi les organisateurs des campagnes de vaccination interviewés, il y avait des infectiologues, des internistes, un adjoint de la direction des soins, des médecins du travail, un infirmier du travail, une infirmière responsable de la prévention et du contrôle des infections, ainsi qu'un directeur médical. Contrairement au personnel infirmier, ils ont unanimement tenu un discours rationaliste sur les risques liés à la grippe pandémique et à la vaccination. Ils ont considéré que le refus de vaccination d'une partie du personnel infirmier était dû à un déficit de connaissances, ainsi qu'au recours à des mécanismes réflexifs empreints de croyances erronées. Recourant, inconsciemment ou non, au modèle du déficit (Durant, Evans, & Thomas, 1989), ils estiment que le refus de vaccination est principalement explicable par un manque de connaissances favorisant l'adhésion aux fausses croyances. Cependant, les arguments basés sur l'évidence scientifique qu'il ont avancés durant la campagne de vaccination, affirmant par exemple que

les effets indésirables de la vaccination étaient moindres par rapport à ceux liés à la contraction de la maladie, et ceux fondés sur le devoir professionnel de protection des patients n'ont pas toujours réussi à convaincre les infirmiers/ères qui avaient des doutes quant au réel danger que représentait la grippe pandémique, qui n'étaient pas convaincu(e)s de la sûreté du vaccin, et qui soupçonnaient les institutions combattant les MIE d'avoir des intérêts cachés et d'avoir élaboré un vaccin de manière étonnamment hâtive. En se faisant les tenants du discours de la médecine traditionnelle occidentale, les organisateurs des campagnes de vaccination étaient démunis face aux attitudes sceptiques d'une partie du personnel infirmier. Ils se sont rendus compte que la communication d'informations basées sur l'évidence scientifique et sur le devoir professionnel ne suffisait pas à contrecarrer le scepticisme. Dès lors, il serait judicieux de poursuivre les recherches en rhétorique, pour repérer et analyser les effets d'éléments persuasifs des discours anti-vaccins et pro-vaccins sur diverses audiences. Les discours sceptiques et pro-vaccins sont présents, par exemple, sur Internet, les réseaux sociaux et dans les médias de masse. Il serait judicieux de comparer leur attractivité et leur structure argumentative (Grant et al., 2015), dans l'optique de produire des messages de santé publique autant attractifs que basés sur l'évidence scientifique, et de permettre aux organisateurs des campagnes de vaccination de se sentir moins démunis.

Les organisateurs des campagnes de vaccination ont également projeté un regard critique sur la manière dont la dernière pandémie a été gérée par l'OMS, et sur la manière dont elle a été couverte médiatiquement. Selon eux, l'OMS a précipitamment élevé le niveau d'alerte pandémique au maximum, entraînant l'exécution de « plans pandémie » disproportionnés par rapport à la faible incidence la grippe pandémique A/H1N1 et incitant certains types de médias à couvrir l'épisode pandémique parfois de manière excessivement polémiste. Selon les organisateurs des campagnes de vaccination, la couverture médiatique, de par son penchant pour le sensationnel et par le fait d'avoir accordé une tribune tant aux représentants de la médecine traditionnelle occidentale qu'aux représentants des médecines alternatives, souvent anti-vaccins, n'a pas favorisé l'impression d'un consensus au sein du corps médical quant aux bienfaits de la vaccination, de même qu'elle n'a pas encouragé l'adoption de comportements suffisamment rationnels au sein du personnel infirmier.

Si la loi fédérale sur les maladies transmissibles de l'homme du 28 septembre 2012 ne prévoit pas de vaccinations par la contrainte, son art. 22 stipule que « les cantons peuvent déclarer obligatoires des vaccinations pour les groupes à risques, pour les personnes particulièrement exposées et pour les personnes exerçant certaines activités, pour autant qu'un danger sérieux

soit établi » (= LEp ; RS 818.101). Cependant, les infirmiers/ères sont nombreux à affirmer qu'ils n'apprécieraient pas une vaccination obligatoire dans leur hôpital, mettant en avant leur droit à disposer de leur corps et leur liberté de choix. Les autres mesures de protection, telles que le port du masque et la désinfection des mains, leur paraissent suffisantes pour répondre à l'exigence de ne pas nuire aux patients. Ainsi, l'étude 1 a montré que les valeurs professionnelles d'altruisme habituellement accolées aux infirmiers/ères (Horton et al., 2007) sont remises en question lorsqu'il s'agit de vaccination contre la grippe, pratique durant laquelle le corps de l'infirmier/ère est engagé, et pour laquelle les revendications d'autonomie peuvent primer sur les arguments de protection d'autrui.

A l'opposé, les organisateurs des campagnes de vaccination sont unanimement en faveur d'une obligation de vaccination du personnel soignant contre la grippe. Aux revendications d'autonomie du personnel infirmier, ils opposent l'argument utilitariste selon lequel, dans une institution de soin, le bien-être des patients prime sur la liberté du personnel soignant. Les organisateurs des campagnes de vaccination affirment tous que la vaccination contre la grippe fait partie du devoir professionnel des soignants, et ce d'autant plus en cas de pandémie. Ainsi, les entretiens ont soulevé deux positions éthiques différentes qui risquent de se confronter si des autorités cantonales venaient à ordonner la vaccination obligatoire pour le personnel soignant.

En résumé, l'étude 1 a montré que les facteurs organisationnels et sociaux tels que la perception d'une campagne de vaccination dans un hôpital et les représentations sociales de la grippe pandémique participent au processus décisionnel des membres du personnel infirmier en matière de vaccination. Ces travailleurs de la santé sont également des citoyennes et des citoyens qui ont été témoins des controverses publiques durant la pandémie. Le contexte d'incertitude et de controverse dans lequel s'est déroulée la pandémie de grippe de 2009 a très vraisemblablement influencé le processus décisionnel en matière de vaccination. La prise en compte de tels contextes est souvent négligée dans les approches de perception du risque et dans les modèles de comportements de santé. Le scepticisme envers les MIE est justement une attitude psychosociale forgée au travers d'expériences personnelles et collectives avec des crises sanitaires de grande ampleur. Le scepticisme envers les MIE, hérité de l'expérience collective de la grippe pandémique de 2009, pourrait être un des déterminants des intentions de vaccination du personnel infirmier lors d'une prochaine pandémie. C'est du moins ce que l'étude 2 a voulu démontrer.

Avant de véritablement étudier l'effet des attitudes sceptiques envers les MIE sur les intentions de vaccination du personnel infirmier, l'étude 2 a montré que les corrélats des attitudes sceptiques envers les MIE au sein du personnel infirmier sont une perception du risque biaisée et un manque de connaissances sur la maladie et son vaccin. Les résultats de l'étude par régressions hiérarchiques indiquent que le fait d'avoir l'habitude de se faire vacciner est corrélé négativement avec les attitudes sceptiques envers les MIE. Cela laisse penser, comme l'indique Zhang et al. (2012), que les infirmiers/ères ayant l'habitude de se faire vacciner possèdent de meilleures connaissances et une perception du risque liée à la grippe plus adéquate que leurs collègues, et acceptent, de ce fait, plus facilement de se faire vacciner contre la grippe saisonnière, mais aussi contre une grippe pandémique. L'habitude de se faire vacciner peut également témoigner d'une confiance envers les institutions élaborant les vaccins, celles qui en vérifient la qualité (p. ex. : Swissmedic), et celles qui les recommandent.

L'analyse par régressions hiérarchiques, utilisant comme variables de contrôle, entre autres, les habitudes vaccination (Lin et al., 2010) la perception du risque lié à la grippe (Weinstein et al., 2007) et la perception de la vaccination contre la grippe comme faisant partie du devoir professionnel (Falomir-Pichastor et al., 2009), a permis de vérifier le fait que les attitudes sceptiques envers les MIE constituaient un prédicteur supplémentaire des intentions de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique. Ainsi peut-on constater que le scepticisme envers les MIE réduit les intentions de vaccination du personnel infirmier contre la grippe saisonnière et contre une nouvelle grippe pandémique. L'effet du scepticisme sur les intentions de vaccination semble toutefois plus prononcé pour une nouvelle grippe pandémique que pour la grippe saisonnière. Une pandémie, en tant que phénomène inhabituel, semble davantage occasionner le recours à des mécanismes cognitifs mettant en doute le réel danger de la maladie et l'intégrité morale des institutions qui la combattent, par rapport à une grippe saisonnière, qui elle, semble représenter un phénomène plus habituel et attendu.

Si l'étude par régressions hiérarchiques a démontré l'effet significatif des attitudes sceptiques envers les MIE sur les intentions de vaccination, l'étude réalisée au travers d'une *path analysis* pousse à la déduction selon laquelle les attitudes sceptiques envers les MIE peuvent être forgées par des expériences négatives passées avec des pandémies, comme celle de 2009. Le fait d'avoir le sentiment que la menace a été exagérée, ainsi que le fait d'avoir des souvenirs négatifs de la campagne de vaccination de 2009 semble avoir fomenté des attitudes sceptiques envers les MIE au sein du personnel infirmier. Il est aussi à noter que le fait de considérer la vaccination contre

la grippe comme un devoir professionnel, comme l'indique le modèle simplifié de la *path analysis*, exerce bel et bien un effet sur les intentions de vaccination, et en ce sens les résultats rejoignent ceux de Falomir-Pichastor et al. (2009). Toutefois, le fait de considérer la vaccination comme un devoir professionnel n'a pas d'effet significatif sur les attitudes sceptiques envers les MIE.

Je suggère donc aux organisateurs des campagnes de vaccination, ainsi qu'aux différentes autorités de santé publique qui planifient des stratégies de communication promouvant la vaccination, de segmenter les audiences selon leurs caractéristiques de perception du risque et de connaissances sur la maladie et sur son vaccin, mais également selon leur habitudes de vaccination, leur conception de la vaccination comme devoir professionnel, ainsi que selon leur niveau de scepticisme envers les MIE, comme le conseille l'approche du marketing social (Nowak et al., 2015).

Il paraît nécessaire de considérer les éventuelles erreurs d'appréciation du danger que représente la maladie, qui tendent à affirmer que le danger des pandémies est moins menaçant que ce qu'en disent les médias et les autorités de santé publique, et d'établir une stratégie de communication en conséquence. De même, il paraît essentiel que les institutions engagées dans la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier l'OMS et les firmes pharmaceutiques, soient attentives à l'image qu'elle dégagent aux yeux du public et qu'elles fassent en sorte de poursuivre une politique de transparence en mettant en place, ou en renforçant leurs « dispositifs de confiance » (Quéré, 2005), soit des instances censées garantir la fiabilité des informations et la crédibilité des institutions de santé engagée dans la lutte contre les maladies infectieuses. En d'autres termes, ces institutions doivent se montrer dignes de confiance.

Cette thèse a apporté une contribution théorique. Elle a montré que le scepticisme envers les MIE était un concept lié, mais cependant distinct de ceux de perception du risque et de la perception de la vaccination en tant que devoir professionnel. En outre, ce travail a montré la nécessité de tenir compte de l'influence de ces attitudes dans la prédiction des intentions de vaccination du personnel infirmier. Les conclusions de ce travail viennent appuyer celles d'études qui recommandent de prendre en considération dans la communication de santé les facteurs liés à la confiance dans les institutions (Bangerter et al., 2012 ; Gilles et al., 2011 ; Siegrist et al., 2005 ; Siegrist & Zingg, 2014).

Le scepticisme envers les MIE peut être considéré comme une des composantes de l'hésitation à l'égard de la vaccination (*vaccine hesitancy*), laquelle fait référence au retard dans

l'acceptation ou au refus de la vaccination, malgré des dispositifs disponibles (OMS, 2015). L'hésitation à l'égard de la vaccination constitue un des nouveaux axes de travail de l'OMS. Cette organisation explique que l'hésitation à l'égard de la vaccination est complexe, car elle « inclut des facteurs comme la sous-estimation du danger, la commodité et la confiance » (OMS, 2015) et nécessite des stratégies de communication adaptées aux différentes caractéristiques sociodémographiques et psychologiques des groupes-cible (Goldstein, MacDonald, & Guirguis, 2015).

Ainsi, cette thèse s'inscrit dans les approches novatrices de la réticence envers la vaccination qui accordent de l'importance aux contextes dans lesquels elle s'exprime, qui visent à en comprendre les causes profondes, et qui ont pour objectif de mettre sur pied des stratégies d'intervention sur mesure, tout en tenant compte des facteurs liés à la confiance dans les institutions (OMS, 2015). Au final, en ayant démontré les composantes et les conséquences des attitudes sceptiques envers les maladies infectieuses émergentes, en matière de vaccination contre la grippe du personnel infirmier, cette thèse offre une solide contribution théorique ainsi qu'un socle empirique original pour la mise en place de telles stratégies d'intervention en cas d'une future pandémie.

13. Références

- Agence France Presse. (1972, 27 juillet). Des Noirs ont servi de "cobayes humains" depuis 40 ans!, *Journal de Genève*, p.3. Repéré à http://www.letempsarchives.ch/page/JDG_1972_07_27/
- Agence télégraphique suisse. (2015, 11 janvier). Le personnel de santé romand se vaccine davantage, *Le Matin*. Repéré à <http://www.lematin.ch/sante/sante/Le-personnel-de-sante-romand-se-vaccine-davantage/story/17693782>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alcabes, P. (2009). *Dread: how fear and fantasy have fueled epidemics from the black death to avian flu*. New York: Public Affairs.
- Alfonso, V. C., Allison, D. B., Rader, D. E., & Gorman, B. S. (1996). The extended satisfaction with life scale: development and psychometric properties. *Social Indicators Research*, 38(3), 275-301. doi: 10.1007/bf00292049
- Allan, S. (2002). *Media, risk and science*. Philadelphia: Open University Press.
- Allard-Poesi, F. (2003). Sens collectif et construction collective de sens. Dans B. Vidaillet (Éd.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation* (pp. 91-114). Paris: Vuibert.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18. doi: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x
- Altmeyer, B. (1988). *Enemies of freedom: understanding right-wing authoritarianism*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ammon, C. (2000). A survey of institutional influenza vaccination in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 45(4), 182-187. doi: 10.1007/BF01359915
- Andersson, L. M. (1996). Employee cynicism: an examination using a contract violation framework. *Human Relations*, 49(11), 1395-1418. doi: 10.1177/001872679604901102
- Andreasen, A. R. (1994). Social marketing: its definition and domain. *Journal of Public Policy and Marketing*, 13(1), 108-114. doi: 10.2307/30000176
- Antommara, A. H. (2013). An ethical analysis of mandatory influenza vaccination of health care personnel: implementing fairly and balancing benefits and burdens. *The American Journal of Bioethics*, 13(9), 30-37. doi: 10.1080/15265161.2013.814731
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57(2), 67-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.003>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychology and Health*, 15(2), 173-189. doi: 10.1080/08870440008400299
- Association suisse des infirmières et infirmiers (2008). *Position éthique 3: les infirmières et la vaccination contre la grippe*. Repéré à https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/service/online_shop/publikationen/fr/docs/03_3_3_,ethische_Standpunkte_3_franz.pdf
- Balmer, D., & Plattner, T. (2015, 4 janvier). La grippe nosocomiale tue, mais les hôpitaux préfèrent ne rien voir, *Le Matin Dimanche*. Repéré à https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Medien/Medienspiegel/20150104_medienspiegel_matin_dimanche_grippe.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(5), 1017-1028. doi: 10.1037/0022-3514.45.5.1017
- Bandura, A., & Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38(1), 92-113. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(86\)90028-2](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(86)90028-2)
- Bangerter, A. (2008). *La diffusion des croyances populaires : le cas de l'effet Mozart*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Bangerter, A. (2014). Investigating and rebuilding public trust in preparation for the next pandemic. *European Psychologist*, 19(1), 1-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000173>
- Bangerter, A., Krings, F., Mouton, A., Gilles, I., Green, E. G. T., & Clémence, A. (2012). Longitudinal investigation of public trust in institutions relative to the 2009 H1N1 pandemic in Switzerland. *PLoS ONE*, 7(11), e49806. doi:10.1371/journal.pone.0049806
- Bauer, M. W. (2002). Controversial medical and agri-food biotechnology: a cultivation analysis. *Public Understanding of Science*, 11(2), 93-111. doi: 10.1088/0963-6625/11/2/301
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Bélanger, L. (1994). Le changement organisationnel et le développement. Dans N. Côté, L. Bélanger & J. Jacques (Éds), *La dimension humaine des organisations* (pp. 357-386). Montréal : Gaëtan Morin.
- Bellia, C., Setbon, M., Zylberman, P., & Flahault, A. (2013). Healthcare worker compliance with seasonal and pandemic influenza vaccination. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 7, 97-104. doi: 10.1111/irv.12088
- Blasi, F., Aliberti, S., Mantero, M., & Centanni, S. (2012). Compliance with anti-H1N1 vaccine among healthcare workers and general population. *Clinical Microbiology and Infection*, 18, Supplement 5, 37-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03941.x>
- Bombolo, E. (2012). *Représentations sociales et refus de vaccination du personnel soignant : le cas du virus H1N1*. Mémoire de Master inédit, Université de Neuchâtel.
- Bostrom, A., & Atkinson, E. (2007). Trust and risk in smallpox vaccination. Dans M. Siegrist, T. C. Earle & H. Gutscher (Éds), *Trust in risk management: uncertainty and scepticism in the public mind* (pp. 173-186). London: Earthscan.
- Bouadma, L., Barbier, F., Biard, L., Esposito-Farèse, M., Le Corre, B., Macrez, A., . . . Tubach, F. (2012). Personal decision-making criteria related to seasonal and pandemic A(H1N1) influenza-vaccination acceptance among french healthcare workers. *PLoS ONE*, 7(7), e38646. doi: 10.1371/journal.pone.0038646
- Bovey, W. H., & Hede, A. (2001). Resistance to organizational change: the role of cognitive and affective processes. *Leadership and Organization Development Journal*, 22(7/8), 372-382.

- Brandon, D. T., Isaac, L. A., & LaVeist, T. A. (2005). The legacy of Tuskegee and trust in medical care: is Tuskegee responsible for race differences in mistrust of medical care? *Journal of the National Medical Association*, 97(7), 951-956.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braunschweig, S., & Francillon, D. (2010). *Cultiver les valeurs professionnelles. 1910-2010: 100 ans de l'ASI*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136-145. doi: 10.1037/0278-6133.26.2.136
- Brodeur, N. (2006). *Les stratégies de changement employées par des hommes ayant des comportements violents envers leur conjointe*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval. Repéré à <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/23895/23895.html>
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the planned approach to change: a re-appraisal. *Journal of Management Studies*, 41(6), 977-1002. doi: 10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x
- Caille-Brillet, A. L., Raude, J., Lapidus, N., De Lamballerie, X., Carrat, F., & Setbon, M. (2013). Trends in influenza vaccination behaviours--results from the CoPanFlu cohort, France, 2006 to 2011. *Eurosurveillance*, 18(45), 20628.
- Caldwell, J. C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(2), 159-160.
- Campion-Vincent, V. (2005). From evil others to evil elites: a dominant pattern in conspiracy theories today. Dans G. A. Fine, V. Campion-Vincent & C. Heath (Éds), *Rumor mills: the social impact of rumor and legend* (pp. 103-122). New Brunswick: Aldine Transaction.
- Cappella, J. N., & Jamieson, K. H. (1997). *Spiral of cynicism: the press and the public good*. New York: Oxford University Press.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661-669. doi: 10.1080/10410236.2010.521906
- Centers for diseases control and prevention. (1981). Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles. *MMWR Weekly*, 30, 250-252.
- Centers for diseases control and prevention. (2006). *Influenza vaccination of health-care personnel: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on immunization practices (ACIP)*. Repéré à <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5502a1.htm>
- Centers for diseases control and prevention. (2009). *Update: Swine Influenza A (H1N1) Infections - California and Texas, April 2009*. Repéré à <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm58d0424a1.htm>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2009). *Danger et risque*. Repéré à http://www.cchst.com/oshanswers/hsprograms/hazard_risk.html
- Cervone, D., & Peake, P. K. (1986). Anchoring, efficacy, and action: the influence of judgmental heuristics on self-efficacy judgments and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 492-501. doi: 10.1037/0022-3514.50.3.492
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. Dans K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Éds), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (4^e éd., pp. 45-65). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chan, M. (2010). WHO director-general replies to the BMJ. *British Medical Journal*, 340, c3463. doi: 10.1136/bmj.c3463

- Chao, G. T., O'Leary-Kelly, A. M., Wolf, S., Klein, H. J., & Gardner, P. D. (1994). Organizational socialization: its content and consequences. *Journal of Applied Psychology, 79*(5), 730-743. doi: 10.1037/0021-9010.79.5.730
- Chapman, G. B., & Coups, E. J. (2006). Emotions and preventive health behavior: worry, regret and influenza vaccination. *Health Psychology, 25*(1), 82-90. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.82
- Chappuis, S., Paccaud, M. F., & Wunderli, W. (1996). Surveillance of influenza in Switzerland between 1987 and 1995. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 126*, 1135-1142.
- Chatman, J. A., Bell, N. E., & Staw, B. M. (1986). The managed thought: the role of self-justification and impression management in organizational settings. Dans H. P. Sims, Jr. & D. A. Gioia (Éds), *The thinking organization* (pp. 191-214). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Chombart de Lauwe, M.-J., & Feuerhahn, N. (1989). Les représentations sociales dans le domaine de l'enfance. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 319-360). Paris: Presses Universitaires de France.
- Christini, A. B., Shutt, K. A., & Byers, K. E. (2007). Influenza vaccination rates and motivators among healthcare worker groups. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 28*(2), 171-177. doi: 10.1086/511796
- Chun Wei, C. (2001). The knowing organization as learning organization. *Education and Training, 43*(4/5), 197-205. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/EUM00000000005482>
- Clarke, C. E., & McComas, K. (2012). Seeking and processing influenza vaccine information: a study of health care workers at a large urban hospital. *Health Communication, 27*(3), 244-256. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.578332>
- Clarke, V., Lovegrove, H., Williams, A., & Machperson, M. (2000). Unrealistic optimism and the Health Belief Model. *Journal of Behavioral Medicine, 23*(4), 367-376. doi: 10.1023/A:1005500917875
- Cleary, M. R., & Stokes, S. C. (2006). *Democracy and the culture of skepticism : political trust in Argentina and Mexico*. New York: Russell Sage Foundation.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: théorie et pratique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*. Philadelphia: Open University Press.
- Conseil de l'Europe. (2010). *Gestion de la pandémie H1N1: nécessité de plus de transparence*. Repéré à <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?fileid=17889&lang=fr>
- Conseil international des infirmières. (2012). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève: Auteur.
- Coolican, H. (1999). *Research methods and statistics in psychology*. (3^e éd.). London: Hodder & Stoughton.
- Corace, K., & Garber, G. (2014). When knowledge is not enough: changing behavior to change vaccination results. *Human Vaccines and Immunotherapeutics, 10*(9), 2623-2624. doi: 10.4161/21645515.2014.970076
- Damasio, A. (2006). *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. (2^{ème} éd., version française). Traduction par M. Blanc. Paris, France: Odile Jacob.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour les psychologues*. (3^{ème} éd., version française). Traduction française par N. Gauvrit, Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Dane, E., & Pratt, M. G. (2007). Exploring intuition and its role in managerial decision making. *Academy of Management Review, 32*(1), 33-54.

- de Juanes, J. R., Garcia de Codes, A., Arrazola, M. P., Jaen, F., Sanz, M. I., & Gonzalez, A. (2007). Influenza vaccination coverage among hospital personnel over three consecutive vaccination campaigns (2001-2002 to 2003-2004). *Vaccine*, 25(1), 201-204. doi: 10.1016/j.vaccine.2005.10.057
- Dean, J. W., Jr., Brandes, P., & Dharwadkar, R. (1998). Organizational cynicism. *The Academy of Management Review*, 23(2), 341-352. doi: 10.2307/259378
- Dedet, J.-P. (2010). *Les épidémies: de la peste noire à la grippe A/H1N1*. Paris: Dunod.
- deMattos, P., Park, E., & Ntuen, C. (2009). Sensemaking approaches to decision making processes in healthcare. *Proceedings of the 2009 Industrial Engineering Research Conference*. Repéré à: <https://www.highbeam.com/doc/1P3-1848725701.html>
- Dent, E. B., & Goldberg, S. G. (1999). Challenging "Resistance to Change". *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1), 25-41. doi: 10.1177/0021886399351003
- Deppoliti, D. (2008). Exploring how new registered nurses construct professional identity in hospital settings. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(6), 255-262.
- Deschamps, J.-C., & Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale: des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris: Armand Colin.
- Determann, D., de Bekker-Grob, E. W., French, J., Voeten, H. A., Richardus, J. H., Das, E., & Korfage, I. J. (2016). Future pandemics and vaccination: public opinion and attitudes across three European countries. *Vaccine*, 34(6), 803-808. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.12.035>
- Devos, T., Spini, D., & Schwartz, S. H. (2002). Conflicts among human values and trust in institutions. *British Journal of Social Psychology*, 41(4), 481-494. doi: 10.1348/014466602321149849
- Di Giacomo, J. P. (1985). *Rappresentazioni sociali e movimenti collettivi*. Napoli: Liguori.
- Diamond, J. (1999). *Guns, germs, and steel: the fates of human societies*. New York: W.W. Norton.
- Douglas, M. (1994). *Risk and blame: essays in cultural theory*. London: Routledge.
- Dubar, C. (2007). Polyphonie et métamorphoses de la notion d'identité. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2(2), 9-25.
- Dubar, C. (2015). *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*. (5^{ème} éd.). Paris: Armand Colin.
- Dudo, A. D., Dahlstrom, M. F., & Brossard, D. (2007). Reporting a potential pandemic: a risk-related assessment of avian influenza coverage in U.S. newspapers. *Science Communication*, 28(4), 429-454. doi: 10.1177/1075547007302211
- Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009). Perceived vulnerability to disease: development and validation of a 15-item self-report instrument. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 541-546. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.05.001>
- Durant, J. R., Evans, G. A., & Thomas, G. P. (1989). The public understanding of science. *Nature*, 340(6228), 11-14. doi: 10.1038/340011a0
- Durkheim, E. (2007). *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1895).
- Durkheim, E. (2008). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1912).
- Earle, T. C., & Cvetkovich, G. (1999). Social trust and culture in risk management. Dans G. Cvetkovich & R. Löfstedt (dir.), *Social trust and the management of risk* (pp. 9-21). London: Earthscan.
- Earle, T. C., & Siegrist, M. (2006). Morality information, performance information, and the distinction between trust and confidence. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(2), 383-416. doi: 10.1111/j.0021-9029.2006.00012.x

- Earle, T. C., Siegrist, M., & Gutscher, H. (2007). Trust, risk perception and TCC model of cooperation. Dans M. Siegrist, T. C. Earle & H. Gutscher (Éds), *Trust in risk management: uncertainty and scepticism in the public mind* (pp. 1-49). London: Earthscan.
- Ehrenstein, B. P., Hanes, F., Blaas, S., Mandraka, F., Audebert, F., & Salzberger, B. (2010). Perceived risks of adverse effects and influenza vaccination: a survey of hospital employees. *European Journal of Public Health*, 20(5), 495-499. doi: 10.1093/eurpub/ckp227
- Eicher, V., Clémence, A., Bangerter, A., Mouton, A., Green, E. G. T., & Gilles, I. (2014). Fundamental beliefs, origin explanations and perceived effectiveness of protection measures: exploring laypersons' chains of reasoning about influenza. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 24(5), 359-375. doi: 10.1002/casp.2170
- Engdahl, E., & Lidskog, R. (2014). Risk, communication and trust: towards an emotional understanding of trust. *Public Understanding of Science*, 23(6), 703-717. doi: 10.1177/0963662512460953
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 434-441. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025434.x
- Falomir-Pichastor, J. M., Toscani, L., & Despointes, S. H. (2009). Determinants of flu vaccination among nurses: the effects of group identification and professional responsibility. *Applied Psychology*, 58(1), 42-58. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00381.x
- Faulkner, J., Schaller, M., Park, J. H., & Duncan, L. A. (2004). Evolved disease-avoidance mechanisms and contemporary xenophobic attitudes. *Group Processes and Intergroup Relations*, 7(4), 333-353. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1368430204046142>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. (3^{ème} éd.). London: Sage Publications.
- Fielding, R. (2011). The perversion of scientific evidence for policy advocacy: a perspective on a very 2010. *World Medical and Health Policy*, 3(1), 1-6. doi: 10.2202/1948-4682.1155
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., & Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(1), 1-17. doi: 10.1002/(SICI)1099-0771(200001/03)13:1<1::AID-BDM333>3.0.CO;2-S
- Finucane, M. L., Peters, E. B. M. M. A., & Slovic, P. (2003). Judgment and decision making: the dance of affect and reason. Dans S. L. Schneider & J. Shanteau (Éds), *Emerging perspectives on judgment and decision research* (pp. 327-364). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fishbein, M. (1967). *Readings in attitude theory and measurement*. New York: Wiley.
- Foglia, L., & Gani, M. (2012). *La représentation sociale de la pandémie de grippe A (H1N1) des infirmiers et ses conséquences sur leur refus de vaccination*. Mémoire de Master inédit, Université de Neuchâtel.
- Ford, J. D., Ford, L. W., & D'Amelio, A. (2008). Resistance to change: the rest of the story. *Academy of Management Review*, 33(2), 362-377. doi: 10.5465/amr.2008.31193235
- French, J. (2010). Introduction. Dans J. French, C. Blair-Stevens, D. McVey & R. Merritt (Éds), *Social marketing and public health: theory and practice* (p. xi-xiv). New York: Oxford University Press.
- Frey, K., Fontana, M.-C., Itin, A., van der Heiden, N., Debrunner, A., Blaser, N., . . . Kübler, D. (2012). Evaluation der Kommunikationsstrategie zur Prävention der saisonalen Grippe: Schlussbericht *zürcher Politik- und Evaluationsstudien*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft.

- Gaskell, G. (2004). In the public eye: representations of biotechnology in Europe. Dans G. Gaskell & M. Bauer (Éds), *Biotechnology 1996-2000: the years of controversy* (pp. 53-79). London: NSMI Trading Ltd, Science Museum Press.
- Gesser-Edelsburg, A., Walter, N., & Green, M. S. (2014). Health care workers—part of the system or part of the public? Ambivalent risk perception in health care workers. *American Journal of Infection Control*, 42(8), 829-833. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.04.012>
- Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. G. T., Krings, F., Mouton, A., . . . Wagner-Egger, P. (2013). Collective symbolic coping with disease threat and othering: a case study of avian influenza. *British Journal of Social Psychology*, 52(1), 83-102. doi: 10.1111/j.2044-8309.2011.02048.x
- Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. T., Krings, F., Staerklé, C., & Wagner-Egger, P. (2011). Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. *European Journal of Epidemiology*, 26(3), 203-210. doi: 10.1007/s10654-011-9577-2
- Giroux, N. (2006). La démarche paradoxale de Karl E. Weick. Dans D. Autissier & F. Bensebaa (Éds), *Les défis du sensemaking en entreprise: Karl E. Weick et les sciences de gestion* (pp. 25-50). Paris Economica.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 9(1), 67-94. doi: 10.3406/sosan.1991.1185
- Godlee, F. (2010, 4 juin). Conflicts of interest and pandemic flu. *British Medical Journal*, 340, c2947. doi: 10.1136/bmj.c2947
- Goertzel, T. (1994). Belief in conspiracy theories. *Political Psychology*, 15(4), 731-742. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3791630>
- Goffman, E. (1975). *Stigmaté: les usages sociaux des handicaps*. (1^{ère} éd., version française) Traduction par A. Kihm, Paris, France : Éditions de Minuit.
- Goldstein, S., MacDonald, N. E., & Guirguis, S. (2015). Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 33(34), 4212-4214. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.042
- Gottlieb, M. S., Schroff, R., Schanker, H. M., Weisman, J. D., Fan, P. T., Wolf, R. A., & Saxon, A. (1981). Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. *New England Journal of Medicine*, 305(24), 1425-1431. doi: 10.1056/NEJM198112103052401
- Grace, J. B. (2013). *Basic lavaan Syntax Guide*. Repéré à http://www.structuralequations.com/resources/Basic_lavaan_Syntax_Guide_Aug1_2013.pdf
- Grant, L., Hausman, B. L., Cashion, M., Lucchesi, N., Patel, K., & Roberts, J. (2015). Vaccination persuasion online: a qualitative study of two provaccine and two vaccine-skeptical websites. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e133. doi: 10.2196/jmir.4153
- Gray, F. D. (1998). *The Tuskegee syphilis study: an insiders' account of the shocking medical experiment conducted by government doctors against african american men*. Montgomery: NewSouth Books.
- Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). *Applied thematic analysis*. London: Sage Publications.
- Gunzler, D., Chen, T., Wu, P., & Zhang, H. (2013). Introduction to mediation analysis with structural equation modeling. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(6), 390-394. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.06.009

- Gwyn, R. (1999). 'Killer Bugs', 'silly Buggers' and 'politically correct pals': competing discourses in health scare reporting. *Health*, 3(3), 335-346. doi: 10.1177/136345939900300306
- Haas, V. (2006). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Harbarth, S., Siegrist, C.-A., Schira, J.-C., Wunderli, W., & Pittet, D. (1998). Influenza immunization: improving compliance of healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 19(5), 337-342. doi: 10.2307/30141375
- Hardin, R. (1999). Do we want trust in government ? Dans M. Warren (Éd.), *Democracy and Trust* (pp. 22-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardin, R. (2002). *Trust and trustworthiness*. New York: Russell Sage Foundation.
- Heinrich-Morrison, K., McLellan, S., McGinnes, U., Carroll, B., Watson, K., Bass, P., ... Cheng, A. (2015). An effective strategy for influenza vaccination of healthcare workers in Australia: experience at a large health service without a mandatory policy. *BioMed Central Infectious Diseases*, 15(1), 1-8. doi:10.1186/s12879-015-0765-7
- Henrich, N., & Holmes, B. (2011). What the public was saying about the H1N1 vaccine: perceptions and issues discussed in on-line comments during the 2009 H1N1 pandemic. *PLoS ONE*, 6(4), e18479. doi: 10.1371/journal.pone.0018479
- Hensel, D. (2011). Relationships among nurses' professional self-concept, health, and lifestyles. *Western Journal of Nursing Research*, 33(1), 45-62. doi: 10.1177/0193945910373754
- Herzlich, C. (2001). Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation: un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. Dans F. Buschini & N. Kalampalikis (Éds), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (pp. 189-200). Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational Research Methods*, 1(1), 104-121. doi: 10.1177/109442819800100106
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs; a socio-psychological study*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Hoeve, Y. t., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-309. doi: 10.1111/jan.12177
- Hofmann, F., Ferracin, C., Marsh, G., & Dumas, R. (2006). Influenza vaccination of healthcare workers: a literature review of attitudes and beliefs. *Infection*, 34(3), 142-147. doi: 10.1007/s15010-006-5109-5
- Hogg, M. A., & Terry, D. J. (2001). Social identity theory and organizational processes. Dans M. A. Hogg & D. J. Terry (Éds), *Social identity processes in organizational contexts* (pp. 1-12). New York: Psychology Press.
- Hollmeyer, H. G., Hayden, F., Poland, G., & Buchholz, U. (2009). Influenza vaccination of health care workers in hospitals--a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine*, 27(30), 3935-3944. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.03.056
- Honda, H., Sato, Y., Yamazaki, A., Padival, S., Kumagai, A., & Babcock, H. (2013). A successful strategy for increasing the influenza vaccination rate of healthcare workers without a mandatory policy outside of the United States: a multifaceted intervention in a Japanese tertiary care center. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 34(11), 1194-1200. doi: doi:10.1086/673452
- Horton, K., Tschudin, V., & Forg, & A. (2007). The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics*, 14(6), 716-740. doi: 10.1177/0969733007082112

- Huber, G. P., & Daft, R. L. (1987). The information environments of organizations. Dans F. M. Jablin, L. L. Putnam, K. H. Roberts, & L. W. Porter (Éds), *Handbook of organizational communication* (pp. 130-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Hurt, R. K. (2010). Development of a scale to measure professional skepticism. *AUDITING: A Journal of Practice and Theory*, 29(1), 149-171. doi: doi:10.2308/aud.2010.29.1.149
- Ingham, R., Woodcock, A., & Stenner, K. (1992). The limitations of rational decision-making models as applied to young people's sexual behaviour. Dans P. Aggleton, P. Davies & G. Hart (Éds), *AIDS: rights, risk and reason* (pp. 163-173). London: Falmer Press.
- Iten, A., Siegrist, C.-A., Kaiser, L., Perrier, A., & Pittet, D. (2012). Prévention de la grippe dans les hôpitaux: un défi à relever. *Bulletin OFSP*(41), 696-698.
- Jackson, D. L., Gillasp, J. A., & Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: an overview and some recommendations. *Psychological Methods* 14(1), 6-23. doi: 10.1037/a0014694
- Jacobs, B., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1984). Understanding persistence: an interface of control theory and self-efficacy theory. *Basic and Applied Social Psychology*, 5(4), 333-347. doi: 10.1207/s15324834basp0504_6
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jaros, S. (2007). Meyer and Allen model of organizational commitment: measurement issues. *The ICFAI Journal of Organizational Behavior*, 6(4), 7-25.
- Jastrow, M. (1898). *The religion of Babylonia and Assyria*. Boston: Ginn.
- Jeanmaire, E., & Monney, G. (2012). *Scepticisme et refus de vaccination des infirmières romandes lors de la pandémie de grippe A (H1N1)*. Mémoire de Master inédit, Université de Neuchâtel.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1989b). Représentations sociales: un domaine en expansion. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 47-78). Paris: Presses Universitaires de France.
- Joffe, & Lee, N. Y. (2004). Social representation of a food risk: the Hong Kong avian bird flu epidemic. *Journal of Health Psychology*, 9(4), 517-533. doi: 10.1177/1359105304044036
- Joffe, H. (1995). Social representations of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), 1-40.
- Joffe, H. (1996). AIDS research and prevention: a social representational approach. *British Journal of Medical Psychology*, 69(3), 169-190. doi: 10.1111/j.2044-8341.1996.tb01863.x
- Joffe, H. (1998). Social representations of the AIDS field. *Psychology in Society*, 24, 21-29.
- Joffe, H. (1999). *Risk and "the other"*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Joffe, H. (2003). Risk: from perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 42(1), 55-73. doi: 10.1348/014466603763276126
- Joffe, H. (2007). Le pouvoir de l'image : persuasion, émotion et identification. *Diogenes* 1(217), 102-115. doi: 10.3917/dio.217.0102.
- Joffe, H., & Else, J. W. B. (2014). Free association in psychology and the grid elaboration method. *Review of General Psychology*, 18(3), 173-185. doi: 10.1037/gpr0000014
- Joffe, H., & Haarhoff, G. (2002). Representations of far-flung illnesses: the case of Ebola in Britain. *Social Science and Medicine*, 54(6), 955-969.
- Joffe, H., Washer, P., & Solberg, C. (2011). Public engagement with emerging infectious disease: the case of MRSA in Britain. *Psychology and Health*, 26(6), 667-683. doi: 10.1080/08870441003763238

- Joffe, H., & Yardley, L. (2004). Content and thematic analysis. Dans D. F. Marks & L. Yardley (Éds), *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 56-68). London: Sage.
- Johnson, N. P., & Mueller, J. (2002). Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, 76(1), 105-115.
- Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2013). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253-269. doi: 10.1080/17437199.2013.802623
- Jovchelovitch, S., & Gervais, M.-C. (1999). Social representations of health and illness: the case of the Chinese community in England. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9(4), 247-260. doi: 10.1002/(SICI)1099-1298(199907/08)9:4<247::AID-CASP500>3.0.CO;2-E
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty: heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kalichman, S. C. (2009). *Denying AIDS: conspiracy theories, pseudoscience, and human tragedy*. New York: Springer Science+Business Media.
- Karamanou, M., Panayiotakopoulos, G., Tsoucalas, G., Kousoulis, A. A., & Androutsos, G. (2012). From miasmas to germs: a historical approach to theories of infectious disease transmission. *InfezMed*, 20(1), 58-62.
- Kim, S. E., Perez-Stable, E. J., Wong, S., Gregorich, S., Sawaya, G. F., Walsh, J. M., & Kaplan, C. P. (2008). Association between cancer risk perception and screening behavior among diverse women. *Archives of Internal Medicine*, 168(7), 728-734. doi: 10.1001/archinte.168.7.728
- King, N. B. (2003). The Influence of anxiety: september 11, bioterrorism, and american public health. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 58(4), 433-441. doi: 10.1093/jhmas/jrg021
- Kirscht, J. P. (1974). The Health Belief Model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 2387-2408.
- Kitzinger, J. (1995). The face of AIDS. Dans I. F. Markova, R.M. (Éd.), *Representations of Health, Illness and Handicap* (pp. 49-66). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Klemm, C., Das, E., & Hartmann, T. (2016). Swine flu and hype: a systematic review of media dramatization of the H1N1 influenza pandemic. *Journal of Risk Research*, 19(1), 1-20. doi: 10.1080/13669877.2014.923029
- Koenig, G. (2003). L'organisation dans une perspective interactionniste. Dans B. Vidaillet (Éd.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation* (pp. 5-34). Paris: Vuillet .
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kotter, J. P., & Schlesinger, L. A. (2008). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 86(7/8), 130-139.
- Krings, F., Green, E. T., Bangerter, A., Staerklé, C., Clémence, A., Wagner-Egger, P., & Bornand, T. (2012). Preventing contagion with avian influenza: disease salience, attitudes toward foreigners, and avoidance beliefs. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1451-1466. doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00907.x
- Kubsch, S., Hansen, G., & Huyser-Eatwell, V. (2008). Professional values: the case for RN-BSN completion education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(8), 375-384.
- Lam, P.-P., Chambers, L. W., MacDougall, D. M. P., & McCarthy, A. E. (2010). Seasonal influenza vaccination campaigns for health care personnel: systematic review.

- Canadian Medical Association Journal*, 182(12), E542-E548. doi: 10.1503/cmaj.091304
- Laramée, A. (2010). *La communication dans les organisations: une introduction théorique et pragmatique*. (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Laroche, H., & Steyer, V. (2012). L'apport des théories du sensemaking à la compréhension des risques et des crises. *Les cahiers de la sécurité industrielle*(6), 27. Repéré à <https://www.foncsi.org/fr/publications/collections/cahiers-securite-industrielle/sensemaking-risques-crisis/CSI-sensemaking.pdf>
- Larouche, C. (2012). *Le développement de l'identité professionnelle en formation infirmière par l'utilisation optimale des conceptions infirmières*. Mémoire de Master inédit, Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9262>
- Larouche, J. M., & Legault, G. A. (2003). L'identité professionnelle: construction identitaire, et crise d'identité. Dans G. A. Legault (Éd.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* (pp. 1-24). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Larson, H. (2016, 4 janvier). Ode to Charles Darwin. Repéré à <http://www.vaccineconfidence.org/ode-to-charles-darwin/>
- Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526-535. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60678-8
- Larson, H. J., & Heymann, D. L. (2010). Public health response to influenza a(h1n1) as an opportunity to build public trust. *Journal of American Medical Association*, 303(3), 271-272. doi: 10.1001/jama.2009.2023
- LaTendresse, D. (2000). Social identity and intergroup relations within the hospital. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 9(1), 51-69. doi: 10.1023/A:1009410630749
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human Relations*, 1(1), 5-41. doi:10.1177/001872674700100103
- Lewin, K. (1952). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. London: Tavistock.
- Liao, J. Q., & Fielding, R. (2014). Uncertain news: trust and preventive practices in respiratory infectious diseases. *European Psychologist*, 19(1), 4-12. doi: 10.1027/1016-9040/a000168
- Licata, L. (2007). La théorie de l'identité sociale et la théorie de l'autocatégoriesation: le Soi, le groupe et le changement social. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, (1), 19-33. Repéré à <http://psychologiesociale.eu/wp-content/uploads/2010/01/Licata-2007.pdf>
- Lichtenstein, S., Slovic, P., Fischhoff, B., Layman, M., & Combs, B. (1978). Judged frequency of lethal events. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 4(6), 551-578. doi: 10.1037/0278-7393.4.6.551
- Lin, C. J., Nowalk, M. P., Toback, S. L., Rousculp, M. D., Raymund, M., Ambrose, C. S., & Zimmerman, R. K. (2010). Importance of vaccination habit and vaccine choice on influenza vaccination among healthy working adults. *Vaccine*, 28(48), 7706-7712. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.07.009
- Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267-286.
- Loi fédérale sur les maladies transmissibles de l'homme du 28 septembre 2012* (= LEp ; RS 818.101).

- Louis, M. R. (1980). Surprise and sense making: what newcomers experience in entering unfamiliar organizational settings. *Administrative Science Quarterly*, 25(2), 226-251.
- Maclean, N. (1992). *Young men and fire*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mackintosh, C. (2006). Caring: the socialisation of pre-registration student nurses: a longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nurses Students*, 43(8), 953-962.
- Marckmann, G., Schmidt, H., Sofaer, N., & Strech, D. (2015). Putting public health ethics into practice: a systematic framework. *Frontiers in Public Health*, 3, 23. doi: 10.3389/fpubh.2015.00023
- Marckmann, G., van Delden, J. J. M., Sanktjohanser, A. M., & Wicker, S. (2013). Influenza vaccination for health care personnel in long-term care homes: what restrictions of individual freedom of choice are morally justifiable? Dans D. Strech, I. Hirschberg & G. Marckmann (Éds), *Ethics in Public Health and Health Policy: Concepts, Methods, Case Studies* (pp. 209-223). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Maroy, C. (2012). Les politiques d'accountability au service de la confiance dans l'institution scolaire et les enseignants. *Revue Suisse de Sciences de l'Éducation*, 34(1), 59-72.
- Marshall, R. J. (2013). Influenza vaccine use among health care workers: social marketing, policy, and ethics. *Social Marketing Quarterly*, 19(4), 222-229. doi: 10.1177/1524500413505096
- Marshall, R. J., Tetu-Mouradjian, L. M., & Fulton, J. P. (2010). Increasing annual influenza vaccinations among healthcare workers in Rhode Island: a social marketing approach. *Medicine and Health, Rhode Island*, 93(9), 271-272, 276-278. Repéré à <https://www.rimed.org/medhealthri/2010-09/2010-09-271.pdf>
- Martin, E. (1994). *Flexible bodies: tracking immunity in American culture : from the days of polio to the age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- Masserey Spicher, V. (2010). The federal vaccination commission in Switzerland: an officially appointed independent commission ensuring evidence-based recommendations and transparent procedures. *Vaccine*, 28, Supplement 1(0), A48-A53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2010.02.033>
- Matter, H. C., Zwahlen, M., Cloetta, J., Helbling, P., & Zimmermann, H. (1995). Medical practice-based influenza surveillance: viral prevalence and assessment of morbidity. *American Journal of Epidemiology*, 142, 4-5.
- Mayor, E., Eicher, V., Bangerter, A., Gilles, I., Clémence, A., & Green, E. G. T. (2012). Dynamic social representations of the 2009 H1N1 pandemic: shifting patterns of sense-making and blame. *Public Understanding of Science*, 22, 1011-1024. doi: 10.1177/0963662512443326
- McBean, A. M., Babish, J. D., & Warren, J. L. (1993). The impact and cost of influenza in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2105-2111.
- McCauley, M., Minsky, S., & Viswanath, K. (2013). The H1N1 pandemic: media frames, stigmatization and coping. *BioMed Central Public Health*, 13, 1116. doi: 10.1186/1471-2458-13-1116
- McCombs, M. E. (1981). The agenda-setting approach. Dans D. D. Nimmo & K. R. Sanders (Éds), *Handbook of political communication* (pp. 121-140). London: Sage.
- Mead, G. H. (2006). *L'esprit, le soi et la société*. (1^{ère} éd., version française). Traduction française par D. Cefai & L. Quéré (Éds), Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Message concernant la révision de la loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 3 décembre 2010* (Loi sur les épidémies, LEP) (FF 2011 291).

- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](http://dx.doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Migneault, J., Adams, T., & Read, J. (2005). Application of the transtheoretical model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 437-448.
- Miller, A. H. (1974). Political issues and trust in government: 1964-1970. *American Political Science Review*, 68(3), 951-972. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/1959140>
- Millward, L. J. (1995). Contextualizing social identity in considerations of what it means to be a nurse. *European Journal of Social Psychology*, 25(3), 303-324. doi: 10.1002/ejsp.2420250305
- Moatti, J. P., Dab, W., Abenheim, L., & Bastide, S. (1989). Modifications of sexual behaviour related to AIDS: a survey in Paris region. *Health Policy*, 11(3), 227-231.
- Montaño, D. E., & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. Dans K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Éds), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (4^e éd., p. 67-96). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1985). Comments on Potter and Litton. *British Journal of Social Psychology*, 24(2), 91-92. doi: 10.1111/j.2044-8309.1985.tb00665.x
- Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. Dans D. Jodelet (Éd.), *Les représentations sociales* (pp. 79-103). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (2000). Ideas and their development: a dialogue between Serge Moscovici and Ivana Markova. Dans S. Moscovici & G. Duveen (Éds), *Social representations* (pp. 224-286). Cambridge: Cambridge University Press.
- Musgrave, A. (1993). *Common sense, science and scepticism: a historical introduction to the theory of knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nelkin, D., & Gilman, S. L. (1988). Placing blame for devastating disease. *Social Research (New York)*, 55(3), 361-378.
- Nicholson, K. G., Wood, J. M., & Zambon, M. (2003). Influenza. *Lancet*, 362(9397), 1733-1745. doi: 10.1016/s0140-6736(03)14854-4
- Nowak, G. J., Gellin, B. G., MacDonald, N. E., & Butler, R. (2015). Addressing vaccine hesitancy: the potential value of commercial and social marketing principles and practices. *Vaccine*, 33(34), 4204-4211. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.039
- Nunally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2^e éd.). New York: McGraw-Hill.
- Offe, K. (1999). How can we trust our fellow citizens ? Dans M. Warren (Éd.), *Democracy and Trust* (pp. 42-87). Cambridge: Cambridge University Press.
- Office fédéral de la santé publique. (2009). *Bulletin 33/09*. Berne: Auteur. Repéré à www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/.../05934/?lang=fr
- Office fédéral de la santé publique. (2009). *Plan suisse de pandémie Influenza: stratégies et mesures pour la préparation à une pandémie d'Influenza*. Berne : Auteur. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/influenza/01120/01134/03058/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la santé publique. (2010). *Bulletin 10/10*. Berne: Auteur. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/07914/index.html?lang=fr&sort=>
- Office fédéral de la santé publique. (2014). *Stratégie nationale de prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) 2015 – 2018* (n° OFSP Publication No. 2014-OEG-66). Berne:

- Auteur. Repéré à
www.bag.admin.ch/influenza/01118/15141/index.html?lang=fr&down...
- Office fédéral de la santé publique. (2016). *Se vacciner contre la grippe. Grippe: le vaccin protège*. Repéré à <http://www.sevaccinercontrelagrippe.ch/fr-ch/>
- Oleske, J., Minnefor, A., Cooper, R., Jr, Thomas, K., dela Cruz, A., Adhieh, H., ... Desposito, F. (1983). Immune deficiency syndrome in children. *The Journal of the American Medical Association*, 249(17), 2345-2349. doi: 10.1001/jama.1983.03330410031024
- Omran, A. R. (1971). The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 509-538.
- Opel, D. J., Diekema, D. S., Lee, N. R., & Marcuse, E. K. (2009). Social marketing as a strategy to increase immunization rates. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(5), 432-437. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.42
- Orbell, S., Norman, P., Ogden, J., Abraham, C., Benn, & t, P., Conner, M., & Sheeran, P. (1994). Developments in social cognition and the prediction of health related behaviour. *Health Psychology Update*, 18, 14-16.
- Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme du 29 avril 2015* (= OEp ; RO 2015 1463).
- Organisation mondiale de la santé. (2003). Guidelines for WHO guidelines. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68925/1/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2009a). Grippe porcine. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan du 27 avril 2009. Repéré à http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/fr/
- Organisation mondiale de la santé. (2009b). Situation mondiale de la nouvelle infection à virus grippal A(H1N1), mai 2009. *Relevé Épidémiologique Hebdomadaire*, 84(20), 173-184.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *The Guide to tailoring immunization programs (TIP): Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization,. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/ass, & s/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2014). Grippe (saisonnnière), aide-mémoire N°221. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factshe, & s/fs211/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination. Repéré à http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf?ua=1
- Pardo del Val, M., & Clara Martínez, F. (2003). Resistance to change: a literature review and empirical study. *Management Decision*, 41(1/2), 148-155. doi : <http://dx.doi.org/10.1108/00251740310457597>
- Pasteur, C. (2009, 20 août). La Suisse a aussi connu son procès du sang contaminé. *Tribune de Genève*, p. 32. Repéré à https://www.nexis.com/results/enhdocview.do?docLinkInd=true&ersKey=23_T24477641864&format=GNBFI&startDocNo=26&resultsUrlKey=0_T24477641883&backKey=20_T24477641884&csi=302498&docNo=38
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2^e éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Pearcey, P., & Draper, P. (2008). Exploring clinical nursing experience : listening to student nurses. *Nurse Education Today*, 28, 595-601.
- Pidgeon, N., Poortinga, W., & Walls, J. (2007). Scepticism, reliance and risk managing institutions: towards a conceptual model of "critical trust". Dans M. Siegrist, T. C.

- Earle & H. Gutscher (Éds), *Trust in risk management: uncertainty and scepticism in the public mind* (pp. 117-142). London: Earthscan.
- Plattner, T., & Balmer, D. (2015, 4 janvier). La grippe attrapée à l'hôpital tue, *Le Matin Dimanche*. Repéré à <http://enquete.lematindimanche.ch/grippenoso/>
- Poland, G. A. (2010). Mandating influenza vaccination for health care workers: putting patients and professional, ethics over personal preference. *Vaccine*, 28(36), 5757-5759. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.07.057
- Pollak, M., Paicheler, G., & Pierret, J. (1992). *AIDS: a problem for sociological research*. London: Sage.
- Pollaris, A. (2014). *Initiation aux modèles d'équations structurales (SEM) avec Stata*. Repéré à <http://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpacesStore/c5f58dc8-1558-485f-b4f4-2b083e6b5a88/Initiation%20aux%20SEM%20avec%20Stata.pdf?guest=true>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288. doi: 10.1037/h0088437
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Progress in Clinical and Biological Research*, 156, 131-140.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1992). Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction*, 87(6), 825-828. doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb01973.x
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. Dans K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Éds), *Health Behavior and health education. Theory, research, and practice* (4^e éd., pp. 97-121). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ..., Rosenbloom, D. . (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Quéré, L. (2005). Les "dispositifs de confiance" dans l'espace public. *Réseaux*, 4(132), 185-217. doi: 10.3917/res.132.0185.
- Quivy, R., & Campenhoudt, V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Richard, R., de Vries, N. K., & van der Pligt, J. (1998). Anticipated regret and precautionary sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(15), 1411-1428. doi: 10.1111/j.1559-1816.1998.tb01684.x
- Robbins, S., & Judge, T. (2006). *Comportements organisationnels*. (12^e éd.). Paris: Pearson Education France.
- Roberts, S. J. (2000). Development of a positive professional identity: liberating oneself from the oppressor within. *Advances in Nursing Science*, 22(4), 71-82.
- Roets, A., & Van Hiel, A. (2011). Item selection and validation of a brief, 15-item version of the need for closure scale. *Personality and Individual Differences*, 50(1), 90-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.004>
- Rognstad, M. K., Nortvedt, P., & Aasland, O. (2004). Helping motives in late modern society: values and attitudes among nursing students. *Nursing Ethics*, 11(3), 227-239.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Brochu, S., & Brodeur, N. (2006) Application du modèle transthéorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents. Montréal: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (Cri-Viff).

- Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 50(3 Pt 1), 295-302.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education and Behavior*, 2(4), 328-335. doi: 10.1177/109019817400200403
- Rossier, V., Zimmermann, G., & Besson, J. (2009). La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes. *Psychothérapies*, 29(2), 91-99. doi: 10.3917/psys.092.0091
- Rouleau, L. (2007). *Théories des organisations: approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Roulin, N., Mayor, E., & Bangerter, A. (2014). How to satisfy and retain personnel despite job-market shortage. *Swiss Journal of Psychology*, 73(1), 13-24. doi: 10.1024/1421-0185/a000123
- Rubin, G. J., Finn, Y., Potts, H. W. W., & Michie, S. (2015). Who is sceptical about emerging public health threats? Results from 39 national surveys in the United Kingdom. *Public Health*, 129(12), 1553-1562. doi: 10.1016/j.puhe.2015.09.004
- Sachs, J. S. (2008). *Good Germs, Bad Germs: Health and Survival in a Bacterial World*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Salgado, C., Giannetta, E., Hayden, F., & Farr, B. (2004). Preventing nosocomial influenza by improving the vaccine acceptance rate of clinicians. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 25(11), 923-928. doi: 10.1086/502321
- Sanchez-Paya, J., Hernandez-Garcia, I., Garcia-Roman, V., Camargo-Angeles, R., Barrenengoa-Sanudo, J., Villanueva-Ruiz, C. O., ... Gonzalez-Hernandez, M. (2012). Influenza vaccination among healthcare personnel after pandemic influenza H1N1. *Vaccine*, 30(5), 911-915. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.11.095
- Schiller, N. G., Crystal, S., & Lewellen, D. (1994). Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups. *Social Science and Medicine*, 38(10), 1337-1346.
- Schutz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. Dans J. Weinmann, S. Wright & M. Johnston (Éds), *Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NferNelson.
- Siegrist, C.-A. (2010). Vaccinologie. Questions autour de la sécurité des vaccins adjuvés contre la grippe A(H1N1). *Revue Médicale Suisse*(231), 67-70.
- Siegrist, M., Earle, T. C., & Gutscher, H. (2003). Test of a trust and confidence model in the applied context of electromagnetic field (EMF) risks. *Risk Analysis*, 23(4), 705-716.
- Siegrist, M., Gutscher, H., & Earle, T. C. (2005). Perception of risk: the influence of general trust, and general confidence. *Journal of Risk Research*, 8(2), 145-156.
- Siegrist, M., & Zingg, A. (2014). The role of public trust during pandemics: implications for crisis communication. *European Psychologist*, 19(1), 23-32. doi: 10.1027/1016-9040/a000169
- Signorielli, N. (1993). *Mass media images and impact on health : a sourcebook*. Westport: Greenwood.
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2), 311-322. doi: 10.1111/j.0272-4332.2004.00433.x
- Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. *European Journal of Operational Research*, 177(3), 1333-1352. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejor.2005.04.006>
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Facts versus fears: understanding perceived risk. Dans D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Éds), *Judgment under*

- uncertainty: heuristics and biases* (pp. 463-489). Cambridge: Cambridge University Press.
- Slovic, P., & Peters, E. (2006). Risk perception and affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322-325. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x
- Staerklé, C., Clémence, A., & Doise, W. (1998). Representation of human rights across different national contexts: the role of democratic and non-democratic populations and governments. *European Journal of Social Psychology*, 28(2), 207-226.
- Stanley, D. J., Meyer, J. P., & Topolnytsky, L. (2005). Employee cynicism and resistance to organizational change. *Journal of Business and Psychology*, 19(4), 429-459. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10869-005-4518-2>
- Steyer, V. (2013). *Les processus de sensemaking en situation d'alerte, entre construction sociale du risque et relations d'accountability : le cas des entreprises françaises face à la pandémie grippale de 2009*. Thèse de doctorat inédite, Université Paris 10. Repéré à <http://www.theses.fr/2013PA100200>
- Strama, M. (1998). Overcoming cynicism: youth participation and electoral politics. *National Civic Review*, 87(1), 71.
- Swissinfo. (2005, 10 novembre). Le dossier de l'affaire Baselworld 2003 est clos. Repéré à <http://www.swissinfo.ch/fre/economie/le-dossier-de-l-affaire-baselworld-2003-est-clos/4839722>
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Dans S. Moscovici (Éd.), *Introduction à la psychologie sociale* (pp. 272-302). Paris: Larousse.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, M., & Minart, A. (2009, 23 juillet). Le sida : création ? Invention ? Accident ? *L'Obs*. Repéré à <http://tempsreel.nouvelobs.com/monde/20090717.OBS4500/le-sida-creation-invention-accident.html>
- Thompson, W. W., Moore, M. R., Weintraub, E., Cheng, P.-Y, Jin, X., Bridges, C. B., ... Shay, D. K. (2009). Estimating influenza-associated deaths in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(S2), S225-230.
- Tilburt, J. C., Mueller, P. S., Ottenberg, A. L., Poland, G. A., & Koenig, B. A. (2008). Facing the challenges of influenza in healthcare settings: The ethical rationale for mandatory seasonal influenza vaccination and its implications for future pandemics. *Vaccine*, 26, Supplement 4, D27-D30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2008.07.068>
- Tognotti, E. (2003). Scientific triumphalism and learning from facts: bacteriology and the 'Spanish flu' Challenge of 1918. *Social History of Medicine*, 16(1), 97-110. doi: 10.1093/shm/16.1.97
- Tuckett, A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary Nurse*, 19(1-2), 75-87. doi: 10.5172/conu.19.1-2.75
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: a heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5(2), 207-232. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131. doi: 10.1126/science.185.4157.1124
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1982). Availability: a heuristic for judging frequency and probability. Dans D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Éds), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (pp. 163-178). Cambridge: Cambridge University Press.

- Twyman, M., Harvey, N., & Harries, C. (2008). Trust in motives, trust in competence: Separate factors determining the effectiveness of risk communication. *Judgment and Decision Making*, 3(1), 111-120.
- Ungar, S. (1998). Hot crises and media reassurance: a comparison of emerging diseases and Ebola Zaire. *The British Journal of Sociology*, 49(1), 36-56.
- Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 101-103 2002. doi: 10.17269/cjph.93.217
- van Delden, J. J., Ashcroft, R., Dawson, A., Marckmann, G., Upshur, R., & Verweij, M. F. (2008). The ethics of mandatory vaccination against influenza for health care workers. *Vaccine*, 26(44), 5562-5566. doi: 10.1016/j.vaccine.2008.08.002
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis in Health and Disease*, 38(5-6), 216-233.
- Vidaillet, B. (2003). Lorsque les dirigeants formulent leurs préoccupations: une occasion particulière de construire du sens. Dans B. Vidaillet (Éd.), *Le sens de l'action. Karl E. Weick: sociopsychologie de l'organisation* (pp. 115-137). Paris: Vuibert.
- Wagner-Egger, P., Bangerter, A., Gilles, I., Green, E., Rigaud, D., Krings, F., . . . Clémence, A. (2011). Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: heroes, villains and victims. *Public Understanding of Science*, 20(4), 461-476. doi: 10.1177/0963662510393605
- Wagner, W. (2001). Le coping symbolique, les représentations et la construction sociale. Dans A.-M. Costalat Founeau (Éd.), *Identité sociale et langage: La construction du sens* (pp. 81-130). Paris: L'Harmattan.
- Wagner, W. (2007). Vernacular science knowledge: its role in everyday life communication. *Public Understanding of Science*, 16(1), 7-22. doi: 10.1177/0963662506071785
- Wagner, W., & Hayes, N. (2005). *Everyday discourse and common sense : the theory of social representations*. New York: Palgrave Macmillan.
- Wagner, W., Kronberger, N., & Seifert, F. (2002). Collective symbolic coping with new technology: knowledge, images and public discourse. *British Journal of Social Psychology*, 41(3), 323-343.
- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., . . . Walker-Smith, J. A. (1998). RETRACTED: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 351(9103), 637-641. doi: 10.1016/S0140-6736(97)11096-0
- Warren, M. (1999). Democratic theory and trust. Dans M. Warren (Éd.), *Democracy and Trust* (pp. 310-345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Washer, P. (2004). Representations of SARS in the British newspapers. *Social Science and Medicine*, 59(12), 2561-2571. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.03.038
- Washer, P. (2010). *Emerging Infectious Diseases and Society*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Washer, P., & Joffe, H. (2006). The "hospital superbug": social representations of MRSA. *Social Science and Medicine*, 63(8), 2141-2152. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.018
- Weick, K. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Weick, K. E. (1993). The collapse of sensemaking in organizations: the Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*, 38(4), 628-652.
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2007). *Managing the unexpected: resilient performance in an age of uncertainty*. (2^e éd.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4), 409-421. doi: <http://dx.doi.org/10.1287/orsc.1050.0133>

- Weinberg, R. S., Gould, D., & Jackson, A. (1979). Expectations and performance: an empirical test of Bandura's self-efficacy theory. *Journal of Sport Psychology, 1*(4), 320-331.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(5), 806-820.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine, 5*(4), 441-460.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology, 3*(5), 431-457.
- Weinstein, N. D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine, 10*(5), 481-500.
- Weinstein, N. D. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin, 105*(1), 31-50.
- Weinstein, N. D., Kwitel, A., McCaul, K. D., Magnan, R. E., Gerrard, M., & Gibbons, F. X. (2007). Risk perceptions: assessment and relationship to influenza vaccination. *Health Psychology, 26*(2), 146-151. doi: 10.1037/0278-6133.26.2.146
- Wellings, K. (1988). Perceptions of risk. Dans P. Aggleton & H. Homans (Éds), *Social aspects of AIDS* (pp. 83-105). London: Falmer.
- Wynne, B. (1982). *Rationality and ritual: the windscale inquiry and nuclear decisions in Britain*. Bucks, England: The British Society for the History of Science.
- Zani, B. (2002). Théories et modèles en psychologie de la santé. Dans G.-N. Fischer (Éd.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 21-46). Paris: Dunod.
- Zhang, J., While, A. E., & Norman, I. J. (2012). Seasonal influenza vaccination knowledge, risk perception, health beliefs and vaccination behaviours of nurses. *Epidemiology and Infection, 140*(9), 1569-1577. doi: 10.1017/s0950268811002214
- Zuercher, C. (2012, 8 Octobre). La grande peur des vaccins obligatoires, *Tribune de Genève*. Repéré à <http://www.tdg.ch/suisse/grande-peur-vaccins-obligatoires/story/31930388>

14. Annexes

Annexe 1 : Taux de vaccination contre la grippe pandémique de 2009 et évolution des taux de vaccination de plusieurs sites hospitaliers suisses⁹

Tableau 29: Évolution du taux de vaccination contre la grippe du site 1 de l'étude 1, par catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	2009-2010 (sais.)	2009-2010 (H1N1)	2010-2011	2011-2012
Autre employé	33.0%	47.7%	24.0%	29.3%
Autre employé-cadre	19.3%	38.6%	22.5%	24.7%
Médical	51.4%	70.8%	47.8%	46.7%
Médical-cadre	48.1%	53.7%	35.6%	39.7%
Soignant	28.2%	48.7%	19.5%	28.9%
Soignant-cadre	48.1%	53.7%	31.1%	53.9%
Total	31.5%	48.6%	24.4%	31.9%

Tableau 30: Taux de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009 des sites 1 et 3 de l'étude 2

Catégorie professionnelle	Tous les domaines professionnels	
	Nombre d'employés	Nombre de vaccinés %
Médecins	127	91 71.65%
Personnel soignants/infirmiers	524	171 32.63%
Sages-femmes	27	5 18.52%
Autres professionnels de la santé en contact avec les patients (techniciens de salle d'opération, radiologie, physiothérapie, ergothérapie, odontologie, etc.)	136	46 33.82%
Agents des services hospitaliers (nettoyage, cuisine, lingerie, etc.) et techniciens de maintenance	170	59 34.71%
Administration	152	48 31.58%
Autres professionnels (pharmacie, naturopathes, opticiens, laboratoires, etc.)	45	18 40.00%
Total	1181	438 37.09%

⁹ J'ai obtenu ces taux en les demandant par courrier électronique aux personnes responsables du recensement de la couverture vaccinale.

Tableau 31: Évolution du taux de vaccination contre la grippe d'un hôpital universitaire suisse entre 2008 et 2013, par catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	2008	2009 (sais.)	2009 (H1N1)	2010	2011	2012	2013
Médecins	31%	40%	60%	42%	35%	40%	45%
Personnel infirmier	25%	25%	46%	24%	24%	23%	28%

Tableau 32: Évolution du taux de vaccination contre la grippe d'un autre hôpital universitaire suisse entre 2008 et 2013, par catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Médecins	--	39%	43%	41%	52%	54%
Personnel soignant	--	16%	14%	17%	18%	23%
Ensemble des travailleurs de la santé ayant des contacts avec les patients	25%	28%	26%	27%	31%	32%

Annexe 2 : Courriel destiné aux directeurs des soins qui explique le projet de recherche

Madame, Monsieur,

Je représente une équipe de recherche de l'Institut de psychologie du travail et des organisations de l'Université de Neuchâtel. Je vous écris afin de vous demander l'autorisation d'effectuer une enquête par questionnaire auprès de votre personnel infirmier et de discuter de la faisabilité d'une telle démarche.

Cette enquête vise à mieux comprendre les attitudes du personnel infirmier envers la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 implémentée dans les hôpitaux lors de la période pandémique. L'enquête par questionnaire fait suite à une première étude menée en 2011 et 2012 dans plusieurs hôpitaux, dont le vôtre. Ainsi, nous nous étions entretenus avec une quinzaine d'infirmiers et infirmières de votre établissement, afin qu'ils/elles nous expriment la manière dont ils/elles avaient vécu la campagne de vaccination dans leur milieu professionnel. Nous travaillons actuellement à la rédaction d'un rapport relatif à cette enquête par entretiens. Nous vous le remettrons prochainement.

Afin d'élargir les connaissances sur le vécu du personnel infirmier de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 au sein des hôpitaux, et de pouvoir proposer des pistes de réflexion pour augmenter l'impact de telles campagnes, nous souhaiterions adresser notre questionnaire d'une dizaine de pages à l'ensemble du personnel infirmier de votre établissement (infirmières/infirmiers, infirmières et infirmiers chefs). Pour des raisons pratiques, nous envisageons de l'envoyer par courrier électronique, de manière à ce que les participantes et participants puissent le remplir en ligne et nous le retourner anonymement. C'est-à-dire que les réponses au questionnaire ne seront pas reliées aux adresses électroniques des répondantes et répondants. Nous envisageons d'envoyer ce questionnaire à la fin du mois de janvier 2013 (à discuter).

Je vous demande si votre institution serait prête à nous accorder l'autorisation d'effectuer une telle enquête par questionnaire. Je suis évidemment disposé à discuter des modalités pratiques de l'envoi du questionnaire envers votre personnel infirmier. Je répondrai volontiers à toute demande d'informations supplémentaires adressée à l'adresse mentionnée au bas du présent courrier électronique. De même, je m'engage à vous restituer le résultat de nos analyses sous la forme d'un résumé écrit ou/et sous la forme d'une présentation.

Je vous remercie de votre attention et vous adresse, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Mathieu Maridor

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé et guides d'entretien pour le personnel infirmier

I. Formulaire de consentement éclairé

De quoi s'agit-il ?

Cette étude investigate la perception du personnel hospitalier par rapport aux événements liés à l'apparition de la grippe A/H1N1 en 2009.

En quoi consiste l'étude ?

L'étude se déroule sous forme d'entretien entre un participant et un chercheur lequel posera une quinzaine de questions au participant.

Quelle est la durée de l'étude ?

Environ 45 minutes.

Pourquoi votre participation est-elle importante ?

Votre participation est très importante car elle nous permettra de comprendre comment le personnel hospitalier a réagi par rapport aux événements liés à la grippe A/H1N1, dans le but d'améliorer la capacité de celui-ci à faire face à ce genre de pandémies.

Est-ce qu'il y a des risques ?

Participer à cet entretien ne comporte aucun risque prévisible.

Mon identité est-elle protégée ?

Oui. Toutes les informations que vous nous donnerez seront traitées de manière confidentielle. Les entretiens seront retranscrits en utilisant des pseudonymes pour toutes vos données personnelles.

Vous recevez une copie de ce contrat de confiance. Au cas où des questions émergeraient après la participation, veuillez contacter Véronique Emery (veronique.emery@unine.ch) ou Mathieu Maridor (mathieu.maridor@unine.ch) ou Monsieur le Professeur Adrian Bangerter (adrian.bangerter@unine.ch), responsable de cette étude au sein de l'Institut de Psychologie du Travail et des Organisations de l'Université de Neuchâtel.

Par la présente, je confirme que ma participation à cette étude est volontaire. Je dispose du droit d'arrêter l'expérience à tout moment.

Lieu et date :

Prénom, Nom :

Signature :

II. Guide d'entretien de Bombolo (2012)

Les représentations sociales

1. Dites-moi tout ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous entendez les mots grippe porcine ou virus H1N1 / Qu'est-ce que la grippe porcine vous évoque ?
2. D'après vous, quelles sont les différentes menaces que cette maladie peut entraîner ?
3. Que savez-vous de l'origine de cette grippe ?

L'identification sociale *

4. Quelle place occupe votre profession dans votre (définition de vous-même) identité personnelle ?
*
5. appartenir au « groupe » des infirmières, cela signifie quoi pour vous ? *
6. Pensez-vous qu'être vacciné fasse parti du devoir d'un(e) infirmier(e) ?
7. Qu'est-ce qui est le plus important selon vous : laisser au personnel soignant le choix de se faire vacciner ou protéger les patients contre le virus ? *

Le vécu personnel de la pandémie de 2009 et les mesures de protection instaurées dans l'institution hospitalière

8. Je vais vous demander de vous rappeler de toutes les réactions que la grippe porcine a suscitées chez vous et dans votre entourage.
9. Quelles ont été les recommandations données par vos supérieurs lors de la pandémie H1N1 ?
 - i. Est-ce que leur application a été contrôlée ? Et par qui ?
 - ii. Comment vous et vos collègues avez-vous réagi suite à ces recommandations ?
 - iii. Réagiriez-vous de manière similaire si une nouvelle pandémie se déclarait ?
10. Que peut-on faire en tant qu'infirmier(e) pour se protéger de maladies infectieuses lors d'une pandémie ?
11. Que peut-on faire en tant qu'infirmière pour protéger ses patients de maladies infectieuses lors d'une pandémie ?

Les croyances sur la grippe et la vaccination

12. Pensez-vous que le vaccin contre la grippe A puisse prévenir efficacement la transmission du virus ?

13. D'après vous quels sont les différents risques liés au vaccin contre la grippe A ? *

14. Pensez-vous que la grippe A puisse être prévenue efficacement par les médecines complémentaires ? *

Attitude face au vaccin

15. Avez-vous été vacciné contre la H1N1 ?

i. Pourquoi ? (Si la personne a été vaccinée, lui demander comment elle a vécu cette vaccination)

ii. Si une nouvelle pandémie se déclarait agiriez-vous à nouveau de la même manière ?

Et pour quelles raisons ?

Moyens utilisés pour se faire un avis sur la vaccination ?

16. Quels sont les moyens d'information que vous avez-utilisés pour vous faire une idée sur la vaccination ?

i. (Pourquoi ?) Si une épidémie semblable venait à se déclarer dans le futur utiliseriez-vous d'autres moyens d'information ? (Si oui lesquels ?)

***tiré de Falomir-Pichastor et al. 2009**

III. Guide d'entretien de Foglia et Gani (2012)

Entretien sur les maladies émergentes

Le but de notre recherche est d'investiguer la façon dont le personnel soignant en Suisse a vécu la pandémie de grippe A (H1N1) qui est survenue en 2009.

- Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.
- L'entretien durera entre 30-45 minutes. Il y a 9 questions principales comportant des sous-questions. A la fin, je pourrai répondre à vos questions si vous en avez.
- Nous allons enregistrer l'entretien au moyen du dictaphone ici.
- Tout ce que vous me direz sera anonyme, c'est-à-dire que nous utiliserons des pseudonymes pour tous les noms propres lorsque nous retranscrirons votre discours. Vos informations personnelles seront conservées séparément des données de cet entretien.
- Vous pouvez à tout moment arrêter l'entretien si vous le souhaitez
- Avez-vous des questions avant de commencer ?
- **DEMARRER L'ENREGISTREMENT**

Question d'association libre

Nous allons commencer par une question où je vais vous demander de me raconter de façon spontanée ce qui vous passe par la tête lorsque vous entendez un terme particulier. Je vais noter tous les termes que vous mentionnez.

1. Donc : Dites-moi tout ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au terme de *grippe porcine*

(Relance : est-ce que d'autres choses vous viennent à l'esprit ?)

Vécu de la pandémie 2009

Je voudrais maintenant parler de la pandémie de grippe A/H1N1 de 2009

2. Comment avez-vous vécu les événements liés à la pandémie de grippe A/H1N1 en 2009 ?

(Relance : En fonction du récit du participant, ou demander au participant s'il a vécu d'autres événements notables qu'il aimerait partager)

3. Quelles ont été les recommandations données par vos supérieurs lors de la pandémie H1N1 ?

i. D'où venaient ces recommandations ?

ii. Comment vous et vos collègues avez réagi suite à ces recommandations ?

iii. Est-ce que leur application était contrôlée ? et par qui ?

iiii. Réagiriez-vous de manière similaire si une nouvelle pandémie se déclarait ?

(Relance : En fonction du récit du participant, ou demander au participant s'il a autre chose à mentionner)

Mesures de protection

4. Que peut-on faire en tant qu'infirmière pour se protéger de maladies infectieuses lors d'une pandémie ?

5. Que peut-on faire en tant qu'infirmière pour protéger ses patients de maladies infectieuses lors d'une pandémie ?

Attitude face au vaccin

6. Comment avez-vous vécu la campagne de vaccination contre la H1N1 dans votre institution ?

i. Est-ce que votre IRUS a joué un rôle particulier dans cette campagne ?

7. Avez-vous été vacciné contre la H1N1 ?

i. Pourquoi ?

ii. Si une nouvelle pandémie se déclarait agiriez-vous à nouveau ainsi ? Et pour quelles raisons ?

Confiance envers les institutions

8. Certaines sources mettent en doute les explications officielles données par les autorités et les médias quant à la gravité de la pandémie, qu'en pensez-vous ?

(Relance : En fonction du récit du participant, ou demander au participant s'il a autre chose à mentionner)

Relations avec l'hôpital et le travail

9. De manière générale, comment caractérisez-vous l'ambiance de travail au sein de votre équipe ?

i. Comment caractérisez-vous vos relations avec la hiérarchie ?

(Relance : En fonction du récit du participant, ou demander au participant s'il a autre chose à mentionner)

- Je n'ai plus de questions. Avez-vous encore quelque chose à dire à ce sujet ?
- Avez-vous des questions ?
- ARRETER L'ENREGISTREMENT
- Désirez-vous recevoir une information sur les résultats de l'étude ? Cela prendra quelques mois.
- Merci beaucoup pour votre participation

IV. *Guide d'entretien de Jeanmaire et Monney (2012)*

A. Questions d'association libre

Je vais commencer par une question où je vais vous demander de me raconter de façon spontanée ce qui vous passe par la tête lorsque vous entendez un terme particulier.

1. Donc : Remettez-vous dans la situation de pandémie de grippe A de 2009. Dites-moi tout ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au terme de grippe porcine, ou H1N1, ou grippe A.

(Relance : est-ce que d'autres choses vous viennent à l'esprit ?)

(Relance : de quoi vous souvenez vous d'autre ?)

(Relance : de manière générale, est-ce que d'autre choses vous viennent à l'esprit ?)

2. Comment avez-vous vécu les événements liés à la pandémie de grippe A ?

2.1 Quel impact a eu la grippe A dans votre milieu professionnel ?

2.2 Qu'est-ce que l'hôpital dans lequel vous travaillez a mis en place pour faire face à la pandémie ?

2.3 Comment vous et vos collègues avez réagi aux mesures mises en place par votre hôpital ?

B. Perception du risque

3. Comment, avez-vous perçu les risques liés à cette pandémie ?

4. Et, en ce qui concerne la société en générale. Dans quelle mesure pensez-vous que la pandémie était une menace ?

pandémie ?
(Relance : par quel média ?)
(Relance : pourquoi autant/pourquoi si peu ?)

C. C. Vaccination

6. Comment avez-vous vécu la campagne de vaccination contre la grippe porcine ?
6.1 Dans votre institution spécifiquement
6.2 Avez-vous décidé de vous faire vacciner contre la grippe porcine ?

7. Comment vous êtes-vous décidée sur le fait de vous faire (ou non) vacciner ?

8.
Si vacciné : D'après vous quelles sont les raisons qui ont pu pousser vos collègues à refuser la vaccination ?
Si pas vacciné : D'après vous quelles sont les raisons qui ont pu pousser vos collègues à accepter la vaccination ?

9. Est-ce que les divergences d'opinion sur la vaccination contre la grippe A ont pu générer des tensions au sein de votre groupe de travail ?

D. Responsabilité professionnelle

10. Pensez-vous que la vaccination des infirmières est un devoir professionnel ?
(Si ne réponde que oui/non demander de développer)

11. Comment auriez-vous réagi si l'hôpital dans lequel vous travaillez vous avait obligé à vous faire vacciner ?

12. J'aimerais finir cet entretien en vous demandant quelles relations entretenez-vous avec vos collègues infirmier/ères ?

13. Et finalement, comment vous sentez-vous dans l'organisation qui vous emploie, et plus généralement dans votre métier d'infirmier/ère ?

« Voilà, l'entretien est maintenant terminé. Je vous remercie encore d'y avoir participé. Je vous laisse mon adresse email au cas où vous auriez des questions à me poser et je vous rappelle à nouveau que tout ce que vous venez de me dire est totalement confidentiel. Voulez-vous encore ajouter quelque chose avant que j'arrête l'enregistrement ? (*Arrêter l'enregistrement*)

Si vous voulez un retour sur la recherche que je suis en train de faire, laissez-moi votre adresse email et je vous enverrais un compte rendu quand je l'aurais terminée, dans quelques mois environ. Avant que l'on se quitte, j'aimerais encore vous demander de remplir un petit questionnaire. »

Annexe 4 : Guide d'entretien pour les organisateurs des campagnes de vaccination

Nous allons commencer par une question où je vais vous demander de me raconter de façon spontanée ce qui vous passe par la tête lorsque vous entendez un terme particulier. Je vais noter tous les termes que vous mentionnez.

1. Dites-moi tout ce qui vous vient à l'esprit lorsque vous pensez au terme de *grippe porcine*.

Rôle et fonction de l'interlocuteur

2. Pouvez-vous m'expliquer dans les grandes lignes quelle est votre fonction au sein de cet hôpital et en quoi elle consiste ?
3. En cas de situations spéciales, comme lors de pandémies, dans quelle mesure vos contacts avec le personnel infirmier s'intensifient-ils ?

Vécu personnel de la grippe A/H1N1

4. On arrive maintenant sur un registre plus personnel. Comment avez-vous vécu personnellement les événements liés à la pandémie de grippe A/H1N1 ?
5. Vous vous êtes vacciné ?
6. Qu'est-ce qui vous a motivé à le faire (ou à ne pas le faire) ?
7. Dans quelle mesure vous vous sentiez menacé par la grippe A/H1N1 ?

Vécu de la grippe A/H1N1 dans le cadre de la profession

8. D'après vous, le personnel infirmier a-t-il volontiers pris part aux mesures de protection préconisées par l'hôpital ?

Si oui, quelles étaient ses motivations principales, à votre avis ?

Si non, quels étaient les motifs de réticence ?

D'après vous le personnel infirmier se sentait-il concerné par cette pandémie ?

9. Quels sont les arguments principaux avez-vous avancés au personnel hospitalier pour qu'il se vaccine ?

10. Si vous deviez changer quelque chose dans votre stratégie de prévention et de protection pour une nouvelle pandémie similaire, ce serait quoi ?

Perception du traitement médiatique de la grippe A/H1N1

11. Comment vous avez jugé le traitement médiatique de la pandémie de grippe A/H1N1 ?
12. Selon vous, quels sont les critères d'un traitement médiatique de qualité en cas de pandémie de grippe A/H1N1 ?
13. D'après vous, la consommation des médias (suisses) était-il un bon moyen de s'informer sur la pandémie de grippe porcine ?
14. Selon vous, de quelle manière le savoir scientifique sur la grippe A/H1N1 a été compris par la population suisse ?
15. Et parmi le personnel infirmier, comment a-t-il été compris ?

Connaissances scientifiques/croyances populaires

16. Certaines sources ont mis en doute les explications officielles données par les autorités et les médias quant à la gravité de la pandémie, qu'en pensez-vous ?
17. Comment réagiriez-vous si quelqu'un vous disait que la vaccination contre la grippe A/H1N1 était inutile et qu'il s'agissait tout simplement d'un moyen pour les groupes pharmaceutiques de faire du profit ?

Questionnaire sur la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 de 2009

Ce questionnaire vise à mieux comprendre comment le personnel infirmier a vécu la campagne de vaccination contre la grippe pandémique A/H1N1, plus communément appelée "grippe porcine", dans les hôpitaux. Pour rappel, cette grippe a donné lieu à une pandémie entre juin 2009 et août 2010. Elle est apparue au Mexique pour s'étendre rapidement dans le monde entier. Dans beaucoup d'hôpitaux suisses, les recommandations de vaccination pour le personnel ont débuté en septembre 2009 pour prendre fin en décembre 2009. Nous nous intéressons à la manière dont le personnel soignant a perçu la campagne de vaccination au sein de l'hôpital et à la façon dont il s'en rappelle. Nous nous intéressons également à la manière dont il s'est représenté la maladie de la grippe A/H1N1, aux répercussions de cette campagne sur la vie quotidienne professionnelle, ainsi qu'à la décision de se faire vacciner ou non. Certaines rubriques de ce questionnaire se penchent également sur la vaccination contre la grippe saisonnière.

Merci beaucoup pour votre collaboration !

1. La campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 (grippe « porcine ») pour le personnel hospitalier s'est déroulée d'octobre à décembre 2009. Veuillez indiquer ci-dessous votre situation professionnelle au moment de cette campagne. Plusieurs réponses sont possibles.

1.1 Etiez-vous déjà un(e) infirmier(ière) diplômé(e) en octobre 2009 ? ₁ Oui ₂ Non : passer à la rubrique n°5

1.2 Etiez-vous employé(e) à l'époque de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 en tant qu'infirmier(ière) à l'Hôpital X ? ₁ Oui ₂ Non

1.3 Si vous avez répondu non à la question 1.2, avez-vous travaillé dans un autre hôpital pendant la période de campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 ? ₁ Oui, préciser la ville et le pays : _____ ₂ Non : passer à la rubrique n°5

1.4 Etiez-vous absent(e) de votre lieu de travail pendant deux mois ou plus entre octobre et décembre 2009 ? ₁ Oui : passer à la rubrique n°5 ₂ Non ₃ Je ne m'en souviens pas

1.5 Le port du masque était-il obligatoire pour les infirmiers(ières) non-vacciné(e)s au sein de l'hôpital qui vous employait au moment du pique de la pandémie de grippe A/H1N1 ? ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne m'en souviens pas

1.6 Si vous avez travaillé dans plusieurs hôpitaux pendant la période de pandémie de grippe A/H1N1, le port du masque pour les infirmiers(ières) non- ₁ Oui ₂ Non, pas dans tous les hôpitaux ₃ Non, dans aucun hôpital ₄ Je ne m'en souviens pas

vacciné(e)s était-il obligatoire dans
chacun d'eux ?

2. Entre octobre et décembre 2009, au moment de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1, des informations sur la maladie, les mesures d'hygiène et la vaccination circulaient au sein de l'hôpital. Parmi les moyens de communication ci-dessous, lesquels ont été utilisés au sein de l'hôpital dans lequel vous étiez employé(e) ?

2.1 Affiches à différents endroits de l'hôpital ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.2 Livret d'informations ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.3 Point d'information au sein de l'hôpital ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.4 Conférences d'experts ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.5 E-mails d'information ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.6 Mise à disposition d'informations actualisées sur le réseau informatique interne ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.7 Disponibilité d'un spécialiste (p.ex. : infectiologue) pour répondre aux questions ₁ Oui ₂ Non ₃ Je ne me souviens plus

2.8 Autres, préciser :



3. Les questions suivantes concernent la manière dont vous avez perçu les informations de la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 au sein de l'hôpital dans lequel vous étiez employé(e) entre octobre et décembre 2009. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

Pas du tout d'accord *Pas vraiment d'accord* *Ni d'accord ni pas d'accord* *Assez d'accord* *Tout à fait d'accord*

3.1	A l'hôpital, les informations sur le vaccin contre la grippe A/H1N1 étaient fiables.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.2	A l'hôpital, je me suis senti(e) obligé(e) de me vacciner contre la grippe A/H1N1	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.3	Grâce aux informations reçues au sein de l'hôpital, j'ai eu le sentiment de mieux savoir en quoi consistait le virus de la grippe A/H1N1	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.4	A l'hôpital, j'ai le sentiment d'avoir été manipulé(e) en faveur de la vaccination contre la grippe A/H1N1 par les informations données.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.5	La politique adoptée par l'hôpital était cohérente	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.6	J'avais l'impression que l'hôpital me laissait le libre choix de me vacciner ou pas	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
3.7	A l'hôpital, les recommandations de vaccination contre la grippe A/H1N1 étaient exagérées.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4. Les questions suivantes se rattachent à la façon dont la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 a été vécue par le personnel de l'hôpital entre octobre et décembre 2009. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
4.1	A l'hôpital, certains médecins ont critiqué le refus de la vaccination des infirmiers(ières)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4.2	A l'hôpital, certain(e)s infirmiers(ières) ont critiqué le refus de la vaccination de leurs collègues	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

4.3	A l'hôpital, la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 a suscité des désaccords entre les infirmiers(ières) vacciné(e)s et pas vacciné(e)s	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4.4	A l'hôpital, la campagne de vaccination a créé des désaccords entre le personnel infirmier et le corps médical	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
4.5	Certain(e)s infirmiers(ières) non-vacciné(e)s ont été stigmatisé(e)s	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

5. Continuons sur votre vécu personnel de la grippe A/H1N1. Dites si ces phrases s'appliquent à vous en cochant la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
5.1	D'après ce que j'ai pu observer dans mon entourage, la grippe A/H1N1 n'était pas si sévère qu'on a pu le dire	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5.2	En confrontant l'expérience que j'ai eue de la grippe A/H1N1 avec les moyens déployés pour l'enrayer, ceux-ci me paraissent disproportionnés	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5.3	D'après ce que j'ai pu observer dans mon entourage, la grippe A/H1N1 n'a pas fait autant de dégâts que ce qui avait été annoncé	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
5.4	D'après ce que j'ai pu observer dans mon entourage, il était indispensable d'adopter les mesures d'hygiène recommandées par le gouvernement pour ne pas attraper la grippe A/H1N1	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

6. Continuons sur votre historique personnel de vaccination contre la grippe A/H1N1

6.1 Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe A/H1N1 en 2009 ? ₁ Oui

₂ Non

₃ Je ne sais plus

7. Admettons que dans un avenir proche une nouvelle pandémie de grippe semblable à celle de la grippe A/H1N1 survienne et qu'un nouveau vaccin soit mis sur pied. Indiquez quelle serait votre intention de vous vacciner.

*Non,
certainement
pas*

*Oui,
absolument*

7.1 Si le cas se présente à nouveau, je me ferai vacciner contre une grippe pandémique ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

8. Indiquez ci-dessous jusqu'à trois raisons principales pour lesquelles vous vous feriez vacciner contre une éventuelle future grippe pandémique.

1)
2)
3)

9. Durant la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 dans les hôpitaux, plusieurs raisons ont été avancées par des professionnels de la santé pour refuser de se faire vacciner. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

Pas du tout d'accord Pas vraiment d'accord Ni d'accord Assez d'accord Tout à fait d'accord

		<i>ni pas d'accord</i>				
9.1	Le vaccin contre la grippe A/H1N1 n'était pas fiable, il a été élaboré à la va-vite par les laboratoires pharmaceutiques	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.2	Le vaccin contre la grippe A/H1N1 contenait des adjuvants dangereux	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.3	Le vaccin contre la grippe A/H1N1 augmentait le risque de développer un syndrome de Guillain Barré	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.4	Avec le vaccin contre la grippe A/H1N1, on risquait de nombreux effets secondaires dangereux	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.5	Mes proches m'ont recommandé de ne pas me vacciner contre la grippe A/H1N1	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.6	Mes collègues ne se sont pas vacciné(e)s, alors je ne me suis pas vacciné(e) non plus	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.7	Je connais des gens qui sont tombés malades suite à la vaccination	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.8	Je n'aime pas les injections par seringue	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.9	Les horaires et les emplacements pour la vaccination étaient inadaptés	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.10	J'ai simplement oublié de me faire vacciner contre la grippe A/H1N1	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.11	Je n'étais pas une personne à risque	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

9.12	J'ai un mode de vie sain, ainsi je pensais éviter cette grippe et je n'avais pas besoin de me vacciner	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.13	Je n'ai pas l'habitude de me faire vacciner pour une grippe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.14	J'ai pensé que la grippe A/H1N1 n'était pas une maladie grave	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
9.15	Autres, préciser :	<input type="text"/>				

10. Les questions suivantes concernent votre attitude envers les maladies émergentes. Par maladies émergentes, nous entendons des maladies nouvelles (dans le sens que leur agent pathogène a muté) qui se transmettent par le contact. La grippe porcine (H1N1), la grippe aviaire (H5N1), le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et la fièvre hémorragique Ebola sont par exemple des maladies émergentes. Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
10.1	Le danger des maladies émergentes est exagéré dans le but de vendre des vaccins ou des médicaments.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10.2	Je m'interroge sur le réel danger que présentent les maladies émergentes.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10.3	Il me faudrait des preuves que les maladies émergentes sont réellement dangereuses pour la population pour le croire.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
10.4	Il faut se méfier des recommandations qui sont données à la population pour combattre les maladies émergentes.	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

- | | | | | | | |
|-------|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 10.5 | Certaines maladies émergentes ont été créées et disséminées de façon stratégique par les gouvernements. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.6 | Je ne suis pas convaincu(e) par les explications données sur l'origine des maladies émergentes. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.7 | Lorsqu'il s'agit de réagir face à une maladie émergente, l'OMS est la marionnette des groupes pharmaceutiques. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.8 | Les infos données par les médias sur les maladies émergentes doivent être vérifiées avant d'être prises pour argent comptant. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.9 | Je doute que les maladies émergentes présentent une menace prioritaire pour la population. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.10 | Les gouvernements n'agissent peut-être pas uniquement dans l'intérêt de la population lors de l'arrivée de maladies émergentes. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.11 | Les médias ont pour habitude d'exagérer le danger des maladies émergentes pour augmenter leur audience. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |
| 10.12 | Il faut s'informer sur les potentiels conflits d'intérêt des institutions qui donnent des recommandations pour combattre les maladies émergentes. | <input type="radio"/> ₁ | <input type="radio"/> ₂ | <input type="radio"/> ₃ | <input type="radio"/> ₄ | <input type="radio"/> ₅ |

i Nous laissons de côté les rubriques relatives à la grippe A/H1N1 pour aborder à présent six rubriques qui traitent plus particulièrement de la *grippe saisonnière*.

11. Continuons sur votre perception du risque que représente la grippe saisonnière. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas d'accord</i>	<i>D'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>	<i>Ne sait pas</i>
11.1	Sans la vaccination contre la grippe saisonnière, je suis sûr(e) que je vais attraper la grippe cette année	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.2	Je tombe malade plus facilement que les autres gens de mon âge	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.3	J'attrape la grippe facilement	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.4	La grippe saisonnière ne cause jamais la mort	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.5	Si j'avais la grippe saisonnière, je devrais rester au lit	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.6	Si j'avais la grippe saisonnière, je serais en congé-maladie	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.7	Si j'avais la grippe saisonnière, je la passerais à ma famille	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
11.8	Si j'avais la grippe saisonnière, je la passerais à mes patients	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

12. Continuons sur votre historique personnel de vaccination contre la grippe saisonnière

12.1 Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe saisonnière précédemment ? (*Plusieurs réponses possibles*)

₁ Non, jamais

₂ Oui, en 2013

₃ Oui, en 2012

₄ Oui, en 2011

₅ Oui, mais je ne me souviens plus exactement quand

13. Abordons maintenant vos intentions futures de vaccination contre la grippe saisonnière.

		<i>Non, certainement pas</i>			<i>Oui, absolument</i>	
13.1	Je me ferai vacciner contre la grippe saisonnière l'année prochaine	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

14. Indiquez ci-dessous jusqu'à trois raisons principales pour lesquelles vous accepteriez de vous vacciner contre la grippe saisonnière dans le futur.

1)	
2)	
3)	

15. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour refuser de se faire vacciner contre la grippe saisonnière. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
15.1	Je ne suis pas une personne à risque	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
15.2	Avec le vaccin contre la grippe saisonnière, on risque de nombreux effets secondaires dangereux	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
15.3	La vaccination peut me donner la grippe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

15.4	Les horaires et les emplacements pour la vaccination sont inadaptés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.5	Je pense que la grippe saisonnière n'est pas une maladie grave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.6	Je pense que le vaccin contre la grippe saisonnière est inefficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.7	Je n'aime pas les injections par seringue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.8	Mes proches me recommandent de ne pas me vacciner contre la grippe saisonnière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.9	Si mes collègues ne se vaccinent pas, je ne me vaccine pas non plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.10	Je connais des gens qui sont tombés malades suite à la vaccination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.11	Je n'ai pas l'habitude de me faire vacciner contre la grippe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.12	J'ai un mode de vie sain, ainsi j'évite d'attraper la grippe et je n'ai pas besoin de me vacciner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.13	J'oublie de me faire vacciner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.14	Autres, préciser :	<input type="text"/>				

16. Les questions suivantes se rapportent à la vaccination contre la grippe saisonnière et à votre perception du devoir professionnel d'un(e) infirmier(ière). Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes.

<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
-----------------------------	------------------------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------------

16.1	Se faire vacciner contre la grippe saisonnière fait partie du rôle professionnel de l'infirmier(ière)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
16.2	Accepter de se faire vacciner est une preuve de conscience professionnelle	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
16.3	La vaccination des professionnels de la santé doit rester un choix personnel pour chacun	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
16.4	La protection de la liberté individuelle du personnel est plus importante que la protection des patients contre la grippe	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

17. Nous en venons à présent à la thématique de la satisfaction au travail. Cochez pour chaque affirmation ci-dessous la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

Dans votre emploi actuel, êtes-vous satisfait(e) ?	<i>Insatisfait(e)</i>	<i>Pas vraiment satisfait(e)</i>	<i>Ni satisfait(e) ni pas satisfait(e)</i>	<i>Assez satisfait(e)</i>	<i>Tout à fait satisfait(e)</i>	
17.1	De vos possibilités d'avancement (obtenir une promotion)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.2	Des conditions de travail	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.3	Des possibilités de faire des choses différentes de temps en temps	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.4	De la manière dont votre supérieur dirige ses collaborateurs(trices)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.5	De la stabilité de votre emploi	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.6	De la possibilité de faire des choses qui utilisent vos capacités	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

17.7	De la manière dont les règles et les procédures internes de l'hôpital sont appliquées	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.8	De votre salaire par rapport à l'importance du travail que vous réalisez	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.9	Des possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.10	De la manière dont vos collègues s'entendent entre eux (elles)	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
17.11	Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

18. Pour chaque affirmation relative à votre sentiment d'appartenance à votre lieu de travail, cochez les cases qui correspondent le mieux à ce que vous pensez.

		<i>Pas du tout d'accord</i>	<i>Pas vraiment d'accord</i>	<i>Ni d'accord ni pas d'accord</i>	<i>Assez d'accord</i>	<i>Tout à fait d'accord</i>
18.1	Je serais très heureux(se) de passer beaucoup d'années à l'Hôpital X	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
18.2	Je parle volontiers de l'Hôpital X avec des personnes extérieures	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
18.3	Je ressens que les problèmes de l'Hôpital X sont aussi les miens	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅
18.4	Je pense que je pourrais facilement devenir aussi attaché(e) à un autre hôpital que je le suis à l'Hôpital X	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

- 18.5 Je n'ai pas l'impression de « faire partie de la famille » de l'Hôpital X ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- 18.6 Je ne me sens pas « émotionnellement attaché(e) » à l'Hôpital X ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- 18.7 L'Hôpital X a une grande signification personnelle pour moi ₁ ₂ ₃ ₄ ₅
- 18.8 Je n'éprouve pas un grand sentiment d'appartenance à l'Hôpital X ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

19. Indications à propos de votre personne (ces informations sont récoltées uniquement pour des besoins statistiques et seront traitées de façon strictement confidentielle)

- 19.1 Quelle est votre année de ~~na~~ _____ naissance ?
- 19.2 Quel est votre sexe ? ₁ *féminin* ₂ *masculin*
- 19.3 Quel est votre état civil ? ₁ *Célibataire* ₂ *Lié(e) par un partenariat enregistré* ₃ *Marié(e)*
₄ *Séparé(e)* ₅ *Divorcé(e)* ₆ *Veuf(ve)*
- 19.4 Est-ce que des enfants de 12 ans ₁ *oui, combien ?* ~~na~~ _____ ₂ *non* ou moins vivent dans votre ménage ?
- 19.5 Quelle est votre nationalité ? (Plusieurs ₁ *Suisse* ₂ *autre(s) :* ~~na~~ _____ réponses possibles)
- 19.6 Quelle(s) formation(s) avez-vous suivie(s) (terminée ou en cours)
- ₁ *Bachelor en soins infirmiers Haute école de santé (ou titre équivalent)*
- ₂ *Master en soins infirmiers Haute école de santé (ou titre équivalent)*
- ₃ *Formation postdiplôme en soins infirmiers*

Autre, préciser : _____

19.7 Avez-vous une fonction de cadre au sein de l'Hôpital X ? *oui* *non*

19.8 Si oui, quelle fonction de cadre avez-vous ? *ICUS* *autre, préciser* _____

19.9 Indiquez le service qui correspond le plus à votre activité professionnelle :

Médecine *Chirurgie* *Réadaptation*

19.10 Depuis quelle année travaillez-vous en tant qu'infirmier(ière) ? _____

19.11 Depuis quelle année travaillez-vous au sein de l'Hôpital X ? _____

19.12 Quel est votre état de santé en général ? Diriez-vous qu'il est...

Très mauvais

Mauvais

Passable

Bon

Très bon

O₁

O₂

O₃

O₄

O₅

19.13 Quelle est l'importance de la religion dans votre vie ?

*Pas du tout
importante*

*Pas très
importante*

*Moyennement
importante*

Assez importante

Très importante

O₁

O₂

O₃

O₄

O₅

19.14 Si vous pratiquez une religion, quelle est-elle ? _____

**Vous êtes arrivé(e) à la fin du questionnaire. Merci pour votre participation !
Avant de renvoyer le questionnaire, veuillez indiquer sur la page suivante quel remerciement vous préférez.**

LISTE DES « CADEAUX »

(COCHEZ L'OPTION QUE VOUS PRÉFÉREZ)

CASH (20.-)



Argent en espèces

DONS CARITATIFS (20.-)

Cochez la case de l'association à laquelle vous souhaitez qu'un don soit fait



Caritas Suisse



ligue contre le cancer

Ligue suisse contre le cancer



Pro Natura



Section suisse d'Amnesty International

Attention : Afin de pouvoir comptabiliser les versements effectués en votre nom et de vous envoyer le versement en espèces, si vous le désirez, nous avons besoin de vos coordonnées et de votre signature. Les informations sur cette feuille seront détachées du questionnaire et conservées à part. Ainsi, vos réponses au questionnaire resteront totalement anonymes.

Nom, prénom

Rue, No

No postal, Localité

Signature

Merci beaucoup pour votre collaboration !

Annexe 6 : Lettre d'accompagnement du questionnaire

Neuchâtel, le 20 février 2013

A qui de droit

Concerne : Informations sur le questionnaire annexé.

Madame, Monsieur

Nous réalisons actuellement une étude sur la manière dont la campagne de vaccination contre la grippe A/H1N1 a été vécue par le personnel infirmier dans les hôpitaux. Les thématiques que nous souhaitons aborder sont les suivantes :

- La perception et le souvenir des informations diffusées lors de la campagne
- Les implications concrètes de la campagne sur les activités/interactions professionnelles quotidiennes du personnel infirmier
- La perception du risque que constituait la grippe A/H1N1
- Les attitudes plus générales envers les maladies émergentes
- L'historique de vaccination contre la grippe saisonnière et pandémique
- Les intentions futures de vaccination contre la grippe saisonnière ainsi qu'en cas de nouvelle grippe pandémique
- Les raisons pour avoir accepté et/ou refusé le vaccin contre la grippe A/H1N1 et la grippe saisonnière
- La vaccination contre la grippe (saisonnière ou pandémique) comme devoir professionnel
- La satisfaction au travail
- Le sentiment d'appartenance à l'hôpital
- Données démographiques des participant(e)s

Cette étude est menée par l'Université de Neuchâtel et a obtenu le soutien du Fonds National Suisse de la Recherche. Ses enjeux sont importants puisqu'elle permettrait de mieux saisir les attitudes du personnel infirmier en cas de pandémie et les répercussions concrètes des campagnes de vaccination dans le quotidien professionnel du personnel infirmier. De ce fait, il est crucial pour nous d'avoir votre avis. C'est dans ce cadre que nous nous permettons de vous contacter.

Ce questionnaire a été adressé à l'ensemble du personnel infirmier de votre hôpital. Afin de garantir la qualité de cette enquête, il est essentiel que vous y répondiez personnellement.

Attenant à cette lettre, vous trouverez un questionnaire d'une dizaine de pages que nous vous demandons de remplir individuellement et dans l'ordre dans lequel les questions sont posées. La plupart des questions concernent votre opinion personnelle. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Ne vous attardez pas trop sur une question particulière, souvent la première réponse spontanée est la « meilleure ». Nous estimons entre 20 et 30 minutes le temps que vous consacrerez à notre enquête et afin de vous remercier pour ce temps que vous mettez à notre disposition, nous vous offrons Frs. 20.- pour votre participation. A la fin du questionnaire vous pouvez choisir que cet argent vous soit envoyé en liquide ou qu'un don soit effectué en votre nom à l'une des quatre associations caritatives que nous avons sélectionnées. Si vous choisissez de recevoir les vingt francs en espèce, nous vous renverrons l'argent sous pli dès réception de votre questionnaire. Si vous choisissez de faire un don, nous effectuerons le versement dès réception de votre questionnaire et nous vous renverrons la quittance. Vous pourrez également indiquer si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude une fois celle-ci terminée.

Pour conclure, nous vous assurons que les données récoltées seront traitées de façon confidentielle et avec la rigueur scientifique qui s'impose. Nous vous en garantissons la confidentialité.

Dans l'attente de votre réponse, nous vous prions, Madame, Monsieur, d'agréer nos sincères salutations.



Mathieu Maridor

Responsable de l'étude

Mathieu Maridor
Assistant-Doctorant
mathieu.maridor@unine.ch
Tel. +41 (0) 32 718 15 66